

PSICOPATOLOGIA 02

Psicoses – Esquizofrenias - Manias

Personalidade pode ser definida como um sistema organizacional de individualidades que modela a forma de interação das pessoas com o ambiente. As características da personalidade se desenvolvem no período inicial da vida adulta, e acredita-se que sejam moldadas pelas experiências iniciais da infância, durando por toda a vida. As características da personalidade que impedem que os indivíduos desempenhem funções sociais ou que causam desconforto significativo são diagnosticadas como transtornos da personalidade.

Históricos completos são imprescindíveis para excluir outros transtornos psiquiátricos ou médicos. Este conteúdo apresenta uma revisão dos seguintes temas: critérios diagnósticos, diagnóstico diferencial, comorbidade, prevalência, etiologia (incluindo genética e neurobiologia), prognóstico e tratamento dos transtornos de personalidade paranoico, esquizoide, esquizotípico, limítrofe, antissocial, narcisista, histriônico, esquivo, obsessivo compulsivo e dependente.

Está incluído também nesta revisão, um tópico sobre a relevância dos transtornos de personalidade nas clínicas de cuidados primários e abordagens ao gerenciamento desses pacientes. Os quadros apresentam descrições dos critérios diagnósticos de cada transtorno de personalidade (TP).

As características da personalidade se desenvolvem na adolescência ou na fase inicial da vida adulta, e acredita-se que perdurem ao longo da vida. Embora estejam sujeitas às influências das experiências que ocorrem mais tarde durante a vida, essas características com frequência são moldadas por experiências vividas no início da infância.

Embora todos os indivíduos tenham características e padrões de personalidade, nem todos são inadequados. Essas características são diagnosticadas como transtorno de personalidade (TP) somente a partir do momento em que começam a interferir no exercício das funções sociais ou em que causam desconforto acentuado.

A quinta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), guia padrão para conceituar transtornos mentais em psiquiatria, define TP geral como um padrão global e inflexível de comportamentos estáveis e duráveis ao longo do tempo, e que estão fora das normas culturais, que se desenvolve na adolescência ou no início da vida adulta.

O TP que não atender aos critérios para qualquer diagnóstico e que cause danos no desempenho funcional poderá ser classificado sob o título “Outro TP” especificado nas situações em que o médico apresentar o motivo porque o transtorno não atende os critérios. O diagnóstico poderá ser classificado como TP não especificado nas situações em que o médico preferir não especificar a razão pela qual o paciente não atende aos critérios.

Os critérios de exclusão são muito importantes, pois facilitam a compreensão do sistema complexo mental e comportamental das pessoas. Por exemplo, atitudes e ações que poderiam ser consideradas estranhas, possivelmente sejam aceitáveis para pacientes que viveram ou foram criados em outra parte do país ou do mundo. Além disso, há diferenças evidentes nos papéis e percepções de acordo com o gênero que tornam o diagnóstico de determinados TPs mais provável em mulheres (por exemplo, personalidade limítrofe ou histriônica) do que em homens (por exemplo, personalidade antissocial), de modo que os médicos deverão ficar atentos a essas influências.

Os sintomas devem estar presentes por 1 ano para diagnosticar algum tipo de TP antes da idade de 18 anos. Entretanto, esse critério exclui personalidade antissocial, que deve ser precedida por transtorno de conduta (TC) por volta da idade de 15 anos. Curiosamente, embora os TPs tenham início precoce e duração longa e estável, observou-se que os comportamentos e padrões inadequados que produzem disfunções diminuem durante a vida, em especial nos casos de personalidades limítrofe e antissocial.

Os critérios diagnósticos para TPs delineiam claramente a necessidade de entrevistas completas para excluir a presença de outros transtornos médicos e psiquiátricos, levando-se em consideração que os pacientes psiquiátricos apresentam alta prevalência de TPs e as taxas documentadas variam de 28,6% a 45,5%. Os diagnósticos diferenciais completos facilitam a exclusão de transtornos psicóticos, de humor, de ansiedade, assim como transtornos causados por substâncias e transtornos médicos, que poderão se assemelhar ao diagnóstico de TP.

A obtenção de históricos psiquiátricos e/ou médicos completos com datas retroativas à infância também é importante para assegurar a estabilidade dos traços da personalidade ao longo do tempo. Com frequência, os pacientes não consideram seus comportamentos como inadequados e, conseqüentemente, apresentam históricos distorcidos ou pouco confiáveis. Levando-se em consideração a tendência para traços egossintônicos em pacientes com TP, que geralmente são bem menos incomodados por seus sintomas do que as pessoas ao seu redor, é extremamente importante obter informações complementares de membros da família, amigos ou cuidadores.

Alterações repentinas na personalidade em adultos saudáveis e funcionais, ou qualquer mudança comportamental tardia, sugerem a presença de enfermidade médica ou neurológica (por exemplo, acidente cerebrovascular, traumatismo craniano) ou de um transtorno psiquiátrico crescente (em especial nos casos em que os traços da personalidade sofrerem algum tipo de predação no início da enfermidade psiquiátrica).

Nas situações em que estiver convencido de que um determinado paciente atenda aos critérios para TP por causa de outras condições médicas, o médico deverá documentar as evidências laboratoriais, físicas ou históricas para dar suporte à controvérsia de que o TP seja o resultado direto da condição médica.

Os subtipos de TP também poderão ser especificados (instáveis, não hereditários, apáticos, paranoides, outros subtipos, combinados e não especificados). Outras causas, como delirium ou algum transtorno mental, também devem ser excluídas antes do diagnóstico.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE PARANOIDE

O paciente apresenta quatro ou mais entre as seguintes características:

Suspeita de que outras pessoas tenham intenções hostis ou decepções.

Dúvida sobre a lealdade de outras pessoas sem causa aparente.

Tendência para desconfiar de outras pessoas com receio de que suas informações poderão ser usadas contra ele.

Tendência para ver intenções maldosas em comentários e eventos inofensivos.

Incapacidade para perdoar insultos percebidos.

Tendência para acreditar que seu caráter está sendo agredido, reagindo com rancor.

Suspeitas sem nenhuma causa aparente de que o(a) parceiro(a) conjugal está sendo infiel.

O diagnóstico de TP paranoide não é viável nos casos em que o paciente tiver diagnóstico de esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico, a não ser que a personalidade paranoide preceda o diagnóstico, sendo que, nessa hipótese, é considerada como “pré-mórbida”. O diagnóstico também não poderá ser confirmado quando for resultado direto de algum transtorno neurológico ou de um distúrbio médico.

O TP paranoide difere da personalidade esquizotípica pela ausência de pensamentos estranhos, sonhos e de perturbações perceptivas. Possivelmente, no contexto de estresse, a paranoia transitória talvez seja uma característica da personalidade emocionalmente instável (borderline ou limítrofe), embora essas pessoas sejam diferentes de indivíduos com TP paranoide devido à presença de relacionamentos intensos, ideias suicidas, autoflagelação e do sentimento de apego e abandono.

Além disso, acredita-se que a paranoia seja uma característica de outros transtornos do espectro da esquizofrenia, como o transtorno esquizofrênico e delirante (em particular, os tipos persecutório ou ciumento), embora ela seja distinguida pela ausência de desorganização, delusões e alucinações. Entretanto, a personalidade paranoide possivelmente seja suscetível a episódios psicóticos breves, embora eles possam diminuir em alguns minutos ou algumas horas, ao passo que os sintomas das pessoas esquizofrênicas tenham duração mais prolongada.

O curso da personalidade paranoide é marcado pelo isolamento social e por problemas de relacionamento interpessoal que, ulteriormente, agravam o desempenho das pessoas na escola e no trabalho. Na realidade, há evidências de uma queda geral na qualidade de vida, semelhantes às evidências observadas no TPE e no TP esquizoide, em comparação com pessoas sem nenhum TP. Ocorre também uma queda no desempenho funcional, medido pela Global Assessment of Functioning (GAF), nas situações em que os participantes forem comparados entre as idades de 22 e 33 anos. Um dos estudos registrou o fato de que o TP paranoide foi o diagnóstico de TP feito com mais frequência (73%) em uma amostragem de pessoas sem teto em um centro de acolhimento na Cidade de Nova Iorque, e de pessoas com determinados tipos de TP, incluindo TP paranoide (personalidades antissocial, evasiva e dependente), sendo que todas elas tinham maior probabilidade de receber assistência médica pública.

De um modo geral, as pessoas com TP paranoide são marcadas por traços como indiferença, excesso de hostilidade e tendência para discussões e, às vezes, se tornam verbalmente agressivas e poderão se tornar belicosas ou se envolver em disputas prolongadas sobre assuntos aparentemente menos importantes.

Como resultado, eles criam problemas específicos para os médicos e para as equipes de hospitais ou de clínicas, tendo em vista que geralmente essas pessoas são inflexíveis, e sua teimosia poderá levar a longas ausências ou mesmo faltas às consultas e aos tratamentos. Talvez essa seja a razão que dificulta a localização desses indivíduos e o estabelecimento do diagnóstico na população clínica.

Psicoses

A complexidade semântica do termo “psicose” pode levar a confusões na comunicação científica entre os psicanalistas sempre que estiver em discussão os critérios quanto à analisabilidade, ao prognóstico clínico e à apreciação casuística de trabalhos publicados acerca da análise de psicóticos.

Assim, na literatura psicanalítica pode-se perceber que a avaliação da eficácia analítica com os pacientes psicóticos varia em função do critério diagnóstico adotado pelos investigadores: nos Estados Unidos, a distinção entre esquizofrenias processuais e psicoses esquizofrenóides costuma ser algo frouxa e, daí, as estatísticas são mais otimistas, sendo que o contrário ocorre nos trabalhos europeus. E no Brasil? Creio que recém estamos dando os primeiros passos em direção a uma autonomia de pensamento e práxis; isto é, libertando-nos da condição de meros importadores e imitadores, sem recair no extremo oposto de romper ou menosprezar as inestimáveis contribuições vindas de consagrados autores de todas as partes do mundo. Não cabe, aqui, fazer uma pormenorizada apreciação da nosologia psiquiátrica e, tampouco, uma acurada distinção entre os referenciais teórico-técnicos procedentes das diferentes correntes do pensamento psicanalítico. Da mesma forma, não serão agudamente valorizadas as diferenças entre o que é psicanálise e as diversas formas de psicoterapias praticadas por psicanalistas, sendo que, no presente capítulo, elas serão todas englobadas sob a denominação de “método analítico”.

Como não se pode falar de psicose como uma categoria homogênea, vou adotar o critério de uma classificação, de base clínica, em três subcategorias:

- 1) psicoses propriamente ditas;
- 2) estados psicóticos;
- 3) condições psicóticas.

PSICOSES

Implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crônicas.

ESTADOS PSICÓTICOS

Abarcam um largo espectro, mas sempre pressupõem a preservação de áreas do ego que atendam a duas condições: uma, é a de que esses “estados psicóticos” permitem uma relativa

adaptação ao mundo exterior, como é o caso dos pacientes borderline; personalidades excessivamente paranóides ou narcisistas; algumas formas de perversão, psicopatia e neuroses graves.

A segunda condição consiste no fato de que esses quadros clínicos possibilitam uma recuperação, sem seqüelas, após a irrupção de surtos francamente psicóticos (reações esquizofrênicas agudas ou episódios de psicose maníaco-depressiva, por exemplo).

CONDIÇÕES PSICÓTICAS

Essa denominação, aqui, refere aqueles pacientes que, apesar de estarem manifestamente bem adaptados, são portadores de condições psíquicas que os caracterizam como potencialmente psicóticos e que, não raramente, no curso do processo analítico, podem apresentar episódios de regressão ao nível de psicose clínica. Isso deve-se a uma acentuada presença dos assim chamados “núcleos psicóticos” (corresponde ao que Bion denomina como “a parte psicótica da personalidade”, que, como sabemos, não designa um diagnóstico psiquiátrico, mas, sim, uma condição da mente).

Esses “núcleos psicóticos” estão subjacentes às estruturas neuróticas rigidamente organizadas, como, por exemplo, as de natureza obsessiva ou somatizante, as quais funcionam como uma última e instável barreira defensiva contra a permanente ameaça de descompensação psicótica, diante de um incremento de ansiedade.

Cada uma dessas referidas três subcategorias, por sua vez, pode ser subdividida, conforme o grau de gravidade, em uma escala que vai de 1 (forma benigna) a 4 (maligna), sendo que, muitas vezes, elas tangenciam e superpõem-se umas às outras.

Ninguém contesta que devemos às originais concepções originais de M. Klein, acerca do desenvolvimento emocional primitivo, a possibilidade de uma maior compreensão do que se passa no psiquismo dos psicóticos, o que propiciou a abertura das portas da psicanálise para essa categoria de pacientes.

Dentre os mais eminentes seguidores kleinianos, impõe-se destacar os nomes de Rosenfeld (mais adiante, serão mencionadas algumas idéias dele), de H. Segal (particularmente, é bastante importante a distinção que ela fez entre “símbolo” e “equação simbólica”), de Meltzer (com as suas noções de “identificação adesiva” e de um estado mental de “desmantelamento”, que ele observou em pacientes autistas) e Bion.

As contribuições deste último são reconhecidas por todos os seus colegas aqui citados como as

mais originais e importantes para o entendimento e tratamento analítico com psicóticos, razão porque as idéias de Bion merecerão um destaque especial.

BION: “PARTE PSICÓTICA DA PERSONALIDADE” (PPP)

Como já foi frisado, assim como todo doente psicótico tem uma parte sua que é de natureza “neu-rótica”, da mesma forma, todo e qualquer paciente neurótico tem uma “parte psicótica” subjacente e oculta. Ademais, pode-se afirmar que uma análise que não tratou dessa “parte psicótica” está inconclusa e corre o risco de ter produzido resultados analíticos não mais do que superficiais. Portanto, a presença da PPP não deve ser confundida com psicose clínica, e o analista deve conhecer bem os núcleos psicóticos que estão enquistados no psiquismo de qualquer pessoa, em graus variáveis, obviamente. As características mais marcantes dessa PPP, segundo Bion, são:

A existência de fortes pulsões destrutivas, com predomínio da inveja e voracidade. Essas pulsões, quando agindo dentro do próprio psiquismo e contra ele, determinam o surgimento de uma intensa angústia de aniquilamento.

Para contra-arrestar a dita angústia, da mesma forma como faz o ego incipiente do bebê, essa PPP lança mão de defesas extremamente primitivas, como são as de negação onipotente, dissociação, projeção e identificação projetiva, introjeção e identificação introjetiva, idealização e denegrimiento.

Existe um baixíssimo limiar de tolerância às frustrações e, por isso, esses pacientes tratam de evitar as frustrações no lugar de procurar enfrentar e modificá-las. As relações mais íntimas caracterizam-se por vínculos de natureza sadomasoquista.

Há um uso excessivo de *splittings* e de identificações projetivas, de sorte que há uma tendência a uma “fusão” com o objeto necessitado, do que pode resultar uma “confusão” entre ambos, de maneira que, assim, esse núcleo psicótico promove um borramento das diferenças entre ele e o outro.

Existe um grande ódio a toda realidade que seja penosa, tanto à interna quanto à externa. Por conseguinte, resulta uma preferência pelo “mundo das ilusões” e, para manter esse estado ilusório, a PPP comete um “ata- que aos vínculos” ligados à percepção e ao juízo crítico.

Da mesma forma, resulta um prejuízo na capacidade das funções de pensamento verbal, de formação de símbolos, do conhecimento e do uso da linguagem. A onipotência, a onisciência, a imitação e a prepotência substituem o necessário, porém doloroso, processo de “aprendizagem pela experiência”.

A perda da capacidade de discriminação acarreta uma confusão entre o que é verdadeiro e o que é falso, tanto do seu próprio self como de tudo que está fora dele. Existe a presença de um “super”-superego, o qual dita as próprias leis e quer impô-las aos outros. O prefixo “super” designa a condição dessa PPP de crer que “tudo pode, sabe, controla e condena” e que os demais devam, incondicionalmente, acatar essa sua arrogância.

Essa “parte psicótica da personalidade” permanece fixada na posição esquizoparanóide e obstaculiza o ingresso do restante do psiquismo na posição depressiva.

A inata função epistemofílica (de saber e de conhecer), na PPP, está intimamente associada com o sadismo destrutivo, do que resulta um inibição intelectual e, por conseguinte, uma atrofia da sadia curiosidade pelos conhecimentos, de tal sorte que a personalidade psicótica costuma apresentar o tripé composto de uma curiosidade intrusiva, arrogância e estupidez.

Daí, resulta uma impossibilidade de colocar as experiências emocionais sob a forma de pensamentos e os pensamentos sob a forma de palavras, do que deriva uma linguagem que comumente adquire a forma, nas personalidades psicóticas, de uma “salada de palavras”.

Nas personalidades psicóticas, diz Bion, não se forma a “barreira de contato”, como acontece nas personalidades neuróticas, nas quais os “elementos-alfa” compõem uma barreira que funciona como delimitadora entre o consciente, o pré-consciente e o inconsciente. Pelo contrário, nos psicóticos, essa barreira é substituída pela “pantalha-beta”, a qual não consegue delimitar aquelas três instâncias psíquicas, nem os pensamentos, fantasias e afetos que transitam entre elas e, por essa razão, forma-se uma confusão entre o real e o imaginário.

Ao invés do uso da “repressão”, como é o habitual nos neuróticos, nos psicóticos sempre há um uso excessivo de splittings, seguidos de maciças identificações projetivas, que funcionam como uma forma de evacuar e descarregar em uma outra pessoa tudo aquilo que for intolerável para si próprio.

Os fragmentos de “objetos”, e das demais partes do aparelho psíquico (id, ego, superego, afetos...) resultantes dos splittings, são projetados – sob a forma de objetos bizarros – no espaço exterior, desde onde ameaçam e perseguem o indivíduo que os projetou, sendo que, nos casos mais extremos, esses pedaços projetados podem adquirir a configuração de alucinações ou idéias delirantes persecutórias.

A projeção desses temores e ansiedades, principalmente as de aniquilamento e morte, necessitam encontrar um continente adequado na pessoa da mãe, ou seja, que ela acolha e

devolva esses temores devidamente “desintoxicados”, nomeados e significados. Em caso contrário, a criança reintrojetará as ansiedades projetadas, as quais, muitas vezes, acrescidas com as angústias próprias da mãe, constituem-se sob a forma de “terror sem nome” (isto é, trata-se de uma forte angústia cuja formação original precede a da formação das palavras).

Para Bion, a linguagem do psicótico pode ser utilizada para quatro finalidades:

- a) Como um acting (substitui a capacidade de pensar acerca das angústias insuportáveis por uma evacuação das mesmas através de uma motricidade).
- b) Como uma forma de comunicação primitiva daquilo que ele não consegue comunicar com palavras.
- c) Como um modelo de seu pensamento (a ausência de símbolos acarreta um prejuízo na utilização de substantivos e verbos, e a “salada” de palavras, significados e propósitos pode estar traduzindo a sua forma de pensar).
- d) A linguagem psicótica pode estar a serviço de produzir efeitos no outro (no caso da situação analítica, pode estar agindo na mente do analista, de forma a dissociar os vínculos associativos do mesmo). Um exemplo que Bion dá desta última situação é a de um paciente seu que o deixava confuso e que “ele tencionava me dividir, ao me fazer dar duas interpretações ao mesmo tempo, e isso foi revelado pela associação seguinte: “como o elevador sabe o que fazer quando apertado dois botões de uma vez ?”.

Todos esses aspectos somados tendem a levar o paciente psicótico a um estado que “não é de vida e nem de morte”.

PSICOSES “PROPRIAMENTE DITAS”

Em relação a essas referidas psicoses, tal como elas são descritas na psiquiatria, é consensual que há uma evidente lacuna entre os profundos avanços de nossa metapsicologia e os limitados alcances de nossa prática clínica. Na atualidade, em nosso meio, a grande maioria dos psicanalistas preconiza, para tais pacientes, métodos alternativos, em um arranjo combinatório de múltiplos recursos, como, por exemplo, a simultaneidade do método analítico e o uso de fármacos, ou com outros meios. Uma vez delimitadas as diferenças diagnósticas e prognósticas, podemos estabelecer algumas características que são comuns aos pacientes psicóticos, havendo uma proporcionalidade direta entre a intensidade das mesmas e o grau de regressividade do ego. Vamos ater-nos unicamente a três dessas áreas características: a importância do corpo, a função cognitiva do ego e alguns aspectos específicos da prática clínica.

A IMPORTÂNCIA DO CORPO

Muito antes da formação do pensamento e da linguagem, o corpo desempenha um papel fundamental na estruturação do psiquismo. Primitivamente, a criança não tem a experiência corporal como uma unidade integrada; pelo contrário, ela percebe o seu corpo como uma dispersão de todas as suas partes. Isto deve-se ao fato de que, por falta de maturação biológica, o lactente encontra-se submerso em uma confusão de sensações desordenadas, difusas e indiferenciadas, que ele não sabe de onde procedem. Tais sensações, acrescidas de renovadas angústias e significações, vão sendo arquivadas e registradas como que de forma fotográfica no ego incipiente, onde se constituem como representações do corpo e que, em condições regressivas, podem expressar-se no corpo.

Por outro lado, é inerente ao ser humano ter uma certa capacidade de alienar-se no corpo do outro. Isso é porque, em seu início evolutivo, a criança faz um domínio imaginário da sua imagem corporal. Nas organizações psicóticas, há uma detenção ou uma regressão a essas primitivas etapas e, por isso, o indivíduo não discrimina as diferenças entre ele e o outro; o que é de dentro e o de fora; as partes, do todo.

Resulta daí, então, que o temor mais profundo e de maior perigo que o paciente psicótico experimenta, de forma intensa, é o da dissolução e da desintegração do ego e do self, e isso costuma vir acompanhado de fantasias de imagens corporais estranhas e de uma sensação de não habitar o próprio corpo.

Da mesma forma, o sentimento de identidade constitui uma preocupação permanente para tais pacientes. Há uma necessidade constante de manter a individuação, de conservar a identidade e de manter as relações com os objetos do mundo exterior, decorrendo daí que eles põem em jogo todos os órgãos dos sentidos, ou, inversamente, fazem uma fuga desesperada por meio de uma retração autística intensa.

Autores como Lacan, Winnicott e Kohut estudaram a fase evolutiva em que o fenômeno da especularidade ganha relevância, sendo que a regressão a essa etapa facilita o nosso entendimento de alguns sintomas psicóticos. Exemplo disso é o surgimento do “sinal do espelho”, o qual pode constituir-se como um dos sinais mais precoces da eclosão de uma esquizofrenia e consiste no fato de que, na frente do espelho, o paciente efetua movimentos sob a forma de gesticulações ou maneirismos, como se estivesse em uma desesperada busca de sua própria imagem. De forma equivalente, nos pacientes em regressão psicótica, podemos encontrar “gestos espelhados”, em que eles, sentados face a face com o terapeuta, executam os mesmos

movimentos deste. Em termos clínicos, as primitivas representações ligadas ao ego corporal traduzem-se no paciente psicótico por meio de sensações de “estranheza” e “despersonalização”, assim como por vivências de desintegração corporal, de alucinações sensoriais, de crônicos sintomas hipocondríacos e de somatizações.

A FUNÇÃO COGNITIVA

A forte influência do kleinianismo em nosso meio determinou que, por muito tempo, a ênfase na compreensão e no manejo do paciente psicótico recaísse unicamente nos problemas decorrentes das terríficas fantasias inconscientes, com as respectivas angústias e defesas arcaicas. A partir de outros autores, Bion especialmente, o problema da psicose passou a ser entendido muito em relação à patologia das funções do ego, tais como a da percepção, da comunicação e, principalmente, a do pensamento.

O problema do pensamento, por sua vez, está intimamente ligado ao do conhecimento, isto é, às diferentes maneiras que o indivíduo tem de dizer “não” às verdades penosas, que vão desde um simples mecanismo de supressão até um extremo grau de forclusão, próprio das psicoses.

Assim, impõe-se ao psicanalista a necessidade de ele ter bem claro para si a gênese e a natureza do pensamento, assim como quais são as áreas cognitivas que ficaram detidas em sua evolução ou que se constituíram como pontos de fixação para futuras regressões psicóticas.

Nem todos os adultos alcançam os estágios mais elevados do desenvolvimento cognitivo e, muitas vezes, as conquistas alcançadas são parciais, sempre dependem da realidade objetiva, a social incluída. Na atualidade, é consensual entre os psicanalistas o fato de que, desde o nascimento, há uma permanente interação entre os fatores biológicos e os inter-relacionais.

Da mesma forma, há uma tendência entre os que se interessam pela análise de psicóticos em integrar os ensinamentos aportados tanto pelos autores pioneiros, como Freud (processos primário e secundário; formação do pensamento obsessivo e delirante, como em Schreber, e, principalmente, os seus estudos sobre os processos de negação);

Ferenczi (em 1913, ele descreveu três etapas evolutivas do pensamento primitivo do bebê:

- a) “mágico-onipotente-alucinatório”;
- b) fase dos “gestos mágicos”, através de diversos “sinais” que ele emite;
- c) fase das “palavras com a imaginação de efeitos mágicos”

E Melaina Klein (estudou a patologia dos impulsos epistemofílicos e do processo de aprendizagem), como também pelas contribuições de autores mais modernos.

Desses últimos, são bem conhecidos por todos nós os trabalhos de Bion (o aparelho de pensar os pensamentos; a proporção inversa entre a onipotência dos pensamentos e o aprendizado pela experiência; a noção de pensamento vazio; a função K e -K; o ataque aos vínculos; a reversão de perspectiva, etc.) e os de M. Kyrle (o desenvolvimento cognitivo a partir dos mecanismos que produzem os “mal-entendidos” e as concepções ilusórias).

São menos conhecidos os trabalhos de Matte Blanco (1986), psicanalista pertencente à Sociedade Britânica de Psicanálise, cujos estudos sobre as primitivas etapas do pensamento (“lógica simétrica e assimétrica” e noção de “conjuntos infinitos”) estão ganhando gradativa relevância para a compreensão da lógica psicótica.

Além dessas contribuições de autores psicanalistas, é preciso acrescentar aqueles que procedem de outras áreas, como, por exemplo, de Piaget (1954), suíço, que é epistemólogo e não psicanalista.

Esse autor classifica a normal evolução cognitiva em quatro estágios:

- 1) sensório-motor;
- 2) pensamento pré-operatório;
- 3) pensamento pré-conceitual concreto;
- 4) pensamento abstrato hipotético-dedutivo.

O entendimento neurobiológico, especialmente das duas primeiras dessas etapas, são fundamentais para que tenhamos uma compreensão da estruturação do pensamento do psicótico, e isso justifica que nos alonguemos um pouco mais.

Assim, o estágio “sensório-motor” caracteriza-se por uma absoluta indiferenciação entre o eu e o outro; incapacidade de fazer quaisquer discriminações; uma não-integração corporal; uma falta de delimitação com o ambiente exterior (a mão do bebê, por exemplo, é por ele confundida com a de qualquer outro corpo em movimento). Só ao final desse estágio é que começam a formar-se as noções de eu – versus - não-eu; dentro – versus - fora, etc.

O estágio do “pensamento pré-operacional” estende-se dos 18 meses aos 6 (7) anos, e algumas de suas características são: a criança começa a ter algumas alternativas; o pensamento ainda é

preconceitual, ou seja, tudo deve ter uma realidade física (os pensamentos estão na boca; os sonhos, no quarto, etc.); tudo deve ter uma causa identificável e um propósito definido (é a fase dos “por quê?”, que dá origem às teorias fantásticas da criança, como, por exemplo, as relativas ao mistério do nascimento e da morte e às diferenças dos sexos, etc.).

Outra característica dessa etapa é o egocentrismo: pelo fato de ainda não ter condições neurológicas para a capacidade de indução, e nem para a dedução, a criança não consegue colocar-se no lugar do outro. Isso ajuda a explicar os aspectos da patologia da linguagem e da comunicação, em que o indivíduo parte do princípio de que os outros adivinham-no e entendem-no sempre, pela razão em sua crença de que todos viveriam unicamente em função dele. Pela mesma falta de maturação neuronal, a importante função de julgamento, nesse estágio, não é de ordem moral ou legal, mas, sim, está baseada em seus valores unicamente egocêntricos.

É importante que diferenciemos este egocentrismo de origem neurobiológica, daquele que é típico da organização defensiva narcisística. É só ao final desse segundo estágio e começo do terceiro que se constitui o “pensamento operacional concreto”, no qual a criança começa a fazer relações causais, temporais e lógicas, configuradas pelos vocábulos: porque; antes; depois; então; logo; etc., organizadores da importante função de sintaxe do ego.

A quarta etapa de um desenvolvimento normal, a do pensamento abstrato hipotético-dedutivo, somente desenvolver-se-á satisfatoriamente se as etapas anteriores forem suficientemente bem resolvidas.

É necessário destacar, para a compreensão do tipo de lógica utilizada pelos psicóticos, a detenção evolutiva nos subestágios em que persiste um pensamento de um destes tipos:

- 1) Sincrético (em que “parecer” é o mesmo que “ser igual”).
- 2) Reversivo (tudo o que acontece tem que ter, necessariamente, uma recíproca).
- 3) Racionalizado (fazer o mundo real adaptar-se ao seu).
- 4) Classificatório (a partir da metonímia de que a parte é igual ao todo, e vice-versa, o indivíduo classifica as pessoas e coisas baseando-se na presença de um simples atributo, comum entre elas).

A importância da função de pensar, na análise de psicóticos, pode ser resumida na postulação de Bion que, em diversos trabalhos, enfatiza o fato de que, para que a mente possa desenvolver-se, é necessário que a experiência emocional das relações íntimas seja pensada.

No entanto, uma coisa é “pensar” de acordo com os primeiros estágios da área do pensamento; outra coisa é a capacidade de pensar em nível amadurecido, o que abarca o tríplice aspecto de: conceituar, julgar e raciocinar, e que, diferentemente do anterior, possibilita que os pensamentos opostos, ou os contraditórios, sejam reconhecidos como podendo ser concomitantes entre si.

PRÁTICA PSICANALÍTICA

A análise de psicóticos foi de interesse vital nos anos 50, tendo começado como uma tentativa de mostrar que eles podiam ser tratados exclusivamente pela técnica psicanalítica clássica. Isso, por um lado, propiciou os estudos sobre os estados confusionais, o narcisismo e as funções cognitivas, bem como significativos avanços na análise de pacientes borderline e estruturas narcisistas.

Por outro lado, acarretou inconvenientes pelo fato de que muitos autores tenderam a refugiar-se e enclausurar-se em uma doutrina rígida e monolítica, centrada unicamente na interpretação transferencialista dos conteúdos das arcaicas fantasias inconscientes.

A maior crítica a essa posição pode ser sintetizada nesta pergunta de A. Green (1986):

“... como se pode, num trabalho como o nosso, trabalhar com a palavra pela palavra, tendo por ambição influenciar algo que não é da ordem da palavra?”.

Aos poucos, a análise de tais pacientes vem ganhando entre nós características específicas e diferenciadas, criadas a partir de um enfoque múltiplo. Apesar da discordância de muitos, eu sou dos que crêem ser útil o psicanalista ter uma formação pluralista e eclética, desde que fique bem claro que ecletismo não é o mesmo que sincretismo, ou o mesmo que um mero aglomerado de conhecimentos diferentes.

Assim, por exemplo, seria forçosamente artificial qualquer tentativa de integrar unificadamente a metapsicologia de M. Klein e a neurobiologia de Piaget. Os que acreditam neste último não podem conceber que uma criança com menos de 10 meses possa construir fantasias, pensamentos e mecanismos mentais complexos que permitam, por exemplo, o ego manipular uma imagem interna do objeto na ausência deste.

A mesma consideração vale para os mecanismos dissociativos e projetivos, sendo que as fantasias sádico-canibalísticas são, neste contexto, entendidas como tendo sido constituídas a posteriori, quando o pensamento desenvolve-se em lugar das experiências sensório-motoras.

Como esquema de exposição, vou apontar para as seguintes áreas que, na atualidade, fundamentam e dimensionam a análise de psicóticos propriamente ditos:

1. Recentes avanços teóricos. Destes, os que vêm merecendo maior relevância são os referentes à indiferenciação entre o “eu” e o “não-eu”; ao fenômeno da especularidade; ao registro somático; ao alargamento das atribuições das identificações projetivas aos processos perceptivo-cognitivos, tanto do ponto de vista de autores psicanalistas como os da neurobiologia contemporânea.
2. Valorização da realidade externa. Diferentemente do que a técnica kleiniana classicamente recomendava, no sentido de priorizar a interpretação dos conflitos do mundo interno, referida às primitivas fantasias inconscientes e aos objetos parciais introjetados, os analistas contemporâneos hierarquizam a importância dos objetos externos reais.
3. Relações familiares. No mínimo, dois aspectos merecem um registro: um, é o discurso dos pais como um dos modeladores do inconsciente do indivíduo; o segundo é a designação de papéis fixos a serem cumpridos no contexto da dinâmica familiar, como, por exemplo, a atribuição do papel de bode expiatório, ou de gênio, ou de uma eterna criança, e assim por diante, inclusive a possibilidade de que o papel que foi designado para o nosso paciente psicótico tenha sido justamente o dele funcionar como psicótico, isto é, como o portador das partes psicóticas de cada um e de todos do seu grupo familiar.
4. Colaboração multidisciplinar. Cada vez mais, os psicanalistas estão permeáveis às contribuições dos epistemólogos, neurólogos, lingüistas, educadores, geneticistas e, especialmente, à moderna psicofarmacoterapia.
5. Tratamento múltiplo. Como decorrência dos itens anteriores, a tendência dos psicanalistas contemporâneos que tratam pacientes psicóticos pelo método analítico é combinar a este outros métodos alternativos como: diversas formas de psicoterapia; grupos de auto-ajuda; medicação psicotrópica; instituição que proporcione os benefícios da ambientoterapia; o concurso dos assim chamados “auxiliares terapêuticos”, “amigos qualificados”; atendimento do grupo familiar; etc.
6. Particularidades da técnica psicanalítica. Sabemos que os objetivos básicos da análise com os pacientes psicóticos são promover: a constância objetal interna e a constância da percepção da realidade externa a integração das dissociações; o desenvolvimento da capacidade de domínio sobre os estímulos resultantes das frustrações, tendo em vista que estes pacientes desorganizam-se diante de situações novas, não-estruturantes; a transição do imaginário para o simbólico; e a formação do sentimento de identidade. Para tanto, creio que os seguintes pontos são os essenciais:

Nos primeiros tempos da psicanálise, era inadmissível cogitar uma análise para pacientes psicóticos, porquanto, segundo Freud, os pacientes com “neurose narcisista” (assim, então, eram denominadas as psicoses), com toda a libido retirada do mundo exterior e reinvestida no mundo interior, não conseguiriam desenvolver uma “transferência” com o analista, e, sem transferência, não existiria psicanálise.

Desde os descobrimentos de M. Klein e de outros autores que se aprofundaram nos estudos relativos ao desenvolvimento emocional primitivo do bebê, sabemos que tais pacientes desenvolvem, sim, uma transferência peculiar, que costuma ser denominada “transferência psicótica”. É útil diferenciar essa “transferência psicótica” do que denominamos “psicose de transferência”, tal como foi descrita por Rosenfeld (1978), que pode emergir no curso da análise com pacientes não-psicóticos.

O analista deve partir do princípio de que todo paciente psicótico, por mais desagregado que esteja, sempre tem uma parte não psicótica, à qual ele deve aliar-se.

O passo inicial é, pois, conseguir o estabelecimento de uma “aliança terapêutica”, sem a qual o restante do trabalho analítico com este tipo de paciente será estéril.

Ao contrário do que poderia parecer, é essencial que se mantenha a preservação do setting básico que foi instituído, como uma forma de assegurar a indispensável manutenção dos limites e da diferenciação dos respectivos papéis. Essa recomendação técnica é particularmente importante na análise de pacientes psicóticos que fizeram uma estruturação da mente do tipo gemelar.

Trata-se de uma dissociação com duplicação, em que tal paciente se lança em uma infinita e nunca acabada busca de imagens especulares exteriores (“almas gêmeas”) que confirmem a sua falsa crença de que não há diferenças de sexo, de geração ou de capacidades, entre ele e os outros.

As identificações projetivas, que costumam ser usadas maciçamente pelo paciente psicótico, devem ser discriminadas pelo analista em seu triplice aspecto: como um mecanismo defensivo, como um importante meio de comunicação e como uma forma de invasão fusional e controle onipotente.

É comum que esse paciente, durante um longo tempo inicial da análise, faça uma idealização extremada da pessoa do analista, e é importante que a mesma não seja destruída de forma abrupta e, muito menos, que venha a ser perpetuada, em função das necessidades narcisísticas do terapeuta.

É de máxima importância o reconhecimento dos movimentos resistenciais/contra-resistenciais

como, por exemplo, a formação, no par analítico, de diferentes tipos de conluios inconscientes. Da mesma forma, é importante que se discrimine quando as resistências do paciente representam uma absoluta oposição ao método analítico, ou quando elas servem como um indispensável indicador ao analista de como funciona o ego de seu paciente.

Assim, os múltiplos e freqüentes actings devem ser entendidos como uma forma comunicacional muito primitiva (em Freud, corresponde à etapa de “representação-coisa”, no ego) e que se expressam pela linguagem paraverbal da ação. Igualmente, o uso freqüente de silêncios longos pelo paciente exige que se faça uma discriminação quanto ao propósito de cada um deles, sendo que, muitas vezes, uma pausa silenciosa, antes de ser uma resistência de oposição, pode estar significando a necessidade de o paciente ter um “espaço” seu para pensar. Também as freqüentes manifestações psicossomáticas devem ser compreendidas e, se possível, decodificadas como um meio arcaico de comunicação dos primeiros registros do corpo no ego, e deste, no corpo. Sabemos o quanto os pacientes psicóticos são sensíveis às frustrações decorrentes do reconhecimento das ilusões simbiótico-narcisísticas, assim como pela ausência dos objetos, acentuada, neste caso, pela impossibilidade de possuí-los.

Resulta daí que tais pacientes tendem a negar e a evitar essas frustrações ao invés de modificá-las, o que se constitui num dos fatores que mais se opõem ao crescimento da mente. O analista deve ter claro para si o fato de que a capacidade de tolerância às frustrações é imprescindível para a formação de símbolos e para a dança psíquica, a qual implica em uma ruptura com os conhecimentos e o código de valores previamente estabelecidos no paciente.

Dito de outra forma, o que propicia o início da simbolização é o psicanalista portar-se como uma espécie de objeto transicional, que faculta ao paciente a sua passagem da díade fusional para a interrelação triangular; isto é, gradativamente substituir a “lei do desejo” (mãe) pelo “desejo da Lei” (pai), tal como descreve Lacan:

Na experiência emocional do vínculo analítico, o indispensável contato com as “verdades” nunca deve ser de forma absoluta e nem definitiva, mas, sim, deve constituir-se em um compromisso com a veracidade, a coerência e a busca de correlação de significados.

É de especial importância explorar ao máximo os fatores da realidade externa, a qual pode estar perturbada em umas áreas, e em outras não. Assim, é preciso levar em conta que, no curso do processo analítico, o desenvolvimento da função cognitiva do ego processa-se em três níveis distintos: o primeiro é a tomada de conhecimento do paciente quanto ao “material” que ele traz, bem como ao da sua conduta, especialmente no que concerne à distinção entre a fantasia e a

realidade; o segundo nível é o da nomeação, conceituação e juízo crítico deste conhecimento; o terceiro é o da reflexão acerca dos efeitos que este insight cognitivo e afetivo terá em sua vida, ou seja, que ele, da mesma forma que o seu analista, antes do “porque” etiológico, valorize sobretudo o “para que” existencial.

Os aspectos contratransferenciais assumem uma importância fundamental pelo fato de que eles costumam adquirir extensão e profundidade tais que, tanto podem constituir-se como uma excelente bússola comunicadora ao psicanalista do mundo interno do paciente – com as suas respectivas necessidades básicas que estão à espera de serem analiticamente preenchidas – como também podem os sentimentos despertados no analista estancar, desvirtuar ou até mesmo deteriorar de forma irreversível o método analítico.

São bem conhecidas as respostas contra transferenciais que se manifestam sob a forma de sentimentos de medo, paralisia, impotência, ódio, confusão, angústia diante dos espelhamentos, etc., mas vale destacar a possibilidade de o analista vir a sentir em seu próprio corpo as representações intrapsíquicas do paciente psicótico, nos casos em que as identificações projetivas deste resultem de sua extrema necessidade de “tocar” (emocionar) o analista.

A atividade interpretativa do psicanalista merece considerações mais alongadas.

Inicialmente, creio ser útil fazer uma diferença entre a interpretação propriamente dita, senso estrito, e a atividade interpretativa, senso amplo, a qual abrange ainda mais, além da anterior, a valorização da realidade externa e da extratransferência; o estímulo a clareamentos; o assinalamento de paradoxos e contrastes; o apontamento quanto às maneiras de como o paciente percebe, pensa, comunica e age, e as respectivas interações entre elas; e a formulação de perguntas, não as interrogatórias exploradoras, mas aquelas que estimulam a reflexões. Há uma diferença entre as interpretações da transferência e na transferência: na análise, há transferência em tudo, mas isso não quer dizer que todas as intervenções devam visar sempre a transferência.

Estamos considerando que a técnica analítica, dentro da indispensável preservação do setting, gira em torno de dois eixos fundamentais, que são indissociados e complementares entre si: a atividade interpretativa e a “atmosfera analítica”, a qual é determinada em função da atitude interna do psicanalista. Enfatizamos o fato de que essa última ganha em importância em relação à primeira na razão direta do grau de regressão do paciente, mas nem por isso concordamos com aqueles que subestimam o valor das interpretações para os pacientes psicóticos, sob a alegação de que o seu indiscutível prejuízo na capacidade de formar símbolos e, portanto, de fazer abstrações e conceituações determina que as interpretações se tornem inócuas.

De fato, é preciso reconhecer que de pouco adiantam as interpretações centralizadas exclusivamente nas fantasias inconscientes e, muitas vezes, sob a forma sistemática do chavão: “É comigo, aqui e agora”.

No entanto, as interpretações, obviamente sem esses vícios, são indispensáveis, pois somente elas possibilitam nomear e dar sentido às inominadas angústias primitivas que o paciente está revivendo ao calor da experiência emocional analítica e que são as mesmas que ele vem experimentando toda a sua vida, mas que não consegue verbalizá-las porque as mesmas formaram-se antes da etapa da “representação-palavra”.

Nestes casos, deve ser levado em conta que os pensamentos e as palavras podem comportar-se para o paciente psicótico como se fossem coisas materiais e que, portanto, podem ter o mesmo destino destas, isto é, podem estar aglomerados, dilacerados, expulsos, entesourados, etc.

A transformação da experiência emocional intolerável em algo tolerável só é possível pelo pensamento; por isto, é de grande utilidade prática que o analista localize em qual subestágio da evolução neurobiológica está detida a capacidade de pensar do seu paciente.

Da mesma forma, pode-se dizer que o paciente psicótico nunca chegará à cura, sendo que o objetivo do método analítico restringe-se a um trabalho de restituição, razão porque a atividade interpretativa visa a um desenvolvimento cognitivo: ajudar a parte não-psicótica do paciente a observar, a pensar e a não fugir das verdades.

No entanto, com o paciente psicótico, acima de tudo, é a “atmosfera analítica” que se constitui como o mais importante fator terapêutico. Cabe ao analista ter uma série de atributos básicos, dos quais é preciso ressaltar aqueles que correspondem aos que, certamente, faltaram na maternagem original do paciente.

Apesar da ressalva de que o vínculo analista-paciente psicótico não reproduza de forma rigorosamente igual a relação mãe - bebê, é evidente que existem profundas similitudes entre ambos.

Assim, o analista que trata de pacientes psicóticos deve preencher as mesmas funções que uma mãe adequadamente boa exerce para o seu filho, desde o nascimento, e que são as seguintes: provedora (das necessidades básicas); contenedora (das angústias); organizadora (do caos resultante da indiferenciação); significadora (nomear e dar sentido a tudo que se passa com a criança) e modeladora (de identificações).

Além da ativa participação em parte dessas funções, cabe ainda ao pai da criança (ou o analista,

na transferência paterna) cumprir o papel do terceiro, isto é, aquele que vai desfazer uma possível perpetuação simbiótica da díade mãe - filho, tão comum nos pacientes psicóticos.

É indispensável levar em conta que, sempre, o paciente psicótico está cheio de...vazios.

E que tais vazios, antigos e muito dolorosos, costumam ser substituídos por autarquias narcisísticas de auto-suficiência, ou por estruturas tipo “falso self”, etc.

Dizendo com outras palavras: existe desde sempre uma falta básica (falha de uma adequada maternagem, com as conseqüentes feridas emocionais), de modo que nos pacientes psicóticos predomina a presença de uma ausência.

A importância disso na prática clínica consiste no fato de que toda privação que esse paciente sofre (inclusive aquela que seja inevitável e necessária para o seu crescimento) é significada pelo psicótico como um abandono e, portanto, ele a semantiza como sendo uma vivência de “aniquilamento”.

Igualmente, uma outra importante repercussão na prática clínica, decorrente da constante “presença da ausência” no psiquismo do paciente com configuração psicótica, consiste na imperiosa necessidade de que o analista saiba “escutar as ausências” (os difíceis sentimentos contratransferenciais, que qualquer terapeuta sente em tais situações, podem constituir-se, para ele, como uma excelente bússola empática para captar a comunicação não verbal do paciente dessas suas “ausências internas”). Da mesma forma, também é indispensável que o analista “escute” a constante presença da necessidade desse paciente de ser entendido nas suas angústias emergentes (mais do que ser atendido na demanda de seus pedidos concretos).

Neste contexto, pode-se dizer que a atividade interpretativa e a função continente do psicanalista, aí incluída a capacidade de empatia, constituem um sistema único, que vai compondo a “atmosfera analítica”, a partir da qual aumenta a responsabilidade do terapeuta, pois ele vai sendo introjetado como um novo modelo de identificação e de ressignificação do código de valores do seu paciente psicótico.

Uma outra forma de abordar as “condições necessárias mínimas” que um analista deve possuir para poder tratar pacientes psicóticos é a de realçar aquilo que ele não deve ser. Assim, ele não é o ego ideal do paciente (ou seja, ele não é Deus, ou uma pessoa poderosa, mágico onipotente, etc.).

Da mesma forma, o analista também não é uma mãe substituta do paciente, que nunca o frustra, tampouco é professor, confessor, amigo com vínculos sociais, um representante da moral, etc.

O terapeuta não é nada disso, embora, temporariamente, possa ser um pouco disso tudo. Em relação às interpretações, de forma breve, alguns pontos merecem um registro:

O pior erro do analista, diz Rosenfeld (1988), é quando ele interpreta todo o conflito transferencial em situações de “impasse analítico”(costumam acontecer freqüentemente), como sendo de responsabilidade única do paciente.

O analista pode estar cometendo uma violência interpretativa ao seu paciente psicótico, se ele não levar em conta o nível evolutivo do pensamento deste (por exemplo, falar em termos ético-científicos, ou de elevada abstração, para um paciente que só consegue “pensar” em uma dimensão mágica e concreta).

Outro considerável erro técnico é quando o analista põe ênfase exagerada nos aspectos destrutivos do paciente, sem levar em conta a contraparte construtiva dos mesmos.

A propósito disso, cabe enfatizar que, sem perder a essência psicanalítica, está plenamente justificada a utilização, por parte do analista, de uma “técnica de apoio”, desde que fique bem claro que o emprego de “apoio” não é o mesmo que dar conselhos, consolo, ser “bonzinho”, não frustrar ou não estabelecer limites, etc.

Pelo contrário, a técnica de “apoio” exige muita competência por parte do terapeuta, porquanto ela implica na capacidade de o analista conseguir sintonizar com os aspectos construtivos e as potencialidades latentes, que estão ocultas e bloqueadas no psiquismo desse paciente, e das quais ele não se dá conta de que é possuidor.

Um exemplo banal disso: no curso de uma supervisão, o analista interpretava corretamente os aspectos agressivos e birrentos de uma paciente que se recusava terminantemente a aceitar uma necessária (para o analista) mudança de horário de uma sessão. A situação caminhava para um “impasse” que só foi revertido quando o terapeuta compreendeu e “apoiou” os aspectos positivos da “briga” da paciente, que estavam expressando a sua necessidade de sair de um estado de submissão crônica que sempre tivera com seus pais, além de experimentar o exercício da importante capacidade para dizer “não”. Destarte, é indispensável que o analista tenha claro para si que a assim chamada “transferência negativa”, quando bem compreendida e manejada por ele, representa ser positiva para o processo psicanalítico.

Um obstáculo importante às mudanças psíquicas ocorre quando o terapeuta não percebe as micromudanças do paciente, muitas vezes sob a forma de actings de aparência preocupante, ou de manifestações transferenciais negativas, como as acima aludidas, as quais podem estar

significando o seu começo de independência e também de ele estar começando a experimentar o afloramento de sua contida agressão, assim como a sua forma de amar.

PACIENTES BORDERLINE

Até há pouco tempo, essa denominação designava um estado do psiquismo de um paciente que, clinicamente, estivesse na fronteira limítrofe entre a neurose e a psicose. Embora hajam evidências clínicas que confirmem essa afirmativa, na atualidade os estudiosos desses casos borderline preferem considerar tal condição psíquica como sendo uma estrutura, com características específicas e peculiares. Dentre esses autores, é justo destacar a Otto Kernberg que, desde 1975, em sucessivos trabalhos, vem estudando essa psicopatologia, com inestimáveis contribuições e postulando para os pacientes borderline a categoria de uma estrutura psicopatológica específica e singular.

De forma abreviada, cabe destacar as seguintes características dos pacientes borderline:

Todos os aspectos acima descritos como inerentes à “parte psicótica da personalidade”, em algum grau e forma, estão presentes nesses pacientes fronteiriços.

No entanto, diferentemente do que acontece nas psicoses clínicas bem estabelecidas, os pacientes borderline conservam um juízo crítico e o senso da realidade.

Existe a presença permanente de uma ansiedade difusa e a sensação de um vazio crônico, que acompanham uma neurose polissintomática.

Essa última refere que esses pacientes recobrem as suas intensas angústias depressivas e persecutórias, com uma fachada de sintomas ou traços caracterológicos, de fobias diversas, manifestações obsessivo-compulsivas, histéricas, narcisistas, somatizadoras, perversas, etc., as quais podem ser concomitantes ou alternantes. É bastante freqüente o surgimento de actings que adquirem uma natureza de sexualidade perversa e sadomasoquista.

Em casos mais avançados da estruturação borderline, podem aparecer manifestações “pré-psicóticas”, como é o caso de personalidade paranóide, esquizóide, hipomaníaca, neuroses impulsivas, transtornos alimentares graves, drogadicções, psicopatias, etc.

Há um sério transtorno do “sentimento de identidade”, que Kernberg denomina síndrome da difusão da identidade, a qual consiste na dificuldade que esse paciente tem de transmitir uma imagem integrada, coerente e consistente de si próprio e, assim, deixa os outros confusos em relação a ele.

Esse estado decorre do fato de que o paciente borderline faz um uso excessivo da defesa de dissociação dos distintos aspectos do seu psiquismo, que permanecem contraditórios ou em oposição entre si, de modo que ele se organiza como uma pessoa ambígua, instável e exageradamente compartimentada, de tal monta que Kernberg descreveu esse estado da mente com o nome de departamentalização.

É interessante consignar que na mesa redonda “Realidade Psíquica em Condições Borderline” (Rev. Brasil. Psican., 1996), a síntese final assevera que cada psicanalista, à sua maneira, mostrou como os pacientes borderline podem ser não apenas os mais frustrantes, mas também os mais gratificantes de tratar-se.

Alguém caracterizado portador de uma organização borderline é tecnicamente um portador de Transtorno de Personalidade Borderline.

Diversos autores utilizam a terminologia borderline para referir-se a um grupo de indivíduos que se caracterizam, por apresentarem uma alteração na fronteira ou banda entre a neurose e a psicose.

O termo Transtorno de Personalidade Borderline tem uma longa história, passando por diversos conceitos e denominações ao longo do tempo.

Em 1884 Hughes designava assim os estados borderlines da loucura. Indivíduos que oscilavam entre os limites da demência e da normalidade. Estado fronteiriço. São pessoas que passam a vida toda próximos da linha divisória entre a neurose e a psicose, ora de um lado, ora de outro. Outros autores usavam este diagnóstico quando havia sintomas neuróticos graves.

Bleuler considerava os pacientes portadores de uma esquizofrenia latente como se fossem estados borderline. Em “O homem dos lobos” Freud descreve um caso diagnosticado como neurose obsessiva, mas que à luz das abordagens atuais poderia ser entendido como um caso de patologia borderline.

Em 1927 Franz Alexander classificava os estados borderlines dentro do que denomina de “caráter neurótico” e na época de Alexander tudo o que parecia fortemente constitucional, irremovível, era chamado de problemas de caráter.

Em 1938 surge então Stern que formaliza o termo Borderline que se refere a uma espécie de hemorragia mental (impossibilidade de controle), desencadeada por grande intolerância a frustração. Os indivíduos têm o sentimento permanente de estar magoado, injuriado e feridos emocionalmente.

Em 1947 Schimideberg enfatiza a grande instabilidade desses indivíduos, ressaltando ser o traço mais característico, a falta de sentimentos “normais” e o profundo transtorno de personalidade.

Em 1967 Grinker e outros descrevem a síndrome borderline, cujas características seriam:

1. Sentimento de raiva como afeto único ou essencial.
2. Análise³ como transtorno nas relações objetais.
3. Ausência de auto-identidade consistente (instabilidade)
4. Depressão

Mahler apresenta o transtorno de duas formas:

1. Estados borderlines aparentemente bem adaptados, que não procuram ajuda especializada.
2. Síndrome borderline, com síndrome de depressão, fixação oral e medo ou preocupação obsessiva de abandono.

Há outras características que ao longo do tempo foram sendo identificadas tais como: Atitudes impulsivas, drogadição, álcool, auto agressão, promiscuidade, bulimia, raiva, ansiedade, desespero, não suportam a solidão e o abandono, necessitando do outro em tempo integral, a todo o momento, masoquista e manipuladores.

Há pessoas, simpáticas e agradáveis aos outros, que se comportam de maneira totalmente diferente com as pessoas da sua intimidade. São explosivos. Agressivos, intolerantes, irritáveis, com tendência a manipular pessoas. São pessoas com transtorno borderline de personalidade. Outros conseguem ser desarmônicos dentro e fora do lar, podem ser os sociopatas.

No CID 10 Código Internacional de Doenças, o distúrbio denominado Personalidade Borderline está incluído no capítulo referente ao transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável.

Este por sua vez divide-se em 2 tipos: O tipo impulsivo e o tipo borderline

Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável; trata-se de um transtorno de personalidade, no qual há uma tendência marcante a agir impulsivamente e sem consideração das conseqüências, juntamente com acentuada instabilidade afetiva.

São pessoas em que a capacidade de planejar pode ser mínima e os acessos de raiva intensa podem, com frequência, levar a explosões comportamentais e de violência.

Essas explosões costumam ser facilmente precipitadas principalmente quando esses atos impulsivos são criticados ou impedidos por outros.

Os transtornos da Personalidade afetam todas as áreas de influência da personalidade de um indivíduo; o modo como ele vê o mundo, a maneira como expressa as emoções, o comportamento social.

Caracteriza um estilo pessoal de vida mal adaptado, inflexível e prejudicial a si próprio e / ou as pessoas com quem convivem.

A detecção destas características é necessária, mas não são suficientes para identificação de transtorno de personalidade.

As duas subdivisões que clareiam as especificações são os tipos impulsivos e o tipo borderline mencionados acima.

1. Tipo Impulsivo se distingue por instabilidade emocional e falta de controle de impulsos (Ego + Id). Os acessos de violência ou comportamento ameaçador são comuns, particularmente em respeito a crítica dos outros.

2. No tipo borderline ou limítrofe varias características de instabilidade emocional estão presentes. Somado a impulsividade, há perturbação variável da auto-imagem, dos objetivos e das preferências incluindo a sexual.

O paciente borderline frequentemente se queixa de sentimentos crônicos de vazio. Há sempre uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos, mas instáveis, os quais podem causar nessas pessoas repetidas crises emocionais.

Estes pacientes esforçam se excessivamente para evitar o abandono, podendo haver quanto a isso, uma série de ameaças de suicídio ou ataques de auto-lesão.

Segundo DSM-IV (Manual de Diagnostico e Estatística das Doenças Mentais) o transtorno da personalidade é um padrão comportamental de instabilidade na auto-imagem e nos afetos, acentuada impulsividade que começa no inicio da idade adulta e persiste indefinidamente.

Patologicamente podemos dizer que a pessoa portadora de Personalidade Borderline, embora seja bem menos perturbada que os psicóticos são muito mais complexas que os neuróticos, embora não apresentem deformações de caráter típicas das personalidades sociopáticas.

Na realidade, o Borderline tem séria limitação para usufruir as disponibilidades de opção emocional

diante dos estímulos do cotidiano e, por causa disso, pequenos estressores são capazes de enfurecê-lo.

São indivíduos sujeitos a acessos de ira e verdadeiros ataques de fúria ou de mau gênio, em completa inadequação ao estímulo desencadeante. Essas crises de fúria e agressividade acontecem de forma inesperada, intempestivamente e, habitualmente, têm por alvo pessoas do convívio mais íntimo, como os pais, irmãos, familiares, amigos, namoradas, cônjuges, etc.

Embora o Borderline mantenha condutas até bastante adequadas em grande número de situações, ele tropeça escandalosamente em certas situações triviais e simples. O limiar de tolerância às frustrações é extremamente susceptível nessas pessoas.

Este curto-circuito agressivo expresso pelo Borderline, sob forma de crise, pode desempenhar várias funções psicodinâmicas, como por exemplo, aliviar o excedente de tensão interna, impedir maior conflito e frustração, ressaltar a presença do paciente, ainda que de forma desagradável e ineficaz, melhorar a auto-afirmação, obrigar o ambiente a reconhecer sua importância, ainda que para se lhe opor ou confrontar.

O Borderline também está sujeito a exuberantes manifestações de instabilidade afetiva, oscilando bruscamente entre emoções como o amor e ódio, entre a indiferença ou apatia e o entusiasmo exagerado, alegria efusiva e tristeza profunda. A vida conjugal com essas pessoas pode ser muito problemática, pois, ao mesmo tempo em que se apegam ao outro e se confessam dependentes e carentes desse outro, de repente, são capazes de maltratá-lo cruelmente.

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline se esforçam freneticamente para evitarem um abandono, seja um abandono real ou imaginário. A perspectiva da separação, perda ou rejeição podem ocasionar profundas alterações na auto-imagem, afeto, cognição e no comportamento. O Borderline vive exigindo apoio, afeto e amor continuamente. Sem isso, aflora o temor à solidão ou a incapacidade de ficar só, em presença de si mesmo.

Esses indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais e o intenso temor de abandono, mesmo diante de uma separação exigida pelo cotidiano e por tempo limitado, são muito mal vivenciadas pelo Borderline. Esse medo do abandono está relacionado a uma grande intolerância à solidão e à necessidade de ter outras pessoas consigo. Seus esforços frenéticos para evitar o abandono podem incluir ações impulsivas, tais como comportamentos de automutilação ou ameaças de suicídio.

A tendência a alguma forma de adição, como o álcool, remédios, drogas, ou mesmo o trabalho

desenfreado, o sexo insistentemente perseguido, o esporte, alguma crença, etc, refletem uma busca desenfreada de "um algo mais" que lhe complete e lhe dê sossego.

Segundo Marco Aurélio Baggio, quem melhor descreve o Ego desses pacientes, os Borderlines são pouco capazes de se empenharem numa tarefa com persistência e acuidade. Desistem do esforço e circulam em torno daquilo que é preciso fazer, mas não fazem. Em relação ao contacto interpessoal, eles têm uma tendência a atacar o outro do qual dependem, como forma de camuflar a grande necessidade de dependência. São habilidosos em estimular o outro a lhes propiciar aquilo que precisam, mas recebem tudo o que lhe fazem como quem nada deve.

A personalidade do Borderline é uma peça de teatro onde os atores coadjuvantes estão sempre esperando ele, o ator principal. Trata-se de um ego que não tolera o vazio, a separação, a ausência, não sabe superar com equilíbrio os conflitos.

O PADRÃO COMPORTAMENTAL

Existem seis padrões comportamentais que identificam um paciente Borderline ou o TPB - Transtorno de Personalidade Borderline:

1. VULNERABILIDADE EMOCIONAL

Os indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline têm dificuldades severas de lidar com emoções negativas, incluindo-se aí uma exacerbada sensibilidade para estímulos emocionais negativos, grande angústia diante de situações emocionalmente intensas e uma séria dificuldade para retornar às condições emocionais normais.

2. AUTO ANULAÇÃO

Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline têm altos padrões de expectativas para si próprios e uma tendência a invalidar ou não reconhecer suas próprias respostas emocionais, pensamentos, convicções, e comportamentos.

3. CRISES E MANIPULAÇÕES

Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline sempre estão envolvidos em comportamentos manipulatório suicida, ou seja, são comportamentos que normalmente simulam o suicídio, mas não o levam a cabo. São movimento não fatais, auto agressões intencionais que resultam em algum tipo de ferimento corporal, auto-mutilação ou queimaduras que o indivíduo infringe a si mesmo. Geralmente o desejo de morrer é nulo ou se existe é frágil.

4. AFLIÇÃO INIBIDA

Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline geralmente são incapazes de chorar ou expressar uma grande tristeza de forma apropriada.

5. PASSIVIDADE ATIVA

Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline não conseguem solucionar os problemas de sua própria vida de maneira ativa e assim procuram fazer com que os problemas sejam solucionados por outras pessoas.

6. COMPETÊNCIA APARENTE

Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline sempre parecem mais competentes do que realmente são ou do que mostram seus comportamentos e realizações.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA COM PACIENTES BORDERLINES.

Geralmente numa entrevista com um paciente borderline devemos aternos aos seguintes aspectos:

1. Afetos (aspectos subjetivos)

Depressão crônica (que eles sempre negam*), desesperança, desamparo, sentimento de inutilidade, culpa, raiva (incluindo freqüentes expressões de raiva aberta ou velada), ansiedade, isolamento, tédio e sentimento de vazio.

2. Cognição (raciocínio/Intelectual)

Pensamentos estranhos, percepções não usuais, paranóia que não é passível de ser descrita e micro surtos psicóticos.

3. Impulsividade (comportamental)

Adição de drogas, desvios sexuais, suicídio manipulativo, gestos suicidas e outros comportamentos impulsivos como cleptomania e abuso alimentar. Muitos dos casos de Compulsão Sexual podem estar inseridos nesse tipo de Transtorno já que o sexo pode funcionar como uma adição importante na obtenção de contato com o outro.

4. Relações Interpessoais

Intolerância para solidão, abandono, engolfamento (no sentido de envolver o outro completamente), medos de aniquilação e fantasias de destruição, relacionamentos tempestuosos,

manipulação, dependência, desvalorização, sadismo/masiquismo, demandas excessivas, auto intitulação (tentativa de parecer mais importante do que realmente é).

CRENÇAS CARACERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS COM ESSE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE.

Geralmente é importante que algumas perguntas fundamentais sejam respondidas na entrevista com o borderline. Muitos deles são hábeis no sentido de terem aprendido a dissimular alguns padrões comportamentais.

Geralmente, nas entrevistas, observo tanto a linguagem corporal como também as linguagens, verbal e paraverbal. Abaixo eu fixo um tipo de roteiro que eu utilizo como referência e que foi acrescido de informações obtidas na experiência de outros colegas.

Tais dados são fundamentais para definir com alguma clareza o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline. Muitas dessas declarações são observadas durante as entrevistas com esse tipo de paciente.

1. Eu sempre vou estar só. Nesse caso observa-se uma crença fortemente arraigada de que eles não têm meios de conseguir afetividade e nem mesmo um vínculo legítimo e duradouro com outras pessoas significativas. Mesmo quando esse vínculo ocorre, tal paciente não crê que o outro possa vincular-se a ele;
2. Eu não acredito que alguém possa cuidar de mim com sinceridade ou que alguém esteja realmente disponível para ajudar-me.
3. Quando as pessoas me conhecerem de verdade, elas me rejeitarão e dessa forma, não poderão me amar e assim, vão me abandonar.
4. Tenho dificuldade de dar conta da vida por meus próprios meios. Eu sempre preciso de alguém por perto.
5. Geralmente eu tenho que adaptar minhas necessidades às necessidades de outras pessoas. Caso eu não faça isso elas poderão me abandonar ou atacar-me.
6. Não tenho controle sobre mim mesmo.
7. Não consigo ter disciplina comigo mesmo.
8. Se você me perguntar sobre minhas reais preferências, eu realmente não sei o que eu quero.

9. Prefiro que as demais pessoas tomem decisões, pois, nunca sei quando de fato estou certo. É muito confuso e eu estou sempre em dúvida quanto às minhas opiniões.
10. Preciso ter um completo domínio sobre meus sentimentos senão as coisas não sairão bem como deveriam sair.
11. Sinto-me uma pessoa má e eu devo ser punido por isso.
12. Se alguém falhar em manter uma promessa que feita para mim, essa pessoa já não terá mais a minha confiança.
13. Eu nunca vou ter o que eu quero ou desejo. Nem alimento ilusões quanto a isto.
14. Meus sentimentos ou opiniões são sem pé nem cabeça, não acho que possa fundamentá-las de forma coerente.
15. Se eu concordar com as coisas que algumas pessoas falam, corro o risco de perder minha própria autonomia.
16. Se eu me recuso a atender um pedido de outra pessoa, corro o risco de perder a amizade dela.
17. Se disser o que eu quero, as pessoas vão ficar aborrecidas comigo.
18. As pessoas são más e tendem a abusar de você.
19. Eu sou impotente e vulnerável e dessa forma, não posso proteger a mim mesmo.
20. Se as pessoas realmente me conhecerem, quero dizer, conhecer a fundo, elas vão ver que sou um fracasso, um embuste e assim, vão me abandonar.
21. As outras pessoas não estão dispostas a ajudar ninguém sinceramente.
22. Há sempre uma sensação de que se você se deixa levar, acreditar em alguém e, nesses casos, você vai acabar ferido, decepcionado.

Principais Sintomas

Tem havido bastante controvérsia em relação ao conceito de Personalidade Psicopática ou Antissocial. Há autores que diferenciam psicopata de antissocial, mas, em nosso caso, essa distinção é dispensável em benefício do melhor entendimento do conceito. Howard sugere que os conceitos de psicopatia podem agrupar-se em três tipos:

- 1) Um tipo Sociopata, caracterizado por conduta antissocial crônica que começa na infância ou adolescência como Transtorno de Conduta;
- 2) Um tipo Secundário, caracterizado por um traço de personalidade com alto nível de impulsividade, isolamento social, e perturbações emocionais (a conduta sociopática seria secundária à essas alterações emocionais e da sociabilidade); e
- 3) Um tipo Primário caracterizado apenas por a impulsividade sem isolamento social e perturbações emocionais (a qual pode-se aplicar aos criminosos comuns).

Isso não implica que cada um desses três tipos seja mutuamente excludente; a sociopatia é vista como um conceito amplo que engloba tanto a psicopatia primária como a secundária, assim como uma alta proporção de criminosos comuns.

Otto Kemberg classifica a sociopatia de modo diferente. Para ele é extremamente difícil fazer o diagnóstico da psicopatia, quando a situação clínica não está claramente definida.

Autores psicanalíticos consideram a Psicopatia como uma grave patologia do Superego como sendo uma síndrome de Narcisismo Maligno, cujas características seriam a conduta antissocial, agressão ego-sintônica dirigida contra outros em forma de sadismo, ou dirigida contra se mesmo em forma de tendências automutiladoras ou suicidas sem depressão e conduta paranoide.

A estrutura de tipo narcisística do psicopata teria a seguintes características: autorreferência excessiva, grandiosidade, tendência à superioridade exibicionismo, dependência excessiva da admiração por parte dos outros, superficialidade emocional, crises de insegurança que se alternam com sentimentos de grandiosidade.

Portanto, dentro das relações de objeto (com os outros), seria intensa a rivalidade e inveja, consciente e/ou inconscientemente, refletidos na contínua tendência para exploração do outro, incapacidade de depender de outros, falta de empatia com para com outros, falta de compromisso interno em outras relações.

Otto Kemberg vê neste narcisismo patológico um componente psicodinâmico para o diagnóstico da psicopatia. O narcisismo não patológico é consequência de uma boa evolução do Ego, uma aceitação da realidade e como essa realidade pode ser usada para satisfazer as necessidades dirigidas ao exterior e ao objeto. As pessoas que não realizaram bem esta formação, por não haver interiorizado suficiente amor e estima recebidos do meio, acabam por desenvolver defesas narcisistas muito fortes.

Narcisismo Maligno

Muitas vezes é extremamente difícil fazer o diagnóstico da psicopatia, quando a situação clínica não está claramente definida. Por isso Otto Kernberg faz um diagnóstico diferencial entre três tipos de ocorrências antissociais:

- 1) A Síndrome do Narcisismo Maligno, representando o Psicopata cuja eventual causa da sociopatia seria fruto do meio e de elementos psicodinâmicos. Aqui a conduta antissocial tem origem no Narcisismo Maligno, há incapacidade em estabelecer relações que não sejam exploradoras, não existe capacidade de identificar valores morais, não existe capacidade de compromisso com os outros e não há sentimentos de culpa;
- 2) A Estrutura Anti-Social Propriamente Dita. Aqui o quadro é basicamente o mesmo da anterior, ou seja, também se manifestam condutas antissociais mas não há o fenômeno do Narcisismo Maligno. Há também incapacidade de relações não exploradoras, incapacidade de identificação dos valores morais, incapacidade de compromisso com outros e incapacidade de sentimentos de culpa.
- 3) A Personalidade Narcisística com Conduta Anti-social. Além da conduta antissocial existe uma estrutura narcisística. Não há Narcisismo Maligno, há igualmente incapacidade de relações não exploradoras, incapacidade de identificar valores morais, incapacidade de compromisso com os outros, porém, existe capacidade de sentimento de culpa (Kernberg, 1988).

Principais Sintomas

1. - Encanto superficial e manipulação

Nem todos psicopatas são encantadores, mas é expressivo o grupo deles que utilizam o encanto pessoal e, conseqüentemente capacidade de manipulação de pessoas, como meio de sobrevivência social.

Através do encanto superficial o psicopata acaba coisificando as pessoas, ele as usa e quando não o servem mais, descarta-as, tal como uma coisa ou uma ferramenta usada. Talvez seja esse processo de coisificação a chave para compreendermos a absoluta falta de sentimentos do psicopata para com seus semelhantes ou para com os sentimentos de seu semelhante.

Transformando seu semelhante numa coisa, ela deixa de ser seu semelhante.

O encanto, a sedução e a manipulação são fenômenos que se sucedem no psicopata. Partindo do princípio de que não se pode manipular alguém que não se deixe manipular, só será possível manipular alguém se esse alguém foi antes seduzido.

2. - Mentiras sistemáticas e Comportamento fantasioso.

Embora qualquer pessoa possa mentir, temos de distinguir a mentira banal da mentira psicopática. O psicopata utiliza a mentira como uma ferramenta de trabalho. Normalmente está tão treinado e habilitado a mentir que é difícil captar quando mente. Ele mente olhando nos olhos e com atitude completamente neutra e relaxada.

O psicopata não mente circunstancialmente ou esporadicamente para conseguir safar-se de alguma situação. Ele sabe que está mentindo, não se importa, não tem vergonha ou arrependimento, nem sequer sente desprazer quando mente. E mente, muitas vezes, sem nenhuma justificativa ou motivo.

Normalmente o psicopata diz o que convém e o que se espera para aquela circunstância. Ele pode mentir com a palavra ou com o corpo, quando simula e teatraliza situações vantajosas para ele, podendo fazer-se arrependido, ofendido, magoado, simulando tentativas de suicídio, etc.

É comum que o psicopata priorize algumas fantasias sobre circunstâncias reais. Isso porque sua personalidade é narcisística, quer ser admirado, quer ser o mais rico, mais bonito, melhor vestido. Assim, ele tenta adaptar a realidade à sua imaginação, à sua personagem do momento, de acordo com a circunstância e com sua personalidade é narcisística. Esse indivíduo pode converter-se no personagem que sua imaginação cria como adequada para atuar no meio com sucesso, propondo a todos a sensação de que estão, de fato, em frente a um personagem verdadeiro.

3. - Ausência de Sentimentos Afetuosos

Desde criança se observa, no psicopata, um acentuado desapego aos sentimentos e um caráter dissimulado. Essa pessoa não manifesta nenhuma inclinação ou sensibilidade por nada e mantém-se normalmente indiferente aos sentimentos alheios.

Os laços sentimentais habituais entre familiares não existem nos psicopatas. Além disso, eles têm grande dificuldade para entender os sentimentos dos outros mas, havendo interesse próprio, podem dissimular esses sentimentos socialmente desejáveis. Na realidade são pessoas extremamente frias, do ponto de vista emocional.

4. - Amoralidade

Os psicopatas são portadores de grande insensibilidade moral, faltando-lhes totalmente juízo e consciência morais, bem como noção de ética.

5. - Impulsividade

Também por debilidade do Superego e por insensibilidade moral, o psicopata não tem freios eficientes à sua impulsividade. A ausência de sentimentos éticos e altruístas, unidos à falta de sentimentos morais, impulsiona o psicopata a cometer brutalidades, crueldades e crimes.

Essa impulsividade reflete também um baixo limiar de tolerância às frustrações, refletindo-se na desproporção entre os estímulos e as respostas, ou seja, respondendo de forma exagerada diante de estímulos mínimos e triviais. Por outro lado, os defeitos de caráter costumam fazer com que o psicopata demonstre uma absoluta falta de reação frente a estímulos importantes.

6. - Incorregibilidade

Difilmente ou nunca o psicopata aceita os benefícios da reeducação, da advertência e da correção. Podem dissimular, como dissemos, durante algum tempo seu caráter torpe e antissocial, entretanto, na primeira oportunidade voltam à tona com as falcaturas de praxe.

7. - Falta de Adaptação Social

Já nos primeiros contatos sociais o psicopata, desde criança, manifesta uma certa crueldade e tendência a atividades delituosas. A adaptação social também fica comprometida, tendo em vista a tendência acentuada do psicopata ao egocentrismo e egoísmo, características estas percebidas pelos demais e responsável pelas dificuldades de sociabilidade.

Mesmo no meio familiar o psicopata tem dificuldades de adaptação. Durante o período escolar tornam-se detestáveis tanto pelos professores quanto pelos colegas, embora possam dissimular seu caráter sociopático durante algum tempo. Nos empregos a inconstância é a característica principal.

Alguns autores não vêem como sinônimo, a Personalidade Psicopática e a Personalidade Antissocial. A Personalidade Antissocial, segundo os autores que a diferenciam da psicopática, se constitui num caso mais franco, declarado e aberto de anomalias no relacionamento, ou seja, menos dissimulado e teatral que a psicopática. Essas pessoas costumam ser mais impetuosas, contestam com mais franqueza as normas sociais, criam mais transtornos e animosidades com os demais e, por fim, estão mais associados aos fatores de criminalidade que os psicopatas.

De acordo com essa visão, os psicopatas costumam ser até mais perigosos que os sociopatas, tendo em vista sua maneira dissimulada de ocultar a índole contraventora. Os sociopatas atentam contra as normas sociais mais abertamente que os psicopatas.

Transtorno de Personalidade Antissocial

O AsPD é um dos tipos de personalidade estudados com mais frequência.

De acordo com o DSM-IV, o AsPD se caracteriza principalmente por um padrão generalizado de menosprezo à violação aos direitos das outras pessoas.

Outras terminologias para AsPD incluem psicopatia, sociopatia ou TP dissocial. Para fazer o diagnóstico de AsPD, são necessárias ao menos duas características de comportamento antissocial, ter pelo menos 18 anos de idade e apresentar evidências de um determinante de grupo com início antes dos 15 anos de idade.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL	
---	--

Os pacientes devem ter ao menos 18 anos de idade, apresentar sinais de transtorno de conduta com início antes dos 15 anos e apresentar pelo menos três entre os seguintes critérios:	
--	--

- | | |
|-----------|--|
| illegais. | Recusa em obedecer às normas sociais e participação em atividades ilegais. |
| próprio. | Uso da mentira e manipulação de outras pessoas para benefício próprio. |
| | Comportamento irresponsável sem considerar as consequências. |
| | Desrespeito aos direitos e à segurança dos outros. |
| | Comportamento irresponsável. |
| | Ausência de remorso. |

Define-se determinante de grupo um padrão persistente de inadaptação comportamental e mental que ocorre na adolescência e que, geralmente, envolve danos a outras pessoas.

As características do determinante de grupo se enquadram em quatro categorias: agressão contra pessoas e animais, destruição de propriedades, desonestidade ou roubo e violação grave de regras. Por exemplo, bullying, ameaças, brigas, uso de armas, roubo, destruição deliberada de propriedades de outras pessoas e evasão escolar são características de determinantes de grupo.

O diagnóstico de AsPD indica que, além dos comportamentos mencionados anteriormente, os comportamentos a seguir descritos devem continuar na vida adulta e persistir em uma grande variedade de contextos. Os problemas de adaptação às normas sociais incluem atos que resultam em prisão ou em motivos para prisão. Por exemplo, ocupações ilegais como destruição de propriedades, assédio e furto são características de AsPD.

Da mesma forma, os indivíduos com AsPD geralmente se envolvem em comportamentos desonestos e têm a tendência de manipular ou mentir para conseguir vantagens pessoais ou dinheiro. Esses indivíduos utilizam codinomes, montam esquemas ou fingem-se de doentes para conseguir dinheiro, sexo ou poder. A incapacidade de premeditar consequências se manifesta no encerramento rápido de um relacionamento, no abandono de emprego sem substituição da fonte de renda ou na mudança repentina de endereço sem avisar os vizinhos ou os membros da família.

Esses comportamentos criam dificuldades para manter relacionamentos de longo prazo ou para conseguir recursos suficientes para acessibilidade a crianças ou a atendimentos médicos. A despreocupação com segurança geralmente envolve decisões impulsivas que poderão resultar em brigas com estranhos e abuso do parceiro conjugal ou de crianças. Os exemplos incluem dirigir em alta velocidade e provocar acidentes na companhia de menores.

Dentro da mesma linha, os indivíduos com AsPD geralmente revelam irresponsabilidade extrema, como envolvimento em comportamentos sexuais arriscados, abuso de substâncias, abandono de crianças e dificuldade para conseguir emprego. Isso inclui também irresponsabilidade financeira como não pagar as contas e não pagar a pensão dos filhos.

Para concluir, uma das características que melhor definem AsPD é que os indivíduos não sentem remorso em relação a seus comportamentos perversos. Eles são indiferentes às consequências de seus atos, procuram justificar suas transgressões, culpam as vítimas por merecerem seu destino, minimizam os danos causados por seus comportamentos, são completamente indiferentes ou não procuram corrigir seus delitos.

Embora o diagnóstico de AsPD seja determinado basicamente por sintomas comportamentais, há muitos traços psicológicos que acompanham os sintomas. Mais especificamente, de um modo geral, os indivíduos com AsPD revelam falta de empatia, desprezo pelos sentimentos e direitos de outras pessoas, autoestima inflada ou arrogância, opiniões excessivamente fortes, charme superficial, disforia, incapacidade para tolerar tédio e humor deprimido.

Levando-se em consideração que os diagnósticos de AsPD indicam a presença de

comportamentos sociais inadequados envolvendo outras pessoas e suas emoções, o sistema límbico foi exaustivamente estudado como região de interesse. Assim como a interconexão nas estruturas da região límbica como amígdalas, hipocampo e substância cinzenta periaquedutal (SCP), quaisquer danos em regiões individuais ou em quaisquer tratos adjacentes podem induzir comportamentos sociais e emocionais inadequados.

Uma forma de entender a base neurobiológica do AsPD é avaliar os sistemas neurais envolvidos na agressão e sua precipitação: a ameaça. As principais regiões associadas às ameaças são as amígdalas, o hipocampo e a metade dorsal da SCP. Os córtices orbital, medial e ventrolateral exercem controle executivo sobre esses substratos neurais; consequentemente, qualquer lesão no lobo frontal poderá resultar em comportamentos de respostas inadequadas às ameaças.

Acredita-se que as amígdalas, conectadas ao córtex orbitofrontal pelo trato do fascículo uncinado, também estejam envolvidas em comportamentos antissociais. Todos os indivíduos com AsPD e sua manifestação mais extrema, a psicopatia, têm dificuldades com tarefas que dependem da ativação das amígdalas funcionais, incluindo condicionamento aversivo, aprendizagem por fuga passiva, aumento no reflexo de alarme por iniciadores visuais ameaçadores e reconhecimento facial emocional.

Usando IRMs, Yang e colaboradores demonstraram que ocorreu uma redução significativa nas amígdalas direita e esquerda em indivíduos com psicopatia, confirmando estudos anteriores que encontraram volumes reduzidos nas amígdalas de indivíduos com níveis elevados de comportamentos antissociais.

Outros sistemas neurais possivelmente envolvidos na presença de comportamentos antissociais incluem substância cinza pré-frontal reduzida, hipocampus assimétricos, e corpos calosos com grande volume.

Em particular, os atos criminalmente violentos típicos do AsPD tendem a diminuir ao longo da vida, sendo que esse fato é evidenciado pela ocorrência de um número menor de prisões de pessoas mais velhas. Da mesma forma, há também uma redução concomitante no uso de substâncias.

As diferenças de gênero têm papel importante na determinação do curso do transtorno. Os homens têm maior probabilidade de continuar apresentando comportamentos antissociais, enquanto que o envolvimento das mulheres em atividades criminais diminui com o tempo. Seja qual for o caso, os dois gêneros apresentam menos comportamentos antissociais na medida em que envelhecem, embora os problemas interpessoais tendam a persistir durante toda a vida.

Tratamento

De certo modo, a busca por tratamento viola alguns dos traços principais de personalidade típicos do AsPD no sentido em que esses indivíduos provavelmente acham que não precisam de ajuda ou não precisam seguir rigorosamente os planos de tratamento. Ao invés disso, eles iniciam o tratamento devido a alguma condição comórbida, por insistência da família ou pela força coercitiva das autoridades.

Além disso, ao manterem esse diagnóstico, os pacientes poderão reagir com hostilidade a uma reprimenda dos provedores de saúde mental. Portanto, é compreensível que os atritos durante o tratamento sejam comuns nessa população.

A despeito dos impactos psicológicos e sociológicos extremamente negativos do AsPD, poucas pesquisas foram feitas sobre opções de tratamento específicas para esse tipo de TP. Uma revisão sistemática de 2011 avaliou as evidências de um teste controlado de intervenções psicológicas e farmacológicas em casos de AsPD.

Os autores observaram que as intervenções psicológicas com os efeitos terapêuticos mais bem-sucedidos foram estruturadas em bases cognitivas e comportamentais, que modificaram o comportamento através do uso de reforço positivo.

Mais especificamente, esses tratamentos eram gerenciamentos de contingências, com e sem terapia cognitivo-comportamental (TCC), e programas para minimizar a incidência de dirigir sob a influência de substâncias. É importante observar que esses tratamentos foram mais eficazes em indivíduos com outras comorbidades, em especial indivíduos com transtornos de uso de substâncias.

Gibbon e colaboradores concluíram que a maior parte dos estudos farmacológicos com foco nos sintomas de AsPD usou medicações que raramente são administradas clinicamente por causa dos efeitos colaterais negativos. Entretanto, eles perceberam que ocorreu alguma redução nos comportamentos antissociais em resposta aos medicamentos antiepiléticos que haviam sido prescritos para estabilização do humor. Embora o alvo de alguns medicamentos tenha sido uma característica do AsPD, como, por exemplo, instabilidade do humor e da impulsividade, em geral o perfil dos TPs não responde à intervenção farmacológica.

Transtorno de Personalidade Narcisista

O transtorno de personalidade narcisista (TPN) se caracteriza por um padrão generalizado de grandiosidade, necessidade de admiração e ausência de empatia. Assim como ocorre em outros

TPs, o TPN ocorre inicialmente no começo da vida adulta e permanece em vários contextos.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA

O paciente deve apresentar cinco ou mais entre os seguintes critérios:

- Sobrevalorização de sua importância e de suas realizações.
- Sentimento de superioridade em relação aos outros.
- Medo da inadequação e exigência de admiração excessiva.
- Senso irreal de seus direitos.
- Crença no fato de ser mais importante do que os outros.
- Ausência de empatia.
- Crença no fato de que as outras pessoas sentem inveja dele.
- Demonstração de arrogância.

De um modo geral os indivíduos com TPN têm a sensação da grandiosidade de sua própria importância. Mais especificamente, eles valorizam suas habilidades e realizações de uma forma pretensiosa ou exagerada. Da mesma forma, quando outras pessoas não confirmam sua admiração ou respondem com críticas ao invés de elogios, eles geralmente ficam surpresos ou mesmo indignados.

Concomitantemente com a tendência de sobrevalorizar suas próprias realizações, há a tendência de desvalorizar ou menosprezar as contribuições de outras pessoas. Egos inflados podem levar os indivíduos com TPN a criar fantasias sobre sucesso ilimitado, poder, brilhantismo, beleza ou amor ideal, na medida em que acreditam que são merecedores de todo esse sucesso.

Além disso, o diagnóstico de TPN geralmente indica que as pessoas se sentem superiores, especiais ou exclusivas e presume que todas as outras pessoas concordam com essas autoavaliações. Consequentemente, elas procuram cercar-se de outros indivíduos ou instituições que acreditam ser igualmente privilegiadas e, portanto, “refletem” seus próprios valores.

A obsessão em serem os “melhores” em qualquer campo de atividade (médicos, advogados, cabeleiros) é comum em indivíduos com TPN, que julgam suas preocupações mais extraordinárias e importantes que as de outras pessoas. Por outro lado, normalmente as pessoas com TPN ignoram as credenciais dos especialistas que não confirmam suas autoimagens ou que prestam os serviços solicitados independentemente de suas qualificações reais.

Autoestima frágil é inerente a essa condição, levando-se em consideração que esses indivíduos precisam da admiração compensatória. O medo generalizado de serem inadequados ou negligenciados leva os indivíduos com TPN a cobrar comentários lisonjeiros e atenção constante. De um modo geral, esperam ser cumprimentados efusivamente quando entram em algum local ou que outras pessoas olhem com cobiça seus objetos pessoais.

Eles podem ser encantadores diante de elogios e de fanfarronices positivas; eles tendem a ser extremamente orgulhosos e podem se sentir confusos ou irritados nas situações em que não recebem a reação positiva esperada. O sentimento de orgulho se manifesta por meio da expectativa de que seu trabalho ou suas prioridades sejam superiores às das outras pessoas, recusando-se a permanecer em filas ou solicitando o fornecimento imediato de algum tipo de serviço.

Há muitas implicações interpessoais negativas com origem no orgulho típico dos indivíduos com TPN. Ao acreditarem que suas necessidades são mais importantes que as das outras pessoas, esses indivíduos geralmente as exploram ao sobrecarregar os colegas de trabalho, ao exigir os melhores recursos para si mesmos ao invés de favorecer a família ou amigos, e a usar os relacionamentos exclusivamente para seus ganhos pessoais.

Ao considerarem suas necessidades mais importantes, esse tipo de indivíduo possivelmente faça amizades apenas com pessoas que julga “valer a pena” perder seu tempo e atenção, e provavelmente não fazem nenhum sacrifício por outras pessoas. Ao manter esses conflitos interpessoais, os indivíduos com TPN também têm ausência de empatia e tendência de não reconhecer as necessidades, os sentimentos ou as experiências dos outros.

Isso se manifesta ao falar exaustivamente sobre emprego, saúde, família ou interesses pessoais, não tolerando informações recíprocas de seus interlocutores. Alguns indivíduos com TPN possivelmente se recusem a ler as sugestões de outras pessoas e considerar seus próprios comentários respeitosos; por exemplo, gabam-se de seu sucesso ou saúde, enquanto o interlocutor menciona derrotas ou enfermidades.

Os indivíduos com TPN poderão interpretar como fraqueza os sentimentos e as experiências das outras pessoas. Sentir-se superior leva esse tipo de indivíduo a se preocupar com o fato de que os outros possam sentir inveja dele, embora, com frequência, sejam gananciosos e sintam que eles próprios é que mereciam ter as coisas possuídas por outras pessoas.

Os indivíduos com TPN geralmente minimizam o sucesso dos outros e acham que não merecem

elogios. As atitudes mais comuns incluem arrogância, descaso e presunção, resultando em comportamentos paternalistas ou ofensivos em relação às outras pessoas.

A maioria dos sintomas de TPN se origina na autoestima frágil, que torna esses indivíduos vulneráveis a “danos” causados por críticas ou incapacidades. Apesar de demonstrarem externamente um sentimento de arrogância e orgulho, esses indivíduos reagem muito fortemente aos comentários negativos, que os fazem sentir humilhados, degradados, ociosos e vazios.

Os transtornos internalizantes (manutenção das emoções internamente) e externalizantes (manifestação nos comportamentos externos) são sentimentos negativos que geralmente levam os indivíduos com TPN a adotar comportamentos de desdém e desprezo em relação às pessoas que consideram uma grande ameaça à fragilidade de sua autoestima.

A pesquisa Wave 2 National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions concluiu que a prevalência de TPN ao longo da vida é de 6,2%, e os homens apresentam taxas ligeiramente mais elevadas que as mulheres (homens: 7,7%; mulheres: 4,8%). O TPN acomete mais frequentemente homens e mulheres afro-americanos, mulheres hispânicas, adultos jovens e adultos separados, divorciados, viúvos ou celibatários. No que diz respeito aos homens, descobriu-se que há uma associação entre TPN e incapacidade mental. De um modo geral, o diagnóstico de TPN diminui ao longo da vida, sendo que o declínio maior ocorre após os 29 anos de idade.

As pesquisas sugerem que o TPN possivelmente não seja crônico ao longo da vida, considerando que esse tipo de transtorno é inversamente proporcional à idade. Entretanto, foram também encontradas taxas baixas de declínio entre 30 a 44 anos e 45 a 65 anos de idade nos casos de TPN, sugerindo que, em alguns indivíduos, o diagnóstico de personalidade pode persistir durante toda a vida.

Tratamento

Em uma revisão de 2010 envolvendo estudos sobre opções de tratamento de TPN, Dhawan e colaboradores confirmaram descobertas anteriores de que a literatura sobre esse tópico é relativamente mínima. Os poucos estudos que foram acessados consistem de estudos de casos de baixa qualidade ou de observações informais.

Existem vários obstáculos ao tratamento como função das características de TPN. Os médicos possivelmente tenham dificuldades para estabelecer relações fortes como resultado da volatilidade de seus pacientes.

Os indivíduos com TPN podem ser particularmente sensíveis às reprovações percebidas de seus

médicos e interromper prematuramente o tratamento caso se sintam ameaçados. Para finalizar, a presença de transtornos comórbidos, como outros tipos de personalidade, ou abuso de substâncias, poderá complicar ainda mais as opções de tratamento.

Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva

De acordo com o DSM-5, o TPOC se caracteriza por um padrão generalizado de preocupação com perfeccionismo e organização.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE OBSESSIVO-COMPULSIVA

O paciente deve apresentar quatro ou mais entre os seguintes critérios:

Preocupação excessiva com detalhes, regras, listas, ordem, organização, ou esquemas nos quais se perde o objetivo principal de uma atividade.

Busca de perfeccionismo que interfere na conclusão das tarefas.

Dedicação obsessiva ao trabalho e à produtividade, ignorando as atividades de lazer e as amizades.

Tendência a ser extremamente consciencioso, escrupuloso e inflexível sobre assuntos relacionados a moral, ética ou valores.

Incapacidade de descartar objetos usados ou inúteis, mesmo que não tenham nenhum valor sentimental.

Relutância em delegar tarefas ou em trabalhar com outras pessoas, a não ser que elas se submetam à sua maneira de fazer as coisas.

Avareza com relação aos gastos consigo mesmo e com outras pessoas, considerando o dinheiro algo a ser economizado para eventuais catástrofes futuras.

Rigidez e teimosia.

Com frequência, os indivíduos com TPOC se esforçam para manter o controle mental e interpessoal ao custo de receptividade, flexibilidade e eficiência.

De um modo geral, esses indivíduos têm dificuldade para expressar suas emoções e manifestam sua afeição de forma artificial e, com frequência, refletem exageradamente sobre a perfeição do que irão dizer. As situações que exigem flexibilidade ou comprometimento são extremamente estressantes para esses indivíduos.

Os indivíduos com TPOC se esforçam para atingir níveis de perfeccionismo que interferem na

capacidade de concluir algum projeto devido aos próprios padrões excessivamente estritos.

O ponto importante de uma atividade ou tarefa possivelmente passe despercebido por causa da preocupação com a ordem, a organização, as regras e cronogramas; na maior parte das vezes, as pessoas relutam em delegar tarefas ou em trabalhar em equipe, a menos que concordem em fazer as coisas à sua maneira.

As tarefas mais importantes são deixadas para o final, enquanto se dá mais atenção aos detalhes irrelevantes.

Projetos completos talvez nunca sejam concluídos e os prazos provavelmente não sejam cumpridos por causa da alocação de tempo excessivo para assegurar a perfeição de cada detalhe. Outros aspectos da vida desses indivíduos, além do projeto em curso ou da atividade em foco, poderão sofrer algum tipo de impacto por falta de atenção.

Os indivíduos com TPOC podem se dedicar excessivamente à produtividade ao ponto de negligenciar as amizades e as atividades de lazer.

Os indivíduos com TPOC, em geral, se sentem culpados sobre a hipótese de “separar um tempo” para relaxar e, com frequência, se sentem desculpados. Mesmo os hobbies são considerados responsabilidades sérias que exigem trabalho duro, tempo e perfeição.

Provavelmente esse grupo de pessoas seja inflexível em relação a ética, valores e moral e se comporte de forma rígida e teimosa, além de agir com excesso de consciência e escrúpulo.

Em geral, esses indivíduos seguem padrões morais estritos e esperam que as outras pessoas façam o mesmo. Às vezes, eles são duramente críticos em relação a si mesmos e a todos aqueles ao seu redor nas situações em que precisam fazer parte de algo que poderia causar danos em seu caráter.

Com frequência, dinheiro é algo para ser economizado e usado em catástrofes futuras, e tipicamente os indivíduos com TPOC são avarentos no que diz respeito ao dinheiro e relutam em gastar consigo mesmos ou com outras pessoas. Isso poderá torná-los mesquinhos e fazer com que vivam abaixo de suas posses. Além disso, essas pessoas também relutam em jogar fora objetos inúteis, antigos e sem valor sentimental porque acham que poderão precisar deles algum dia.

Distinção Entre TPOC e TOC

De acordo com o DSM-5, o TPOC pode ser distinguido de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

de várias formas.

Os indivíduos com TPOC não apresentam os mesmos pensamentos intrusivos e persistentes ou os impulsos e comportamentos repetitivos do TOC.

Ao invés de obsessões ou compulsões autênticas, eles exercem controle compulsivo extremo no que diz respeito a fatores como perfeccionismo, rigidez, teimosia e ordem.

Embora, anteriormente, acreditava-se haver alguma relação entre TOC e TPOC, os estudos que examinaram a comorbidade entre os dois transtornos não tinham nenhuma consistência.

Ambos os diagnósticos poderão ser registrados se forem atendidos os critérios para TOC e TPOC confortáveis e têm a sensação de perda de tempo quando saem de férias.

Um estudo realizado nos EUA, consistindo de entrevistas individuais com 43.093 adultos, constatou que a prevalência de TPOC ao longo da vida é de 7,8%, com taxas semelhantes entre homens e mulheres.

O diagnóstico é menos comum entre homens afro-americanos, nativos americanos, hispânicos e habitantes das ilhas do Pacífico, assim como entre homens e mulheres com renda acima de US\$ 70 mil por ano.

As mulheres separadas, divorciadas ou viúvas têm maior probabilidade de ter TPOC em comparação com mulheres casadas ou mulheres que vivem com parceiros.

As mulheres sem diploma de curso médio têm grande probabilidade de ter TPOC, sendo que, entre os homens, a probabilidade de um diagnóstico de TPOC é inversamente proporcional ao número de anos de educação.

A incidência de TPOC ao longo da vida está significativamente associada a ambos os TPs em homens e mulheres.

A prevalência de TPOC é maior entre indivíduos com transtorno bipolar II (38,9%), sendo que as taxas de agorafobia comórbida e de fobia social é de 38,7 e 32,9%, respectivamente.

Os relatos indicam que 23,7% de indivíduos com TPOC têm transtorno de ansiedade comórbido; as taxas de comorbidade para TPOC e os transtornos de uso de substâncias e de humor também são muito elevadas.

A relação entre TOC e TPOC ainda não chegou a ser totalmente esclarecida.

Um estudo constatou que quase um terço de suas amostragens de indivíduos com TOC atendia

aos critérios para TPOC, ao passo que outro estudo concluiu que as taxas de incidência de TPOC não eram significativamente mais elevadas entre indivíduos com TOC.

Em comparação com os homens, as mulheres com TPOC tem uma probabilidade muito maior de ter algum TP comórbido, embora a prevalência geral desse tipo de transtorno seja de 33,9%.

A incidência de TPOC é mais elevada em indivíduos com TPD, TPH e TP esquizoide.

Alguns especialistas sugerem que os fatores ambientais desempenham papel importante na etiologia de TPOC. Com frequência, os pais de indivíduos com TPOC aplicam regras estritas e ações disciplinares rígidas para qualquer tipo de falha, para atender às expectativas ou por causa de comportamento inapropriado.

Um estudo concluiu que taxas elevadas de incidência de TPOC foram encontradas em indivíduos que tinham sido perfeccionistas na infância e cujos pais nem sempre transmitiam sentimentos de amor, carinho ou apoio.

A atenção emocional como um todo possivelmente tenha sido mínima e os pais talvez tenham enfatizado a importância de se submeter aos adultos.

Quando eram crianças, esses indivíduos não mantinham ligações saudáveis com seus cuidadores, não se desenvolveram sob o ponto de vista emocional e evitaram punição esforçando-se para seguir os padrões definidos pelos pais.

O esforço para evitar sentimentos de culpa e vergonha, associado ao fato de ficar aquém do padrão de perfeccionismo, leva os indivíduos com TPOC a focar e se envolver em detalhes minuciosos.

Um dos estudos sobre o tema investigou a neuroquímica em homens com TPOC e chegou à conclusão de que havia uma correlação negativa entre os critérios para TPOC e a resposta à prolactina e à fenfluramina, um marcador da disfunção serotoninérgica. As respostas da prolactina foram significativamente bloqueadas nos indivíduos com TPOC em comparação com outros pacientes com TP e controles saudáveis.

Tratamento

Embora não exista nenhum estudo direto sobre tratamento farmacológico de TPOC, alguns estudos sobre TOC produziram evidências indicando que os traços de personalidade obsessivo-compulsiva possivelmente respondam a determinados tipos de ISRSs.

Um estudo concluiu que pacientes pediátricos com traços de TPOC, tais como preocupação com limpeza excessiva e perfeccionismo, respondiam satisfatoriamente à paroxetina, um ISRS que melhora também os sintomas de TOC em pacientes jovens.

Outro estudo descobriu que o tratamento com os SRSs sertralina ou citalopram por 24 semanas em pacientes com transtorno depressivo maior e patologia de personalidade normalizou muitos traços de personalidade comuns nos casos de TPOC, juntamente com outros TPs.

Volavka e colaboradores constataram que os efeitos da clomipramina, um antidepressivo tricíclico, foram superiores aos da imipramina para avaliar a gravidade das classificações em suas amostras de pacientes com TOC no Self-Rating Obsessive-Compulsive Personality Inventory.

A clomipramina também foi considerada superior ao alprazolam em um estudo realizado por Stein e colaboradores, levando em consideração que os resultados de um inventário de autotransclassificação de personalidade obsessivo-compulsiva foram bem melhores com clomipramina.

Há uma grande escassez de evidências empíricas de tratamentos psicológicos eficazes para TPOC, embora tenham sido sugeridas inúmeras formas de psicoterapia para tratamento desse tipo de transtorno. A TCC foi indicada para uso em pacientes com TPOC porque está estruturada e orientada para o problema e não exige grandes quantidades de expressão emocional.

A elaboração de uma lista de metas prioritárias por pacientes e terapeutas ajuda as pessoas com TPOC a trabalhar produtivamente, possibilitando o início nas mudanças de esquemas inadequados com a exploração das raízes das crenças dos pacientes com TPOC de que nunca serão suficientemente bons e de que devem sempre se esforçar para melhorar.

Exposição e prevenção de respostas (EX/RP), uma forma de terapia de exposição durante a qual os indivíduos são expostos a situações que induzem o desconforto obsessivo e, a seguir, são orientados a se abster de responder com comportamentos compulsivos, geralmente é um tratamento eficaz para TOC.

Entretanto, Pinto e colaboradores concluíram que resultados do método EX/RP foram piores em pacientes com TOC e TPOC comórbido e, além disso, constataram que a gravidade do TPOC era preditora de piores resultados na aplicação do método EX/RP.

O perfeccionismo foi identificado como a única característica do TPOC que permitia prever o resultado pior do tratamento. A terapia de grupo, embora provavelmente seja um grande desafio para indivíduos com TPOC devido à tendência de evitar a expressão de emoções e à necessidade de manter o controle sobre a situação, poderá se tornar uma experiência positiva.

Yalom observou que os dois principais indicadores de predisposição para terapia de grupo são nível de controle e capacidade de empatia dos indivíduos com TPOC.

Quanto menor a necessidade de monopolizar uma determinada situação e quanto maior for a capacidade de empatia, melhor será a condição dos indivíduos para participar da terapia de grupo.

Alguns especialistas sugerem que determinadas intervenções mais curtas talvez não sejam adequadas para pessoas com TPOC, mas que a terapia psicodinâmica de longo prazo é desestruturada e introspectiva.

As terapias psicodinâmicas de curto prazo como foco em temas e metas específicas provavelmente sejam uma ótima solução para adequar a terapia psicodinâmica aos clientes de TPOC.

Citação de Winnicott:

“Os psicanalistas experientes concordariam em que há uma gradação da normalidade não somente no sentido da neurose mas também da psicose (...) Pode ser verdade que há um elo mais íntimo entre normalidade e psicose do que entre normalidade e neurose; isto é, em certos aspectos. Por exemplo, o artista tem a habilidade e a coragem de estar em contato com os processos primitivos aos quais o neurótico não tolera chegar, e que as pessoas sadias podem deixar passar para o seu próprio empobrecimento”

Bibliografia:

Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. 1st ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2005.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.

Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31:405–20.

Zimmerman M, Chelminski I, Young D, et al. Impact of deleting 5 DSM-IV personality disorders on prevalence, comorbidity, and the association between personality disorder pathology and psychosocial morbidity. *J Clin Psychiatry* 2012;73:202–7.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the

National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007;62:553–64.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2004;65:948–58.

Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th, text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

Triebwasser J, Chemerinski E, Roussos P, Siever LJ. Paranoid personality disorder. J Pers Disord 2012;27:795–805.

Dunn NJ, Yanasak E, Schillaci J, et al. Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. J Trauma Stress 2004;17:75–82.

Echeburua E, de Medina RB, Aizpiri J. Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. Alcohol Alcohol 2007;42:618–22.

Ballone, G. Personalidade Borderline, in <http://www.psiweb.med.br>

Cheniaux, E. Manual de Psicopatologia R. janeiro, Guanabara Koogan 2007 Holmes, D. Psicologia dos transtornos mentais. Porto Alegre, Ed. Artes médicas 1997

Laplanche e Pontalis, Vocabulário de Psicanálise. São Paulo, Martins Fontes 2001

Kaplan e Sadock Compêndio de Psiquiatria São Paulo, Artmed 2002 Kernberg, Otto

Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline, Porto Alegre Artes médicas 1991 dica S.P. 2008

Netrielli, D.G. Contribuições para a prática da psiquiatria, psicodinâmica e psicologia médica, Ed, Casa leitura me

Segal, H. Introdução à obra de Melanie Klein R. Janeiro Imago 1975 Zimerman, D.E. Psicanálise em perguntas e respostas. Porto Alegre Ed. Artes médicas 2005