

PSICOPATOLOGIA 01

Neuroses – Depressões – Ansiedades

No início de sua obra, Freud dividiu os transtornos emocionais, que então ele denominava psiconeuroses, em três categorias psicopatológicas:

- 1) As neuroses atuais (que estavam em desuso na psicanálise, mas que recentemente voltam a ocupar, com esse mesmo nome, um lugar de destaque, principalmente a partir dos estudos com pacientes somatizadores).
- 2) As neuroses transferenciais, também conhecidas como psiconeuroses de defesa (que eram as histerias, as fobias e as obsessivas).
- 3) As neuroses narcisistas (que constituem os atuais quadros psicóticos).

Freud afirmava então que somente as neuroses transferenciais poderiam ser tratadas pelo método psicanalítico, visto a transferência ser a matéria-prima da psicanálise, e, na época, a psicanálise não reunia condições para perceber a existência da transferência naqueles pacientes que estavam em um estado de encapsulamento narcisístico próprio das psicoses.

De lá para cá, muita coisa modificou substancialmente na ciência da psicanálise e na da psiquiatria: as síndromes da psicopatologia foram ganhando uma crescente compreensão genético-dinâmica e paralelamente os autores foram ampliando, subdividindo, diversificando, construindo novos modelos e, portanto, aumentando a complexidade nosológica, tal como aparece nas modernas classificações diagnósticas, como o DSM ou o CID. Seguindo o planejamento do presente livro, fica evidente que este capítulo não ficará reduzido à simplória (vista de hoje) classificação original de Freud, porém tampouco pretenderá, sequer de perto, abranger a totalidade dos tópicos nosográficos daquelas classificações oficiais.

Assim, pode-se começar dizendo que as estruturas caracterológicas, os sintomas, as inibições e os estereótipos que configuram as diversas síndromes psicopatológicas resultam de um jogo dialético entre as relações objetais, as ansiedades e, para contra-arrestá-las, os tipos de mecanismos que são utilizados pelo ego. Pode-se dizer, psicanaliticamente falando, que fazer um diagnóstico clínico implica fazer uma análise sintática de como se articulam entre si as diferentes partes e níveis das várias subestruturas psíquicas, sendo que, de início, é útil estabelecer uma distinção entre sintoma, caráter, inibição e estereotipia.

Quando falamos em sintoma, estamos nos referindo a um estado de sofrimento que o paciente acusa, e do qual está querendo livrar-se, porquanto o sente como um corpo estranho a si.

É evidente que existe a possibilidade, nada rara, de que a pessoa manifeste

claramente um sintoma facilmente observável pelos outros (alcoolismo, mudança de conduta, alguma evitação fóbica, etc.), porém que está tão egossintônica que o paciente, aparentemente, não o está percebendo e está sofrendo.

O termo caráter designa um estado – organizado – da mente e da conduta que pode resultar harmônico e saudável, mas também pode acontecer que, por mais sofrimentos que ele possa estar causando aos outros e cometendo prejuízos para si próprio, muitas vezes mutilando suas capacidades latentes e reais, sempre prevalece uma egossintonia, escudada em racionalizações muito bem engendradas. Para dar um único exemplo, pode ser um caráter obsessivo de uma pessoa bem adaptada e até bem-sucedida, mas que sofre um enorme desgaste pelo seu medo de cometer algum erro, por mínimo que este seja, ao mesmo tempo em que impõe igual intolerância às falhas dos outros.

A inibição é um estado que tanto pode ser a preliminar de um sintoma que está se organizando como também pode já estar constituído por um permanente traço de caráter, como pode ser, por exemplo, uma timidez aceitável que possa já estar expressando uma “fobia social”.

O termo estereótipo, embora não apareça muito na literatura psicanalítica, deve, a meu juízo, ser incluído, porquanto ele designa aquelas atitudes aparentemente normais que o sujeito executa no seu dia-a-dia, mas que uma observação mais atenta vai comprovar que ele executa os seus papéis na família, sociedade e no trabalho de uma forma mecânica, sem fazer modificações, girando em torno de uma mesma órbita, como quem está unicamente cumprindo papéis fixos e estereotipados (tanto papéis normais como patológicos) que, desde muito cedo, foram-lhe designados pelos pais e educadores, e que, de alguma forma, mutilam a sua personalidade.

Os pacientes portadores de estruturas neuróticas caracterizam-se pelo fato de apresentarem algum grau de sofrimento e de desadaptação em alguma, ou mais de uma, área importante de sua vida: sexual, familiar, profissional ou social, incluída, também, é evidente, o seu particular e permanentemente predominante estado mental de bem ou mal estar consigo próprio.

No entanto, apesar de que o sofrimento e prejuízo, em alguns casos, possa alcançar níveis de gravidade, os indivíduos neuróticos sempre conservam uma razoável integração do self, além de uma boa capacidade de juízo crítico e de adaptação à realidade.

Outra característica dos estados neuróticos é a de que os mecanismos defensivos utilizados pelo ego não são tão primitivos como, por exemplo, aqueles presentes nos estados psicóticos.

De um viés psicanalítico, pode-se discriminar, de forma genérica, cinco tipos de estruturas neuróticas: a de angústia, histeria, obsessivo-compulsiva, fobia e depressão.

Embora, na atualidade, seja muito difícil de encontrar-se na clínica psicanalíti-

ca algum desses quadros em “estado puro”, porquanto de alguma forma eles sempre aparecem mesclados, convém descrevê-los separadamente, de acordo com a nítida predominância que uma das formas adquire no psiquismo do sujeito, e que determina uma configuração neurótica mais específica.

As histerias e depressões serão abordadas em capítulos específicos, de forma mais detalhada, levando em conta não só a sua frequência e abrangência clínica, mas também que, em algum grau, elas sempre subjazem a qualquer estruturação psíquica, incluída aquela que costuma ser considerada como normal.

A neurose atual, segundo Freud, não é produzida por conflitos históricos, mas sim por motivos atuais, de modo que ela não depende estritamente de fatores psicológicos.

Antes disso, a neurose de angústia seria resultante de fatores biológicos que agiriam através de substâncias químicas, sendo que o acúmulo dessas “toxinas sexuais” produzidas pelas excitações frustradas manifesta-se diretamente por sintomas de angústia livre, como taquicardia, palpitações, respiração ofegante, etc., que, diz Freud, são aquelas mesmas que estão presentes no ato sexual.

Inicialmente, Freud descreveu dois tipos de neurose atual: a neurose de angústia (resultante da libido estancada, como no caso do “coito interrompido”) e a neurastenia.

Neste último caso, teria havido uma excessiva descarga de substâncias sexuais, como aconteceria no exagero da prática da masturbação, sendo que como decorrência dessa hemorragia de substâncias sexuais, a neurastenia caracteriza-se por um quadro sintomático de fraqueza, apatia, cansaço, etc. Posteriormente, em 1911, ao estudar o “Caso Schreber”, Freud descreveu um terceiro tipo de neurose atual: a hipocondria, que poderia estar representando um núcleo “atual” de uma esquizofrenia.

NEUROSE DE ANGÚSTIA

Conceituação

Freud estudou a angústia em dois momentos diferentes de sua obra. Na primeira formulação, a angústia seria conseqüente à repressão, o que provocaria uma libido acumulada que funcionaria de uma maneira “tóxica” no organismo. A partir de sua monografia Inibições, sintomas e angústia (1926) ele conceituou de forma inversa, ou seja, é a repressão que se processa como uma forma de defesa contra a ameaça de irrupção da angústia, mais especificamente, a angústia de castração.

A neurose de angústia consiste em um transtorno clínico que se manifesta por meio de uma angústia livre, quer sob uma forma permanente, quer pelo surgimento em momentos de crise. Em outras palavras, a ansiedade do paciente expressa-se tanto por equivalentes somáticos (como uma opressão pré-cordial,

taquicardia, dispnéia suspirosa, sensação de uma “bola no peito”, etc.), como por uma indefinida e angustiante sensação do medo de que possa vir a morrer, enlouquecer, ou da iminência de alguma tragédia.

Habitualmente, os psicanalistas empregam os termos “angústia” e “ansiedade” de forma indistinta, porém creio que cabe alguma distinção. O termo ansiedade (talvez tenha alguma relação com “ânsia”, isto é, um desejo desmedido) designa alguma descompensação da harmonia psíquica interna, no entanto, nem sempre ela é visível ou perceptível porque, por meio de recursos defensivos que constituem os mais diversos tipos de negação da referida ansiedade, o sujeito pode estar impregnado por uma ansiedade latente sem que ela seja manifesta. Como exemplo disso, pode ser o caso de uma fobia específica a utilizar um elevador, sendo que essa pessoa nada sentirá enquanto puder administrar bem as suas técnicas evitativas dessa situação fóbica, porém um enfrentamento direto da situação ansiogênica pode fazer vir à tona, de forma ruidosa, aquela angústia que estava latente, aparentemente inexistente.

Por sua vez, a palavra angústia deriva do latim *angor*, que quer dizer “angustura, estreitamento, apertamento”, o que traduz fielmente os sintomas que emergem e ficam livremente manifestos nos sintomas opressivos acima assinalados.

Na maioria das vezes, tais sintomas indicam que está havendo uma falha do mecanismo de repressão, diante de um – traumático – excesso de estímulos, externos e/ou internos.

Nos quadros clínicos em que prevalece uma recorrência de episódios de crises de angústia, é necessário que se levante a hipótese que se esteja tratando do transtorno conhecido como “doença do pânico”, o qual costuma responder muito bem à medicação específica.

Conquanto para Freud, como vimos antes, o termo “neurose de angústia” designasse uma das formas de “neurose atual” – portanto, sem estar diretamente ligada a antigas repressões – posteriormente, aquela terminologia também costumava ser utilizada na literatura psicanalítica para designar uma modalidade de neurose que guarda raízes históricas com fixações das repressões dos desejos proibidos que, por isso, quando surge uma ameaça do retorno do reprimido à consciência, a neurose de angústia manifesta-se pela via somática, através de sintomas de angústia livre.

Assim, é útil estabelecer uma certa diferença entre a neurose de angústia e a neurose atual. Enquanto a primeira alude mais diretamente à manifestação sintomática de uma angústia livre, resultante da ameaça de que os primitivos desejos proibidos, que estão reprimidos no inconsciente, retornem à consciência, a “neurose atual” refere mais diretamente que o sujeito não está conseguindo processar um excesso de estímulos que, na realidade e na atualidade, estão acoassando ao seu ego. Caso o ego não consiga processar adequadamente esse estressante excesso de estímulos (Freud, em suas primeiras formulações acerca da neurose atual, exemplificava com a masturbação mal dirigida, ou com os edípicos incrementados por uma hiperes-

estimulação ambiental), os mesmos escoarão por outras vias, como são as diversas possibilidades da fisiologia orgânica.

O termo “neurose de angústia” caiu em certo desuso visto que ela ora se confunde com a síndrome do pânico, ora com a neurose atual, ora com a angústia dos fóbicos diante de situações especificamente ansiogênicas.

Aliás, nos primeiros tempos, Freud designava as fobias com a denominação de “histeria de angústia” o que evidencia a sua percepção de que a neurose de angústia e a fobia são parentes íntimos.

FOBIAS

Conceituação

Uma complexa e diversificada combinação de pulsões, fantasias, angústias, defesas do ego e identificações patógenas pode determinar na personalidade do sujeito uma estruturação de natureza fóbica.

Pelo fato de que essa estrutura fóbica axial costuma ser multideterminada e variar intensamente de um indivíduo para outro, tanto em intensidade como em qualidade, ela configura-se clinicamente com uma ampla gama de possibilidades, desde as mais simples e facilmente contornáveis até as mais complicadas, a ponto de serem incapacitantes e paralisantes.

Assim, desde uma situação em que estão presentes alguns traços fóbicos na personalidade (sob a forma de inibições, por exemplo), passando pela possibilidade de uma caracterologia fóbica, caracterizada por uma modalidade evitativa de conduta, aliada a um típico estilo de comunicação e de lógica, pode-se atingir uma configuração clínica de uma típica neurose fóbica, sendo que em certos casos é tal o grau de comprometimento do sujeito, que não é exagero designar como psicose fóbica.

Por outro lado, embora não incomum que a fobia seja a manifestação única, tal é a sua predominância no paciente, o que costuma acontecer com mais frequência é que, como sintomas isolados, ela venha associada no mesmo indivíduo a outras configurações, como as histéricas e, principalmente, as obsessivas e as paranóides, suas legítimas “primas-irmãs”.

A propósito, creio que todo terapeuta com uma sedimentada experiência clínica há de concordar que os elementos fóbicos, obsessivos e paranóides andam sempre juntos e se interpenetram, porém elas estão estratificadas de uma forma que a estrutura obsessiva é a mais organizada no ego do sujeito e, quando ela falha, surge a predominância da estrutura fóbica e, igualmente, em um plano mais regressivo, surge a estruturação paranóide.

Além disso, não é demais repisar o que já foi assinalado antes, que é importante levarmos em conta o diagnóstico diferencial que deve ser estabelecido entre as fobias propriamente ditas, que vêm acompanhadas por uma intensa angústia-pânico, e aqueles quadros clínicos similares que se manifestam na “doença do

pânico”. Nem sempre é fácil a distinção entre ambas, no entanto, um critério útil consiste no fato de que na fobia há a presença de uma circunstância (objeto, local, alguma cena...) bem determinada, bastando evitá-la para que a angústia cesse; enquanto no transtorno do pânico é mais difícil correlacionar a origem desencadeante da causa da angústia com alguma clara causa definida e desencadeante.

Uma razão importante para que seja estabelecido um diagnóstico diferencial entre esses dois quadros clínicos é que a doença do pânico costuma dar uma resposta positiva (às vezes dramática) ao uso da moderna farmacoterapia da família dos antidepressivos, sendo relevante acentuar que, ao contrário do que muitos pensavam (e alguns ainda persistem), esse eventual uso da medicação em nada de negativo interfere no tratamento psicanalítico.

NEUROSE OBSESSIVO-COMPULSIVA

Conceituação

No DSM-IV, essa entidade clínica está enquadrada como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Da mesma forma que acontece em outras estruturas da personalidade, também a de natureza obsessiva diz respeito à forma e ao grau como organizam-se os mecanismos defensivos do ego diante de fortes ansiedades subjacentes.

Assim, embora a obsessividade possa ser um elemento comum em diversas pessoas diferentes, é importante que se faça uma indispensável discriminação entre os seguintes estados:

- 1) Traços obsessivos em uma pessoa normal, ou como traços acompanhantes de uma neurose mista, uma psicose, perversão, etc.
- 2) Caráter marcadamente obsessivo.
- 3) Neurose obsessivo-compulsiva.

Sabemos que as duas últimas categorias se diferenciam especialmente pelo fato de que uma caracterologia obsessiva implica na presença permanente e predominante dos conhecidos traços de meticulosidade, controle, dúvida, intolerância, etc., sem que isso altere a harmonia do indivíduo ou que o faça sofrer exageradamente, embora ele apresente algumas inibições que o desgastam e possa estar infligido algum sofrimento aos que convivem mais intimamente com ele.

Pode-se mesmo dizer que uma pessoa portadora de um caráter obsessivo, desde que esse não seja excessivo, é aquele que melhor reúne os sadios aspectos de uma necessária disciplina, método, ordem, respeito, moral e ética.

Já a neurose obsessiva, pelo contrário, implica um grau de sofrimento, a si próprio e aos demais, e também em algum prejuízo no seu funcionamento na vida familiar e social. É bem sabido o quanto, em certos casos, os sintomas

obsessivos e compulsivos, compostos por dúvidas ruminativas, pensamentos cavilatórios, controle onipotente, frugalidade, obstinação, rituais e cerimoniais, atos que compulsiva e repetidamente são feitos e desfeitos num nunca acabar, podem atingir um alto grau de incapacitação total do sujeito para uma vida livre, configurando uma gravíssima neurose, beirando à psicose (recordei agora de uma jovem paciente, internada, que estava com as suas mãos em carne viva de tanto que, o tempo todo, lavava-as, esfregando nelas energicamente um sabão).

Vale lembrar que o termo “obsessão” refere-se aos pensamentos que, como corpos estranhos, infiltram-se na mente e atormentam o indivíduo, enquanto, por sua vez, o termo “compulsão” designa os atos motores que o neurótico executa como uma forma de contra arrestar a pressão dos referidos pensamentos.

Também é útil esclarecer que o diagnóstico de “obsessivo” não define uma forma única de caracterologia, porquanto a mesma pode manifestar-se de formas opostas, ou seja, tanto são obsessivos aqueles nos quais predomine uma tendência à passividade e que tomam inúmeros cuidados antes de tomar uma iniciativa e deixam-se subjugar, como também são obsessivos aqueles nos quais prevalece uma atividade agressiva, que se tornam líderes com um perfil de mandonismo, intolerância a erros, falhas ou limitações dos outros, assim adotando uma postura despótica e tirânica, ainda que sejam pessoas sérias, bem-sucedidas e bem-intencionadas.

Resumidamente, os fatores etiológicos mais marcantes consistem na existência de:

- 1) Pais obsessivos que impuseram um superego por demais rígido e punitivo.
- 2) Uma exagerada carga de agressão que o ego não conseguiu processar, e, igualmente, uma falha da capacidade do ego na função de síntese e discriminação das permanentes contradições que atormentam o obsessivo.
- 3) Do ponto de vista estrutural, há um constante conflito intrasistêmico (o ego está submetido ao superego cruel e, ao mesmo tempo, ele está pressionado pelas demandas enérgicas do **id** assim como um conflito intrasistêmico (por exemplo, dentro do próprio **id**, as pulsões de vida e de morte podem estar num forte conflito; ou, nas representações do ego, o gênero masculino e o feminino não se entendem entre si, etc.).
- 4) Muitos autores apontam a importância da defecação para a criança, com as respectivas fixações anais que se organizam em torno das fantasias que cercam o ato de defecar; o significado atribuído às fezes (que a criança vivencia como sendo a sua “obra”), a relação que a criança tem com os pais que podem determinar se o defecar e urinar representam sadias e estruturantes conquistas suas, ou uma forma de presentear os educadores, ou uma forma de poder controlar e castigá-los.
- 5) De forma análoga, também importa a fixação no psiquismo da criança

daquela conhecida equação de Freud, pela qual ele postulava que a criança equipara as fezes a pênis, bebês e presentes. No entanto, ninguém contesta que a educação esfinteriana da criança, quando adequadamente exercida pela mãe, representa um importante fator de estruturação do psiquismo.

Histerias

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO

O próprio nome “histeria” (de “histeros” que, em grego, quer dizer “útero”) já dá uma idéia clara de como os antigos atribuíam unicamente às mulheres a condição de serem as portadoras desse transtorno psicológico e, mais ainda, havia a crença de que elas estariam sendo presas de “maus espíritos” e, por isso, deveriam ser banidas da comunidade ou submetidas a rituais de exorcismo por meio de torturas.

Decorridos alguns séculos, o atendimento das histerias ganhou um certo cunho científico pelo grande mestre Charcot, que então pontificava em Paris, por meio da prática da hipnose com pacientes histéricas, experimentos esses que encantaram Freud e motivaram-no ao prosseguimento da investigação e prática clínica com pacientes histéricas. Na época em que Freud publicou Estudos sobre histeria (1895), quando ele recém estava esboçando as suas idéias psicológicas ligadas ao dinamismo do inconsciente, a comunidade médica ficou chocada porque até então a histeria era considerada uma doença degenerativa, que seria causada principalmente pela sífilis. No referido livro, escrito juntamente com Breuer, em quatro pacientes histéricas, Emmy von N. Lucy R., Katherina e Elisabeth, Freud começa verdadeiramente a encontrar o berço da psicanálise, e assim abrir as portas para novos descobrimentos em sucessivos trabalhos, sendo que o seu estudo mais notável acerca da histeria, publicado em 1905, é conhecido como o célebre Caso Dora.

A partir desse caso, assim como de outros tantos trabalhos, Freud traz aportes teóricos e técnicos sobre a histeria, sendo que ele tanto valorizou a sexualidade reprimida – gravitando em torno da conflitiva edípica – como também concebeu a feminilidade como sendo basicamente governada por um acentuado narcisismo. Daí, decorrem algumas conseqüências, como:

- Uma preferência da histérica em ser amada, ao invés de amar; logo, um exagerado culto ao corpo.
- A escolha do homem seria conforme o ideal do homem que ela gostaria de ser.
- A constante existência de uma “inveja do pênis”; de onde se origina um “complexo de masculinidade”.
- Que a mulher procuraria satisfazer por meio de algum filho; além de outros aspectos afins.

Nos primeiros tempos, Freud também estabeleceu uma diferença na etiologia da histeria e da neurose obsessiva: na histeria, o trauma sexual ocorre entre os 3 ou 4 anos e é experimentado passivamente pela criança, enquanto na neurose

obsessiva a participação da criança no abuso sexual seria ativa e, por isso, ela vem a sofrer auto-recriminações.

Abraham, seguindo os passos de Freud, trouxe uma significativa contribuição ao subdividir as histerias em dois tipos, que ele considerou, respectivamente, como de tipo passivo, dependentes, e as de tipo ativo, que manifestam características fálicas e são extremamente competitivas com os homens. Reich (1933), a quem a psicanálise deve o estudo do caráter, descreveu a “personalidade fálico-narcisista” que ele considerava como constituindo uma categoria psicopatológica própria, situada em um lugar intermediário entre a personalidade obsessivo-compulsiva e a histeria.

Na atualidade, essa denominação de “fálico-narcisista”, que caracterizava, sobretudo, uma forte agressividade viril, caiu em desuso, e as suas características clínicas foram absorvidas dentro da categoria mais ampla de “caráter histérico”.

M. Klein esvaziou a importância da genitalidade na histeria ao sustentar, enfaticamente, a arcaica etiologia oral dos conflitos a ela inerentes, assim valorizando, sobretudo, as angústias paranóides e depressivas da criança em relação à mãe. Assim, para a escola kleiniana, a histeria seria uma organização defensiva contra uma psicose subjacente.

Green (1974) também destaca o aspecto defensivo da histeria, porém ele considera que esse escudo protetor representado pelo caráter exibicionista e histriônico, típicos do histérico, visam, sobretudo, a protegê-lo contra os seus núcleos depressivos, com vistas a equilibrar a sua auto-estima, que sempre está ameaçada, porquanto, no fundo, a pessoa histérica é extremamente frágil e instável.

Lacan retorna a Freud, mas ele o faz postulando que não é o pênis (como órgão anatômico) que a histérica busca de forma afanosa, mas, sim, o falo (símbolo do poder que, comumente, mas não exclusivamente, a criança atribui ao pênis do pai). No imaginário da criança, o falo designa justamente aquilo que falta à mãe, e que vem a ficar representado no seu ego como uma ausência, falha, falta e, por essa razão, ela pode passar a vida inteira acossada por desejos e demandas para preencher esse vazio imaginário.

Em resumo, na atualidade, à medida que escasseiam cada vez mais as histerias com os sintomas dramáticos dos primeiros tempos de Freud, em uma proporção inversa, abundam os escritos sobre os transtornos da “personalidade histérica”. No entanto, os autores não rejeitam as descobertas anteriores e tampouco deixam de lado o desejo edípico com toda a sua constelação de conseqüências, embora esteja havendo uma crescente ênfase na organização narcisista da estrutura histérica.

Assim, muitos traços sintomatológicos e caracterológicos, classicamente considerados como histéricos, foram melhor estudados e compreendidos por meio da perspectiva do narcisismo, de modo que, nesses casos, mais do que o objetivo de conseguir uma relação afetiva estável, essa pessoa histérica visa,

sobretudo por meio de um jogo sedutório, ser amada e desejada, para então triunfar sobre os objetos amorosos, que ficam sob o risco de serem desprezados e abandonados. As antigas feridas narcisistas tornam essas pessoas vingativas; contudo, elas não querem uma “vingança final”, posto que precisam dos objetos, e assim utilizam a “tática da tortura”, fazendo-os sentirem-se culpados (por um discurso repleto de queixas, lamúrias, cobranças, acusações, desqualificação e injeção de culpas), entremeados de momentos de muita paz e amor, com o propósito inconsciente de que as pessoas necessitadas se ocupem, cuidem e supram as demandas narcisistas, até tudo recomeçar de novo com o mesmo script.

O termo “histeria” costuma aparecer nos textos psicanalíticos, com formas e significados muitas vezes bastante distintos e até algo contraditórios entre si. Tanto é assim, que a histeria é o campo mais amplo da psicanálise, como também é o mais próximo da normalidade convencional, a tal ponto que, de certa forma, poderia abarcar a todas aquelas pessoas que se caracterizam por uma nítida predominância do emprego de repressões.

Mais ainda: o conceito de histeria abrange muitas modalidades e graus de quadros clínicos dentro da categoria de “neurose histérica”, porém também permite ser abordado de outros vértices, como o de uma “personalidade (ou caracterologia) histérica” ou o da possível presença de “traços histéricos” em praticamente todas as personalidades normais ou psicopatológicas, inclusive em psicóticos. Pode servir como exemplo o fato de que, considerando unicamente a “neurose histérica”, a mesma costuma ser descrita por múltiplos pontos de vista: assim, do ponto de vista psiquiátrico, essa histeria costuma ser dividida em dois tipos, a conversiva e a dissociativa, mais adiante explicitadas.

Do ponto de vista psicanalítico, cabe tomar a conhecida subdivisão de Zetzel (1968) que propõe a existência de quatro subtipos de pacientes histéricas, as quais ela denominou:

- 1) As “verdadeiras” ou “boas” histéricas, que atingem a condição de casar, ter filhos, com bom desempenho profissional e que se beneficiam com a psicanálise.
- 2) Outras, também “verdadeiras”, com casamentos complicados, geralmente de natureza sadomasoquística, que não conseguem manter por muito tempo um satisfatório compromisso com a análise.
- 3) Aquelas pacientes que manifestam sintomas histéricos, que lhes confere uma fachada de pessoa histérica, mas que, na verdade, encobre uma subjacente condição bastante depressiva, sendo que essas pessoas não se completam em nenhuma área da vida.
- 4) As “pseudo-histerias”, presentes em personalidades muito mais primitivas, sendo que a sua extrema instabilidade emocional justifica a antiga denominação “psicose histérica”. Segundo Zetzel, a indicação de psicanálise para as duas últimas formas de personalidade histérica, especialmente a última, seria muito discutível.

Além disso, cabe acrescentar mais três aspectos: um, o de que a compreensão dinâmica dos autores quanto à etiologia da histeria também varia bastante, desde aqueles que priorizam, alguns exclusivamente, o pólo fálico, edípico, até outros psicanalistas que mais enfaticamente valorizam o pólo oral, narcísico.

Um segundo ponto diz respeito a que as histerias se modificam conforme o contexto sociocultural vigente em uma determinada época.

O terceiro aspecto consiste no fato de que a histeria é tão plástica e proteiforme, que de alguma forma, ela está presente em todas as psicopatologias, sendo que a compreensão dos psicanalistas deixou de ser unicamente da psicodinâmica dos conflitos sexuais reprimidos, mas também como uma expressão de problemas relacionais e comunicacionais.

Um espectro assim tão largo leva, inevitavelmente, a uma confusão conceitual e semântica, o que justifica o questionamento: uma histeria ou muitas?

TIPOS DE HISTERIAS

Como antes foi frisado, a histeria é tão plástica que, a rigor, pode-se dizer que, de alguma forma, ela está presente em todas as psicopatologias; no entanto, o termo histeria deve ficar restrito para aqueles quadros sintomatológicos e caracterológicos que obedecem a uma estruturação própria e conservam uma série de pontos em comum.

A própria classificação nosológica das doenças mentais (DSM) não fica restrita a um único eixo: assim, partindo do eixo I (sintomas, psicopatologia) as histerias mantêm a velha divisão nos dois tipos, denominados como conversivas e dissociativas, enquanto que, visto do eixo II (caracterologia, transtornos da personalidade), o conceito é mais abrangente e inclui as denominações de transtornos de personalidade histérica; personalidade infantil dependente; personalidade fálico narcisista; traços histéricos em outras personalidades; transtornos de personalidade histriônica...

Histerias Conversivas

Diz respeito ao fato de que os conflitos sofrem uma “conversão” nos órgãos dos sentidos (cegueira, surdez, perda do tacto, alucinoses, etc.), e no sistema nervoso voluntário (contraturas musculares, paralisias motoras, etc.).

A conversão segue a mesma deformação simbólica dos sonhos, sendo que muitas vezes os sintomas conversivos deixam transparecer com relativa facilidade o conflito subjacente.

Um determinado sintoma conversivo pode conter muitos significados, como pode servir de exemplo a tosse que acometia a célebre paciente Dora, e que representava três aspectos: um simbolismo de sentimentos sexuais, agressivos, narcisistas e melancólicos, uma forma de identificação com a tosse da sra. K.,

sua rival sexual, e a aquisição de um ganho secundário.

Por outro lado, vale consignar mais três aspectos acerca da conversão: ela não é específica das histerias, o diagnóstico diferencial, com doenças orgânicas, hipocondria ou manifestações psicossomáticas, nem sempre é fácil e, por fim, a constatação de que a psiquiatria moderna inclina-se acentuadamente para a postulação de que não há uma direta relação clínica ou dinâmica, entre os sintomas histéricos conversivos e os “transtornos de personalidade histérica”.

Histerias Dissociativas

Os sintomas clínicos mais comuns que caracterizam esses quadros dissociativos consistem em desmaios, desligamentos, ataques do tipo epilético, estados de “belle indifference”, sensações de despersonalização e estranheza, estados crepusculares e, mais tipicamente, os conhecidos casos de “personalidade múltipla” (como aparece nas “Três Faces de Eva”, etc.).

Esses últimos casos devem-se ao fato de que diversas representações distintas coexistem dentro do ego, dissociadas entre si, e que emergem separadamente na consciência de acordo com determinadas necessidades e circunstâncias.

Transtornos de Personalidade Histérica

Gabbard (1992), baseado no DSM, considera útil diferenciar “personalidade histérica” de “personalidade histriônica”, embora, às vezes, elas superponham-se. O autor considera que a forma “histérica” é a mais sadia delas, porquanto os seus pontos de fixação estão radicados na fase fálico-edipiana, enquanto a forma “histriônica” está mais fixada nos primórdios orais.

Os transtornos de personalidade histérica constituem o protótipo atual dentro do universo das histerias e manifestam-se por um conjunto de características que serão abordadas mais adiante.

Transtornos de Personalidade Histriônica

Esta denominação refere-se a uma forma mais regressiva de histeria, sendo que as suas manifestações são muito mais floridas que as das “histéricas”, a ponto de alguns autores apontarem para um íntimo parentesco entre o histrionismo e os estados borderline.

Destarte, a menina estabelece uma equação de igualdade sincrética entre o seio e o pênis, de tal sorte que, quando ela crescer, vai envolver-se em comportamentos sexuais promíscuos e insatisfatórios, pois o pênis masculino que ela tanto almeja não passa de um fetiche do materno seio feminino, em uma busca interminável e sempre incompleta.

O termo “histrião”, na Roma antiga, designava os atores que representavam “farsas bufonas ou grosseiras”, de modo que, nas histerias, essa palavra alude àquelas pessoas que “representam” ser o que de fato não são, fingem, são falsas e teatrais, inclusive, são impostores na sexualidade, por meio de uma aparência de “hiperfeminilidade”, ou, no caso dos homens, de uma “hipermasculinidade”.

Caráter Fálico-Narcisista

Embora essa denominação tenha caído em desuso, alguns autores, como E. Bleichmar (1988), fazem questão de conservá-lo, pela razão de que designa uma configuração típica de pessoas histéricas, sobretudo pelas características de ocupar uma posição de poder, de privilégio e de superioridade que lhes garanta serem admiradas, reconhecidas como valiosas e com a posse de atributos que lhes elevem a um nível de perfeição.

Uma fixação das meninas nessa etapa fálico-edípica gera uma rivalidade com os homens, freqüentemente com desejos de castração e de morte para com eles. Essa autora faz o interessante assinalamento de que o caráter fálico-narcisista não deve ser visto unicamente originário de conflitos edipianos, mas também deve ser levado em conta que essa mulher briga porque reivindica o seu direito de ter os mesmos direitos que a cultura concedeu aos homens.

Creio que cabe acrescentar que há um risco de rotular uma mulher de “fálica”, unicamente com base nos critérios antigos, porquanto o papel da mulher na sociedade moderna mudou completamente, e seria lamentável classificar uma mulher dinâmica, forte, emancipada e determinada, como “fálico-narcisista”.

Personalidade Infantil

Nos “transtornos da personalidade do tipo histérico”, do DSM III, os termos “personalidade histérica, histriônica ou psicoinfantil” aparecem virtualmente como sinônimos; logo, as pessoas portadoras de um caráter infantil-dependente aparecem aparentadas com a histeria, embora elas guardem características específicas.

Dentre essas características, cabe destacar as seguintes:

- O comum é a transparência de uma labilidade emocional difusa e generalizada.
- Contrariamente ao tipo “fálico-narcisista”, essas personalidades infantis costumam ser dependentes e submissas.
- Apresentam demandas regressivas, infantis, oral-agressivas.
- Uma conduta social inapropriada, com prejuízo do senso crítico.
- Os desejos exibicionistas têm um caráter sexual menor do que nas marcadamente histéricas, no entanto, podem descambar para os extremos de uma pseudo-hipersexualidade ou o de uma inibição sexual.
- A imitação prevalece sobre a verdadeira identificação; etc.

O QUE HÁ DE ESPECÍFICO NAS HISTERIAS?

Não existe propriamente uma especificidade perfeitamente circunscrita nas histerias, até mesmo porque, como vimos, existe uma diversidade de enfoques, nem sempre compatíveis entre si, porém vale afirmar que as diversas modalidades de histerias podem ser entendidas a partir das identificações de cada uma dessas pessoas, bem como da predominância das fixações, desde as

narcísicas até as edípicas.

No entanto, algumas características comuns, embora não exclusivas, podem ser assim sintetizadas:

A existência de uma mãe histerogênica, que provoca na criança sentimentos muito contraditórios porque ao mesmo tempo ela é dedicada, falsa, cobradora, carinhosa, ambígua, usa a criança como uma vitrine sua, para exhibir-se aos outros, e projeta no filho culpas, responsabilidades e seus próprios aspectos históricos; enfim, provoca na criança um estado confusional, notadamente no que diz respeito ao sentimento de identidade.

O pai, no caso das meninas, costuma ser simultaneamente sedutor e frustrador, permanentemente erotizando-as e permanentemente rejeitando-as.

A confusão dos filhos pode aumentar no caso em que o pai é desqualificado pela mãe, já que “pai é alguém reconhecido como tal pela mãe, é aquele que tem autoridade e exerce a lei no seio da família”, o que nem sempre acontece nesses casos.

As pacientes históricas com frequência têm um pai insatisfeito com a esposa, que se voltou para a filha em busca da satisfação e da gratificação que não foi possível no casamento. A experiência clínica comprova o quanto é freqüente na mulher histórica que o pai era o seu centro do universo, enquanto a sua mãe restou desvalorizada, em um misto de amor e ódio.

Em relação à ansiedade existente nas histerias, além da clássica angústia de castração, todas as demais podem ser sintetizadas na angústia de cair em um estado de desamparo e de baixa auto-estima.

A tolerância às críticas e às frustrações, em geral, costuma ser muito baixa, vindo acompanhada por uma labilidade emocional, sugestionabilidade e uma alternância de idealização e denegrimiento dos outros significativos.

Os mecanismos de defesa predominantes são todos aqueles que levam a algum tipo de negação, como a repressão que Freud, nos primeiros tempos, apontava como sendo a única, além das demais formas denegatórias que, aos poucos, foram sendo descritas.

Um mecanismo defensivo particularmente importante, e algo mais específico das histerias, consiste em uma dissociação das representações internas, de forma que é bastante freqüente que elas funcionem dissociadamente, ou seja, tal como se passa em um giro de um caleidoscópio, essas pessoas podem cambiar subitamente de identidade.

De forma análoga, também é comum que uma pessoa histórica negue-se, conscientemente a praticar alguma atuação, mas inconscientemente (e “ingenuamente”) ela faz de tudo para que esse acting aconteça.

Em relação ao sentimento de identidade, é bastante freqüente a existência de um falso self (falta de autenticidade, insinceridade e um aparentemente inexplicável sentimento de falsidade), assim como também existe uma certa

confusão quanto ao gênero sexual e outros aspectos identificatórios (“Sou mulher ou sou homem?; Sou criança ou adulto?; Sou hetero ou homossexual?, etc.”).

Um outro aspecto que complica a aquisição de um definido sentimento de identidade consiste no fato de que, como o histérico tem uma grande dificuldade em aceitar falhas e faltas, ele vai usar de todos recursos inconscientes (apelo às fantasias, provocação de certos papéis nos outros, etc.) a fim de conservar a crença imaginária de que ele continua sendo todos os personagens que habitam dentro dele, o que fica ainda mais complicado porque comumente as identificações são também feitas com figuras imaginárias. O vínculo do reconhecimento adquire uma enorme importância nas pessoas histéricas, porquanto elas estão permanentemente pressionadas pelas suas demandas de obtenção de provas concretas de que são amadas, desejadas e reconhecidas e valorizadas.

Igualmente, há uma demanda por uma aprovação de suas teses narcisísticas ou, muitas vezes, masoquísticas. É tão intensa a demanda por um reconhecimento que, em algumas formas de histeria, transparece um egocentrismo e infantilismo, de modo que o outro significativo é utilizado unicamente como provedor das necessidades materiais e afetivas; assim como não lhes basta ter o amor da pessoa amada, exigem ser o centro da vida desta pessoa.

Em razão dessa alta vulnerabilidade da auto estima, as pessoas histéricas são presas fáceis de estados depressivos, especialmente a, assim chamada, “depressão narcisística”. Para compensar esse permanente vazio existencial, buscam compensações na obtenção de dinheiro, beleza, prestígio, glória, jóias e de um consumismo exagerado.

Destarte, o corpo adquire uma extraordinária importância para a pessoa histérica não só porque ela ficou hiperlibidinizada (quase sempre por excessivos estímulos erógenos na infância), mas também porque é por meio do corpo – uma forma de vestir, um sorriso enigmático, um olhar diferente, uma certa entonação vocal, alguma manifestação conversiva ou dissociativa – que a pessoa histérica pretende garantir a posse da pessoa desejada.

A aparência externa do corpo também é levada a extremos (muitas vezes, dissimulada por um extremo oposto de total desleixo) porque é tão acentuada a desvalia dos autênticos valores internos que só resta o recurso da aparência externa como garantia de vir a ser reconhecida e valorizada.

A sexualidade da pessoa histérica quase sempre está prejudicada e apresenta algum tipo de transtorno. De forma sumariada, os seguintes aspectos devem ser destacados:

- 1) A permanência da primitiva fantasia de posse de uma “bissexualidade”, a qual ficará incrementada quando o complexo de castração não tiver sido bem elaborado e prevalecer a fixação narcísica. A partir do reconhecimento da diferença dos sexos e da incompletude sexual, cada um buscará no outro sexo

não apenas a satisfação do desejo erótico, mas também o seu necessitado complemento narcísico.

2) A existência de transtornos da função sexual, como uma homossexualidade latente, transtorno do gênero sexual, alguma forma de inibir ou de castrar a genitalidade do(a) parceiro(a), algum grau de perversão sexual, impotência, anorgasmia, sendo que comumente a frigidez da mulher histérica funciona como um instrumento inconsciente de tipo narcisista, a serviço de não se humilhar perante o homem e, vingativamente, fazer com que este sintam-se um fracassado.

Assim, freqüentemente esse tipo de histérica usa a técnica da provocação, seduzindo o homem até o ponto de este mostrar-lhe o seu desejo por ela, quando então ela processa uma fuga, não raramente seguida de posteriores acusações de que ele foi grosseiro, vulgar e “estuprador”.

Por outro lado, a mulher “frígida” também pode ser hipersexualizada, promíscua ou até plenamente orgástica, mas basicamente está sempre insatisfeita com os seus relacionamentos sexuais, de sorte que é freqüente haver uma grande carga erótica, porém com uma inibição genital.

Também é comum nessas mulheres a existência de sonhos ou devaneios de relações sexuais sadomasoquistas, violação ou prostituição. Em linhas gerais, os dois itens descritos encontram um traço comum na afirmativa de Fairbairn, de que “nas histerias, a genitalidade se expressa pela oralidade, enquanto a oralidade procura satisfação pela via da genitalidade”.

A escolha das relações objetais, mais particularmente a escolha da parceria, adquire algumas características típicas, como pode ser:

1) A de um(a) parceiro(a) com quem vai constituir uma configuração de um recípro- co e alternante sadismo com masoquismo.

2) Quando prevalece uma “posição narcisista” o mais provável é que a escolha seja determinada pela necessidade de uma fusão narcisista com uma pessoa idealizada (a sua “outra metade”), com quem alimenta a fantasia de alcançar a completude, perfeição, eternidade, supressão das faltas e a abolição das diferenças, sendo que, mais cedo ou mais tarde, sobrevêm as decepções, seguidas de novas ilusões, em um círculo vicioso às vezes interminável.

Tanto como uma forma de vingança ou como uma procura do inalcançável ideal narcísico, é bastante freqüente o problema da infidelidade, muitas vezes acompanhada por uma bem dissimulada cumplicidade do outro.

Uma outra particularidade importante e típica das pessoas histéricas consiste na sua forma de comunicação, a qual guarda aquilo que Liberman denominou “estilo demonstrativo”, que consiste em uma forma dramatizada, e hiperbólica, de narrar os fatos.

Esse estilo substitui a falta de uma capacidade para, de fato, pensar as experiências emocionais. Igualmente, tais pacientes utilizam bastante a

linguagem não verbal expressada pelo corpo, assim como também eles costumam pressionar para que os outros, representados pelos grupos familiar, social ou profissional, assumam o papel de protagonistas e dramatizem o script do drama inscrito no seu mundo interno, representando aqueles papéis que desempenham os personagens do seu teatro imaginário.

Embora seja difícil definir com maior precisão alguns referenciais de ordem técnica que cercam o tratamento analítico com pessoas portadoras de algum tipo predominante de histeria, tal é a extensão das variáveis de qualidade, quantidade e formas das manifestações históricas, creio que existe muita coisa em comum entre todas histerias, sendo que, de modo genérico, os seguintes aspectos sobressaem:

Na definição do “contrato analítico”, deve ser levado em conta que comumente esse tipo de paciente fecha o contrato com alguma facilidade. No entanto, também com alguma facilidade, podem interrompê-lo, ou por que não estavam bem motivados, ou porque, levados pelos seus desejos ilusórios, esses pacientes não calcularam bem as possibilidades reais de arcar com um tratamento tão longo, difícil e custoso, ou porque não suportam as inevitáveis frustrações que decorrem de um tratamento analítico bem conduzido, até porque esse tipo de paciente tem uma forte propensão para a idealização e, igualmente, para a decepção.

Já vai longe, e está totalmente superada na atualidade, a época em que Freud e seguidores consideravam a histeria como exclusiva das mulheres, definindo que, unicamente, “a histérica sofre de reminiscências” e que, portanto, o tratamento consistiria em trazer para a consciência tudo aquilo que da conflitiva edípica estivesse reprimido no inconsciente. Para atingir esse objetivo, nos tempos pioneiros, Freud tentava pelas técnicas do hipnotismo, depois as substituiu pelas técnicas de “catarse”, “ab-reativas”, sendo que, a partir do seu fracasso com a famosa paciente Dora, ele passou a valorizar os aspectos transferenciais ligados à constelação edípica, o que hoje continua válido, embora somente em parte.

Na atualidade, ninguém duvida de que o paciente histórico tem desejos sexuais, porém ele também tem feridas e necessidades narcisísticas, sendo que, na prática clínica, a regra é que estas últimas aparecem mascaradas por uma florida e estimulante manifestação de aspectos da sexualidade, que são fortemente tentadoras para o analista interpretar em termos transferenciais unicamente edípicos, quando o seu verdadeiro sofrimento radica nas falhas narcísicas.

Esse aspecto é particularmente importante porque, embora o inconsciente do histórico faça de tudo para dissimular a dor narcísica por meio de uma fachada de sexualidade seguidamente erotizada e erotizante, bem no fundo, não há nada que mais o decepcione e provoque rancor do que quando as pessoas alvo da sedução, como o terapeuta na situação analítica, não consigam distinguir entre “os desejos do id e as necessidades do ego carente”.

No caso de uma histeria de características mais regressivas, pode-se dizer que

não há um narcisismo saudável nesse paciente: ele exige o amor para alimentar o seu self onipotente e falso. Quando a mentira histérica desmorona, o paciente fixado na posição narcisista desmorona junto, afunda-se na depressão, e, para evitar a agonia resultante do desamparo e desesperança da depressão subjacente, ele pode utilizar-se do recurso histérico-paranóide de projetar culpas e responsabilidades nos outros, para tanto, podendo ir até o extremo de ameaças e tentativas suicidas, o que, na situação transferencial, provoca uma reação contratransferencial muito difícil.

Igualmente, constitui uma contratransferência difícil o fato de que a necessidade de pensar e de verbalizar fica substituída por uma forma de comunicação não-verbal constante de actings, às vezes muito preocupantes (e que não raramente forçam a intervenção de familiares no setting analítico), ou por conversões, somatizações e transtornos da imagem corporal.

A atividade interpretativa do analista deve ficar centrada nos seguintes aspectos:

- 1) usar a técnica da “confrontação”, como, por exemplo, levando o paciente a confrontar se há similaridade em como ele se vê, e como os outros o vêem.
- 2) Para tanto, é válido utilizar a técnica de uma “imaginária dramatização verbal”, através da qual o paciente troca de lugar, papel e função com outras pessoas no cenário dos seus grupos de convivência, inclusive, com o próprio analista.
- 3) Trabalhar com as funções conscientes do ego do paciente, ou seja, de como ele percebe, pensa, julga, discrimina e comunica os seus sentimentos de ódio e de amor (como ele ama, é amado e quais os seus critérios de amor).
- 4) O analista deve tentar juntar os aspectos dissociados do paciente histérico, de modo a torná-los unificados, e assim possibilitar que o paciente assuma o seu quinhão de responsabilidade pelo que acontece nas suas inter-relações humanas.
- 5) Da mesma maneira, é função do terapeuta estar atento para a forma dissociada de como funciona o psiquismo do paciente histérico. Um primeiro exemplo que me ocorre em relação ao último aspecto é o de uma paciente que, tendo feito um insight do quanto, sob o disfarce de uma “ingenuidade”, estava acintosamente seduzindo um homem casado, tomou a “firme” deliberação consciente de não mais prosseguir nesse jogo sedutório, ela se afastaria e somente conservaria uma boa e pura amizade com ele. No entanto, algumas semanas após, veio à lume que, ainda sob a aparência de uma ingenuidade, ela mantinha uma correspondência “pura”, uma troca de cartas singelas com o homem desejado e proibido. Tratava-se de uma pessoa séria que, honestamente, não percebia que continuava com o mesmo jogo de sedução, não que estivesse deliberadamente mentindo, mas sim porque ela funcionava com a sua mente dissociada em duas partes opostas e contraditórias, agindo concomitantemente.
- 6) Esse aspecto remete a um outro equivalente, de importância essencial no tratamento analítico, qual seja: o de se esse tipo de paciente quer resolver os

seus conflitos por meio de múltiplas formas de evadir as dificuldades e verdades penosas, ou se ele está disposto a ser verdadeiro e enfrentá-las, única maneira de vir a fazer verdadeiras mudanças psíquicas caracterológicas.

7) Assim, há uma necessidade de o analista ir desfazendo as idealizações e as múltiplas ilusões que habitam a mente do paciente histérico, processo esse que deve ser permanente, firme e coerente, porém que exige paciência e tolerância, porquanto ele é muito doloroso para esse analisando.

Em relação ao trabalho de elaboração analítica, um aspecto que deve merecer uma atenção especial do analista consiste na possibilidade de que o paciente esteja fazendo “falsos insights”, ora intelectualizando, ora desvitalizando as interpretações do analista. Igualmente, existe o risco de que o terapeuta deixe-se envolver em algum dos muitos tipos de conluios resistenciais.

De forma genérica, cabe dizer que os pacientes da série histérica são aqueles que mais gratificam, às vezes com resultados notáveis, e, ao mesmo tempo, podem ser aqueles que mais frustram. Assim, é bastante freqüente acontecer que certos pacientes histéricos despertam um entusiasmo no analista durante os primeiros meses, ou anos de análise, e depois o frustram, tanto pela constatação de que não estão ocorrendo mudanças verdadeiras, como também pela razoável possibilidade de interrupções, por vezes súbitas e inesperadas.

O entusiasmo inicial decorre do fato de que, no início, esses pacientes histéricos encantam pelo charme, inteligência brilhante, com facilidade para uma livre associação de idéias, com uma rica e detalhada vida de fantasias, comumente centradas na sexualidade.

Além disso, parecem bem motivados, trazem muitos sonhos, revelam reflexos rápidos e uma clara compreensão e resposta afetiva às interpretações do analista, a par de uma agudeza na percepção da realidade; no entanto, esse último aspecto pode ficar anulado pela sua “parte doente”.

Essa probabilidade de anulação de um possível êxito analítico deve-se a alguns fatores, tais como:

- 1) Embora manifestem emoções turbulentas, o contato afetivo desses pacientes costuma ser muito superficial, contraditório, instável e com fuga das verdades, havendo uma propensão para adquirir uma feição sadomasoquista;
- 2) A existência de uma ambigüidade (na base do “nem que sim, nem que não, antes até, muito pelo contrário...”) que pode levar a uma confusão, porque representa um ataque aos vínculos perceptivos.
- 3) Costuma haver uma rápida passagem de um estado mental (humor, afeto, atitude, idéia, identificação) para outro estado mental oposto, de modo que ambos se anulem entre si.
- 4) O exagero hiperbólico dos sentimentos e dos fatos (tudo adquire dimensões enormes) podem desfigurar os significados.
- 5) Existe a possibilidade de atuações excessivas, que mobilizem outras pessoas

diretamente envolvidas, que são forçadas a intervir e pôr em cheque a indispensável preservação do setting.

6) Não raramente, tais pacientes ficam satisfeitos com a frustração da parelha excitada no campo analítico, assim reproduzindo o mesmo modelo que adotou para a parelha pai-mãe

Para finalizar, creio que a experiência clínica ensina que os aspectos obstrutivos e anulatórios referidos predominam quando a estrutura psíquica do paciente histórico funciona sob a égide da “posição esquizoparanóide”.

No entanto, os fracassos não se constituem como a regra; pelo contrário, aqueles pacientes que, não obstante apresentem uma nítida configuração histórica, adquiriram uma adequada organização obsessiva, uma capacidade para ingressar na “posição depressiva”, a construção de uma “aliança terapêutica”, aliadas a um apropriado manejo técnico do analista, demonstram excelentes e muito gratificantes resultados verdadeiramente analíticos.

DEPRESSÕES

Uma primeira observação é que, diante do largo espectro clínico dos estados depressivos, torna-se indispensável que se reconheça a distinção que há entre melancolia, luto, tristeza, posição depressiva e depressão, a qual está sempre subjacente às diversas organizações neuróticas e psicóticas da personalidade.

Assim, tristeza indica um estado de humor afetivo que pode estar presente ou não nos estados depressivos.

Luto corresponde a um período necessário para a elaboração da perda de um objeto amado que foi introjetado no ego, sem maiores conflitos.

Melancolia designa que a introjeção do objeto perdido (por morte, abandono, etc.) processou-se de forma muito ambivalente e conflitada.

Essa “sombra do objeto recaído sobre o ego” (Freud, 1917, p. 281) pode estar absorvida no próprio núcleo do ego e aí permanecer por toda a vida, assim se constituindo em um luto patológico crônico.

Posição depressiva é um termo de M. Klein (1934, p.262) que expressa uma constelação de relações objetais e ansiedades que constituem um estado psíquico no qual prevalece a tríade: objeto total (integração das suas partes dissociadas) – assunção da responsabilidade e de eventuais culpas – presença de sentimentos de consideração e de intentos de reparação frente aos objetos.

Depressão subjacente às neuroses e psicoses refere-se ao fato de que todo indivíduo, em grau maior ou menor, é portador de núcleos melancólicos da personalidade.

Por sua vez, a depressão melancólica – a que mais diretamente será aqui estudada – também apresenta uma ampla gama clínica de variações tanto quantitativas como qualitativas. Assim, é comum que tenhamos pacientes portadores de uma depressão crônica cujos sinais clínicos possam ser tão

insidiosos e pouco aparentes que, muitas vezes, iludem o nosso conhecimento e, daí, que nem sempre merecem a devida valorização por parte dos psicanalistas.

Em outro extremo, é sabido o quanto podemos confrontar-nos com bruscas e inesperadas irrupções de surtos melancólicos agudos, com sério risco de suicídio. E assim por diante...

Apesar dessa variação de forma e de grau das depressões, alguns de seus sintomas e sinais clínicos são de presença constante, como, por exemplo: baixa auto-estima, sentimento culposos sem causa definida, exacerbada intolerância a perdas e frustrações; alto nível de exigência consigo próprio, extrema submissão ao julgamento dos outros, sentimento de perda do amor e permanente estado de que há algum desejo inalcançável.

ETIOPATOGENIA

Como esquema de exposição, vou considerar nove vertentes responsáveis pela formação dos estados depressivos, sendo necessário levar em conta que as mesmas não são estanques entre si; pelo contrário, elas complementam-se e, por vezes, interpenetram-se.

Causas Endógenas (Orgânicas)

Cada vez mais, os psicanalistas estão reconhecendo as importantes contribuições advindas dos campos da neurobiologia (há um crescente aprofundamento das investigações pertinentes ao sistema límbico, notadamente em relação ao hipotálamo e ao núcleo amigdalino), da imunologia e da moderna psicofarmacologia.

Dois aspectos merecem ser ressaltados: um é a importância do reconhecimento, na prática clínica, da natureza diagnóstica da situação depressiva. Na maioria das vezes, é fácil reconhecer os extremos, se emocionais ou orgânicos; no entanto, em muitas outras vezes, é muito difícil fazer a discriminação entre ambos fatores, apesar, é claro, de que eles estão em constante interação. O segundo aspecto é o que nos levaria à atual polêmica entre os psicanalistas quanto ao emprego, simultâneo ou não, dos psicofármacos durante o processo psicanalítico standard.

Depressão Anaclítica

Em 1914, Freud (p. 107) estudou a “escolha narcisista do objeto”, juntamente com a escolha “anacítica”, em cujo caso o indivíduo está em busca de alguém que venha a preencher um vazio de mãe original.

Spitz (1965) estudou, desde a década de 50, a “depressão anaclítica”, a partir da observação de bebês que, quando eram separados de suas mães, entre o sexto e o oitavo mês, apresentavam uma sintomatologia que “assemelha-se de forma impressionante aos sintomas que nos são familiares na depressão adulta”.

Bowlby (1969, p. 211), psicanalista inglês, descreveu o fenômeno do apego (“attachment”), que consiste na necessidade de uma vinculação afetiva entre a

mãe e o bebê, anterior e independente de qualquer tipo de aprendizado, como o da alimentação, por exemplo.

Esse autor comprovou que os bebês que precocemente foram privados de suas mães passam por uma série de três fases, as quais ele denomina de:

- a) protesto (a criança chora, esperneia e volta-se para qualquer ruído ou som que possa indicar a mãe perdida);
- b) desesperança (a etimologia composta por “des” [sem] “esperança”, indica que o bebê “cansou” de esperar, sendo que esta fase é análoga ao penar do adulto);
- c) retraimento (indica o desapego emocional e é correspondente à indiferença e desvalia da depressão adulta).

Creio ser interessante o fato de que se pode traçar uma equivalência entre o fenômeno de “hospitalismo”, de Spitz, o de “desapego”, de Bowlby e o da “síndrome de adaptação ao estresse”, descrita pelo fisiologista H. Selye.

A depressão anaclítica (muitas vezes denominada como “depressão essencial”) corresponde, nos casos mais graves, ao abandono de todo interesse e de todas as formas de investimento em objetivos e idéias. Há falta de motivação para continuar a viver – e até para lamentar-se –, daí, a gravidade quanto a um possível risco de suicídio.

Identificação do Ego com o Objeto Perdido

O protótipo dessa situação depressiva está contida na famosa expressão de Freud (1917, p. 281) “a sombra do objeto recai sobre o ego” e, podemos completar, vai fazer parte integrante do próprio núcleo do ego. Resulta daí que o objeto perdido e o ego, em um processo que lembra o fenômeno da osmose, confundem-se entre si de tal sorte que o destino de um passa a ser o destino do outro.

Outro modelo análogo, tirado da física, que, parece-me, pode ilustrar o dito acima, é o da imagem dos “vasos comunicantes”, a qual consiste num fenômeno da física, pelo qual, se colocarmos um líquido em um vaso em forma de “U”, ele necessariamente vai ficar nivelado nos dois extremos, independentemente do diâmetro de cada um dos lados do vaso.

Meltzer (1989, p. 118) chega a perguntar: “Quem vive a dor?” “É o ego ou seus objetos que estão sofrendo?” e “Quem está sendo atacado?” Prossegue Meltzer: “É a pessoa que, na verdade, ataca a si mesma ou ela ataca a parte de si mesma que está identificada com um objeto que, em um outro nível, ela está realmente acusando?”

A importância deste vetor etiopatogênico dos estados depressivos é bem destacada por M. Martins (1969, p. 49), que, citando a Grinberg, assinala dois aspectos essenciais.

O primeiro diz respeito à noção de que, ao lado do luto pelo objeto, existe um luto pelo ego, e vice-versa.

O segundo aspecto refere-se às vivências de desagregação e empobrecimento do ego, resultantes das partes perdidas que deixaram de pertencer-lhe e de integrá-lo por terem ficado retidas no objeto.

O conhecimento disso tem uma significativa importância na técnica analítica, como será abordado mais adiante.

Depressão por Perdas

Embora o termo “perda” seja muito abrangente e genérico, e de alguma forma esteja sempre presente nos demais itens de nosso esquema de classificação, justifica-se a sua especificação em razão de algumas singularidades.

Assim, essas perdas processam-se em três níveis:

- a) Perda de objetos necessitados (e, ambivalentemente, amados e odiados). A essência dessa vertente depressiva consiste no fato de que a perda, real ou fantasiada, do objeto bom, amado e protetor, deixa o indivíduo entregue ao objeto mau que, de seu interior, o acusa, despreza, reduz a sua auto estima a níveis ínfimos e, sobretudo, deixa-o totalmente desamparado.
- b) Perda de objetos reasseguradores da auto-estima do indivíduo. Trata-se de pessoas que necessitam, de forma desesperada e compulsória, do reasseguramento de que são amadas e valorizadas. Para tanto, costumam estabelecer relações com pessoas que se prestem a tal papel e, no caso de perderem-nas, sentem a terrível sensação que é inerente a quem fica sem as imprescindíveis muletas.
- c) Perdas do ego. Instala-se uma depressão reativa quando, por circunstâncias várias, há uma perda, súbita ou gradativa, das funções do ego, especialmente no tocante às que são encarregadas da adaptação ao mundo exterior. Um exemplo claro disso é a conhecida “depressão involutiva”, a qual se refere a uma quadra da vida em que o indivíduo não somente perde objetos (aposentadoria; pais e amigos que envelhecem, adoecem e morrem; filhos que casam e saem de casa, etc.), como também há a perda de atributos do ego (por exemplo: prejuízo da acuidade visual ou auditiva, da memória, da beleza, do juízo crítico, da agilidade de raciocínio, da mobilidade e dos reflexos, e assim por diante). Assim, um jogador de futebol profissional é considerado um “velho” aos 30 e poucos anos porque ele perdeu algumas condições do ego (no caso, motoras) essenciais para aquele exercício profissional. Não cabe esmiuçar exemplos similares a este; no entanto, um sinal de reconhecimento comum a todos estes quadros é o de uma ansiedade depressiva que se expressa no sentimento de que “não sou mais o mesmo...”.

A situação mais freqüente de perdas do ego é a que resulta de um jogo de intensas identificações projetivas que o indivíduo faz de seus aspectos positivos em outras pessoas por ele idealizadas, enquanto o seu próprio ego fica esvaziado e empobrecido.

Depressão por Culpas

Afirmar que o sentimento de culpa é um acompanhante sistemático dos quadros depressivos é insuficiente para uma compreensão mais profunda do paciente deprimido. Essa insuficiência decorre do fato de existirem muitos graus e tipos de culpas. Vale destacar as seis seguintes fontes culpígenas, que são devido:

- a) a um superego estruturado como sendo rígido, punitivo e todo-poderoso;
- b) ao ódio do ego contra o próprio id;
- c) às culpas imputadas pelos outros;
- d) à obtenção de êxitos;
- e) à descrença do ego em suas próprias capacidades reparatórias;
- f) à assunção das culpas de outros.

Cada uma destas eventualidades determina certa especificidade na manifestação do quadro clínico e do manejo técnico.

Assim, os indivíduos portadores de um “superego cruel” estão habitualmente protegidos por uma sólida organização obsessiva e são muito propensos à formação de quadros depressivos. Pode-se dizer que o self dos mesmos comporta-se como cenário de um permanente tribunal de julgamento em que uma severa promotoria induz o júri à aplicação da sentença de “culpado” pelo crime de transgressão (pelo que fez ou pelo que deixou de fazer em pensamentos, sentimentos e atos) e a conseqüente condenação a pesadas penas. As manifestações clínicas são bem conhecidas, merecendo destaque as que se expressam pelas inter relações de natureza sadomasoquista. No curso do processo analítico, esse tipo de superego pode ser um dos principais responsáveis pelo aparecimento da “reação terapêutica negativa”.

A situação culpígena do item “b” (ódio do ego contra o próprio id) ocorre nos indivíduos em que há desarmonia entre o sistema de valores autênticos do ego e que entra em rota de colisão com alguma manifestação de uma pulsão contrária. Um exemplo comum pode ser o de uma pessoa autenticamente generosa (é diferente de uma bondade resultante de uma formação reativa que se formou para apaziguar a rigidez de um superego), inconformada e culpada ao perceber a presença simultânea de sentimentos de inveja, ciúmes, etc.

Em relação às “culpas imputadas pelos outros”, é preciso levar em conta o fato de que, muitas vezes, o sentimento de culpa não decorre das pulsões agressivas, destrutivas. Pelo contrário, é muito comum acontecer que determinados atos e “artes” das crianças, frutos de uma agressividade sadia, possam ter sido significadas pelos seus pais como agressões daninhas. Essa criança poderá carregar pelo resto de sua vida uma culpa indevida, causada por uma confusão dilemática deste tipo: “Sou culpado porque sou ou fui um agressivo, ou me sinto agressivo porque viviam me culpando?”

O destaque em relação à “culpa decorrente do êxito” justifica-se pela sua alta

incidência e porque nem sempre ela se deve à sua causa mais comum que é a da punição superegóica como um revide ao triunfo edípico. Por essa razão, é útil que se amplie um pouco mais a sua compreensão. Assim, a obtenção de alguma conquista pode ser significada pelo indivíduo como uma forma de traição e deslealdade em relação aos papéis que lhe foram designados a cumprir na vida.

Um terceiro fator é a culpa que se forma a partir da comparação que o indivíduo faz entre seu êxito e a infelicidade de outras figuras queridas, entre estas os mortos. Ainda um quarto fator pode ser incluído: trata-se daqueles indivíduos de estrutura narcisista, para os quais a consecução bem-sucedida de uma meta pela qual tanto lutaram leva-os à seguinte angustiante questão, fruto da desproporção entre a grandiosidade da expectativa fantasiada e a da realidade bem mais modesta: “E agora? Ainda não é bem o que eu esperava de mim (ego ideal). Estou decepcionado comigo”. Um quinto fator que faz o êxito gerar culpas é o sentimento de que ele possa estar des- pertando um estado de inveja ou de humilhação em outros. Um sexto fator é a culpa decorrente da ânsia de exibicionismo que pode ter sido a fantasia prevalente para a consecução do êxito.

A “descrença do ego em suas próprias capacidades de fazer autênticas reparações” gera um círculo vicioso maligno de ansiedades depressivas e uma maior sensação de esvaziamento de que pos- sua uma bondade, assim como leva o indivíduo a lançar mão de falsas reparações. Estas últimas costumam manifestar-se sob uma forma constituída por elementos tanto da série maníaca (por exemplo: grandiosos projetos de redenção social, um presentear excessivo e inadequado, etc.), como da obsessiva (uma superproteção asfixiante, por exemplo) e da masoquista (sacrifícios).

Em relação às culpas decorrentes do fato de que o indivíduo “assume as culpas de outros”, basta registrar uma observação que é comum na clínica de nós todos: a freqüência de pacientes que se sentem obrigados a reinvestir contra si mesmos os sentimentos de ódio e de culpa que, de fato, caberiam a alguém outro (o seu psicanalista, por exemplo).

Isso radica-se na necessidade que muitas crianças têm de protegerem (e protegerem-se) as figuras parentais que não se mostraram capazes de agüentar uma forte carga agressiva e que, por essa razão, tanto poderiam reagir depressivamente (uma mãe depressiva, hipocondríaca, por exemplo), como poderiam revidar de forma violenta.

Depressão Decorrente do Fracasso Narcisista

A relativa escassez de escritos psicanalíticos acerca da abordagem específica da “depressão narcisística” não faz jus à alta freqüência e rele- vância da mesma.

Se tomarmos o referencial de Kohut – um re- conhecido estudioso dos problemas do narcisismo – podemos considerar dois aspectos, por ele assim denominados:

- 1) o self grandioso (corresponde ao ego ideal, o qual, como sabemos, constitui-se no herdeiro direto do narcisismo original);

2) imagem parental idealizada (corresponde ao ideal de ego, o qual resulta do próprio ego ideal projetado nos pais, acrescido das expectativas do próprio narcisismo destes) (Kohut, 1971, p. 21).

Conforme Bleichmar (1982) demonstra exaustivamente, um estado depressivo sobrevém toda vez que houver uma decepção tanto da parte do seu ego ideal como do ideal do ego.

Em outras palavras, um indivíduo portador de uma forte organização narcisística da personalidade sente-se em um permanente estado de sobressalto diante da possibilidade de não corresponder plenamente às fortes exigências provindas de dentro ou de fora de si mesmo.

Por essa razão, ele vai necessitar de um constante aporte de elogios, aplausos ou de qualquer outra prova que lhe reassegure a auto-estima. Resulta daí a explicação de por que a perda de um objeto externo reassegurador da auto-estima pode constituir-se como um importante fator desencadeante de uma depressão.

É preciso considerar dois elementos inerentes aos indivíduos narcisistas: um é o emprego de uma lógica do tipo binária, isto é, ou ele é o melhor ou é o pior, e assim por diante.

O outro elemento, decorrente deste, é uma permanente atitude de comparação com os demais, e isso gera uma consequência muito importante: um estado depressivo resultante do “êxito dos outros”.

É fácil depreender que, neste último caso, a inevitável comparação que o indivíduo narcisista sempre faz determina que o sucesso alheio faz-lhe sentir uma insuportável sensação de derrota, fracasso e humilhação, o que decreta um rude golpe em sua auto-estima e, daí, uma depressão.

Identificações Patógenas

A etimologia do verbo “identificar” mostra que esse fenômeno psíquico consiste em que, desde sempre, a criança vai ficando igual (idem) ao adulto que a está modelando. Mais particularmente em relação aos indivíduos depressivos, podemos destacar três tipos dessas identificações que se organizam a partir das depreciativas auto-representações em seu ego.

A primeira delas é a “identificação com o objeto deprimido”. A experiência de todo psicanalista comprova o quanto foi quase impossível para o seu paciente, quando criança, ficar imune à modelagem de afetos depressivos, queixumes e uma ideologia niilista provindas de uma mãe melancólica, por exemplo. Por outro lado, a presença real de uma depressão constante da mãe, ou pai, reforça as fantasias da criança de que tenha sido a sua maldade que provocou todas as desgraças.

É útil acrescentar a possibilidade de que esteja havendo a existência daquilo que Green (1976) denomina como “complexo da mãe morta”, cuja concepção consiste em um “assassinato psíquico do objeto mãe, que a criança perpetua

sem ódio, e do qual resulta uma depressão branca, que é diferente da depressão negra, na qual há luto e dor pela perda”.

A segunda situação é a “identificação com o objeto desvalorizado” e denegrado, isso resulta da reintrojeção da figura parental que, previamente, foi alvo de identificações projetivas carregadas de desprezo por parte da criança.

A terceira modalidade de identificação patógena – depressiva é a que proponho denominar como “a identificação com a vítima”, a qual – de expressiva relevância na prática clínica – consiste no fato de que o self do indivíduo sente necessidade compulsória de prestar uma eterna solidariedade à sua “vítima”, seguindo o mesmo destino desta. Serve como exemplo disso a situação muito comum de pessoas – mulheres principalmente, mas também homens – que carregam em seu inconsciente o peso de terem sofrido a experiência de um aborto provocado. Nestes casos, pode ocorrer que as referidas pessoas, mesmo na hipótese de serem bem dotadas e aptas ao sucesso, estão inconscientemente provocando o abortamento de todas as oportunidades promissoras que aparecem em suas vidas, inclusive, não poucas vezes, de suas próprias análises.

Ruptura com os Papéis Designados

Pode-se dizer que esta vertente depressiva é um prolongamento da anterior. Na literatura psicanalítica, ganha espaço, cada vez mais, a convicção de que boa parte do inconsciente da criança é modelado pelo discurso dos outros por meio das mensagens veiculadoras de significações, especialmente das que são providas dos conflitos inconscientes dos próprios pais. Dessa forma, o indivíduo, desde criancinha, é ensinado a “como” e a “quem” ele deve, e não deve, ser, e quais os papéis que deverá desempenhar pela vida afora, a fim de garantir o amor dos pais e de jamais trair as expectativas que estes depositam nele. Uma desobediência a este princípio pode custar um preço terrível: a pecha de ingratidão e a ameaça de perda dessas figuras de que ela necessita e, de certa forma, muito queridas, além do inevitável surgimento do sentimento culposos.

É uma constatação corriqueira na prática clínica de todos nós a dificuldade que atravessam muitos analisandos quando, fruto de um progresso em suas análises, começam a libertar-se dos estereótipos que lhes foram programados. Um exemplo disso, comum mas muito importante, é quando um analisando, habitualmente funcionando em níveis de simbiotização, começa a encontrar o caminho de uma “autêntica” autonomia e emancipação, com mudança de valores e de pessoas. Pode coincidir que esse crescimento, essa mudança psíquica, venha simultaneamente acompanhada de estado confusional, de sentimentos de despersonalização e de perda de identidade, assim como de um penoso sobressalto em vir a cair em estado de loucura ou de depressão insuportável. É relativamente comum o surgimento de “impasses terapêuticos (bem superados se o analista manejar bem a situação) e não é rara a possibilidade de que se instale a tão temida “reação terapêutica negativa”.

Aliás, este sentimento de ingratidão e de traição que sempre acompanha as depressões conseqüentes ao rompimento com os papéis programados deve ser considerado uma quarta causa responsável pelo surgimento da RTN (as outras três são: um superego altamente punitivo; uma inveja excessiva do sucesso do psicanalista; um encontro com a terrível depressão subjacente, em que jazem feridos e mortos).

ALGUNS ASPECTOS DO TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES

Em relação às depressões endógenas, não cabe aqui esmiuçar as inequívocas melhoras obtidas pelo uso dos modernos recursos psicofarmacológicos, tendo em vista que os mesmos pertencem à área da psiquiatria, embora, creio, não haja incompatibilidade alguma entre a simultaneidade do emprego da medicação e o prosseguimento normal do processo analítico.

Um aspecto prático que vale a pena ressaltar é o de que analisando e analista aprendam a reconhecer as diferenças clínicas constantes de sinais e sintomas típicos e específicos entre essas depressões e os estados depressivos de outra natureza.

Quanto às depressões anaclíticas, é necessário que reconheçamos o fato de que este paciente deprimido sofreu uma profunda e precoce perda da mãe e, por isso, desde sempre, mantém-se em um permanente estado de carência, amalgamado com os sentimentos de cólera e desesperança.

Na clínica, tais pessoas, além de muito propensas a somatizações, mostram-se cronicamente deprimidas, com estado de humor amargo e atitude ressentida e poliqueixosa. No fundo, são vingativas e rancozadas, sendo que isso pode traduzir-se em importantes resistências a mudanças psíquicas.

Essa tenaz resistência deve-se ao fato de que, como tiveram relevantes perdas precoces, sentem-se justificadas a eternizar uma atitude que, a título de ressarcimento, consiste em uma infinita espera que alguém (o analista, na situação analítica, ou a sociedade como um todo) devolva o que lhes foi roubado.

Por essa razão, são particularmente vulneráveis às frustrações e não é raro que passem a maior parte de suas vidas cobrando e vingando-se das figuras que os abandonaram e humilharam. (Este estado de sofrimento poderia ser denominado “Complexo de Conde de Monte Cristo”).

Nesses casos, cresce de relevância a atitude interna do psicanalista como fator terapêutico de primeira grandeza. Essa atitude é tecida pelos autênticos atributos de continência, empatia, coerência, paciência, entre outros, e não deve ser confundida com o papel que o analisando procura delegar ao seu analista: o de um complexo substituto da sua deficiente maternagem original, que nunca o frustra e esteja totalmente à sua disposição.

Pelo contrário, a referida atitude analítica significa que o psicanalista deverá ser introjetado como um objeto confiável porque consegue conter as suas angústias, dá-lhe limites e não se destrói nem desaparece.

As sucessivas experiências emocionais dessa natureza, vividas na relação analítica, vão compondo uma “constância objetal” e “uma coesão do self” (Mahler, 1975, p.58).

Em relação às depressões resultantes de perdas, vale destacar dois aspectos.

Um é o que se refere à diferença que é preciso estabelecer entre objeto realmente “bom” e o que é altamente “idealizado”. Ambos podem ser muito parecidos, mas, em sua essência, são profundamente distintos. Quando a perda for de um objeto bom, a elaboração processa-se de acordo com o luto normal. Quando a perda for de um objeto muito idealizado, o mais provável é que o ego do indivíduo vá sentir-se desamparado, entregue aos objetos maus e perseguidores, que lhe impõem um convite ao sofrimento e à morte, assim configurando os quadros melancólicos. Nestes casos, o psicanalista também será prematura e intensamente idealizado. A recomendação técnica é a de que ele aceite essa idealização tão necessária para o equilíbrio de seu paciente deprimido, desde que fique bem claro para o analista que essa idealização deve ser transitória e vir a ser, gradativamente, desfeita e modificada.

O segundo aspecto a destacar é o de que, quando o objeto perdido instala-se dentro do ego, confunde-se com o mesmo e parasita-o de dentro, constituindo-se, muitas vezes, naquilo que diversos autores costumam chamar objetos “mortos-vivos”, ou “moribundos”, ou ainda “aletargados”.

Nessas situações, vale a pena registrar a recomendação técnica de Grinberg (1963, p. 144) no sentido de que “para que se processe uma boa elaboração do luto, ou da posição depressiva, é indispensável que se tenha realizado previamente a elaboração do luto pelo ego”.

Não é demais reprimir que, nestes casos, o destino do ego, qual o de Dorian Gray, é indissociado do destino dos objetos. M. Martins (1969, p. 53) aprofunda o estudo de tais aspectos e aponta para a ocorrência de uma particular sensação contratransferencial: a de um sentimento de exclusão que o analista sente face ao fato de que este paciente se mantém fielmente ligado ao seu objeto perdido. Nos casos em que a depressão é resultante de culpas, a principal recomendação técnica consiste na cautela que o analista deve ter diante da costeira possibilidade de que a compulsão inconsciente do analisando esteja-o induzindo a estabelecer um vínculo analítico de natureza sadomasoquística.

Se o psicanalista ficar contratransferencialmente envolvido, o mais provável é que suas interpretações virão confundidas com advertências, normas e acusações, o que virá ao encontro do núcleo masoquista do paciente; no entanto, o processo analítico desembocará em um repetitivo círculo fechado, sem possibilidade para novas saídas.

Se a prevalência dos sentimentos culposos provém de um código de valores que desde criança e do exterior foram indevidamente imputadas ao paciente, a tônica do trabalho do psicanalista será tanto a de prover novas significações quanto a de promover ao analisando uma capacidade de fazer discriminações entre as suas formas de protestar: se sadias ou se patológicas.

Nos analisando em que o colapso narcisístico é o responsável pela depressão, como uma consequência da decepção sofrida pelo seu ego ideal, a ênfase da técnica analítica consiste em que se promova a difícil renúncia às suas grandiosas e ilusórias aspirações.

Não é tarefa fácil para tais pacientes reconhecerem que não são o que pensavam que eram ou gostariam de vir a ser, e que não o são e nunca virão a sê-lo.

É uma transição de mudança psíquica muito penosa para o analisando (e, de certa forma, para o psicanalista), pelo fato de que o sentimento depressivo da perda de sonhos tão caros vem mesclado com sentimentos de vergonha e de humilhação.

Por outro lado, se o sentimento de fracasso narcisista do paciente deve-se à sua convicção de ter decepcionado as expectativas das pessoas que representam o seu ideal de ego, a técnica analítica consiste em trabalhar sistematicamente na transferência das identificações projetivas reproduzidas com o psicanalista, tendo em vista que este também é um importante representante do ideal de ego.

Não é demais insistir que, especialmente nestes casos, o tipo de contratransferência despertada no analista – se normal ou patológica – é de fundamental importância ao curso do processo analítico.

Nas depressões resultantes de identificações patógenas (Badaracco, 1990, p. 84), como as antes descritas, o essencial da técnica psicanalítica consiste em promover as desidentificações, seguidas de reidentificações.

É preciso deixar claro que uma desidentificação não significa uma ruptura (no sentido bélico) do sujeito com o objeto com quem ele se identificou. Pelo contrário; o paciente deve desenvolver uma capacidade em discriminar entre os aspectos que ele admira nos referidos objetos e que vai conservar como autenticamente seus e os aspectos que vai abandonar porque parasitam-no, submetem e forçam-no a deprimir-se e a ser o que, de fato, ele não é.

O espaço aberto com as desidentificações será preenchido com novas reidentificações, a partir da pessoa do analista como um modelo de como este é, não na aparência, mas na sua essência.

O processo de desidentificação representa um momento muito delicado do curso analítico pela razão de que ele costuma vir acompanhado de um incremento do estado depressivo, assim como de sensações de confusão e de perda de identidade.

Em relação à depressão conseqüente à ruptura com os papéis designados, a manifestação clínica mais comum é o surgimento de sentimentos de ingratidão e de traição.

Pode-se dizer que o paciente sente uma “traição à tradição”, sendo muito interessante registrar que não é por nada que essas duas palavras derivam de uma mesma raiz etimológica. A exemplo do item anterior, também nestes casos

em que o paciente começa a permitir-se romper com alguns estereótipos cronificados e a assumir papéis diferentes dos que lhe foram programados, é comum a ocorrência de somatizações, de sentimentos de confusão e despersonalização, assim como o de uma sensação indefinida de perda de amor e o de “alguma desgraça por vir”.

É importante que o psicanalista esteja em uma aliança terapêutica com o lado sadio do analisando que luta bravamente contra a rígida estereotipia que lhe foi imposta.

Relativamente às pseudodepressões, o aspecto mais importante a ser destacado é a necessidade de o psicanalista ter bem claro para si a distinção entre essas e os verdadeiros estados depressivos.

Uma vez estabelecida a diferença, o manejo técnico consiste em fazer o respectivo desmascaramento da falsidade, acompanhado da interpretação das fantasias inconscientes responsáveis por essa estruturação enganosa.

É claro que as considerações aqui tecidas foram particularizadas separadamente para cada uma das modalidades depressivas, unicamente por uma busca didática de exposição, sendo necessário reiterar que elas não são estanques; pelo contrário, elas interagem, imbricam-se e complementam-se.

Transtornos de Humor

O humor, estado emocional interno de uma pessoa, varia normalmente em uma pessoa, segundo suas experiências de vida, seus sucessos e fracassos em seus projetos, seus relacionamentos, suas ambições. Dessa maneira, o humor pode estar elevado, deprimido, ou neutro, em uma ampla faixa da variação, e as pessoas apresentam um repertório igualmente variado de expressões afetivas. Geralmente, as pessoas estão mais ou menos no controle de seus humores e afetos, levadas em consideração, evidentemente, as alterações surpreendentes da própria existência (como a perda súbita de um ente querido, ou ganhar um grande prêmio em um sorteio, por exemplo).

Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle, e uma experiência subjetiva de grande sofrimento, geralmente sendo relatada uma qualidade inefável, porém distinta, do estado patológico pelos pacientes. É importante frisar-se uma certa dissociação entre o humor do paciente e seu estado psicossocial “real”, embora nos casos de depressão maior, muitas vezes, a funcionalidade social e pessoal acabem por ser comprometidas, levando a uma congruência do humor e do seu estado “real”.

Os transtornos do humor são divididos em transtornos depressivos e transtornos bipolares, sendo os pacientes com episódios unicamente de mania (humor elevado, patologicamente) classificados como tendo transtorno bipolar I, sendo raros os casos em que não se manifestem também episódios depressivos, no curso da doença destes pacientes.

Infelizmente, com a opressão sócio-econômica cada vez maior, imposta pelos

modelos e padrões ocidentais de vida, voltada principalmente para a valorização da posição econômica e social, em detrimento dos valores morais, interpessoais, e religiosos, observar-se uma tendência indiscutível dos indivíduos permanecerem a maior parte do tempo nas faixas deprimidas do continuum do humor, facilitando a tendência, também influenciada pelos interesses econômicos, de se diagnosticarem e tratarem em excesso os transtornos do humor, em especial a depressão leve e a distímia. Outro fator que contribui para esse excesso diagnóstico e terapêutico são as consultas cada vez mais breves, ditadas pelas pressões dos sistemas de saúde pública e privada (planos de saúde), e pela má formação dos médicos, em geral, quanto à visão holística do Ser Humano.

Transtornos Depressivos

Os transtornos depressivos são caracterizados basicamente pelo humor deprimido, onde a perda de interesse ou prazer acompanham a sensação de tristeza, a desesperança, a sensação de inutilidade. O suicídio é uma preocupação constante quando se trata de pacientes deprimidos, uma vez que cerca de dois terços deles pensa em se matar, e de 10 a 15% efetivamente cometem o suicídio.

Praticamente todos os pacientes deprimidos queixam-se de uma diminuição de energia, com dificuldade para terminar tarefas, comprometimento do desempenho na escola ou no trabalho, e motivação diminuída para assumir novos projetos e tarefas.

A insônia também é freqüente, especialmente e caracteristicamente despertando de madrugada, com múltiplos despertares durante a noite, quando geralmente ficam pensando sobre seus problemas.

A maioria dos pacientes tem perda de apetite, com correspondente perda de peso, porém alguns tem a reação contrária. Também o aumento de sono, principalmente a sonolência diurna, pode ser relatado. Quase sempre os pacientes deprimidos tem, concomitantemente, queixa de ansiedade, e é comum encontrarem-se já em uso de medicamentos ansiolíticos.

Basicamente, existem duas entidades clínicas relacionadas apenas à depressão, o transtorno depressivo maior, e o transtorno distímico, estando a depressão presente também nos distúrbios bipolares.

Várias condições médicas não-psiquiátricas podem levar a episódios de depressão, como também algumas substâncias químicas, com uma lista bastante extensa de condições e substâncias potencialmente envolvidas, que devem ser afastadas antes de se diagnosticar um transtorno depressivo.

Transtorno Depressivo Maior

Para se diagnosticar o transtorno depressivo maior, é necessário que haja pelo menos um episódio depressivo maior, que necessita de um período mínimo de duas semanas de duração, para ser caracterizado, havendo pelo menos 5 dos sintomas descritos, concomitantemente, havendo pelo menos o humor

deprimido ou a perda de prazer ou interesse. Com esses critérios mais “rígidos”, espera-se padronizar um pouco melhor o diagnóstico da depressão, embora em nosso meio nem sempre os critérios sejam utilizados corretamente.

Os episódios depressivos maiores podem ainda ser classificados segundo sua gravidade, desde o episódio leve, passando pelo moderado, até os severos, com ou sem aspectos psicóticos, que por sua vez podem ser congruentes com o humor ou não. Os transtornos depressivos maiores também são divididos em episódios únicos, os recorrentes, quando há na história pelo menos dois episódios depressivos maiores, com pelo menos 2 meses de intervalo, durante os quais não são satisfeitos os critérios para episódio depressivo maior.

O luto, ou seja, a situação de perda de um ente querido, também pode levar uma pessoa a reunir os critérios diagnósticos para um episódio depressivo maior, porém não deve ser considerado como tal, a menos que uma resolução do quadro não ocorra, ou que os sintomas se tornem especialmente severos, com ideação suicida, sentimento de culpa (não apenas por omissão), mumificação, ou seja, manter os pertences do falecido exatamente como estavam antes do óbito, ou uma reação de aniversário particularmente severa, ocasionalmente incluindo uma tentativa de suicídio.

O curso dos transtornos depressivos maiores é de início agudo, embora sintomas depressivos significativos possam ser vistos em cerca de metade dos pacientes, mas sem um transtorno de personalidade definido pré-mórbido, e em geral o primeiro episódio depressivo maior ocorre antes dos 40 anos de idade. Um episódio depressivo maior não tratado dura aproximadamente de 6 a 13 meses, sendo que a duração dos episódios tratados é em média de 3 meses, sendo este o tempo mínimo para o tratamento com antidepressivos, uma vez que sua suspensão precoce quase sempre resulta no retorno dos sintomas. Com a progressão do transtorno, a tendência dos episódios é de ficarem mais frequentes, e de maior duração, com uma média de 5 ou 6 episódios ao longo de 20 anos. De 5 a 10% dos pacientes com um diagnóstico inicial acabam por ter episódios maníacos, num período de 6 a 10 anos do primeiro episódio depressivo, após uma média de 2 a 4 episódios depressivos maiores.

O prognóstico do transtorno depressivo maior não é tão benigno como acreditam alguns, comparando com a esquizofrenia. Se é verdade que a maioria dos pacientes recupera-se completamente após um primeiro episódio, a taxa de recorrência dos episódios é extremamente alta, chegando a 75% nos 5 primeiros anos. Isso faz deste um transtorno crônico, com recaídas, e com tendência ao intervalo entre as recaídas de diminuir, e a gravidade de cada episódio de aumentar, o que pode ser melhorado com o tratamento psicofarmacológico profilático.

Transtornos Bipolares

O que caracteriza os transtornos bipolares, diferenciando-os dos transtornos depressivos, são os episódios de humor anormalmente elevado, chamados de episódios maníacos, ou de mania. Estes são caracterizados por humor

expansivo anormal, e persistentemente elevado, ou irritável, com auto-estima inflada, ou sentimentos de grandiosidade, necessidade diminuída de sono, “fuga de idéias”, com fala acelerada, estando o paciente mais falante que o normal, ou relatando certa “pressão” para continuar falando, ou com a experiência subjetiva de que os pensamentos estão “correndo”, distração, aumento na atividade dirigida a um ou outro objetivos, agitação psicomotora, e engajamento excessivo com atividades agradáveis com alto potencial para conseqüências dolorosas.

Se os sintomas são suficientemente graves para causar comprometimento acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou nos relacionamentos costumeiros com os outros, ou para exigir hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou ainda se existem aspectos psicóticos, o episódio é caracterizado como maníaco. Do contrario, o episódio é chamado de hipomaníaco, mas para caracterizar a hipomania, é necessário que haja uma mudança inequívoca no funcionamento, que não é característica da pessoa, quando assintomática, e também que as perturbações no humor e a mudança no funcionamento sejam observáveis por outros.

Para caracterizar episódios maníacos ou hipomaníacos, é ainda fundamental que se afaste a possibilidade de serem decorrentes do uso, abuso ou abstinência de substâncias, incluindo os tratamentos antidepressivos, e também outras terapias somáticas antidepressivas, como a eletroconvulsoterapia (ECT), terapia com luzes, etc. Também a existência de uma condição médica geral, como o hipertireoidismo, impede o diagnóstico de episódios maníacos ou hipomaníacos, devendo ser abordadas como episódios devidos à condição em questão.

Os transtornos bipolares se dividem em transtorno bipolar I, transtorno bipolar II, transtorno ciclotímico.

Transtorno Bipolar I

Antigamente chamado apenas de transtorno bipolar, o transtorno bipolar I é caracterizado pela presença de um conjunto completo de sintomas de mania durante o curso do transtorno. Pode haver um episódio maníaco único ou recorrente, sendo possível um ou mais episódios depressivos entre os episódios recorrentes de mania. Para caracterizar o transtorno bipolar I, episódio maníaco único, é necessária a ausência de qualquer episódio depressivo maior no passado. Caso seja o primeiro episódio maníaco, mas com episódio(s) depressivo(s) no passado, já se pode caracterizar o transtorno bipolar I com episódios recorrentes.

Existem também os episódios mistos, em que tanto os critérios para um episódio depressivo maior quanto os critérios para um episódio maníaco se encontram presentes ao mesmo tempo.

No curso do transtorno bipolar I podem haver também episódios hipomaníacos, porém é necessário, para o seu diagnóstico, pelo menos um episódio maníaco ou misto.

Um paciente em episódio maníaco é geralmente expansivo, e freqüentemente contagia as pessoas com quem se relaciona, podendo às vezes ser difícil o diagnóstico, por uma relação contra-transferencial. Muitas vezes elabora histórias complexas, de difícil verificação quanto à sua veracidade, dando a impressão, à primeira vista, de seus relatos. Geralmente as pessoas não envolvidas com o paciente não reconhecem o humor inusitado do paciente, mas os familiares e pessoas de convívio próximo percebem nitidamente a sua mudança. Muitas vezes, por verem frustrados seus “planos mirabolantes”, os pacientes passam gradualmente de um estado de euforia para outro de irritabilidade, e podem tornar-se agressivos.

No hospital, tendem a testar insistentemente os limites das regras, transferir responsabilidades por seus atos para outrem, promover a discórdia entre as equipes de tratamento, por vezes seduzindo, por vezes agredindo o pessoal direta ou indiretamente envolvido em seus cuidados. Fora do hospital, têm tendência a abusar de álcool, e às vezes de outras drogas, engajar-se em jogo patológico, chamar muito a atenção sobre si, com roupas de cores berrantes, maneiras espalhafatosas, e tom de voz elevado. Têm geralmente senso de convicção e propósito elevados, preocupando-se freqüentemente com idéias religiosas, políticas, financeiras, etc., muitas vezes evoluindo para sistemas delirantes complexos, tão mais difíceis de se diferenciar de sistemas filosóficos “normais” quanto maior for a bagagem cultural prévia do indivíduo.

O curso do transtorno bipolar I é quase sempre um de recorrências, sendo raro que permaneçam com episódios maníacos únicos. Apenas 7% dos pacientes não tem uma recorrência dos sintomas, e a grande maioria, na verdade, inicia pela depressão (75% das vezes nas mulheres, e 67% nos homens). A grande maioria tem tanto episódios maníacos quanto depressivos, porém de 10 a 20% permanecem tendo apenas episódios maníacos. Os episódios maníacos, sem tratamento, duram por volta de três meses, não devendo a terapêutica ser interrompida antes de decorrido este período. O tempo entre os episódios costuma diminuir com a progressão do transtorno, mas costuma estabilizar-se após 5 ou 6 episódios, em cerca de 6 a 9 meses de intervalo. Alguns pacientes, entretanto, têm episódios com ciclagem rápida, trazendo maior angústia a seus familiares, amigos e colegas.

O prognóstico é pior do que o do transtorno depressivo maior, com apenas 50 a 60% dos pacientes adquirindo um controle significativo de seus sintomas com a terapia profilática das recorrências com medicação, e com uma alta freqüência de sintomas crônicos, com delírio social significativo em cerca de um terço dos pacientes. Apenas 15% dos pacientes com transtorno bipolar I permanecem bem, a longo prazo, a despeito do tratamento medicamentoso e psicoterápico.

Transtorno Bipolar II

O transtorno bipolar II é caracterizado por episódios depressivos maiores, associados a episódios de hipomania, sem episódios de mania, nem episódios mistos. Na verdade, pode ser difícil distinguir episódios de hipomania de uma certa euforia natural, nos pacientes que se recuperam de um episódio depressivo

maior. Também os episódios de hipomania podem ser desencadeados pelo uso de antidepressivos, caso em que não se pode fazer o diagnóstico de transtorno bipolar II.

Esta categoria diagnóstica só foi introduzida na 4ª revisão do DSM, portanto é uma categoria “nova”, sobre a qual não dispomos, ainda de estudos suficientes. Aparentemente, trata-se de um diagnóstico estável, permanecendo os pacientes com o mesmo diagnóstico numa revisão após 5 anos do primeiro diagnóstico. Parece ser uma doença crônica, exigindo tratamento a longo prazo, sendo ainda incerto se o tratamento indicado para o transtorno bipolar I tem a mesma eficácia no transtorno bipolar II, mas sendo certo que o tratamento isolado com antidepressivos deve ser visto no mínimo com cautela, pela alta frequência de precipitação de um episódio maníaco.

Transtornos de Ansiedade

A ansiedade é uma resposta bio-psicológica normal, comum não apenas a todos os seres humanos, como também à maior parte da escala biológica animal, e tem a função biológica de promover um estado de alerta mais aguçado, levando o indivíduo a se preparar antecipadamente para enfrentar uma possível ameaça à sua integridade física. Um sinal similar de alerta é o medo, distinguindo-se da ansiedade pelo fato de ser especificamente direcionando, a uma ameaça conhecida, externa, definida, enquanto a ansiedade é dirigida a ameaças desconhecidas, vagas, internas, ou de origem conflituosa.

Toda pessoa que já viu em um ambiente obscuro, com probabilidade de ocorrência de eventos surpreendentes, sabe como são as sensações da ansiedade, marcadas pela ação do Sistema Nervoso Autônomo Simpático, com transpiração, taquicardia, desconforto abdominal, inquietação, midríase (dilatação das pupilas), etc. Tal reação tem a intenção de preparar o indivíduo para fugir ou lutar, e em tempos remotos deve ter servido para a preservação da nossa espécie (e de outras), na constante luta pela sobrevivência.

No entanto, em dias atuais, tal reação raramente se justifica, uma vez que ficamos ansiosos geralmente por “perigos” que não trazem riscos reais à nossa existência, como contas por pagar, empregos por manter, relacionamentos pessoais por estabelecer ou romper... Quem pode dizer que nunca ficou ansioso por um primeiro encontro com uma pessoa amada?

OBS.: O próprio nome “Simpático” para o sistema adrenérgico, que comanda esta reação, é devido ao fato de que nos tornamos mais atraentes ao termos nossas pupilas dilatadas, nossas faces ruborizadas, nossa respiração acelerada... Talvez por isso se diga que o Amor e o Perigo andem sempre de mãos dadas!

O estudo e entendimento da ansiedade está na verdade no cerne da própria psicanálise, e as diversas formas de manifestação da ansiedade e o seu tratamento, na linha psicanalítica, serão estudadas em todo o decorrer do curso. Cabe aqui citarmos apenas algumas entidades clínicas específicas, em que o tratamento psicanalítico, embora indicado, deve ser acompanhado de pelo

menos uma avaliação quanto a adequação de uma terapêutica biológica.

Pânico

Desde 1980, na publicação do DSM-III, foi oficialmente definido o conceito do transtorno de pânico, e evidências importantes foram se acumulando a seu respeito. Hoje não há dúvida de que o tratamento deve incluir terapêutica medicamentosa associada à psicoterapia.

O transtorno de pânico, também chamado de Síndrome do Pânico, é caracterizado pela ocorrência espontânea e inesperada de ataques de pânico. Estes têm duração relativamente breve, geralmente de alguns minutos a menos de uma hora, e são caracterizados por intensa ansiedade ou medo, acompanhados de sensações somáticas como palpitações, taquipnéia e sudorese. Muitas vezes os pacientes com pânico procuram inicialmente os clínicos e cardiologistas, suspeitando eles mesmos de algum distúrbio em seus corações, pulmões ou estômagos, muitas vezes submetendo-se a uma série de exames complementares, e após resultarem negativos os exames, são encaminhados diretamente ao psicanalista, com rótulo de “histéricos”.

A frequência dos ataques de pânico é variável, desde apenas alguns ataques durante o ano até várias vezes por dia. Frequentemente, o distúrbio é acompanhado por agorafobia (do grego agora = assembléia, praça pública + phobia = medo), ou medo de estar sozinho em lugares públicos ou abertos e amplos, especialmente se a saída deste lugar se torne difícil, no caso de ocorrer uma crise de pânico. Isto pode levar a uma séria disfunção pessoal e social, prejudicando o indivíduo em situações não diretamente relacionadas, como o trabalho e coisas simples, como fazer compras em um supermercado, por exemplo. Aparentemente, a agorafobia é uma consequência dos ataques de pânico, desenvolvendo-se à medida em que os pacientes se tornam receosos de seus ataques e de suas consequências.

Durante um ataque de pânico, o paciente geralmente tem um sensação de medo extremo, de morte e catástrofe iminentes, mas não consegue identificar a fonte destes temores. Isto pode levar a uma certa confusão, que se associa a uma dificuldade de concentração, agravados pelos sintomas físicos. Mesmo contra qualquer raciocínio “lógico”, o paciente interrompe e procura abandonar qualquer situação em que se encontre, para buscar ajuda. Esses sintomas desaparecem, rapidamente ou gradualmente, após em média 20 a 30 minutos (raramente durando mais de uma hora). Às vezes os pacientes chegam a ter episódios de síncope (desmaios) durante os ataques (cerca de 20% dos pacientes).

O transtorno de pânico tem seu início geralmente no final da adolescência e início da idade adulta, e tem em geral um curso crônico, porém muitas vezes benigno, com cerca de 30 a 40% estando livres de sintomas a longo prazo, 50% com sintomas leves, que não afetam significativamente suas vidas, e apenas 10 a 20% com sintomas importantes. O tratamento farmacológico, associado à psicoterapia, tem alto índice de eficácia, embora muitas vezes haja uma elevada taxa de recaída, mesmo quando o tratamento medicamentoso se estende por

períodos de um ano ou mais.

Fobias

Uma fobia é um medo irracional que provoca o constante esquivar-se do objeto, atividade ou situação temidos, com importante sofrimento do indivíduo, que reconhece sua reação como sendo excessiva. Além da já citada agorafobia (vide acima), caracterizam-se também as fobias específicas (em relação a um objeto, animal, sangue, elevador, etc.) e as fobias sociais, com medo de humilhação em vários contextos sociais, como falar em público, ou até urinar em um toalete público.

Geralmente as fobias levam o indivíduo a evitar (ou tentar evitar) o estímulo específico, por vezes levando a situações extremamente embaraçosas, como por exemplo ter de viajar grandes distâncias de carro ou ônibus, enquanto todo o resto de uma equipe profissional ou de um grupo social viaja em um avião, ou ter que subir vários andares em escadas, por medo de elevadores.

Não existem drogas específicas para o tratamento das fobias, e a psicanálise deve ser um pouco mais “agressiva”, pela tendência destes pacientes a se esquivarem dos objetos de suas fobias. As várias técnicas de terapia breve, principalmente a hipnoterapia e a terapia de dessensibilização têm se mostrado mais eficazes na resolução destes transtornos.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O transtorno obsessivo-compulsivo, como o nome indica, é caracterizado pela ocorrência de obsessões e compulsões. Uma obsessão é um pensamento, sentimento, idéia ou sensação intrusiva, enquanto que compulsão é um comportamento consciente, estandardizado e recorrente, como contar, verificar, evitar ou lavar. As obsessões levam a um aumento da ansiedade da pessoa, enquanto que a execução das compulsões leva a uma sensação de redução da ansiedade. Quando um indivíduo com transtorno obsessivo-compulsivo resiste à realização da compulsão, a ansiedade aumenta, até que ele se veja praticamente “obrigado” a realizá-la.

Um paciente obsessivo-compulsivo percebe o caráter irracional de suas obsessões, e experimenta tanto a obsessão quanto a compulsão como ego-distônicas. As obsessões invadem insistentemente e persistentemente a consciência, e um sentimento de medo ansioso acompanha a manifestação central, levando a pessoa a tomar medidas contra a idéia ou impulso inicial. A pessoa que sofre de obsessões e compulsões sente na maioria das vezes um forte desejo de resistir-lhes, porém cerca de metade dos pacientes oferece efetivamente pouca resistência à compulsão.

Independentemente de quão vívida e compelidora seja a obsessão ou compulsão, a pessoa reconhece-as como absurdas e irracionais, evidenciando-as como algo alheio a si mesmo, estranhas à experiência que a pessoa tem de si como um ser psicológico.

O padrão mais comum é o de uma obsessão de contaminação (ou sujeira), seguida por uma compulsão para lavar ou limpar, ou ainda para esquivar-se do objeto ou pessoa supostamente contaminada. O segundo padrão em frequência é uma obsessão de dúvida, seguido de uma compulsão à verificação, geralmente com a obsessão envolvendo algum padrão de perigo ou violência (esquecer o gás ligado, ou a porta destrancada, com as possíveis conseqüências de explosão ou de invasão, por exemplo). Outros padrões comuns envolvem pensamentos obsessivos meramente intrusivos, sem compulsões associadas, geralmente pensamentos repetitivos com conteúdo sexual ou agressivo repreensível aos olhos do paciente, ou a necessidade de simetria ou precisão, ou ainda obsessões religiosas, entre outras.

O tratamento farmacológico vem ganhando força por sua eficácia a curto prazo, e pelos achados recentes de alterações orgânicas cerebrais nos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, porém ainda não se pode determinar se estas alterações seriam a causa desta condição, pois a maioria dos estudos têm achado resultados discrepantes. A psicanálise tem sido desconsiderada como alternativa terapêutica, embora existam relatos informais de sucesso, e não haver dúvida em relação à necessidade de psicoterapia coadjuvante à farmacoterapia.

Ansiedade Generalizada

A ansiedade e preocupação excessivas, com expectativa apreensiva exagerada, ocorrendo na maioria dos dias, por um período de pelo menos 6 meses, sendo considerado difícil, pelo indivíduo, controlar sua preocupação, e na ausência de outro transtorno específico ao qual a ansiedade estaria dirigida (como por exemplo ataques de pânico), caracterizam o transtorno de ansiedade generalizada, segundo o DSM-IV. Estão associadas a inquietação, a sensação de estar “com os nervos à flor da pele”, fatigabilidade, dificuldade para concentrar-se, “brancos” ou “lapsos de memória”, irritabilidade, tensão muscular (muitas vezes levando a cefaléias, lombalgias, ou dores localizadas em um ou outro membro), e insônia, classicamente com grande dificuldade para conciliar o sono, desde o início da noite (em contraste com a insônia dos transtornos depressivos, que aparece com despertares durante a madrugada).

A ansiedade generalizada está associada a pressões psicossociais cada vez maiores, sendo uma das grandes aflições dos “tempos modernos”, juntamente com as formas mais leves da depressão e da distímia. Seu tratamento é eminentemente psicoterápico, embora haja um uso intenso, e provavelmente pouco discriminado de ansiolíticos, o que pode estar levando a um aumento na incidência de transtornos relacionados a estas substâncias, principalmente o abuso e a dependência. A legislação específica para a prescrição e venda destas medicações, no Brasil, até agora, não parece ter coibido a prática comum, de muitos médicos não psiquiatras, de prescreverem abusivamente benzodiazepínicos, sem ao menos encaminhar para uma avaliação psiquiátrica, ou ao menos para uma psicoterapia.

Transtornos Alimentares

Entre os transtornos alimentares, sobressaem duas síndromes bastante conhecidas, e altamente desafiadoras quanto ao manejo terapêutico, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A anorexia nervosa, que já foi amplamente divulgada quando personalidades conhecidas como Karen Carpenter ou Lady Diana Spencer foram acometidas, pode inclusive ser fatal, sendo um problema considerável e preocupante para o profissional de saúde. É o tipo de patologia que sempre deve envolver mais de um profissional, não devendo nunca o psicanalista assumir sozinho todo o acompanhamento do paciente, mas obtendo cooperação de psiquiatra e clínico, no mínimo.

Não confundir tais patologias com as reações comuns de praticamente todos os indivíduos, de aumentarem ou diminuírem a ingestão calórica em resposta ao stress.

Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa é caracterizada por uma perturbação da imagem corporal, e busca incessante de magreza, levando frequentemente a um estado de inanição, tendo seu início geralmente na adolescência, e sendo muito mais frequentes em mulheres do que em homens. As pacientes sentem-se paradoxalmente gordas, recusando-se a se alimentarem, com um medo intenso de ganhar peso, mesmo quando o espelho e a balança mostrem claramente o absurdo dessa situação. Há uma negação persistente do baixo peso corporal, que às vezes persiste até quando chegam ao nível de desnutrição.

O termo “anorexia” é inadequado, pois não ocorre realmente perda de apetite, mas uma evitação quase obsessiva dos alimentos, principalmente os mais calóricos, enquanto a tendência para colecionar receitas culinárias e a paixão por preparar refeições elaboradas para os outros evidenciam que estes pacientes estão na verdade constantemente pensando em comida. Alguns pacientes não conseguem controlar continuamente a restrição voluntária da ingestão de alimentos, e têm, ocasionalmente, episódios de voracidade, em geral em segredo, quase sempre à noite, e frequentemente seguindo-se indução de vômitos. Muitos pacientes usam também laxantes e mesmo diuréticos, com a finalidade de perderem peso, e engajam-se em exercícios intensos, sempre com a intenção de “queimar” as calorias.

Em geral, nas mulheres, ocorre também uma amenorréia, ou seja, uma interrupção dos ciclos menstruais, que não ocorre, em geral, se a paciente utiliza contraceptivos. A amenorréia reflete as alterações hormonais, decorrentes da inanição.

Existe uma alta taxa de co-mordidade com transtornos depressivos, com uma frequência de até 50% de transtornos depressivos maior ou distímico. Em geral, o prognóstico de pacientes anoréxicos é ruim, com algumas remissões, mas uma grande tendência a apresentarem recaídas, e apesar da resposta a curto prazo a praticamente qualquer tipo de tratamento, nas fases que requerem hospitalização (como única forma de nutrir adequadamente o paciente), ser boa, há relatos de altas taxas de mortalidade a médio prazo, chegando até a 18%.

A psicoterapia tem um papel fundamental no manejo adequado a longo prazo desses pacientes, mas para que seja eficaz deve haver um excelente rapport, dada a tendência de negação e receio de engordar, não desejando o tratamento por imaginarem que este levá-los a engordarem em demasia.

Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa é mais comum que a anorexia, e consiste em episódios recorrentes de consumo de grandes quantidades de alimentos, acompanhados por um sentimento de perda do controle, e freqüentemente de culpa, depressão ou ojeriza por si mesmo. Seguem-se comportamentos compensatórios, como vômitos auto-induzidos, uso de laxantes e uso de diuréticos, jejum, exercícios excessivos, para evitar o ganho de peso.

A bulimia diferencia-se da anorexia por ser episódica e recorrente (enquanto a anorexia é crônica, contínua), e por não haver perda de peso, mantendo-se os pacientes em geral dentro do peso normal, podendo estar abaixo ou até acima deste. Caso os episódios ocorram exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa, são considerados parte desta, e não como transtorno separado.

O prognóstico é em geral bem melhor do que o da anorexia, com uma resposta relativamente boa à psicoterapia, e na maioria dos casos não necessitando de hospitalização, exceto nos raros casos em que a purgação (vômitos, laxantes, diuréticos) se torna severa a ponto de acarretar distúrbios hidro-eletrolíticos e metabólicos. Em alguns casos não tratados, há inclusive a possibilidade de remissão espontânea dos sintomas em um a dois anos, e existe ainda uma prevalência ainda não estimada, mas provavelmente alta, de episódios bulímicos isolados, principalmente em mulheres adolescentes, sendo relatado até 40% em universitárias.

Os fatores sociais, com as pressões exercidas pelos padrões atuais de magreza como sinônimos de beleza, e como pré-requisito para o sucesso pessoal, profissional e sexual, podem estar ajudando a aumentar a incidência tanto da bulimia quanto da anorexia nervosas.

Transtornos do Sono

Os transtornos do sono são estudados em outro capítulo do curso (Neurologia), cabendo aqui apenas uma rápida definição de termos. São classificados em dissonias, parassonias, e transtornos do sono devidos a outros transtornos mentais ou a outras condições médicas.

Os sintomas básicos dos transtornos do sono são a insônia (dificuldade para iniciar ou para manter o sono), a hipersonia (quantidades excessivas de sono e sonolência diurna), as parassonias (fenômenos incomuns ou indesejáveis que aparecem subitamente durante o sono ou no limiar entre o sono e a vigília) e as perturbações no ciclo-vigília (deslocamento do sono a partir do período circadiano desejado).

O estudo do sono está intimamente ligado a um dos aspectos mais importantes da psicanálise, que é o estudo e interpretação dos sonhos. Cabe lembrar que os

mecanismos fisiológicos exatos dos sonhos são ainda absolutamente desconhecidos, ficando o seu estudo, por enquanto, restrito às abordagens analíticas das diversas escolas psicoterápicas, todas com grande influência do pensamento Freudiano.

Conclusão

O estudo das alterações e patologias da mente é certamente fascinante e intrigante, e talvez só possamos começar a ousar uma compreensão de suas nuances quando começarmos a penetrar, um pouco que seja, nos mundos em que vivem os pacientes, entrando, como convidados, nos meandros de suas mentes, de suas Almas. Como convidados, devemos manter uma atitude respeitosa, nunca nos esquecendo de que ali somos apenas isto: visitas!

Apresentamos, de modo certamente incompleto, parcial, um apanhado geral da Psiquiatria, como é mais comumente aceita no Ocidente, hoje. Certamente, essa é uma visão “americanizada”, e como tal vastamente criticável do assunto. Mais ainda, com certeza esses conceitos irão se alterando ao longo do tempo, como já o foram até aqui...

Nos serve, entretanto, de introdução, de base para um maior estudo, e de questionamentos futuros. Espero que cada um de vocês saiba interpretar de maneira crítica cada informação aqui colhida, tanto quanto têm avaliado criticamente todos os módulos deste curso. Afinal, a Psicanálise é, acima de tudo, o exercício do raciocínio, da comparação, da lógica, chegando deste modo a um “novo” modo de fazer Ciência, cujo pontapé inicial foi dado por Sigmund Freud: a Ciência da Alma!

Referências Bibliográficas

David E. Zimerman: Fundamentos Psicanalíticos

Classificação dos Transtornos Mentais do DSM-IV - TRANSTORNOS GERALMENTE DIAGNÓSTICADOS PELA PRIMEIRA VEZ NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Freud, S.: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. e Grebb, J. A.: Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.

Louzã Neto, M. R., Motta, T., Wang, Y. P. e Elkis, H. (orgs.): Psiquiatria Básica.

Adams, R. D. e Victor, M.: Princípios de Neurologia.