

PSICOPATOLOGIA E SEMIOLOGIA GERAL¹

Resumo de: Márcio Sant' Ângelo²

OBSERVAÇÃO³

INTRODUÇÃO

Semiologia Psiquiátrica:

Por semiologia médica entende-se o estudo dos sintomas e sinais da doença, que permite ao profissional de saúde, identificar alterações físicas e mentais, ordenar os fenômenos observados, formular diagnósticos

¹ Este material é um resumo do livro *“Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais”*, de Paulo Dalgalarondo, médico pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Campinas. O autor é mestre em Medicina pela FCM-Unicamp, Doutor em Medicina pela Universidade de Heidelberg, Alemanha, Professor Doutor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM- Unicamp. O resumo da referida obra é citada até a página 49 deste artigo. A partir desta página, usou-se uma revisão da literatura para Psicopatologia Dinâmica.

² Aluno do Curso de Psicologia pela UNIFAE-Centro Universitário de São João da Boa Vista-SP, que resumiu a presente obra, destacando os aspectos mais utilizados na grade curricular dessa instituição. marciosantangelo@ig.com.br

³ Esse resumo é apenas um apanhado daquilo que foi mais importante da matéria de Psicopatologia Geral, e não substitui de maneira alguma, a leitura integral da obra de Dalgalarondo. Recomenda-se ao leitor comprar o livro para se aprofundar mais no assunto. Site da editora: www.artmed.com.br . (Márcio Sant' Ângelo)

e empreender terapêuticas. De um modo geral, a semiologia, ou semiótica, é a ciência dos signos. O signo é um tipo de sinal, como por exemplo, na semiologia médica, a febre pode ser um sinal/signo de uma infecção ou inflamação.

Portanto, os signos de maior interesse para a psicopatologia são os sinais comportamentais objetivos, as vivências subjetivas relatadas pelo paciente e suas queixas.

Síndromes e Entidades Nosológicas:

São os fenômenos mórbidos nos quais se pode identificar (ou pelo menos presumir com certa consistência), determinados fatores causais, ou seja, a etiologia.

Definição de Psicopatologia:

A psicopatologia é um ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental, suas causas, as mudanças estruturais e suas formas de manifestação. Ela pode ser definida, em uma acepção mais ampla, como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano.

Forma e conteúdo dos sintomas:

Quando se estuda os sintomas psicopatológicos, costuma-se focar dois aspectos básicos: *a forma do sintoma*, isto é, sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes (alucinação, delírio, etc) *e seu conteúdo*, ou seja, aquilo que preenche a alteração estrutural (conteúdo de culpa, religioso, de perseguição, etc).

O conteúdo geralmente é mais pessoal e depende da história de vida do

paciente. De um modo geral, os conteúdos dos sintomas estão relacionados aos temas centrais da existência humana, como a sobrevivência, segurança e a sexualidade.

Conceito de Normalidade em Psicopatologia

O conceito de normalidade em psicopatologia é uma questão de grandes controvérsias, pois a normalidade pode variar, e muito, com a cultura, a ideologia e a vivência de cada indivíduo.

É óbvio que quando se trata de casos extremos, onde as alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e de longa duração, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático.

Por outro lado, há muitos casos nos quais a delimitação entre o normal e o patológico é bastante difícil. Pode-se dizer, de uma maneira geral, que há vários critérios de normalidade e anormalidade em psicopatologia, e a adoção de um ou de outro depende, entre muitas coisas, das opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional, além de variarem consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais trabalhamos.

PRINCIPAIS ESCOLAS PSICOPATOLÓGICAS

Psicopatologia Descritiva *versus* Psicopatologia Dinâmica

A **Psicopatologia Descritiva** interessa-se fundamentalmente pela forma das

alterações psíquicas, aquilo que caracteriza a vivência patológica como sintoma mais ou menos típico. De uma maneira geral, podemos dizer que a função da psicopatologia descritiva seria a de descrever e rotular os sintomas.

Já a **Psicopatologia Dinâmica** interessa-se pelo conteúdo das vivências, os movimentos internos dos afetos, desejos e temores do indivíduo, sua experiência particular e pessoal, não necessariamente classificável em fenômenos previamente descritos como na descritiva.

ORDENAÇÃO DOS FENÔMENOS EM PSICOPATOLOGIA PRINCÍPIOS GERAIS DO PSICODIAGNÓSTICO

O estudo da doença mental inicia-se pela **observação** cuidadosa de suas manifestações. A observação articula-se dialeticamente com a **ordenação** dos fenômenos; isto supõe que para observarmos, precisamos produzir definições, classificações, interpretar e ordenar o observando em uma determinada perspectiva, segundo uma certa lógica.

O Diagnóstico em Psicopatologia

Podemos identificar duas posições extremas de diagnóstico: uma que afirma que o diagnóstico não tem nenhum valor, pois cada pessoa é uma realidade única e inclassificável. Nesse caso, o diagnóstico teria a função apenas de rotular as pessoas diferentes, excêntricas, permitindo o poder médico e o controle social sobre o indivíduo desadaptado ou questionável (diagnóstico puro).

A outra posição diz que o diagnóstico é imprescindível na avaliação das patologias mentais, pois observar os aspectos singulares e subjetivos do indivíduo é muito importante, mas sem um diagnóstico psicopatológico aprofundado não se pode compreender adequadamente o paciente e seu sofrimento, nem escolher o tipo de estratégia terapêutica mais adequada.

Na natureza humana, pode-se distinguir três grupos de fenômenos em relação à sua possibilidade de classificação:

Aspectos e fenômenos que encontramos em todos os seres humanos: este grupo de fenômenos faz parte de uma ampla categoria que é demais para a classificação, sendo pouco útil para a mesma. Fenômenos como: a privação das horas de sono causa sonolência; a restrição alimentar, causa fome; ou seja, são fenômenos notórios, comuns a todos, que não despertam grande interesse à psicopatologia e são triviais.

Aspectos e fenômenos que encontramos em algumas pessoas, mas não em todas: estes são os fenômenos de maior interesse para a classificação diagnóstica em psicopatologia, onde se situam a maior parte dos sinais, sintomas e transtornos mentais.

Aspectos e fenômenos que encontramos em apenas um ser humano em particular: tais fenômenos, embora de interesse para a compreensão do ser humano, são restritos demais e de difícil classificação e agrupamento, tendo maior interesse os seus aspectos antropológicos, existenciais e estéticos do que propriamente taxionômicos (classificatórios).

A Avaliação do paciente

A avaliação do paciente em psicopatologia é feita principalmente por meio da entrevista, que não pode ser vista de forma alguma como uma coisa banal ou um simples perguntar ao paciente sobre alguns itens da sua vida. As entrevistas, juntamente com as observações detalhadas e cuidadosas do paciente, são a pedra angular de conhecimento da psicopatologia. Com uma entrevista bem elaborada e realizada com arte e técnica, o profissional poderá obter informações valiosas sobre o paciente.

Através da entrevista psicopatológica, chegamos a dois principais aspectos da avaliação:

Anamnese, ou seja, o histórico dos sintomas e sinais/signos que o paciente tem apresentado ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como de sua família e meio social.

Exame Psíquico, ou Exame de estado mental.

Ambos são aspectos mais relevantes sobre a técnica de entrevista em psicopatologia, porém não podemos desconsiderar uma **avaliação física**, pois o exame físico do paciente com transtornos mentais, quando realizado de forma adequada, pode ser um excelente instrumento de aproximação afetiva, principalmente em pacientes muitos regredidos, além de que o exame físico do paciente com um transtorno psiquiátrico, não difere daquele dos pacientes sem transtornos mentais; só que muitas vezes, uma avaliação física é feita por médicos clínicos gerais, que por sua vez, não ouvem o paciente psiquiátrico como devem ser ouvidos, em consequência do estigma de “louco”, que invalida suas queixas somáticas. Podemos também, além do exame físico, encaminhar o

paciente para uma **Avaliação Neurológica**, onde poderá ajudar no psicodiagnóstico.

O Psicodiagnóstico

A área desenvolvida pela psicologia clínica, denominada psicodiagnóstico representa um importante meio de auxílio no diagnóstico psicopatológico, e em sua maioria, são viabilizados através da aplicação de testes projetivos, psicométricos e da personalidade, ou também por testes rastreadores de possíveis alterações orgânicas, como o Benten e o Bender, assim como testes neuropsicológicos mais específicos, destinados a detectar alterações cognitivas.

Exames complementares: os exames complementares laboratoriais, neurofisiológicos e de neuroimagem são também auxílio fundamental ao diagnóstico psicopatológico.

A Entrevista com o Paciente

O domínio da técnica de realizar entrevistas é o que qualifica o profissional habilidoso (Sullivan, 1983), sendo um atributo fundamental e insubstituível do profissional de saúde.

A habilidade do entrevistador, de início, revela-se pelas perguntas que formula, por aquelas que evita formular e pela decisão de quando e como falar ou apenas se calar e ouvir.

O profissional que conduz a entrevista deve também estabelecer uma relação empática e ao mesmo tempo útil do ponto de vista humano, além de saber acolher e ouvir o sofrimento do indivíduo, escutando o doente em suas dificuldades e idiossincrasias

(maneira própria de ver, sentir e reagir de cada um). Além de paciência, respeito e empatia, o profissional necessita de uma certa têmpera (moderação, equilíbrio) e habilidade para estabelecer limites aos pacientes invasivos ou agressivos, e assim proteger-se e proteger o conteúdo da entrevista.

Às vezes uma entrevista bem conduzida é aquela onde o profissional fala pouco e ouve muito o paciente, outras vezes, a situação exige que o entrevistador seja mais ativo, falando mais e fazendo mais perguntas. Isso varia muito e função:

Do paciente; sua personalidade, seu estado mental e emocional. Às vezes o entrevistador precisa ouvir muito, pois o paciente precisa muito falar, desabafar. Outras vezes, o entrevistador deve falar mais, para que o paciente não se sinta muito tímido ou retraído;

Do contexto institucional da entrevista, ou seja, onde será realizadas esta entrevista, em um pronto socorro, enfermaria, ambulatório, etc.

Dos objetivos da entrevista, se a mesma está sendo realizada para um diagnóstico clínico, estabelecimento de vínculos terapêuticos, questões forense, etc;

Da personalidade do entrevistador, ou seja, alguns profissionais são ótimos entrevistadores falando pouco durante a entrevista, sendo discretos e introvertidos; outros, porém só conseguem trabalhar bem e realizar boas entrevistas, sendo espontâneos, falantes e extrovertidos.

Ressaltando também alguns **pontos negativos** que devem ser evitados pelo profissional na realização da entrevista:

Posturas rígidas e estereotipadas, que são fórmulas que o profissional deduz que funcionariam bem com alguns pacientes e,

portanto devem funcionar com todos. Portanto, o profissional deve buscar uma atitude flexível que se adapte à personalidade e aos sintomas do indivíduo, assim como sua cultura, ideologia e valores pessoais;

Atitude excessivamente neutra ou fria, que transmita ao paciente muitas vezes uma situação de distância e desprezo;

Reações exageradamente emotivas ou artificialmente calorosas, que produzem uma falsa intimidade. O que se deve fazer é criar uma relação de respeito e consideração pelo paciente, mas de uma maneira genuína, sem extrema frieza ou cautela exagerada;

Comentários valorativos ou julgamentos sobre o que o paciente relata, sente, vivencia ou apresenta;

Reações emocionais intensas de pena ou compaixão, pois um paciente desesperadamente transtornado beneficia-se muito mais de um profissional que acolha tal sofrimento de forma empática do que um profissional que se desespera com ele;

Responder com hostilidade ou agressão às investidas hostis ou agressividades do paciente. O profissional deve deixar claro que o paciente está sendo inadequadamente hostil e que, embora em tom sereno e brando, deve deixar evidente que não aceitará agressões físicas ou verbais exagerada, pois tais comportamentos e discussões costumam ser inúteis ou negativas no contato com o paciente;

Entrevistas excessivamente prolixas (muito longo ou difuso; enfadonho), mas no fundo não diz nada de substancial sobre o seu sofrimento. Quando isso ocorrer, o profissional deve ter habilidade de conduzir a entrevista para pontos e termos mais significantes,

interrompendo a fala do paciente quando julgar necessário;

Fazer muitas anotações durante a entrevista, pois esse comportamento adotado pelo entrevistador pode transmitir ao paciente que as anotações são mais importantes do que a própria entrevista, por isso é fundamentalmente importante observar se o ato de fazer anotações incomoda o paciente.

Na maioria das vezes, principalmente no serviço público (ambulatórios, postos de saúde, hospitais), os profissionais passam por um problema relacionado ao tempo, excesso de trabalho, estresse e condições de atendimento precárias, sendo muitas vezes impaciente.

O importante é salientar que apesar do profissional ter apenas entre cinco a dez minutos para atender um paciente nessas instituições, ele deve examinar o mesmo com paciência e respeito, criando uma atmosfera de confiança e empatia, mesmo com as restrições de tempo, pois muitas vezes não é a quantidade de tempo ou de entrevistas que o profissional tem com o paciente, mas a qualidade da atenção que o profissional consegue oferecer ao paciente é que pode gerar uma melhor qualidade no atendimento.

A(s) PRIMEIRA(S) ENTREVISTA(S)

A entrevista inicial é considerada um momento crucial no diagnóstico e tratamento em saúde mental. Esse primeiro contato, quando bem conduzido, deve produzir no paciente uma sensação de confiança e esperança no alívio do seu sofrimento.

Do contrário, quando as entrevistas iniciais são desencontradas e desastrosas, na qual o profissional é, involuntariamente ou

não, negligente ou hostil, são seguidas na maioria das vezes, no abortamento do tratamento.

No momento inicial, o olhar, e com ele, toda a sua comunicação não verbal, já tem seu valor substancial, pois é nele que se inclui toda a carga emocional de ser visto, do gesto, da postura, das vestimentas, do modo de sorrir ou de expressar os seus sentimentos.

Esse primeiro contato e a primeira impressão que o paciente produz no entrevistador é na verdade, o produto de uma mescla de muitos fatores, como a experiência clínica, transferência e contratransferência e valores pessoais e preconceitos inevitáveis que o profissional, querendo ou não, carrega consigo.

A APRESENTAÇÃO

Logo no início da entrevista, é conveniente que o profissional se apresente, dizendo seu nome, profissão, especialidade e, se for o caso, o motivo ou razão da entrevista. A confidencialidade, a privacidade e o sigilo podem ser explicitamente garantidos, caso se note o paciente tímido ou desconfiado. Portanto é de fundamental importância deixar claro para o paciente o sigilo e descrição da entrevista e que os mesmos serão rompidos no caso de idéias, planos ou atos seriamente auto ou heterodestruíntivos.

TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

O conceito de transferência e contratransferência introduzidos por Sigmund Freud, é um fator que ocorre não só na entrevista inicial, mas com futuras entrevistas

e no processo terapêutico como um todo (geralmente na análise de linha psicanalítica).

As transferências são reações emocionais, tanto de caráter afetuoso como hostil, que não se baseiam na situação real, sendo antes derivadas de suas relações com os pais (complexo de Édipo). A transferência é a prova de que os adultos não superaram sua dependência infantil.

A partir deste conceito, o paciente projeta inconscientemente no profissional de saúde os sentimentos primordiais que nutria por seus pais ou figuras significativamente emocionais na infância.

A **contratransferência**, por sua vez, é a transferência que o profissional estabelece com o seu paciente, onde o profissional projeta inconscientemente no paciente sentimentos que nutria no passado por pessoas significativas de sua vida, Sem saber por que, este ou aquele paciente desperta no profissional sentimentos de raiva, medo, piedade, carinho, repulsa, etc. O desfecho da entrevista só se dará de uma forma positiva quando o profissional identificar que tais reações contratransferenciais têm a ver com os seus próprios conflitos internos.

ALGUNS PONTOS ADICIONAIS SOBRE A ANAMNESE

O entrevistador deve-se interessar tanto pelos sintomas objetivos, como pela vivência subjetiva do paciente em relação àqueles sintomas, assim como também da ênfase nas informações de familiares e parentes e as visões subjetivas de cada um, pois muitas vezes, as informações fornecidas por um "informante" podem revelar dados mais confiáveis, mais claros e significativos.

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO

O profissional com alguma experiência em psicopatologia pode detectar que os dados de uma entrevista podem estar sendo sub ou superestimados.

Pois às vezes o paciente nega estar tendo os sintomas, para se passar por uma pessoa “normal”, sem nenhum transtorno. Isso se denomina **dissimulação**, que é o ato de esconder ou negar voluntariamente a presença de sinais e sintomas psicopatológicos.

Tal negativa ocorre por medo de uma possível internação, de tomar medicamentos psiquiátricos ou de simplesmente ser cotado como “louco” ou “doente mental”.

Porém, por outro lado, temos o processo de **simulação**, que ao contrário da dissimulação, é a tentativa de criar, apresentar voluntariamente um sintoma, sinal ou vivência que realmente não tenha, ou seja, diz ouvir vozes, sentir dores psicossomáticas, de estar desequilibrado emocionalmente sempre com o intuito de obter algo como: aposentadoria, dispensa do trabalho, não ir para a cadeia, ou muitos outros fatores que podem ser evitados com um diagnóstico de doença mental.

RELATO DO CASO APÓS A ENTREVISTA

Ao final da entrevista forma-se um esboço do caso na mente do entrevistador. Então o mesmo terá uma síntese de todo o caso coletado através da(s) entrevista(s). Ele então irá elaborar um relato de caso, ou seja, um esboço, sempre dando ênfase e usando as próprias palavras do paciente e do(s) informante(s).

A caligrafia deve ser legível e deve-se evitar terminologias por demais técnicas. Deve-se tomar cuidado também com a interpretação precoce dos dados, que acarretará em possíveis erros e evitando a possibilidade de que o profissional “enxergue” mais o paciente que está a sua frente.

Depois de tudo isso, o profissional fará o enquadre dessa entrevista, ou seja, visto os sintomas, as vivências subjetivas e os conflitos demonstrados pelo paciente, ambos, paciente e profissional, poderão começar, ou não, um trabalho psicoterápico, se os sintomas e queixas apresentados se enquadrarem no referencial teórico do profissional. Caso contrário, o mesmo deverá encaminhar o paciente a um outro profissional que trabalhe com uma linha teórica mais congruente com os sintomas demonstrados pelo paciente.

FUNÇÕES PSÍQUICAS ELEMENTARES E SUAS ALTERAÇÕES

Apesar de ser necessário o estudo analítico das funções psíquicas isoladas e suas alterações, nunca é demais ressaltar que a separação da vida e d atividade em distintas “áreas” ou “funções psíquicas” é puramente artificial, que por um lado pode ser útil, mas por outro pode suscitar em enganos.

É útil porque essa separação nos permite o estudo mais detalhado e aprofundado de determinados fatos da vida psíquica; e é arriscado, pois dessa perspectiva, passamos a acreditar na autonomia desses fenômenos como se fossem “objetos” naturais.

Contudo, é bom salientar e deixar bem claro que não existem funções psíquicas

isoladas, pois é sempre a pessoa na sua totalidade que adocece.

A CONSCIÊNCIA E SUAS ALTERAÇÕES

O termo consciência origina-se do latim: cum (com) e scio (conhecer), indicando o conhecimento compartilhado com o outro e consigo mesmo. Na língua portuguesa, temos três definições de consciência:

Definição neuropsicológica: iguala a consciência a um estado de vigília, o estado de estar desperto, acordado, lúcido e com um grau de clareza do sensorio;

Definição psicológica: a conceitua como a soma total das experiências conscientes de um indivíduo em um determinado momento. É a dimensão subjetiva d atividade psíquica do sujeito que o coloca em contato com a realidade e o faz perceber e conhecer seus objetos.

Definição ético-filosófica: o termo consciência desta perspectiva se refere à capacidade de tomar ciência dos deveres éticos e assumir as responsabilidades, os direitos e deveres concernentes a essa ética. Assim, a consciência ética filosófica é atributo do homem desenvolvido e responsável, “consciente” dos seus atos e engajado na dinâmica social de determinada cultura.

ALTERAÇÕES NORMAIS DA CONSCIÊNCIA

O Sono Normal

É um estado especial da consciência, que ocorre de forma recorrente e cíclica (relativo a ciclo e que se repete numa certa ordem). É também ao mesmo tempo, um

estado comportamental e uma fase fisiológica normal e necessária no organismo.

Divide-se a fase do sono em duas:

Sono NÃO-REM, que é um sono sincronizado e sem movimentos oculares rápidos;

Sono REM, que é um sono dissincronizado com movimentos oculares rápidos.

O sono REM ocupa vinte e cinco por cento de nosso total de sono, enquanto que o NÃO-REM, setenta e cinco por cento do mesmo, divididos em quatro estágios que se dão de quatro a seis ciclos por noite.

Além das alterações normais do sono, temos o **sonho**, pois a maioria das pessoas sonha várias vezes durante a noite, onde apenas algumas delas não se lembram de seus conteúdos.

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA CONSCIÊNCIA

A consciência pode se alterar por processos fisiológicos e por processos patológicos. No sono normal, o indivíduo perde em vários graus (nível de profundidade do sono), por um período delimitado de tempo, a sua consciência.

Há também outros quadros patológicos que podem alterar ou reduzir patologicamente o nível de consciência de um indivíduo.

Alterações Quantitativas da Consciência ou Rebaixamento da Consciência

Em diversos casos neurológicos e psicopatológicos, o nível de consciência diminui de forma progressiva. Há diversos níveis e graus de rebaixamento da consciência:

Obnubilação (*indivíduo Obnubilado*) da consciência ou **Turvação da Consciência** é o rebaixamento da consciência em grau leve ou moderado. De início, o paciente pode já estar claramente sonolento ou pode parecer desperto, o que dificulta o diagnóstico. De qualquer forma, há sempre uma diminuição do grau de clareza do sensorio, com lentidão da compreensão e dificuldade de concentração; nota-se também que o paciente tem dificuldades para integrar as informações sensoriais oriundas e providas d ambiente, e mesmo nos quadros mais leves de rebaixamento, o paciente está um tanto perplexo, já com a compreensão dificultada e o pensamento ligeiramente confuso.

Sopor – o sopor é um estado de marcante turvação da consciência no qual o indivíduo pode apenas ser desperto por um estímulo energético de natureza dolorosa.

O paciente em estado de sopor se apresenta evidentemente sonolento, embora ainda possa apresentar reações de defesa, é incapaz de qualquer ação espontânea.

Coma – é o estado mais profundo de rebaixamento do nível de consciência, onde nesse estado, não é possível qualquer atividade voluntária consciente, além de várias falhas no sistema neuronal.

Síndromes Psicopatológicas Associadas ao Rebaixamento do Nível de Consciência

Delirium – é o termo atual mais usado para designar a maior parte das síndromes confusionais agudas. É um rebaixamento do nível de consciência que pode ser de leve a moderado, acompanhado de desorientação temporoespacial, ansiedade, agitação ou lentificação psicomotora, ilusões e/ou

alucinações visuais, com uma flutuação do quadro ao longo do dia e piorando ao anoitecer.

É importante lembrar que não se deve confundir *delirium* (alteração do nível da consciência) com o *delírio* (que é uma alteração do juízo).

Estado onírico: é um estado de alteração da consciência onde paralelamente à turvação da consciência e à confusão mental, o indivíduo entra em um estado semelhante à de um sonho muito vívido, onde geralmente o indivíduo vê cenas complexas e ricas em detalhes. Há uma carga emocional marcante na experiência onírica, com angústia, terror ou pavor.

O doente manifesta tal estado angustioso por gritos, movimentos, debates na cama, sudorese profunda, seguida de um estado de amnésia. Tal estado ocorre devido a psicoses tóxicas, síndromes de abstinência a drogas e quadro febris tóxico-infecciosos.

Amênia: tende-se a designar, hoje em dia, tanto os quadros de estado onírico, como o termo delirium.

Alterações Qualitativas da Consciência

Seria uma alteração parcial ou focal do campo da consciência, onde uma certa parte do campo da consciência está preservada, normal e a outra parte está alterada.

Estado Crepuscular: é um estreitamento transitório do campo da consciência, produzindo um afunilamento da consciência, com a preservação de uma atividade psicomotora global mais ou menos coordenada, permitindo a ocorrência dos chamados **atos automáticos**. Ele aparece e desaparece de repente e dura de poucas

horas a uma semana, ocorrendo nesse período atos explosivos violentos e episódios de descontrole emocional.

Dissociação da Consciência: é uma fragmentação ou divisão do campo da consciência, que ocorre com certa frequência nos quadros histéricos. Nesse caso observa-se um estado semelhante ao sonho, em geral desencadeado por acontecimentos psicologicamente significativos (conscientes ou inconscientes), que geram grande ansiedade para o paciente, onde o indivíduo se desliga da realidade para parar de sofrer.

Transe: é um estado de dissociação da consciência que se assemelha a um sonho acordado, mas dele se difere pela presença de atividade motora automática e estereotipada, acompanhada de suspensão parcial dos movimentos voluntários.

Ocorre em contextos religiosos-culturais, mas não deve ser confundido com um transe histórico, que é um estado dissociativo da consciência relacionados a conflitos interpessoais e transtornos psicopatológicos.

A ATENÇÃO E SUAS ALTERAÇÕES

A atenção pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto.

Podemos discernir dois tipos básicos de atenção, a **atenção voluntária**, que exprime a concentração ativa e intencional da consciência sobre um objeto, e a **atenção espontânea**, que é um tipo de atenção suscitado pelo interesse momentâneo,

incidental, que desperta este ou aquele objeto e é geralmente aumentada nos estados mentais nos quais o indivíduo tem pouco controle voluntário sobre a sua atividade mental.

Com relação à **direção** da atenção, podemos discriminar duas formas: **atenção externa**, que é projetada para fora do mundo subjetivo do sujeito, voltada para o mundo exterior, utilizando-se sempre dos órgãos do sentido, e a **atenção interna**, que se volta para os processos mentais do indivíduo, é uma atenção mais reflexiva, introspectiva e meditativa.

Já com relação à amplitude da atenção, temos:

- Atenção focal: uma atenção que se mantém concentrada em um determinado campo restrito da consciência;
- Atenção dispersa: não se concentra sobre um campo determinado, espalhando-se por um campo menos delimitado;
- Atenção seletiva: seria uma capacidade de seleção de estímulos e objetos específicos, determinando uma orientação atencional focal, estabelecendo uma prioridade diante um conjunto amplo de estímulos ambientais;
- Atenção flutuante: é um estado artificial da atenção, desenvolvido por Sigmund Freud, que diz como deve ser a atenção do analista em psicanálise, onde o mesmo deve se manter o máximo possível sua atenção aberta à experiência imediata, evitando a fuga para o passado ou para o futuro, abolindo

momentaneamente a memória e o desejo.

ANOMALIDADES DA ATENÇÃO

Hipoprossexia: é uma diminuição global da atenção (a mais comum), onde se verifica uma perda básica da capacidade de concentração e fadigabilidade aumentada, dificultando a percepção, concentração, o pensar, o raciocinar, etc.

Aprosexia: é a total abolição da capacidade de atenção, por mais fortes e variadas que sejam os estímulos ambientais que se utilizem;

Hiperprossexia: é uma atenção exagerada, no qual há uma tendência a se manter indefinidamente sobre certos objetos com surpreendente infatigabilidade;

Distração: é uma superconcentração ativa da atenção sobre determinados conteúdos ou objetos, com a inibição de tudo o mais;

Distribilidade: é um estado patológico, com uma dificuldade ou incapacidade para se fixar ou se manter a atenção em qualquer coisa que implique esforço produtivo, onde sua atenção é facilmente desviada para outro objeto.

A ORIENTAÇÃO E SUAS ALTERAÇÕES

A avaliação da orientação é um instrumento valioso para a verificação das perturbações do **nível de consciência**. A seguir, temos vários tipos de orientação:

Orientação Autopsíquica (subjativa): é a orientação do indivíduo com relação a si mesmo. Ex: como se chama, que idade tem, qual sua nacionalidade, profissão, etc.

Orientação Alopsíquica (lugar): é a orientação do sujeito em relação ao mundo, tempo e espaço;

Orientação Temporal (tempo): indica qual o momento cronológico que estamos vivendo, a hora do dia, se é manhã, tarde ou noite, o dia da semana, mês ou ano e a estação do ano. Na nossa evolução psicológica, é adquirida mais tardiamente.

Orientação Espacial (espaço): é a orientação quanto à localização do sujeito, onde ele se encontra, em qual instituição está, o andar do prédio, a cidade, estado e o país onde se encontra. Também se refere à distância que o mesmo percorreu, por exemplo, do hospital até a sua residência, em quilômetros e horas de viagem.

ALTERAÇÕES DA ORIENTAÇÃO

Desorientação por redução do Nível de Consciência ou desorientação torposa ou confusa:

É a forma mais comum de desorientação que deixa o indivíduo desorientado por uma turvação da consciência, que produz uma alteração também da atenção, da concentração e da capacidade de integração dos estímulos ambientais, impedindo que o indivíduo aprenda a realidade de forma clara e precisa;

Desorientação por Déficit de Memória de fixação ou Desorientação Amnésica:

É quando o indivíduo não consegue fixar em sua memória as informações ambientais básicas, perdendo a noção do fluir do tempo, passando a ficar desorientado temporo-especialmente;

Desorientação por Apatia e/ou Desinteresse Profundo ou Apática ou Abúlica:

O indivíduo torna-se desorientado devido a uma marcante alteração de humor. Então, por falta de motivação e interesse, não investe mais sua energia no mundo e não se atém mais aos estímulos ambientais, tornando-se desorientado;

Desorientação Delirante:

Ocorre quando o indivíduo está imerso em um profundo estado delirante, vivenciando idéias delirantes muito intensas, pelas quais crêem com convicção que estão habitando o lugar de seus delírios. Por exemplo, o paciente pode afirmar que está no inferno ou em outro planeta;

Desorientação Oligofrênica:

Ocorre em indivíduos com graves déficits intelectuais, por incapacidade ou dificuldade em compreender o ambiente.

A VIVÊNCIA DO TEMPO E DO ESPAÇO E SUAS ALTERAÇÕES

O ser só é possível nas dimensões reais e objetivas do tempo e do espaço, fazendo dos mesmos, condicionantes fundamentais do universo e estruturantes básicos da experiência humana.

Esse espaço e tempo se produzem fora do homem e tem uma realidade objetiva e plena independentes do ser humano.

Na vida psíquica, o tempo se distingue em: **tempo subjetivo** (*interior, pessoal*) e **tempo objetivo** (*exterior, cronológico e mensurável*).

ANOMALIDADES DA VIVÊNCIA DO TEMPO

De um modo geral, a passagem do tempo é percebida como **lenta e vagarosa nos estados depressivos**, e **rápida e acelerada nos estados maníacos**. O ritmo psíquico também é oposto nestas duas síndromes, pois enquanto na mania há um **Taquipsiquismo** geral, com *aceleração de todas as funções psíquicas*, na depressão há um **Bradipsiquismo**, com *uma lentificação das atividades mentais*.

Ilusão sobre a duração do tempo: é quando o tempo pode parecer transcorrer de modo extremamente veloz ou de forma muito lenta. Ocorre nas intoxicações por alucinógenos e psicoestimulantes, nas fases agudas e iniciais da psicose ou em situações emocionais especiais e intensas;

Atomização do tempo: faz o tempo parecer uma sucessão de pontos presentes que não se articulam entre si, ou seja, há uma descontinuidade do fluir do tempo em relação ao futuro e uma desconexão ao passado, fazendo o indivíduo se fixar somente no presente corrente;

Inibição da Sensação do Fluir do Tempo: corresponde à falta de sensação do avançar do tempo subjetivo, no qual o sujeito perde o sincronismo, dando a impressão de que o tempo não passa. Essa anomalia se dá geralmente nos casos depressivos graves.

ANOMALIDADES DA VIVÊNCIA DO ESPAÇO

Estado de Êxtase: há uma perda das fronteiras entre o eu e o mundo externo; onde o sujeito sente-se como fundido ao mundo exterior.

A vivência do espaço no indivíduo em um **estado maníaco** é a de um espaço extremamente dilatado e amplo, onde o mesmo desconhece as fronteiras espaciais e vive como se todo espaço interno fosse seu;

No quadro **depressivo**, o espaço externo é vivenciado como muito encolhido, contraído, escuro e pouco penetrável pelo indivíduo e pelos outros;

No quadro **paranóide**, o indivíduo vivencia o seu espaço interno como perigosos e fonte de mil perigos e ameaças;

Já no caso do indivíduo com **agorafobia**, o espaço externo é tido como sufocante, pesado, perigoso e potencialmente aniquilador.

A SENSOPERCEPÇÃO E SUAS ALTERAÇÕES

Todas as informações do ambiente, necessárias à sobrevivência do indivíduo, chegam até o organismo por meio das sensações. Defini-se *sensação como o fenômeno elementar gerado por estímulos físicos, químicos ou biológicos variados, originados de fora para dentro do organismo, que produzem alterações nos órgãos receptores, estimulando-os.*

Já por *percepção entende-se a tomada de consciência de um estímulo sensorial.* Só que a maioria dos

psicopatólogos preferem não separar a sensação da percepção, denominando o fenômeno simplesmente de sensopercepção.

Delimitação dos Conceitos de Imagem e de Representação

O elemento básico do processo de sensopercepção é a imagem perceptiva real, ou simplesmente uma imagem.

A imagem se caracteriza pelas seguintes qualidades:

- Nitidez – a imagem deve ser nítida e com contornos precisos;
- Corporeidade – a imagem deve ser viva, corpórea, ter luz, brilho e cores vivas;
- Estabilidade – deve ser estável, não podendo mudar de um momento para o outro;
- Extrojeção – a imagem que vem do espaço externo também é percebida nesse mesmo espaço externo;
- Influenciabilidade voluntária – o indivíduo não consegue alterar voluntariamente essa imagem percebida;
- Completitude – a imagem tem um desenho completo e determinado, com todos os detalhes reais diante do observador.

IMAGEM versus REPRESENTAÇÃO

Ao contrário da imagem perceptiva real, a **representação** é uma revivência de uma imagem sensorial, sem que esse objeto esteja presente. É a re-apresentação de uma imagem na consciência, sem a presença do objeto estimulante real, e a representação se caracteriza por:

- Pouca nitidez (com os contornos enfumados);
- Pouca corporeidade (não tem a “vida” de uma imagem real);
- Instabilidade (aparece e desaparece facilmente);
- Introjeção (é percebida somente no espaço interno);
- Incompletude (apresenta-se a nós geralmente incompleta e apenas com alguns detalhes).

IMAGINAÇÃO

É uma atividade psíquica geralmente voluntária que pode ser uma lembrança de imagens percebidas no passado ou criação de novas imagens e ocorre, via de regra, na ausência de estímulos sensoriais;

FANTASIA OU FANTASMA

É um produto minimamente organizado da imaginação, e pode ser consciente ou inconsciente e se origina de desejo, temores e conflitos, sendo muito freqüente em crianças e muitas vezes dominante em personalidades neuróticas ou histéricas e fonte de inspiração para muitas pessoas como artistas, inventores e poetas, que dependem da sua capacidade de produzir e desenvolver quadros, peças e livros, da elaboração das suas fantasias.

ALTERAÇÕES DA SENSOPERCEPÇÃO

Alterações Quantitativas da Sensopercepção

Hiperestesia: é onde as percepções estão anormalmente aumentadas, no qual os sons são ouvidos de forma muito amplificado, as

cores tornam-se mais vivas e intensas e ocorre nas intoxicações por alucinógenos, em algumas formas de epilepsia, enxaqueca, esquizofrenia e em alguns quadros maníacos;

Hipoestesia: é o inverso da hiperestesia, onde as percepções estão anormalmente diminuídas. É observada em alguns pacientes depressivos, no qual o mundo é percebido como mais escuro, sem brilho, os alimentos não têm mais sabor e os odores perdem a sua intensidade.

Alterações Qualitativas da Sensopercepção

Compreendem as *ilusões*, as *alucinações*, a *alucinose* e a *pseudo-alucinação*.

Ilusão: é a **percepção deformada de um objeto real e presente**. As ilusões mais comuns são as visuais, onde o paciente, em geral, vê pessoas, monstros e animais a partir de estímulos visuais como móveis, roupas ou objetos pendurados na parede.

Outro tipo de ilusão muito freqüente, principalmente em esquizofrênicos, é a ilusão auditiva, na qual a partir de estímulos sonoros inespecíficos, o paciente ouve o seu nome, palavras significativas e principalmente chamamentos depreciativos;

Alucinações: é a vivência de percepção de um objeto, sem que o mesmo esteja presente, ou seja, é a **percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença do objeto estimulante real**.

Tipos de Alucinações:

Alucinações Auditivas: é o tipo de alucinação mais freqüente, principalmente em esquizofrênicos, denominada também de audioverbal, na qual o paciente escuta vozes sem qualquer estímulo (som) externo real.

Geralmente essas vozes são perseguidoras, xingativas e de conteúdo depreciativo. Em alguns casos, as vozes ordenam que o paciente mate ou se suicide (vozes de comando), ou comentam as suas atividades corriqueiras (vozes que comentam a ação).

Pode ocorrer também, muito próximo das alucinações auditivas, o fenômeno denominada sonorização *do pensamento, eco do pensamento e a publicação do pensamento.*

A **sonorização do pensamento** é muito próxima ao eco do pensamento e pode ser de duas maneiras:

A sonorização do próprio pensamento, onde o paciente ouve o próprio pensamento no mesmo momento em que o pensa;

A sonorização do pensamento como vivência alucinatorio-delirante, que são pensamentos no qual o paciente ouviu, ou seja, depois de pensados, ele tem a nítida sensação de que os mesmos foram introduzidos em sua cabeça por uma outra pessoa, mas que não é real, e agora são ouvidos por ele;

No **eco do pensamento**, o paciente ouve o seu pensamento pouco depois de tê-lo pensado;

Na **publicação do pensamento**, o indivíduo tem a nítida sensação de que as pessoas ouvem o que ele pensa no mesmo momento em que ele está pensando.

Alucinações Musicais: é uma alucinação relativamente rara, curiosa e intrigante, pois é descrita como a audição de tons musicais e melodias sem o correspondente estímulo interno.

Alucinações Visuais: são visões nítidas que o paciente experimenta, sem a presença de estímulos visuais reais. Podem ser simples, onde o paciente vê cores, bolas, pontos brilhantes, denominados de FOTOPSIAS, ou complexas onde o indivíduo vê figuras, imagens de pessoas (vivas ou mortas), demônios, santos, etc.

Podem ser cenas completas (como um paciente que vê seu quarto pegando fogo), chamadas de ALUCINAÇÕES CENOGRÁFICAS, ou podem ser a ALUCINAÇÃO LILIPUTIANA, onde o indivíduo vê inúmeros personagens diminuídos e minúsculos entre os objetos e pessoas reais de sua casa.

Alucinações Táteis: o paciente sente espetadas, choques, insetos ou pequenos animais correndo sobre sua pele. Em alguns esquizofrênicos, as alucinações táteis podem ser sentidas nos genitais, que sentem cutucadas e penetrações nos mesmos.

Alucinações Olfativas e Gustativas: assim como as alucinações musicais são relativamente raras, onde o indivíduo sente o cheiro ou gosto de determinadas coisas sem qualquer estímulo olfativo ou gustativo presente.

No caso das alucinações olfativas, o paciente sente o cheiro de coisas podres, cadáver e fezes. Já nas gustativas, sente-se

na boca o sabor de ácido, sangue, urina, etc., onde essas duas alucinações muitas vezes ocorrem em conjunto.

Alucinações Cenestésicas ou Cinestésicas:

- **Cenestésicas** – são sensações alucinatórias em várias partes do corpo como sentir que o cérebro está encolhendo, o fígado se despedaçando ou a percepção de alguma víbora no abdômen;
- **Cinestésicas** – são sensações alteradas dos movimentos do corpo, como sentir o corpo afundando, os braços se elevando e as pernas encolhendo.

Alucinações Funcionais: são alucinações desencadeadas por estímulos sensoriais “reais”, só que é distinta da ilusão, pois enquanto que a ilusão é a deformação de uma percepção de um objeto real e presente, a alucinação funcional é uma alucinação (ausência do objeto), desencadeada por estímulo real. Para entender melhor esse tipo de alucinação, imagine um indivíduo que quando abre um chuveiro ou uma torneira, começam a ouvir vozes e gritos. Percebe-se que essa alucinação foi desencadeada por um estímulo real (a água do chuveiro), mas que não explica a audição de vozes e gritos.

Abaixo se seguem alguns tipos de alucinações funcionais:

Alucinações Combinadas (ou Sinestésias) – ocorrem várias alucinações ao mesmo tempo. Ex: o paciente vê uma pessoa que fala com ele, o toca, etc.

Alucinações Extracampinas – é quando o paciente uma imagem nas suas costas ou através de uma parede;

Alucinação Autoscópica – é uma alucinação visual associada a componentes táteis e cenestésicos, onde o indivíduo se vê fora do seu próprio corpo;

Alucinações Hipnagógicas e Hipnopômnicas – são alucinações auditivas, visuais ou táteis relacionadas à transição sono/vigília.

Hipnagógicas: fase em que o indivíduo está adormecendo;

Hipnopômnicas: fase em que o indivíduo está despertando.

Alucinose: a alucinose é um fenômeno pelo qual o paciente percebe tal alucinação como estranha a sua pessoa e ocorre com um nível de consciência preservada e apesar do indivíduo ter alucinações, percebe consciente que aquilo é um fenômeno estranho, patológico e não tem nada a ver com a sua pessoa.

A alucinose é um **fenômeno periférico ao eu**, enquanto a alucinação é um **fenômeno central ao eu**.

A AFETIVIDADE E SUAS ALTERAÇÕES

A vida afetiva é aquilo que dá cor, brilho e calor a todas as vivências humanas e sem ela, a vida psíquica torna-se vazia e sem sentido.

A vida afetiva se divide em cinco tipos básicos:

- *Humor ou estado de ânimo;*
- *Emoções;*
- *Sentimentos;*
- *Afetos;*
- *Paixões;*

Humor ou estado de Ânimo

É o tônus afetivo do indivíduo; o estado emocional basal no qual se encontra uma pessoa em determinado momento; é a predisposição afetiva de fundo que penetra toda a experiência humana.

Emoções

É um estado com reações afetivas intensas, agudas e momentâneas, que surgem por estímulos significativos, é de curta duração e desencadeados por certas excitações externas ou internas, conscientes ou inconscientes, acompanhadas assim como no humor, de reações somáticas, além de desconcertar, comover e perturbar o instável equilíbrio existencial.

Sentimentos

São estados afetivos estáveis em relação às emoções, de maior intensidade e menos reativos a estímulos passageiros. Estão associados geralmente a conteúdos intelectuais, valores, representações e na maioria das vezes, não implicam reações somáticas.

Afetos

É o componente emocional de uma idéia ou representação mental. Esses afetos acoplam-se às idéias, anexando a elas um colorido afetivo.

Paixões

É um estado afetivo extremamente intenso, que domina a afetividade psíquica

como um todo, captando e dirigindo a atenção e o interesse do indivíduo em uma só direção, inibindo os outros interesses.

ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA AFETIVIDADE

Concepção Freudiana

Uma das contribuições mais fundamentais da psicanálise à psicologia tem sido na área da afetividade. A angústia tem uma importância central na teoria freudiana, pois Sigmund Freud concebe a mesma como um afeto básico que emerge do eterno conflito entre o indivíduo (com seus impulsos instintivos primordiais, desejos e necessidades) e as restrições impostas pela sociedade (como não praticar o incesto, não desejar a mulher do próximo, não matar, etc.).

Em uma primeira tópica, Freud postulou que a angústia seria uma transformação da libido não descarregada, ou seja, a energia sexual que não fosse adequadamente descarregada, ficaria retida e represada no aparelho psíquico, gerando a angústia como um subproduto.

Já em uma segunda tópica, Freud postula que a angústia não seria mais esse subproduto da libido represada, mas sim um sinal de perigo enviado pelo “eu” no sentido de se evitar o surgimento de algo muito mais ameaçador ao indivíduo, ou seja, algo que poderia gerar uma angústia muito mais intensa.

Concepção de Melanie Klein

Os afetos na teoria kleiniana seriam centrais para toda a psicopatologia e estariam intimamente associados a fantasias primitivas e às relações objetais (representações

mentais, na maioria das vezes inconscientes, de pessoas ou personagens reais ou fantasiados, completos ou parciais).

Haveria afetos primários (ódio, inveja e o medo de ser retaliado) e outros afetos que indicariam maior maturidade psíquica do indivíduo, como a gratidão, a reparação e o amor.

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA AFETIVIDADE

Distímia: alteração básica do humor, tanto no sentido da inibição, quanto no sentido de exaltação. Vale ressaltar que o sintoma distímia não é o mesmo que o transtorno distímico, que é um transtorno depressivo leve e crônico.

O termo distímia ultimamente vem sendo substituído por depressão, que significa, tristeza patológica. Mas a psicopatologia ainda usa termos como distímia hipertímica, expansiva ou eufórica para nomear quadros maníacos;

Humor triste ou ideação suicida: relacionado muito freqüentemente com o humor depressivo, acompanhado de desesperança e muita angústia, onde ocorrem idéias relacionadas à morte; idéias, atos e planos suicidas, além de tentativas reais de suicídio;

Disforia: é uma distímia que se acompanha de uma tonalidade afetiva desagradável, ou seja, quando se fala de depressão disfórica, está se falando de um tipo de depressão acompanhada de um forte conteúdo de irritação, amarguras, desgosto ou agressividade.

Aliás, quando se fala em alterações do humor (TIMOPATIAS), existem dois pólos:

Depressivo ou Hipotímico (HIPOTIMIA) – toda e qualquer síndrome depressiva;

Maníaco ou Hipertímico (HIPERTIMIA) – humor patologicamente alterado no sentido da exaltação e da alegria. No espectro maníaco, o termo euforia ou alegria patológica, define um humor exagerado no qual predomina um estado de alegria desproporcional às circunstâncias oferecidas;

Elação: seria uma transcendência do eu, ou seja, uma sensação de grandeza patológica sentida pelo indivíduo;

Puerilidade: é uma alteração de humor que se caracteriza por seu aspecto infantil, onde o indivíduo ri ou chora por motivos considerados banais, além de que sua vida afetiva, pode ser superficial e ausente de afetos profundos;

Moria: é semelhante á puerilidade, mas não com origem psicogênica, e sim orgânica, provocada por lesões extensas dos lobos frontais, em deficientes mentais e em quadros demenciais acentuados;

Estado de êxtase: caracteriza-se por uma sensação do seu eu com o todo; um compartilhamento íntimo do estado afetivo com o mundo exterior, muitas vezes com um colorido hipertímico. Na maioria das vezes, não é considerada uma psicopatologia, mas sim um fenômeno cultural;

Irritabilidade patológica: é quando tudo é vivenciado com muita irritação, ou seja, o doente reage prontamente de forma disfórica a qualquer estímulo por menor que seja o

mesmo, como por exemplo, um barulho de crianças, ruído de carros, de televisão ou etc.

ANSIEDADE, ANGÚSTIA E MEDO

Ansiedade: é um estado de humor desconfortável; uma apreensão negativa com relação ao futuro e uma inquietação interna desagradável, no qual se acresce manifestações somáticas e fisiológicas;

Angústia: sensação de aperto no peito e na garganta, de compressão e afogamento. Assemelha-se muito a ansiedade, mas tem uma conotação mais corporal e é mais relacionada ao passado;

Medo: diferencia-se da ansiedade e da angústia, por referir-se a um objeto mais ou menos preciso, pois o medo é, quase sempre, medo de algo.

ALTERAÇÕES DAS EMOÇÕES E DOS SENTIMENTOS

Apatia: na apatia, o indivíduo não vivencia nenhum tipo de afeto, não podendo sentir alegrias, tristezas ou raivas. Ele não se importa com nada na sua vida e é típico de quadros depressivos;

Hipomodulação do afeto: é a incapacidade do indivíduo de modular a resposta afetiva de acordo com a situação existencial, indicando rigidez do indivíduo na sua relação com o mundo;

Inadequação do afeto ou paratimia: reação completamente incongruente a situações existenciais ou a determinados ideativos;

Pobreza de sentimentos e distanciamento

afetivo: é a perda progressiva e patológica das vivências afetivas, com um empobrecimento relativo à possibilidade de vivenciar alternâncias e variações afetivas;

Embotamento afetivo e devastação afetiva:

é a perda profunda de todo tipo de vivência afetiva, e difere da apatia, pois a mesma é subjetiva; já no embotamento afetivo, esse quadro de desinteresse afetivo é observável e constatável pela postura do paciente;

Sentimento de falta de sentimento: é a vivência de incapacidade para sentir emoções, onde aqui, diferentemente da apatia, o indivíduo percebe essa alteração, no qual é vivenciado com muito sofrimento pelo indivíduo.

Anedonia: é a incapacidade total ou parcial de obter prazer com determinadas atividades e experiências da vida na qual eram prazerosas ao indivíduo, ou seja, o mesmo não consegue mais sentir prazer social, desfrutar de um bom papo com os amigos, um almoço com a família e assim por diante.

Geralmente os pacientes costumam dizer: “agora não vejo mais graça em nada, as coisas perderam o sabor e não vibro com mais nada...” A anedonia é geralmente associada com a apatia, onde ambas aparecem simultaneamente.

Labilidade afetiva (incontinência afetiva): é quando ocorrem mudanças abruptas e

inesperadas de um estado afetivo para outro, onde o indivíduo pode estar bem humorado num momento e em poucos instantes, começar a chorar e novamente voltar a sorrir depois de algum tempo. A resposta afetiva ocorre geralmente em consequência a estímulos apropriados, mas é sempre muito desproporcional.

É bom salientar que a labilidade afetiva não é somente de origem psicogênica e seus sintomas podem estar associados a quadros psicorgânicos, encefalites, tumores cerebrais e doenças degenerativas do sistema nervoso central, etc.

Ambivalência afetiva: são sentimentos opostos em relação a um mesmo estímulo ou objeto, ou seja, sentimentos que ocorrem de modo absolutamente simultâneo, onde o indivíduo sente por uma pessoa ou objeto, ódio e amor, rancor e carinho, simultaneamente.

Neotimia: são sentimentos e experiências afetivas inteiramente novas vivenciadas pelo indivíduo. Afetos muito estranhos e bizarros para a própria pessoa que o experimenta. Típico de antecedentes delirantes, estados psicóticos e esquizofrênicos.

Medo: o medo não é considerado, a rigor, uma patologia, mas algo universal não só em nós humanos, como também nos outros animais. É um estado de progressiva insegurança e angústia, impotência e invalidez crescentes, ante a impressão de que sucederá algo que queríamos evitar. Mira y Lopes (1964) divide o medo em seis fases:

- Prudência;
- Cautela;

- Alarme;
- Ansiedade;
- Pânico (medo intenso);
- Terror (medo intensíssimo).

Fobias: as fobias são medos psicopatológicos, desproporcionais e incompatíveis com as possibilidades de perigo real oferecidos pelos objetos do mundo exterior (situações fóbigenas). Nos indivíduos fóbicos, o contato com os objetos ou situações fóbigenas desencadeia muito freqüentemente, uma intensa crise de ansiedade. As fobias podem se dividir em:

- **Fobias simples** - consiste em um medo intenso e desproporcional de determinados objetos, em geral, pequenos animais (como baratas, sapos, cachorros e outros);
- **Fobia Social** - medo de contato e interação social, principalmente com pessoas pouco familiares ao indivíduo e em situações nas quais o paciente possa se sentir examinado ou criticado por tais pessoas;
- **Agorafobia** - é o medo de espaços amplos e de aglomerações, como estádios, cinemas, supermercados, medo de ficar retido em congestionamentos, etc.
- **Claustrofobia** - é o medo de entrar(e ficar preso) em espaços fechados como elevadores, salas pequenas, quartos abafados, túneis e outros ambientes apertados.

Pânico: o pânico se caracteriza por uma reação de medo intenso, de pavor relacionado geralmente ao perigo imaginário de morte, descontrole ou desintegração.

As crises de pânico manifestam-se no início, com crises intensas de ansiedade, acompanhadas por medo intenso de morrer ou perder o controle e de efeitos somáticos. O indivíduo sente um grande perigo e tem o desejo de fugir ou escapar da situação, acompanhados de sintomas somáticos como: Palpitações; sudorese fria; tremores; parestesias; formigamento nos lábios e/ou ponta dos dedos; sensação de falta de ar; náusea; sensação de a cabeça ficar leve; medo de morrer ou ter um ataque cardíaco; despersonalização e/ou desrealização em alguns casos.

As crises de pânico duram alguns minutos e podem se repetir com periodicidade variável e o fator desencadeante podem ser um objeto fóbico, estresse intenso e morte de uma pessoa significativa.

Há também algumas emoções e sentimentos considerados normais e que podem ter implicações psicopatológicas, dependendo da intensidade, como por exemplo, o **ciúme** e a **inveja**.

A MEMÓRIA E SUAS ALTERAÇÕES

A memória é a capacidade de registrar, manter e evocar os fatos já ocorridos e relaciona-se com o nível de consciência, com a atenção e com o interesse afetivo.

Temos quatro tipos de memória:

Memória Genética – conteúdos de informações biológicas contidas no material genético, adquiridas ao longo da história filogenética da espécie;

Memória Imunológica – conjunto de informações registradas e recuperáveis pelo sistema imunológico de um ser vivo;

Memória Cognitiva – atividade totalmente diferenciada do sistema nervoso, que permite ao indivíduo registrar, conservar e evocar dados aprendidos da experiência.

A memória cognitiva é composta de três fases:

1. Fase de percepção, registro e fixação;
2. Fase de retenção e conservação;
3. Fase de reprodução e evocação.

Memória Cultural – um conjunto de conhecimentos e práticas culturais (costumes, valores, habilidades artísticas e estéticas, preconceitos, ideologias, estilo de vida, etc.) produzidos, acumulados e mantidos por um grupo social minimamente estável.

O processo de **fixação** depende, do ponto de vista psicológico, do:

- Da atenção global;
- Nível de consciência;
- Do interesse emocional;
- Do conhecimento anterior;
- Da capacidade de compreensão;
- Organização temporal das repetições;
- Dos canais sensoriais utilizados.

A **conservação (retenção)** depende da repetição do conteúdo fixado e associações com outros elementos.

A **evocação** é a capacidade de recuperar e atualizar os dados fixados. Já o **esquecimento** é a impossibilidade de evocar e recordar.

O **reconhecimento** é a capacidade de identificar o conteúdo mnêmico como lembrança e diferenciá-lo da imaginação e de representações atuais.

Em relação ao processo temporal de aquisição e evocação dos elementos, dividimos a memória em três fases ou tipos:

Memória imediata ou de curtíssimo prazo: é aquela que tem uma capacidade limitada e é a capacidade de manter o material (que são palavras, números, imagens, etc) imediatamente após ser percebido;

Memória recente ou de curto prazo: também é um tipo de memória limitada e mantém a informação por um período curto de tempo, desde alguns minutos até meia ou uma hora;

Memória remota ou de longo prazo: é a capacidade de evocação de informações e acontecimentos ocorridos no passado após meses ou anos do evento.

Já o esquecimento também se dá por três vias:

Normal (fisiológico) – por desinteresse do próprio indivíduo ou por desuso da informação retida;

Por repressão – quando se trata de um material desagradável ou pouco importante para o indivíduo, podendo, no entanto, o sujeito, por esforço próprio, voltar a recordar certos conteúdos reprimidos (que ficam estocados no pré-consciente);

*NOTA: o autor Dalgalarondo foi infeliz nessa afirmação, pois a repressão não se trata de um esquecimento, mas sim **um mecanismo de defesa**, que reprime todos os conteúdos inaceitáveis ou incômodos no inconsciente, mandando-os ao inconsciente e não ao pré-consciente, e ao contrário do que citado pelo autor, não se pode voltar a recordar certos conteúdos reprimidos por esforço próprio, a não ser por meio de uma análise de orientação psicanalítica, onde esses materiais reprimidos são encontrados nos sonhos, atos falhos e associações livres (Márcio Santangelo, 2003);*

Esquecimento por recalque – é um tipo de esquecimento onde certos conteúdos mnêmicos, devido ao fato de serem emocionalmente insuportáveis, são banidos da consciência, podendo ser recuperados apenas em circunstâncias especiais.

ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA MEMÓRIA

Alterações Quantitativas

Hipermnésias: as representações mnêmicas afluem rapidamente, em tropel, ganhando em número, porém perdendo em clareza e precisão. Traduz-se mais como uma aceleração do ritmo psíquico do que uma alteração propriamente da memória;

Amnésias psicogênicas: consiste na perda de elementos psíquicos que tem um valor psicológico específico (valor simbólico ou afetivo), onde o indivíduo esquece de um evento da sua vida que teve um significado especial para a pessoa, mas o mesmo consegue se lembrar de tudo que ocorreu ao seu redor.

Amnésia orgânica: (é quando se perde primeiro a capacidade de fixação das memórias imediatas e recentes) e em estados avançados da doença, chega também a afetar a memória remota ou de longo prazo;

Amnésia anterógrada: consiste na incapacidade de fixar elementos mnêmicos a partir do momento em que ocorreu o evento, ou seja, após um trauma cranioencefálico;

Amnésia Retrógrada: é a perda da memória onde o indivíduo esquece fatos remontados a antes do início da doença.

ALTERAÇÕES QUALITATIVAS DA MEMÓRIA (PARAMNÉSIAS)

É uma deformação do processo de evocação de conteúdos mnêmicos fixados, onde o indivíduo tem uma lembrança deformada que não corresponde a sensopercepção original. Os principais tipos de paramnésias são:

Ilusões mnêmicas: quando há um acréscimo de elementos falsos a um núcleo verdadeiro de memória, como por exemplo, um paciente afirma ter tido uma centena de filhos, quando que na realidade, só tivera um filho;

Alucinações mnêmicas: são verdadeiras criações imaginativas com a aparência de lembranças ou reminiscências não correspondentes a nenhum elemento mnêmico ou nenhuma lembrança real e verdadeira.

Essas ilusões e alucinações mnêmicas constituem muitas vezes o material para a formação de delírios;

Cliptomnésias: consiste em um falseamento da memória na qual as lembranças aparecem como fatos novos ao paciente, onde o mesmo não reconhece como lembranças, vivendo-a como se fosse um acontecimento novo;

Ecmnésia: é uma recapitulação e revivência intensa, abreviada e panorâmica da existência, ou seja, uma recordação condensada do passado, que ocorre num breve período de tempo;

Lembrança obsessiva: é uma idéia fixa, ou seja, o surgimento de imagens mnêmicas ou conteúdos ideativos do passado, onde uma vez instalados na consciência, não podem ser afastados voluntariamente pelo indivíduo.

TRANSTORNOS DO RECONHECIMENTO

Os transtornos do reconhecimento se dividem em dois grupos:

Agnosias e transtornos do reconhecimento associados a transtornos psiquiátricos.

As agnosias (que significa incapaz de conhecer) são déficits do reconhecimento de estímulos sensoriais, objetos e fenômenos.

Já os transtornos do reconhecimento associados a transtornos psiquiátricos se dividem em dois:

Falso reconhecimento: é quando o paciente identifica alguém como o médico ou o psicólogo, o enfermeiro, o vizinho ou qualquer outra pessoa como se fosse alguém de sua família ou um velho conhecido;

Falso desconhecimento: ocorre quando há o não reconhecimento de pessoas muito familiares (como o pai, a mãe, a esposa, os filhos, etc), onde o paciente afirma piamente não conhece-los.

O PENSAMENTO E SUAS ALTERAÇÕES

Os elementos constitutivos do pensamento, segundo a tradição aristotélica, são o conceito, o juízo e o raciocínio.

Os **conceitos** se formam a partir das representações, onde não é possível contemplá-lo, nem imaginá-lo, pois é um elemento puramente cognitivo, intelectual e

sem qualquer resquício sensorial. Não é possível visualiza-lo, ouvi-lo ou senti-lo.

Os **juízos** são relações significativas entre os conceitos básicos, ou seja, a afirmação entre dois conceitos. Por exemplo, se tomarmos dois conceitos: cadeira e utilidade podem-se formar o seguinte juízo: a cadeira é útil.

O **raciocínio** é a função que relaciona os juízos.

Há também uma outra forma de analisar o pensamento enquanto processo de pensar: **o curso do pensamento**, que é o modo como o pensamento flui, sua velocidade e ritmo ao longo do tempo. Já o **conteúdo do pensamento** pode ser definido como aquilo que dá substância ao pensamento, os seus temas predominantes, o assunto em si, etc.

ALTERAÇÕES DOS ELEMENTOS CONSTRUTIVOS DO PENSAMENTO

Desintegração dos conceitos: ocorre quando os conceitos sofrem um processo de perda sem significado, se desfazendo e uma mesma palavra, passa a ter significados cada vez mais diversos.

Condensação dos conceitos: ocorre quando dois ou mais conceitos são fundidos, onde o paciente involuntariamente condensa duas ou mais idéias em somente um só conceito, se expressando por uma nova palavra.

ALTERAÇÃO DOS JUÍZOS

Juízo deficiente ou prejudicado: consiste num tipo de juízo falso, pois o mesmo é prejudicado por uma deficiência intelectual e

pobreza cognitiva, que tornam os conceitos inconsistentes e o raciocínio pobre e defeituoso.

ALTERAÇÃO DO RACIOCÍNIO E DO ESTILO DE PENSAR

Antes de falar das alterações, é conveniente falar um pouco do conceito de pensamento normal (segundo a lógica aristotélica), que é composta por:

Princípio de identidade: é um princípio de não alteração, lógico, no qual onde se afirma que A é A e B é B;

- Princípio de causalidade: é aquele princípio que diz que se as condições forem mantidas, as mesmas causas devem produzir os mesmos efeitos, como por exemplo, se A é causa de B, portanto A não pode ser ao mesmo tempo efeito de B;
- Lei da Parte de do Todo: discrimina rigorosamente à parte do todo. Ex: se o Brasil é uma parte da América do Sul, logo a América do Sul não pode ser uma parte do Brasil;
- Indutivo e Dedutivo:
- Indutivo – parte da observação de fatos elementares, para se chegar a conclusões mais gerais;
- Dedutivo – parte de esquemas complexos para algo mais singular;
- Intuição: é a apresentação da realidade de forma direta e imediata; um tipo de conhecimento primário que capta a interioridade das coisas, inclusive aquilo que é impossível ou muito difícil de se expressar por palavras.

TIPOS DE PENSAMENTOS ALTERADOS

É um conceito muito difícil de se afirmar, conceitos patológicos ou normais de pensamentos, assim como a própria normalidade, que pode ser alterada de acordo com a cultura e ideologia de cada indivíduo.

Isso também se aplica ao pensamento, onde há um número grande de crenças preconceituosas, sociais ou pessoais, que são mantidas de forma insistente e estereotipadas, tornando difícil à discriminação entre pensamento normal e patológico.

De qualquer forma, a psicopatologia registra uma série de pensamentos comumente associados a estados mentais alterados e transtornos psiquiátricos.

Pensamento mágico: fere frontalmente os princípios da lógica formal e não respeita os indicativos e imperativos da realidade, seguindo os desígnios dos desejos, fantasias e temores do sujeito, de uma maneira consciente ou inconsciente, adequando o seu pensamento à realidade, e não a realidade ao pensamento. James Frazer [1911] (1982) definiu algumas leis e particularidades do ato e do pensamento mágico.

Lei da contigüidade – utiliza o conceito de que “coisas” ou objetos que estiveram em contato continuam unidas. Dessa forma, se um pensamento mágico agir sobre um objeto que pertenceu a uma pessoa (roupa, adorno, móvel, etc), tem-se a crença de que se é ou se age sobre a própria pessoa; então, se ao queimar uma camisa, está se queimando o próprio indivíduo;

Lei da Similaridade – domina-se a idéia de que o semelhante produz o semelhante. A ação ou pensamento mágico pensa produzir um efeito

desejado sobre uma ação, objeto ou pessoa real.

Pensamento derreísta: é algo semelhante ao pensamento mágico, onde esse tipo de pensamento se opõe radicalmente ao pensamento realista, obedecendo somente à lógica e a realidade que interessa ao desejo do indivíduo, distorcendo a realidade para que ela se adapte aos seus anseios.

Nesse tipo de pensamento, o pensar volta-se muito mais ao mundo subjetivo, onde tudo é possível e favorável ao indivíduo.

Pensamento concreto ou concretista: não ocorre a distinção entre uma dimensão abstrata e simbólica e uma dimensão concreta e imediata dos fatos. O indivíduo não consegue entender metáforas, ironias ou expressões de duplo sentido, onde o mesmo é muito aderido ao nível sensorial da experiência.

Pensamento inibido: ocorre a inibição do raciocínio, com a diminuição da velocidade do número de conceitos, juízos e representações.

Pensamento vago: são pensamentos imprecisos e obscuros, onde não há exatamente, um empobrecimento do pensamento, mas uma marcante falta de clareza e precisão no raciocínio.

Pensamento prolixo: aqui, o paciente não consegue chegar a qualquer conclusão sobre o tema que está tratando, a não ser após muito tempo e esforço. Há também uma dificuldade em se obter uma construção direta, clara e acabada, e uma marcante falta de síntese no pensamento. A tangencialidade e a

circunstancialidade são tipos de pensamentos prolixos.

- **Tangencialidade** – é quando o paciente responde às perguntas de forma oblíqua e irrelevante, não sabendo discriminar o acessório do principal, nunca chegando ao ponto central, ao objetivo final, ou concluindo algo de substancial;
- **Circunstancialidade** – aqui, diferentemente da tangencialidade, o paciente alcança o objetivo do seu raciocínio, mas o mesmo fica “rodando em voltas”, sem entrar nas questões essenciais e decisivas, fazendo da conversa uma “massa de parentes” e cláusulas subsidiárias.

Pensamento deficitário ou oligifrênico: é um pensamento de estrutura pobre ou rudimentar. O indivíduo tende ao raciocínio concreto, mas os conceitos são escassos e utilizados em um sentido mais literal do que abstrato ou metafórico. A abstração apenas ocorre com dificuldades, sem consistência ou longo alcance. Não há distinção pormenorizada e precisa de categorias como essencial e supérfluo; “necessário ou acidental”; causa e efeito; o todo e as partes; o real e o imaginário; o concreto e o simbólico.

Pensamento demencial: também é um pensamento pobre, mas com um empobrecimento desigual, pois esse empobrecimento é mais homogêneo, onde em certos pontos, pode revelar elaborações sofisticadas, embora imperfeitas, irregulares e sem congruência. Há conceitos abstratos e raciocínios diferenciados e complicados,

embora vá se perdendo com o progresso do pensamento demencial.

Pensamento confusional: está estreitamente ligado com uma turvação da consciência, transtorno de atenção e de memória imediato, onde se observa um pensamento incoerente, de curso tortuoso, que impede que o indivíduo aprende de forma clara e precisa os estímulos ambientais, impedindo com isso a formação de conceitos e lançando o indivíduo em um estado de perplexidade e impotência.

Pensamento desagregado: forma típica de pensamento radicalmente incoerente, no qual não há uma mínima forma lógica de articulação de conceitos e juízos. O paciente produz um pensamento que se manifesta como uma mistura aleatória de palavras, onde nada se comunica ao interlocutor, e a linguagem dominante é a “salada de palavras”.

Pensamento obsessivo: é onde predomina idéias ou representações, que apesar de terem um conteúdo absurdo ou repulsivo para o indivíduo, impõem-se à consciência de modo persistente e incontrolável, onde o paciente tenta banir essas idéias interminantemente; não conseguindo, essas idéias voltam-se à consciência, gerando uma luta que gera um estado emocional de angústia constante.

ALTERAÇÕES DO PROCESSO DE PENSAR

Curso do Pensamento

Aceleração do pensamento: o pensamento flui de forma atropelada, acelerada; ou também quando uma idéia se sucede a outra rapidamente.

Lentificação do pensamento: ao contrário da aceleração do pensamento, aqui, o pensamento progride lentamente, de forma dificultosa, onde há uma certa latência entre as perguntas formuladas e as respostas.

Bloqueio ou interceptação do pensamento: é quando o paciente, ao relatar algo, no meio de uma conversa, brusca e repentinamente interrompe seu pensamento, sem qualquer motivo aparente.

Roubo do pensamento: é uma vivência, freqüentemente associada ao bloqueio do pensamento, na qual o indivíduo tem a nítida sensação de que seu pensamento foi roubado de sua mente, por uma força ou ente estranho, uma máquina, antena, etc.

Forma do Pensamento

Fuga de idéias: está relacionada à aceleração do pensamento, na qual uma idéia se segue a outra de forma extremamente rápida, perturbando-lhe as associações lógicas entre os juízos e os conceitos.

Na fuga de idéias, as associações entre palavras deixam de seguir uma lógica ou finalidade do pensamento e passam a ocorrer por assonância, associando-se às idéias muito mais pela presença de estímulos externos contingentes, onde há um progressivo afastamento na idéia diretriz ou principal, sem prejuízo manifesto, para a coerência final do relato.

Dissociação do pensamento: é a desorganização do pensamento, acarretando em uma incongruência entre os juízos. Numa fase inicial, a incoerência pode ser discreta,

onde o indivíduo ainda consiga captar aquilo que lhe foi comunicado. Já com o agravamento da doença, o pensamento pode se tornar totalmente incompreensível e incoerente.

Afrouxamento das associações: neste caso, embora ainda haja uma concatenação (estabelecimento lógico) entre as idéias, nota-se um afrouxamento dos enlaces associativos, onde as mesmas parecem mais livres, mas não tão bem articuladas.

Descarrilhamento do pensamento: o pensamento passa a extraviar-se do seu curso normal, retornando aqui e acolá ao seu curso original e geralmente está associado à marcante distrabilidade.

Desagregação do pensamento: aqui há uma perda profunda e radical dos enlaces associativos, restando apenas fragmentos de pensamentos, conceitos e idéias, sem qualquer articulação racional.

NOTA: Na esquizofrenia, o progredir da desestruturação do pensamento segue a seguinte seqüência:

- **Afrouxamento das associações;**
- **Descarrilhamento do pensamento e;**
- **Desagregação do pensamento.**

O JUÍZO DE REALIDADE E SUAS ALTERAÇÕES

(O Delírio)

Ajuizar quer dizer julgar, discernir o certo do errado, a verdade e a mentira. Deve-se lembrar que as alterações do juízo da realidade são alterações do pensamento.

DISTINÇÃO FUNDAMENTAL

ERRO SIMPLES versus DELÍRIO

Segundo a escola psicopatológica de Jaspers, os **erros** são geneticamente compreensíveis, pois se admite que possam surgir e persistir em virtude da *ignorância, de fanatismo religioso ou político*, enquanto que o **delírio** tem como característica principal a *incompreensibilidade*.

Os tipos de erros mais comuns, não determinados (necessariamente) por transtornos mentais, são os preconceitos, as crenças culturalmente sancionadas, as superstições e as chamadas idéias irrelevantes.

ALTEAÇÕES PATOLÓGICAS DO JUÍZO

O DELÍRIO

Segundo Jaspers, o delírio ou as idéias delirantes são juízos patologicamente falseados. Desta forma, o delírio é um erro do ajuizar, que tem origem na doença mental. Sua base é mórbida e é motivado por fatores patológicos e tem características especiais como:

- Uma convicção extraordinária, não podendo se colocar em dúvida a veracidade do delírio;
- É irremovível, mesmo pela prova de realidade mais cabal e aceitável possível;
- O delírio é um falso juízo, onde o seu conteúdo é impossível, embora alguns pacientes possam vivenciar o seu delírio. Ex: o alcoolista crônico que tem delírios de ciúmes, e sua mulher realmente o trai; o político com delírio

de perseguição, sendo que de fato, há pessoas que o perseguem e o querem vê-lo morto, etc.

Só que isso não invalida o fato de o que passa de fato, do ponto de vista psicopatológico, é um delírio, colocando essas variáveis como “meras coincidências” irrelevantes para o estado patológico do mesmo.

O delírio é idiossincrático e associal, onde sua produção é extremamente particular, uma convicção de um homem só, não compartilhado por nenhum grupo religioso, político, social ou cultural, onde esse indivíduo passa a produzir seus próprios símbolos individuais.

Kendler e colaboradores (1983) propuseram uma série de dimensões ou vetores da atividade delirante, que seriam indicadores da gravidade desse delírio:

- Convicção;
- Extensão;
- Bizarrice;
- Desorganização;
- Pressão;
- Resposta afetiva;
- Comportamento desviante.
-

DELÍRIO PRIMÁRIO ou IDÉIAS DELIRANTES VERDADEIRAS

Segundo Jaspers, o verdadeiro delírio é um fenômeno primário, sendo psicologicamente incompreensível, sem raízes na experiência psíquica do homem, incapaz de ser atingido pela relação empática e intersubjetiva.

DELÍRIO SECUNDÁRIO ou IDÉIAS DELIRÓIDES

Apesar de se assemelhar ao primário, o delírio secundário se difere dele em consequência de não se originar de uma alteração primária do juízo, mas sim de alterações profundas em outras áreas da atividade mental, como a afetividade, a consciência, etc, que indiretamente fazem com que se produzam juízos falsos e são produtos de condições psicologicamente rastreáveis e compreensíveis.

Segundo a estrutura, os delírios são classificados em simples ou complexos e em não sistematizados ou sistematizados.

Delírios simples: são idéias que se desenvolvem em torno de um só conteúdo ou tema único;

Delírios complexos: são os que englobam vários temas ao mesmo tempo, envolvendo conteúdos de perseguição, ciúmes, etc;

Delírios não sistematizados: são delírios sem relação consciente e seus conteúdos variam de momento para momento;

Delírios sistematizados: são delírios bem organizados, com histórias ricas e consistentes, que se mantêm ao longo do tempo.

SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DO DELÍRIO (Estados Pré-Delirantes)

Os delírios surgem, via de regra, após um período pré-delirante, denominado **humor delirante** ou **trema**, onde nesse período, o indivíduo experimenta aflição e ansiedade intensas, sentindo como se algo terrível e pavoroso estivesse por acontecer, mas ele não sabe exatamente o quê. Predomina essa perplexidade durante horas ou dias, até ele

configurar o delírio, isto é, quando descobre como se fosse por uma revelação inexplicável, o que estava de fato acontecendo e curiosamente, após essa revelação, o indivíduo se acalma.

Os delírios podem ser agudos (surgem de forma rápida e podem desaparecer em pouco tempo), ou podem ser crônicos (persistentes, contínuos e de longo tempo). Com relação aos **mecanismos constitutivos do delírio**, eles podem ser interpretativos, imaginativos, catatímicos, mnêmicos, oníricos ou alucinatórios.

Os conteúdos e tipos mais freqüentes dos delírios são:

Delírio de perseguição: o indivíduo acredita que está sendo perseguido;

Delírio de referência: o indivíduo apresenta a tendência dominante a experimentar fatos cotidianos fortuitos, objetivamente sem maiores implicações, como referentes à sua pessoa, pois o mesmo diz ser alvo freqüente ou constante de referências depreciativas, caluniosas, etc. Ao passar pela frente de um bar e observar as pessoas conversando e rindo, entende que estão falando dele, rindo dele, dizendo que é ladrão, homossexual, enfim, tudo se refere a ele;

Delírio de influência: o paciente vivencia intensamente que está sendo controlado ou influenciado por uma força, pessoa ou entidade externa. Ex: há uma máquina (antena, computador, aparelho eletrônico) que envia raios que controlam seus pensamentos. Pode ser também um ser extraterrestre, um demônio ou entidade paranormal;

Temos vários outros tipos de delírios:

- Delírio de relação;

- Delírio de grandeza;
- Delírio de reivindicação;
- Delírio de invenção ou descoberta;
- Delírio de reforma;
- Delírio místico ou religioso;
- Delírio de ciúmes e delírio de infidelidade;
- Delírio erótico;
- Delírio de ruína;
- Delírio de culpa e auto-acusação;
- Delírio de negação de órgãos;
- Delírio hipocondríaco;
- Delírio cenestopático;
- Delírio de infestação;
- Delírio fantástico ou mitomaníaco, entre outros.

IDÉIAS OBSESSIVAS *versus* IDÉIAS DELIRANTES

As idéias obsessivas são descritas como idéias falsas que se introduzem de forma repentina e incômoda na consciência do sujeito, que se opõem e sofrem com o seu caráter absurdo.

Por outro lado, nas idéias delirantes falta, de modo geral, a crítica à falsidade e ao caráter absurdo do juízo em questão.

FUNÇÕES PSÍQUICAS COMPOSTAS E SUAS ALTERAÇÕES

Consciência e Valoração do Eu e suas Alterações

Definições Básicas:

A maior parte dos autores acredita que no início do desenvolvimento psíquico da criança, ela não tem a capacidade de

discriminar claramente entre o seu eu e o mundo exterior, permanecendo como que fundido com o eu de sua mãe. Portanto, não há distinção entre o eu e o não-eu. Essa diferenciação vai sendo construída ao longo do primeiro ano de vida, quando que, no final desse período, ela se torna capaz de perceber e a representar objetos autônomos e estáveis em sua mente.

Do ponto de vista psicanalítico, o eu, ou seja, o ego, surge a partir do contato com a realidade, ou seja, o mundo externo.

A criança formará gradativamente o seu eu por meio:

- Do contato contínuo com a realidade, onde que realidade é aquilo que oferece resistência e oposição aos desejos do eu subjetivo;
- Do investimento amoroso e narcísico dos pais sobre a criança;
- Da projeção dos desejos inconscientes dos pais sobre a criança e a assimilação da mesma;
- Das identificações e introjeções da própria criança, que se dá através de introjeções conscientes ou inconscientes, das figuras parentais primárias.

A partir desses princípios, a criança perceberá que existe algo fora, ou seja, externo a ela, que marcará um instante de singular significação para a formação da consciência do eu.

Então surge o sentimento de oposição entre o eu (com seus desejos desenfreados herdados do id) e o mundo externo (com suas imposições e restrições via realidade), constituem as dimensões subjetivas e objetivas da experiência humana.

A consciência do eu pressupõe a tomada de consciência do próprio corpo, do eu físico, onde esse eu corporal, psíquico e somático formam somente um em um só tempo.

- Características do Eu (Segundo Jaspers)
- Consciência de atividade do eu;
- Consciência de unidade do eu;
- Consciência da identificação do eu no tempo;
- Consciência de oposição do eu em relação ao mundo.

CONSCIÊNCIA DE ATIVIDADE DO EU (Personalização)

É a tomada de consciência íntima de que tudo aquilo que realizo sou eu próprio quem realizou, ou seja, o eu pensa, o eu sinto, o eu desejo, e assim por diante.

Jaspers chama esse fenômeno de **personalização** e todas as atividades psíquicas têm um tom especial de “meu”, de “pessoal”, daquilo que é feito e vivenciado por mim mesmo.

Jaspers subdivide as alterações da consciência de atividade do eu em dois grupos:

Alteração da Consciência da Existência:

É quando o homem que está existindo já não pode sentir a sua existência, ou seja, é uma suspensão normal do próprio eu, e a carência da consciência do fazer próprio, um distanciamento do mundo perceptivo e enfim, a perda da consciência do sentimento do eu;

Alteração da Consciência de Execução

Nesse tipo de alteração, o doente não se sente dono de seus próprios pensamentos, pois ao pensar ou desejar alguma coisa, sente que foi um outro que pensou ou desejou tais pensamentos ou desejos, e lhe impôs de alguma maneira;

Consciência de Unidade do Eu

A cada momento, o eu é sentido como algo uno e indivisível. Na alteração da unidade do eu não se trata de dissociação da personalidade ou uma tomada de consciência de conflitos ou multifacetados da própria personalidade.

A vivência radical de cisão do eu só existe quando ambas as séries de processos psíquicos desenvolvem-se de forma absolutamente simultânea, uma ao lado da outra. De ambos os lados, existem conjuntos de sentimentos que se opõem como estranhos, fazendo o indivíduo sentir-se dividido, ou seja, anjo e demônio ao mesmo tempo, ou homem e mulher simultaneamente. Em síntese, ele sente uma ambivalência em relação ao seu eu;

Consciência da Identidade do eu no Tempo

É a consciência de ser o mesmo na sucessão do tempo, onde apesar de alguns aspectos de nossa personalidade mudar, nosso eu nuclear continua o mesmo ao longo do tempo;

Consciência de Oposição do eu em relação ao mundo

É a consciência da clara oposição do eu em relação ao mundo externo; a percepção evidente da separação entre o eu subjetivo e o espaço exterior. Portanto, a alteração dessa dimensão da consciência do eu é a perda da

sensação de oposição e fronteira entre o eu e o mundo, fazendo com que os pacientes identifiquem-se completamente com os objetivos do mundo externo. O indivíduo tem a nítida sensação que seu eu se expande para o mundo exterior e não mais se diferencia deste, levando os enfermos a buscarem identificações em objetos ou materiais inanimados.

Na alteração de oposição do eu em relação ao mundo, aparece geralmente à *publicação do pensamento* ou *eco do pensamento*.

Despersonalização (Pessoa) e Desrealização (Local)

A despersonalização é o sentimento de perda ou transformação do próprio eu. Há uma perda da familiaridade consigo mesmo, seguidos de um profundo estranhamento do seu próprio eu, pois o doente sente-se estranho a si mesmo. A despersonalização abarca tanto o eu psíquico, quanto o eu corporal.

Geralmente associada à despersonalização, pode ocorrer à **desrealização**, que é a transformação e a perda da relação de familiaridade com o mundo em comum, com uma profunda estranheza daquilo que no dia-a-dia é comum e familiar, onde o doente refere-se ao mundo, que antes lhe era familiar, como estranho e mudado, percebendo estímulos (sons, cores, etc) rotineiros com características diferentes.

É freqüente nas crises intensas de ansiedade, episódio agudo de esquizofrenia e em formas graves de depressão.

ALTERAÇÕES DO EU CORPORAL

(Esquema Corporal)

Definições Básicas:

É a representação que cada indivíduo faz do seu próprio corpo e essa percepção do próprio corpo é construída e organizada pelos sentidos corporais externos e internos, além das representações mentais fornecidas pela cultura e pela história individual de cada sujeito.

“A imagem corporal está sempre ligada a uma experiência afetiva imposta pela relação com o outro”.(Paul Schilder, 1935). Essa imagem corporal corresponde à totalidade da organização psicológica do indivíduo, onde os diferentes grupos sociais percebem e representam o corpo de forma bastante diferenciada (Boltanski, 1984).

Alteração da Imagem ou Esquema Corporal em Alguns Transtornos Mentais

Deprimido: este paciente percebe seu corpo como algo pesado, lento, difícil, fonte de sofrimento e não de prazer; sente-se fraco, esgotado e cansado e tem a sensação de que seu corpo não tem mais vida e é um peso morto. Às vezes pode ocorrer o *delírio de negação de órgãos*;

Maníaco: o paciente maníaco vive seu corpo como algo extremamente ativo, poderoso e vivo. Sente-se forte e ágil, e é incapaz de parar e repousar por um período mais longo. Quando lhe perguntam como está, responde que está “melhor do que nunca” e há uma incapacidade de perceber as limitações reais do corpo;

Esquizofrênico: nos pacientes esquizofrênicos, as principais queixas são as vivências de influência sobre o corpo, onde o

mesmo tem a sensação de que alguém, algo ou alguma força externa desconhecida age sobre o seu corpo, manipulando-o e controlando-o, desenvolvendo vários tipos de *delírios e alucinações*;

Psicoses Tóxicas: em pacientes que estão sob efeito de drogas alucinógenas (LSD, mescalina, etc), podem ter experiências como a de o braço ou a cabeça aumentarem ou diminuir de tamanho. Sensação de estar mais leve ou pesado, voando ou afundando e assim por diante;

Histéricos: esses pacientes tendem a erotizar intensamente o corpo todo e ao mesmo tempo, sentir que seus genitais são perigosos ou insensíveis;

Ansiedade (Quadros ansiosos graves): esses pacientes sentem o seu corpo como comprimidos e asfixiados, tendo a nítida sensação que existe uma pressão externa sobre eles;

Crises de Pânico: sensação de que o corpo irá entrar em colapso e desorganizar-se;

TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo): o paciente com esta síndrome, sente seu corpo como sujo e contaminado, onde o mesmo tem que se esforçar constantemente para limpá-lo, purificá-lo, ou protegê-lo da contaminação;

Hipocondria: para o hipocondríaco, seu corpo é o lugar de todo o seu sofrimento, onde ele teme os seus sintomas e fica a adivinhar os seus mistérios e perigos, vivendo-os como um processo mórbido constante;

Anorexia Nervosa: nessa doença, o paciente percebe-se sempre gorda, apesar de estar extremamente e visivelmente magra;

Dismortofobia ou Transtorno dismórfico corporal: percebem partes e seu corpo como nariz, face, seios, orelha, e outras partes, como horríveis e dignos de vergonha, ou pequenos defeitos físicos, que passariam, na maioria das pessoas, despercebidos. Sentem tais partes do seu corpo desproporcionalmente grandes e disformes.

Fenômeno do Membro Fantasma: ocorre na maioria dos pacientes amputados, que mesmo após a cirurgia, sentem esses membros no qual não mais existem, vivenciando parestesias e dores intensas. Com o tempo, o membro (amputado) parece mudar de tamanho, geralmente encolhendo;

Mastectomia: podem ser verificadas alterações marcantes do esquema corporal, onde a mulher sente que com a transformação de seu corpo, perdera sua feminilidade, passando a se sentir como um homem.

A VALORAÇÃO DO EU

OS CONCEITOS DE NARCISISMO E AUTO-ESTIMA

A palavra narcisismo é derivada da lenda de Narciso, um jovem egocêntrico que se apaixonou por si mesmo e cometeria o suicídio ao buscar sua própria imagem refletida no lago e transformou-se numa flor.

Freud denominou inicialmente de narcisismo ao tipo de escolha do objeto

amoroso que ocorre na homossexualidade, onde o invertido amara alguém igual a si mesmo. Posteriormente, o termo narcisismo passa a se referir a um estágio do desenvolvimento psicossocial da criança, no qual o indivíduo toma a si mesmo, ao seu eu, como objeto de amor.

Atualmente, o termo narcisismo se refere de modo geral, ao direcionamento da libido do indivíduo para o mundo interior, ou seja, o seu próprio eu, deixando de investir no mundo e nas pessoas. Nesse estado, o eu percebe o prazer oriundo somente do mundo interior, e desprazer provido do mundo exterior. Há assim uma ilusão de auto-suficiência, um sentimento de poder, de grandiosidade e desprezo pelo mundo.

Existe o *narcisismo primário*, que seria a ausência total de relação com o ambiente e o *narcisismo secundário*, que seria o retorno do amor da libido para o próprio eu, depois de ter sido direcionado em algum momento a algum objeto do mundo exterior.

Entretanto, o narcisismo não é necessariamente positivo ou negativo, patológico ou saudável, onde que, o fundamental, seria o grau e a intensidade, cuja libido é investida.

O indivíduo totalmente narcísico não se relaciona com o mundo e empobrece. Já o indivíduo sem qualquer amor narcísico, sente-se vazio, sem valor e sem qualidades.

DIMINUIÇÃO DE VALORIZAÇÃO DO EU

São sentimentos de menos valia, de redução da auto-estima e de autodepreciação, e é principalmente evidenciado na depressão. O indivíduo sente-se sem valor, não merece ser amado e viver, que deve morrer para não

incomodar os outros. Há um profundo sentimento de fracasso existencial e não ocorre somente na depressão, mas também em indivíduos desadaptados socialmente e com dependência crônica de álcool ou drogas, além de doenças físicas e/ou mentais, faça com que haja uma diminuição da valorização do eu no indivíduo.

O CONCEITO DE IDENTIDADE PSICOSSOCIAL

A identidade psicossocial é o sentimento que proporciona a capacidade para experimentar o próprio eu como algo que tem continuidade e unidade, permitindo que o indivíduo se inspire no meio sócio-cultural e que faça parte de algo (Érik Érikson, 1985).

A identidade é formada por um conjunto de identificações conscientes ou inconscientes que a criança faz ao longo do seu desenvolvimento com as pessoas na qual convivem.

Assim, a identidade psicossocial total é composta de múltiplas identidades parciais como: identidade sexual, identidade étnica ou racial, identidade religiosa, etc. Também estão inseridos na identidade psicossocial os sentimentos de pertencer a pequenos grupos, como por exemplo, identidade de ser estudante de medicina, de psicologia, etc.

OS TRANSTORNOS DE IDENTIDADE

Esses transtornos e problemas com a identidade psicossocial estão relacionados à confusão de identidade, desorientação em

relação ao que é, o que espera dele, como se sente e qual o seu lugar no mundo.

Crise de Identidade

É uma dificuldade intensa e de surgimento em curto período de tempo, provocando uma insegurança e confusão acerca de suas várias identidades parciais.

Estados de Possessão

Pode ocorrer tanto em indivíduos com transtornos mentais, quanto em pessoas saudáveis, onde geralmente nesses últimos, são organizados dentro de um determinado contexto religioso, onde o indivíduo, ao entrar num estado de possessão, sofre uma perda temporária de sua identidade pessoal, na qual é substituída por uma entidade que “toma conta do sujeito”.

A PERSONALIDADE E SUAS ALTERAÇÕES

Definições Básicas:

A personalidade é o conjunto integrado de traços psíquicos, consistindo no total das características individuais em sua relação com o meio, incluindo fatores bio-psico-socioculturais, conjugando tendências inatas e experiências adquiridas no curso de sua existência (Bastos, 1997).

Segundo o autor, ela é dinâmica e mutável, dependentes das mudanças existenciais ou alterações neurobiológicas.

Etiologia: personalidade provém do verbo persona, que significa a máscara dos personagens do teatro.

Segundo o dicionário Aurélio, a personalidade é um caráter ou qualidade do que é pessoal; aquilo que determina a

individualidade de uma pessoa moral; o que a distingue de outra (Aurélio Buarque de Holanda Oliveira, 1993).

Há várias tipologias, teorias e abordagens que definem personalidade, como a mesma é formada e a causa de seus transtornos.

Entre as principais, podemos citar a teoria Psicanalítica de Sigmund Freud, a Analítica de Carl Gustav Jung e a Comportamental de Watson e Skinner, que têm enfoques diferenciados e multifacetados acerca do que é personalidade e toda a sua gama de transtornos.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Conceito

O conceito de transtorno de Personalidade recebeu vários conceitos ao longo dos anos como: insanidade moral, monomania moral, transtorno ou neurose de caráter, etc.

Porém, o termo mais utilizado pelos profissionais de saúde mental foi psicopatia, que por sua vez, infelizmente foi utilizado de modo impreciso, relacionando-se com personalidade sociopática ou transtorno de personalidade em geral.

Todavia, o psiquiatra alemão Kurt Schneider, definiu os transtornos de personalidade como personalidades psicopáticas, onde o indivíduo que tem esse transtorno sofre e faz a sociedade sofrer, assim como não aprende e nem é reversível com a experiência, refletindo uma marcante desarmonia tanto no plano intrapsíquico, como nas relações interpessoais.

Segundo a classificação atual da OMS, a CID-10, os transtornos de

personalidade são definidos pelas seguintes características:

- Geralmente surge na infância ou na adolescência e se torna estável ao longo da vida do indivíduo (“O menino é o pai do homem”);
- Manifesta um conjunto de comportamentos e reações afetivas desarmônicas, envolvendo partes da vida do indivíduo como: a afetividade, o controle de impulsos, relacionamentos interpessoais, etc;
- O padrão anormal de comportamento não é limitado ao episódio de qualquer doença mental (esquizofrenia, depressão, etc) e ocorre permanentemente e de longa duração;
- Esse padrão anormal de comportamento inclui muitos aspectos, tanto do psiquismo, como da vida social, não se restringindo a apenas um aspecto;
- O padrão comportamental é mal adaptativo, produzindo uma série de dificuldades para o indivíduo, assim como as pessoas que convivem com ele;
- São condições não relacionadas diretamente à lesão cerebral ou a outro transtorno psiquiátrico (salvo algumas exceções);
- O tratamento do transtorno da personalidade leva a algum grau de sofrimento (angústia, solidão, sensação de fracasso, etc), e embora esse sofrimento possa ser aparente e vivenciado apenas tardiamente;
- Geralmente, o transtorno de personalidade contribui para um mau desempenho ocupacional e social,

embora essa afirmação não seja obrigatória.

Segundo a CID-10, os transtornos de personalidade são:

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

PARANÓIDE: os principais sintomas desse transtorno se baseiam em:

- Sensibilidade excessiva a rejeições e contratempos;
- Tendência a guardar rancores persistentemente;
- Desconfiança excessiva e uma exagerada tendência a distorcer ações e fatos neutros ou amistosos, para hostis e depreciativos;
- Sensação de sempre estar sendo injustiçado e um obstinado senso de direitos pessoais;
- Suspeitas sem justificativas acerca do(a) parceiro(a) sexual;
- Tendência a experimentar uma autovalorização excessiva e uma atitude de auto-referência;

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

ESQUISÓIDE: consiste em:

- Distanciamento afetivo, afeto embotado e uma aparente frieza emocional;
- Apatia;
- Indiferença aparente a elogios e críticas;
- Poucas oportunidades lhe produzem prazer e o indivíduo tem pouco interesse em se relacionar sexualmente com outra pessoa, além de uma marcante preferência por atividades solitárias;

- Tende a uma preocupação excessiva com fantasias e introspecção;
- Falta de amigos íntimos ou relacionamentos confidentes, além de uma marcante insensibilidade para com normas e convenções sociais.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL (SOCIOPATIA)

O transtorno sociopático é um tema de muita controvérsia e polêmica em psicopatologia. Afinal, ele é um transtorno, uma doença ou um modo de ser?

Segundo a tradição psicopatológica, os sociopatas são pessoas incapazes de uma interação afetiva verdadeira e amorosa; não tem consideração ou compaixão pelas outras pessoas; mentem; enganam, trapaceiam e prejudicam os outros, mesmo quem nunca lhe fez nada.

O CID-10 os descreve dessa maneira:

- Indiferença e insensibilidade pelos sentimentos alheios;
- Irresponsabilidade e desrespeito por regras e obrigações sócias;
- Incapacidade de manter relacionamentos, embora não haja dificuldades em estabelecê-los;
- Baixa tolerância a frustrações;
- Incapacidade de experimentar culpa e de aprender com a experiência, particularmente com a punição;
- Tem uma propensão marcante para culpar os outros, além de oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que gerou seu conflito com a sociedade;
- É freqüentes neste tipo de personalidade o sadismo.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDELIN

Os indivíduos que têm uma personalidade Borderline exibem:

Instabilidade emocional intensa;

- Profundos e crônicos sentimentos de vazio;
- Relacionamentos pessoais intensos, porém instáveis, oscilando em curtos períodos de uma grande paixão ou amizade para ódio e rancor intensos (ambivalência);
- Excessivos esforços para evitar o abandono;
- Dificuldades e instabilidade em referência à auto-imagem, aos objetos e preferências pessoais;
- Atos repetitivos de autolesão (quando o mesmo envolve-se em atuações perigosas, como dirigir muito embriagado, em alta velocidade, intoxicar-se com muitas drogas, etc), além de repetitivos atos suicidas.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE TIPO IMPULSIVO

- Há uma tendência marcante a agir impulsivamente, sem consideração pelas conseqüências;
- Instabilidade afetiva intensa;
- Acessos de raiva intensos;
- Explosões comportamentais.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICO

Os indivíduos com personalidade histriônica desenvolvem as seguintes características:

- Expressão exagerada das emoções, além de dramatização e teatralidade,

sendo influenciados facilmente pelos outros;

- Afetividade superficial, infantil e lábil, com uma busca contínua de apreciação pelos outros, querendo sempre ser o centro das atenções;
- Tendência a reações infantis com pouca tolerância à frustração.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANANCÁSTICA OU OBSESSIVA

O indivíduo que sofre desse transtorno tem:

- Uma preocupação excessiva com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou esquemas;
- É perfeccionista, no qual interfere na conclusão de tarefas, além de exibir dúvidas excessivas sobre assuntos irrelevantes;
- É muito cauteloso, rígido e teimoso, demonstrando um excesso de escrúpulo e preocupação indevida com pequenos detalhes da vida;
- Exibe uma rigidez que impede ou anula a sua sensação de prazer nas relações interpessoais.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANSIOSA OU DE EVITAÇÃO

Quem sofre desse transtorno, vive em constante estado de tensão, acreditando ser incapaz socialmente, além de considerar-se inferior aos outros.

Exibe também um medo e apreensão enorme de ser criticado ou rejeitado pelos outros, o fazendo evitar atividades que envolvam contatos interpessoais, em

conseqüência do seu extremo medo de desaprovação.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE DEPENDENTE

Nesse tipo de transtorno, o paciente é potencialmente dependente daqueles de quem dependem, impossibilitando-os de tomar atitudes próprias, sem se reverter àquelas de quem dependem, além de possuírem um medo excessivo de serem abandonados pelas pessoas de quem são dependentes, além de experimentarem também um grau de sentimento de desamparo.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICO

Nesse transtorno, o indivíduo experimenta um desconforto e incapacidade para ter relações íntimas, uma freqüente idéia de auto-referência, pensamento mágico, comportamentos estranhos (inclusive suas roupas), que geralmente são estranhas ou excêntricas, além de ser muito desconfiado e possuir os afetos inapropriados ou muito reduzidos.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCÍSICO

É um transtorno típico no qual o indivíduo introjeta toda a sua libido, exibindo um senso grandioso, julgando ser sempre “o melhor”, “o mais bonito”, “o mais inteligente”, esperando sempre ser reconhecido, mesmo que não tenha feito nada de real e concreto para esse reconhecimento.

É dono de uma notada arrogância e voltado para fantasias de grande sucesso pessoal, poder e brilho. Não tem empatia por “pessoas comuns” e é muito invejoso,

distorcendo essa inveja a ponto de afirmar que os outros o invejam.

PSICOPATOLOGIA PSICODINÂMICA

COMPORTAMENTO PERTURBADO SEGUNDO A PSICANÁLISE

Em vista da ampla variedade de teorias psicológicas, e suas respectivas formas de resolução, o que causa problemas em um indivíduo, segundo a psicanálise?

Freud acreditava que os problemas tomam a forma de conflitos que geralmente são experiências que surgem nos primeiros anos da infância. Essas lembranças são reprimidas, ou seja, excluídas da consciência, sem serem resolvidas, ou seja, sem terem obtido a devida satisfação. Portanto, esses conteúdos reprimidos, que aparentemente parecem ter sido “esquecidos”, continuam a agir no inconsciente, porém não podem ser explorada, a não ser através da análise, causando ansiedade no indivíduo (Davidoff, 2001).

Porém, quando esses conteúdos ameaçam emergir para o consciente, o ego usa de manobras defensivas para proteger-se contra esses conteúdos e impulsos até então reprimidos no inconsciente, através dos chamados mecanismos de defesa.

As psicopatologias psicodinâmicas podem ser resumidas em NEUROSE, PSICOSE E PERVERSÃO.

PSICOPATOLOGIA PSICODINÂMICA

- Não há uma linha divisória nítida entre o normal e o anormal;

- Essa diferença pode residir na capacidade do indivíduo de lidar com o material reprimido, incluindo a sua proporção, que pode variar dependendo do conteúdo reprimido de cada um.

PSICONEUROSES ou NEUROSES

Nesse distúrbio, há um conflito entre o ego e id, durante a primeira infância, na época edipiana ou pré-edipiana. Esse conflito é resolvido de maneira satisfatória pelo ego, seja usando os mecanismos de defesa, como repressões ou sublimações, ou modificando o ego, através de identificações.

Essa resolução de conflitos entre o id e o ego se faz eficaz durante um longo período de tempo, fazendo com que o indivíduo funcione de uma maneira estável e equilibrada. Contudo, basta um acontecimento ou uma série deles, para que se destrua esse equilíbrio, fazendo com que o ego seja incapaz de lidar com esses desejos reprimidos, “*que cria para si, ao longo de caminhos sobre os quais o ego não tem nenhum poder, uma representação substitutiva, ou seja, o sintoma*” (Freud, 1906).

Portanto, esse ego se torna incapaz de fazer com que esses desejos remanescentes cessem, de modo que, esses impulsos ameacem irromper na consciência do indivíduo, e provocar comportamentos evidentes, apesar do ego fazer enormes esforços para o conter (Brenner, 1973).

É importante ainda frisar que na neurose, a única angústia predominante é a angústia de castração.

PSICOSE

A psicose, diferente da neurose, é um conflito entre o ego e o mundo externo. O mundo exterior não é percebido de modo algum, ou sua percepção não possui qualquer efeito (Freud, 1911, pg: 168).

Partindo dessa premissa, o ego produz somente para ele, um novo mundo interno e externo, onde esse mundo é constituído somente de desejos do id, e essa ruptura com o mundo externo, parece ser fruto de uma grande frustração de um desejo, que parece quase intolerável (Freud, 1910).

Portanto, para haver uma neurose, o fator decisivo seria a influência da realidade, onde o ego tomaria como aliada para conter os desejos do id. Já na psicose, o indivíduo passaria a funcionar de acordo com o seu id, onde o seu ego, em conflito com o mundo externo, cria um mundo distinto do real, governado pelos desejos libidinosos do id, conseqüentemente, perdendo todo o contato com a realidade.

Podemos emparelhar a neurose e a psicose em aspectos semelhantes, onde essas patologias levam o indivíduo para longe da realidade. Todavia, na neurose, há uma separação do ego e um esforço para restabelecer as relações do indivíduo com essa realidade. Já na psicose, ocorre algo quase que semelhante, pois após essa perda do contato com a realidade, há também uma reparação, mas distinta da neurose, não com a realidade objetiva, mas sim uma outra realidade, criada autocraticamente pelo ego, e que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi completamente abandonada (Freud, Obra XIX, 1923-1925).

Portanto, podemos dizer que tanto na neurose, quanto na psicose, há uma expressão de rebelião por parte do id contra o

mundo externo, onde o mesmo não consegue se adaptar às exigências impostas pela realidade (Freud, Obra XIX, 1923-1925).

Também é importante salientar, que na psicose, a angústia existente é a angústia de aniquilamento.

Dentro da psicose, encontramos um outro transtorno que exhibe quase que os mesmos sintomas da psicose, a paranóia.

A paranóia é um termo derivado do grego (*para*= contra e *noos*= espírito). Designa loucura no sentido da exaltação e do delírio.

Segundo a nosografia psiquiátrica alemã, tal termo foi introduzido no ano de 1842, por Johann Christian Hein Roth (1773-1843). Dessa forma, "*a paranóia tornou-se, ao lado da esquizofrenia e da psicose maníaco-depressiva, um dos três compoimentos modernos da psicose em geral.*" (Roudinesco & Plonm, 1994, pg: 572)

Segundo Roudinesco & Plon (1994), a paranóia (embora não com esse nome), foi descrita na antiguidade pelos autores trágicos, Esquilo e Eurípedes, e depois, foi também abordada por Hipócrates, o pai da medicina. Todavia, foi somente no século XIX que tal termo pode adentrar na classificação dos transtornos psiquiátricos. Os primeiros foram os fundadores da escola alemã de psiquiatria, onde inferiram que a paranóia era um delírio que acarretava uma perturbação do espírito.

Entretanto, a palavra "paranóia", literalmente surgiu com Kraepelin, que também distinguiu três grupos de psicose: a paranóia, a demência precoce e a loucura maníaco-depressiva (ou psicose maníaco-depressiva), esta última, herdada do estado de melancolia. A essas três classificações, ele somou o termo parafrenia, onde citou ser um estado delirante crônico, situado entre a

demência precoce e a paranóia. De acordo com Kraepelin, a paranóia seria “o desenvolvimento insidioso⁴, na dependência de causas internas e segundo uma evolução contínua, de um sistema delirante, duradouro e inabalável, que se instaura com uma completa preservação da clareza da ordem do pensamento, no querer e na ação.” (Roudinesco & Plon, 1994, pgs: 572-573)

Segundo o mesmo Kraepelin, esta patologia repousa sobre dois mecanismos fundamentais: o delírio de referência⁵ e as ilusões de memória.⁶

Freud postula que a paranóia é um modo patológico de defesa, assim como a histeria e todas as formas de neurose. Segundo ele, os pacientes tornam-se paranóicos por não conseguirem tolerar certas coisas. Freud acrescenta também um mecanismo de projeção, onde o paciente se defende de uma representação inconciliável

⁴ Traícoeiro (Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, 2001)

⁵ Nesse tipo de delírio, o paciente experimenta o sentimento de que fatos fortuitos e irrelevantes, que ocorrem à sua volta, são referentes à sua pessoa. O indivíduo, ao passar na frente de um bar ou de uma loja, e notar que as pessoas estão rindo e conversando, os mesmos entendem que tais pessoas estão falando dele, ou se referindo a ele. Geralmente, ele tem tais idéias delirantes com conteúdos depreciativos ou negativos, pensando que os outros estão dizendo que ele é um ladrão ou homossexual. Não é raro tais indivíduos ouvirem alguém gritando o seu nome, xingando-o, exibindo um mecanismo alucinatorio convergente com o delírio de referência. Esse tipo de delírio geralmente ocorre juntamente à temática da perseguição vivenciada pelo sujeito. (Dalgalarrondo, 2000)

⁶ As ilusões são uma percepção deformada de um objeto real e presente. Podem ocorrer basicamente em três condições: rebaixamento do nível da consciência, estados de fadiga grave ou falta de atenção e em denominados estados afetivos. Nesse último, “o afeto deforma o processo de senso-percepção, gerando as chamadas ilusões catatímicas ou mnêmicas.” (Dalgalarrondo, 2000, pgs: 83-84)

com o eu, projetando seu conteúdo no mundo externo. É digno de nota salientar que Freud cita que os paranóicos amam e são apegados aos seus delírios, como a si mesmos.

Sintetizando, o paranóico, na teoria freudiana clássica, tornou-se o modelo paradigmático das psicoses em geral. (Roudinesco & Plan, 1994)

Laplanche e Pontalis, em seu Vocabulário da Psicanálise, concordam e reforça, a tese de que a paranóia é uma “psicose crônica caracterizada por um delírio mais ou menos bem sistematizado, pelo predomínio da interpretação e pela ausência de enfraquecimento intelectual, e que geralmente não evolui para a deterioração.” (2001, pg: 334)

Já de acordo com o CID-10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento), a paranóia se encaixa em um transtorno denominado de “esquizofrenia paranóide” (F.20.0), onde sua descrição é a seguinte:

“Esse é o tipo de esquizofrenia mais comum em muitas partes do mundo. O quadro clínico é denominado por delírios relativamente estáveis, com frequência paranóides, usualmente acompanhados por alucinações, particularmente da variedade auditiva, e perturbações da percepção. Perturbações do afeto, volição e discurso e sintomas catatônicos não são proeminentes.” (1993, pg: 88)

PERVERSÃO

A perversão é um distúrbio distinto da neurose e da psicose, pois o mesmo não se trata de um conflito, mas sim um “desvio em relação ao ato sexual” “normal”, onde o

mesmo é definido como um coito que visa a obtenção do orgasmo através da penetração genital, com uma pessoa do sexo oposto, no qual é considerado o comportamento sexual “normal” na nossa cultura e sociedade (Laplanche, Pontalis, 2001).

Portanto, a perversão seria o orgasmo obtido com outros objetos sexuais, distintos do parceiro heterossexual, como indivíduos do mesmo sexo (inversão), bestialidade (sexo com animais), ou por outras zonas corporais (como o coito anal) ou ainda, quando esse orgasmo provém de fontes extrínsecas ao indivíduo (fetichismo, travestismo, voyeurismo, exibicionismo, sadomasoquismo, entre outros) (Laplanche, Pontalis, 2001).

Sintetizando, a perversão é um conjunto de comportamentos sexuais e obtenção de prazer com os mesmos, contudo, por vias sexuais julgadas socialmente “anormais”.

MECANISMOS DE DEFESA DO EGO

Como o nome já diz, os mecanismos de defesa, são defesas utilizadas pelo ego diante de impulsos e desejos reprimidos no inconsciente, que impedem com que os mesmos irrompam para o consciente, provocando ansiedade, desconforto ou até mesmo um enfraquecimento do ego, levando a sintomas psiconeuróticos ou até mesmo, psicóticos. Portanto, podemos considerar esses mecanismos de defesa um tanto quanto positivos, pois eles impedem que conteúdos inaceitáveis no nosso consciente venham a emergir. Todavia, se o uso desses mecanismos de defesa se torna muito freqüente e constante, também é uma questão a se preocupar, pois o indivíduo também

estará fugindo do contato objetivo com a realidade.

Principais mecanismos de defesa:

REPRESSÃO: foi um dos primeiros mecanismos de defesa, além de ser o mais comentado e utilizado, pois ele tem a capacidade de tirar ou barrar da consciência, todos os desejos, emoções, ou fantasias indesejáveis vindos do id.

Porém, esse material reprimido continua catexizado, pois não teve sua resolução através da satisfação, e continua no inconsciente. Para fazer com que esse conteúdo reprimido continue inconsciente, o ego mantém essa repressão por meio do dispêndio constante de uma energia psíquica à sua disposição, chamada de “**contra-catexia**”, onde a mesma se opõe a catexia de energia impulsiva e libidinal com que está carregado o material reprimido.

Porém, esse equilíbrio entre catexia e contra-catexia nunca é fixo e estável, pois podem mudar a qualquer momento, fazendo com que a contra-catexia enfraqueça, ou a catexia do material reprimido aumente de intensidade, sem que haja um aumento correspondente da contra-catexia.

As contra-catexias do ego podem ser reduzidas por:

- Estados tóxicos ou febris;
- Ingestão excessiva de álcool ou qualquer outro tipo de drogas;
- Sedução ou tentação.

Vale a pena ressaltar-se que, se a contra-catexia falhar, a luta entre o id e o ego não terminam e esses impulsos não têm acesso ao consciente, pois ao perceber que os mecanismos contracatéxicos estão enfraquecendo ou falhos, o ego reage a essa

emergência como a um novo perigo, produzindo sinais de alarme, como a ansiedade, mobilizando novas forças e outros mecanismos de defesa que façam com que esse material continue reprimido.

É bom salientar que todo esse processo é inconsciente, e não depende de nossa vontade consciente, onde a única coisa de que temos consciência, é o resultado final.

Contudo, na clínica psicanalítica existe um estado consciente, denominado de *supressão*, onde consiste na conhecida decisão de esquecer alguma coisa e não pensar mais nela. Porém, é provável que haja intermediários entre a supressão e a repressão, da mesma forma que não há uma linha nítida que demarque essas duas.

Dessa forma, o material reprimido, então seria algo totalmente apartado do ego e pertencente somente às instâncias do id.

A repressão não é um mecanismo de defesa que esteja presente desde o início. Ela pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão entre a atividade mental consciente ou inconsciente.

FORMAÇÃO REATIVA: esse mecanismo de defesa é um hábito psicológico ambivalente, onde um indivíduo manifesta um sentimento ou afeto contrário ao sentimento real reprimido ou recalcado (Laplanche, Pontalis, 2001).

Dessa maneira, um indivíduo que sente um enorme ódio reprimido, pode defender-se com sentimentos de amor, ou vice-versa (Brenner, 1973).

O ego, dessa maneira, defende-se do desejo recalcado que ameaça emergir, distorcendo-o por ser socialmente inaceitável, por outro mais aceitável (Brenner, 1973).

Um exemplo seria uma pessoa com um imenso controle sobre os seus desejos e instintos sexuais, o vendo como sujos e inadequados, no lugar de um afeto perverso e sádico de esfera sexual.

É bom salientar que não pode haver formação reativa sem antes ocorrer uma repressão, pois é exatamente essa material contra-catequizado que, ao tentar fluir para a esfera consciente, é substituído de uma maneira inconsciente, por um outro sentimento completamente oposto e mais aceitável pelo ego.

ISOLAMENTO: esse mecanismo de defesa é típico da neurose obsessiva, onde se isola um comportamento ou pensamento, de maneira que suas conexões com os outros pensamentos ou com o resto da existência do sujeito fiquem rompidas (Laplanche, Pontalis, 2001).

Ele também pode ser chamado de isolamento do sentimento ou repressão do sentimento e consiste em manter um “cordão que isole o pensamento reprimido antes que o mesmo emergja para o consciente do indivíduo”.

Esses sentimentos, afetos e emoções isolados são geralmente dolorosos e, quando alguma fantasia relacionada com esses sentimentos ameaça emergir ao consciente, o mesmo é isolado pelo ego (Brenner, 1973).

ANULAÇÃO: é um mecanismo de defesa similar ao isolamento, porém, ele faz com que “o sujeito se esforce por fazer com que pensamentos, palavras, gestos e atos passados não tenham acontecido” (Laplanche, Pontalis, 2001, pg: 27).

O ego então anula esses sentimentos que podem causar danos se os mesmo tornarem-se conscientes ou forem satisfeitos (Brenner, 1973).

NEGAÇÃO: esse mecanismo de defesa faz com que o indivíduo negue um desejo até então recalçado, que emerge para o consciente (Laplanche, Pontalis, 2001).

Ele é utilizado quando outros mecanismos de defesa não foram suficientes para barrar o desejo reprimido, portanto, ao negar tal sentimento, lhe dando pouca atenção, faz com que o mesmo seja menos doloroso e sua presença parcialmente anulada (Brenner, 1973).

PROJEÇÃO: é um mecanismo de defesa arcaico, que geralmente aparece junto com a negação, onde o indivíduo nega o seu desejo e localiza o mesmo no outro, ficando isento de tal emoção.

Portanto, a pessoa atribui a um outro objeto, animado ou inanimado, um desejo que é somente seu (Brenner, 1973).

É um mecanismo de defesa que está presente em patologias como a psicose paranóide, mas também pode fazer parte das mentes de pessoas que não estão psicologicamente enfermas (Brenner, 1973).

Portanto, quando o ego utiliza o mecanismo de projeção, é como se disséssemos inconscientemente: “ Não fui eu quem tive um desejo tão mal ou perigoso, foi ele...” (Brenner, 1973, pg: 105).

VOLTAR-SE CONTRA SI-PRÓPRIO: é uma defesa também considerada arcaica, pois é quando um indivíduo sente algo extremamente forte, raiva, ou um desejo sádico, e ao invés

de expressá-la em seu objeto original, pode agredir a si próprio.

Esse mecanismo ocorre pareado com a projeção, ou seja, fazemos para nós ou em nós mesmos, aquilo que originalmente queríamos fazer para outra pessoa ou objeto.

REGRESSÃO: é um mecanismo de defesa fundamental em nossas vidas instintivas.

Esse mecanismo se dá quando que, diante de conflitos que nos geram uma ansiedade grande, retornamos a uma fase do nosso desenvolvimento psíquico já resolvida (Brenner, 1973).

Às vezes essa regressão pode obter um equilíbrio intrapsíquico relativamente estável. Outras vezes, ela não é tão eficaz assim, podendo gerar outros conflitos.

SUBLIMAÇÃO: é considerado no meio psicanalítico como um dos mecanismos de defesa mais positivos, pois o mesmo faz com que uma pulsão de origem sexual seja descarregada por atos e comportamentos socialmente aceitáveis, como o trabalho, as atividades artísticas e as investigações científicas (Laplanche, Pontalis, 2001).

É um desejo primariamente sexual que obtém satisfação por vias não sexuais e coerentes com as exigências sociais.

Podemos dizer que o termo sublimação “*expressa um certo aspecto do funcionamento normal do cérebro*” (Brenner, 1973, pg: 108), pois a função egóica é satisfazer as necessidades do id de acordo com as limitações ambientais.

Um exemplo seria a criança que brinca com suas fezes e ao ser repreendida pelos pais, sublima esse impulso e começa a brincar com lama. Mais tarde, as denominadas”

massinhas para modelar” podem substituir os bolos de lama e na idade adulta, a argila pode substituir essas “massinhas” e esse indivíduo com uma fixação na fase anal, pode se tornar um escultor ou artista plástico amador ou profissional (Brenner, 1973).

Um outro exemplo seria o de um indivíduo com desejos destrutivos muito fortes, como o de cortar e retalhar as pessoas, numa fase mais avançada, esse desejo venha a se tornar um respeitado cirurgião.

Portanto, podemos resumir o termo sublimação à *“uma atividade substitutiva dessa natureza que se adapta ao mesmo tempo às exigências do ambiente e proporciona uma certa gratificação inconsciente ao derivativo de um impulso infantil que fora repudiado em sua forma original”* (Brenner, 1973, pg: 109).

INTROJEÇÃO: está estreitamente relacionado ao processo de identificação, onde o indivíduo coloca para dentro de si, de um modo fantasístico, características e qualidade de um objeto externo, animado ou inanimado (Laplanche, Pontalis, 2001).

FANTASIA: é um roteiro imaginário onde o indivíduo, de uma maneira fantasística, atinge a realização de um desejo. A fantasia pode apresentar-se de duas maneiras: fantasias conscientes ou sonhos diurnos e fantasias inconscientes (Laplanche, Pontalis, 2001).

É um mecanismo que não está presente somente em indivíduos com patologias mentais, e aparecem também em indivíduos “normais”.

Esse mecanismo baseia-se quando as pessoas freqüentemente atingem “objetivos e fogem da sua ansiedade” fantasiando aquilo

que poderia ter acontecido. Portanto, pode-se afirmar que a fantasia ajuda o indivíduo a lidar com suas frustrações e problemas que lhe causam ansiedade. Em algumas vezes, as fantasias como devaneios amorosos podem auxiliar o indivíduo no combate da depressão. Por outro lado, a fantasia em excesso pode fazer com que um indivíduo sinta-se completamente solitário, vivendo num mundo só dele, fazendo o mesmo se isolar e se isentar dos laços sociais (Davidoff, 2001).

RACIONALIZAÇÃO: é um processo pelo qual o indivíduo procura apresentar uma explicação coerente, do ponto de vista lógico, ou aceitável, do ponto de vista moral, para uma idéia ou sentimento (Laplanche, Pontalis, 2001).

Esse mecanismo de defesa possibilita ao indivíduo diminuir a dor e a frustração de eventos desagradáveis e a se sentir bem consigo mesmo e com a vida (Davidoff, 2001).

Ela usa várias táticas como a *“estratégia do limão doce”*, onde o indivíduo se defende racionalizando que o fora que levou da namorada(o) foi bom, pois o deixou mais independente. Há também a *“estratégia das uvas estavam verdes”*, onde a defesa se dá por afirmações como: não recebi essa promoção, pois a mesma só aumentaria a minha carga de trabalho, e assim por diante.

Portanto, a racionalização, em síntese, seria a invenção de razões plausíveis e aceitáveis para um sentimento ou afeto que faz o indivíduo sofrer, onde o mesmo mascara o desejo real e exhibe um comportamento racionalizado (Davidoff, 2001).

INTELECTUALIZAÇÃO: é um mecanismo onde o indivíduo, em termos discursivos e

formulações intelectuais, procura explicar o motivo dos seus sentimentos, tentando passar a expressão de domina-los completamente (Laplanche, Pontalis, 2001).

Indivíduos que utilizam o mecanismo de intelectualização, tendem a tratar as experiências potencialmente estressantes como algo a estudar ou analisar com olhos curiosos. A intelectualização pode diminuir o impacto de algo que seria completamente arrasador ou prejudicial (Davidoff, 2001).

Um exemplo seria um indivíduo que, em sua infância, sofresse de abusos por parte de seu pai, quando adulto, esse mesmo indivíduo, inconscientemente, teria um profundo interesse por estudos na área de anomalias e abusos sexuais relacionados a crianças.

Assim, como num texto do próprio Freud, “Leonardo Da Vinci e uma lembrança de sua infância”, onde diz que em indivíduos profundamente ligados a experiências e estudos científicos, assim como interesses artísticos, “a pesquisa torna-se uma atividade sexual, muitas vezes a única, e o advento que advém da intelectualização, e a explicação das coisas, substitui, em parte, a satisfação sexual...” (Freud, Vol. XI, 1910, Edição Eletrônica).

PSICOPATOLOGIA DINÂMICA

COMPORTAMENTO PERTURBADO

SEGUNDO A PSICANÁLISE

Em vista da ampla variedade de teorias psicológicas, e suas respectivas formas de resolução, o que causa problemas em um indivíduo, segundo a psicanálise?

Freud acreditava que os problemas tomam a forma de conflitos que geralmente

são experiências que surgem nos primeiros anos da infância. Essas lembranças são reprimidas, ou seja, excluídas da consciência, sem serem resolvidas, ou seja, sem terem obtido a devida satisfação. Portanto, esses conteúdos reprimidos, que aparentemente parecem ter sido “esquecidos”, continuam a agir no inconsciente, porém não podem ser explorada, a não ser através da análise, causando ansiedade no indivíduo (Davidoff, 2001).

Porém, quando esses conteúdos ameaçam emergir para o consciente, o ego usa de manobras defensivas para proteger-se contra esses conteúdos e impulsos até então reprimidos no inconsciente, através dos chamados mecanismos de defesa.

As psicopatologias psicodinâmica podem ser resumidas em NEUROSE, PSICOSE E PERVERSÃO.

PSICOPATOLOGIA PSICODINÂMICA

- Não há uma linha divisória nítida entre o normal e o anormal;
- Essa diferença pode residir na capacidade do indivíduo de lidar com o material reprimido, incluindo a sua proporção, que pode variar dependendo do conteúdo reprimido de cada um.

PSICONEUROSES ou NEUROSES

Nesse distúrbio, há um conflito entre o ego e id, durante a primeira infância, na época edipiana ou pré-edipiana. Esse conflito é resolvido de maneira satisfatória pelo ego, seja usando os mecanismos de defesa, como repressões ou sublimações, ou modificando o ego, através de identificações.

Essa resolução de conflitos entre o id e o ego se faz eficaz durante um longo período de tempo, fazendo com que o indivíduo funcione de uma maneira estável e equilibrada. Contudo, basta um acontecimento ou uma série deles, para que se destrua esse equilíbrio, fazendo com que o ego seja incapaz de lidar com esses desejos reprimidos, *“que cria para si, ao longo de caminhos sobre os quais o ego não tem nenhum poder, uma representação substitutiva, ou seja, o sintoma”* (Freud, 1906).

Portanto, esse ego se torna incapaz de fazer com que esses desejos remanescentes cessem, de modo que, esses impulsos ameacem irromper na consciência do indivíduo, e provocar comportamentos evidentes, apesar do ego fazer enormes esforços para o conter (Brenner, 1973).

É importante ainda frisar que na neurose, a única angústia predominante é a angústia de castração.

PSICOSE

A psicose, diferente da neurose, é um conflito entre o ego e o mundo externo. O mundo exterior não é percebido de modo algum, ou sua percepção não possui qualquer efeito (Freud, 1911, pg: 168).

Partindo dessa premissa, o ego produz somente para ele, um novo mundo interno e externo, onde esse mundo é constituído somente de desejos do id, e essa ruptura com o mundo externo, parece ser fruto de uma grande frustração de um desejo, que parece quase intolerável (Freud, 1910).

Portanto, para haver uma neurose, o fator decisivo seria a influência da realidade, onde o ego tomaria como aliada para conter os desejos do id. Já na psicose, o indivíduo

passaria a funcionar de acordo com o seu id, onde o seu ego, em conflito com o mundo externo, cria um mundo distinto do real, governado pelos desejos libidinosos do id, conseqüentemente, perdendo todo o contato com a realidade.

Podemos emparelhar a neurose e a psicose em aspectos semelhantes, onde essas patologias levam o indivíduo para longe da realidade. Todavia, na neurose, há uma separação do ego e um esforço para restabelecer as relações do indivíduo com essa realidade. Já na psicose, ocorre algo quase que semelhante, pois após essa perda do contato com a realidade, há também uma reparação, mas distinta da neurose, não com a realidade objetiva, mas sim uma outra realidade, criada autocraticamente pelo ego, e que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi completamente abandonada (Freud, Obra XIX, 1923-1925).

Portanto, podemos dizer que tanto na neurose, quanto na psicose, há uma expressão de rebelião por parte do id contra o mundo externo, onde o mesmo não consegue se adaptar às exigências impostas pela realidade (Freud, Obra XIX, 1923-1925).

Também é importante salientar, que na psicose, a angústia existente é a angústia de aniquilamento.

PERVERSÃO

A perversão é um distúrbio distinto da neurose e da psicose, pois o mesmo não se trata de um conflito, mas sim um “desvio em relação ao ato sexual” “normal”, onde o mesmo é definido como um coito que visa a obtenção do orgasmo através da penetração genital, com uma pessoa do sexo oposto, no qual é considerado o comportamento sexual

“normal” na nossa cultura e sociedade (Laplanche, Pontalis, 2001).

Portanto, a perversão seria o orgasmo obtido com outros objetos sexuais, distintos do parceiro heterossexual, como indivíduos do mesmo sexo (inversão), bestialidade (sexo com animais), ou por outras zonas corporais (como o coito anal) ou ainda, quando esse orgasmo provém de fontes extrínsecas ao indivíduo (fetichismo, travestismo, voyeurismo, exibicionismo, sadomasoquismo, entre outros) (Laplanche, Pontalis, 2001).

Sintetizando, a perversão é um conjunto de comportamentos sexuais e obtenção de prazer com os mesmos, contudo, por vias sexuais julgadas socialmente “anormais”.

MECANISMOS DE DEFESA DO EGO

Como o nome já diz, os mecanismos de defesa, são defesas utilizados pelo ego diante de impulsos e desejos reprimidos no inconsciente, que impedem com que os mesmos irrompam para o consciente, provocando ansiedade, desconforto ou até mesmo um enfraquecimento do ego, levando a sintomas psiconeuróticos ou até mesmo, psicóticos. Portanto, podemos considerar esses mecanismos de defesa um tanto quanto positivos, pois eles impedem que conteúdos inaceitáveis no nosso consciente venham a emergir. Todavia, se o uso desses mecanismos de defesa se torna muito freqüente e constante, também é uma questão a se preocupar, pois o indivíduo também estará fugindo do contato objetivo com a realidade.

Principais mecanismos de defesa:

REPRESSÃO: foi um dos primeiros mecanismos de defesa, além de ser o mais comentado e utilizado, pois ele tem a capacidade de tirar ou barrar da consciência, todos os desejos, emoções, ou fantasias indesejáveis vindos do id.

Porém, esse material reprimido continua catexizado, pois não teve sua resolução através da satisfação, e continua no inconsciente. Para fazer com que esse conteúdo reprimido continue inconsciente, o ego mantém essa repressão por meio do dispêndio constante de uma energia psíquica à sua disposição, chamada de “**contra-catexia**”, onde a mesma se opõe a catexia de energia impulsiva e libidinal com que está carregado o material reprimido.

Porém, esse equilíbrio entre catexia e contra-catexia nunca é fixo e estável, pois podem mudar a qualquer momento, fazendo com que a contra-catexia enfraqueça, ou a catexia do material reprimido aumente de intensidade, sem que haja um aumento correspondente da contra-catexia.

As contra-catexias do ego podem ser reduzidas por:

- Estados tóxicos ou febris;
- Ingestão excessiva de álcool ou qualquer outro tipo de drogas;
- Sedução ou tentação.

Vale a pena ressaltar-se que, se a contra-catexia falhar, a luta entre o id e o ego não terminam e esses impulsos não têm acesso ao consciente, pois ao perceber que os mecanismos contracatéxicos estão enfraquecendo ou falhos, o ego reage a essa emergência como a um novo perigo, produzindo sinais de alarme, como a ansiedade, mobilizando novas forças e outros

mecanismos de defesa que façam com que esse material continue reprimido.

É bom salientar que todo esse processo é inconsciente, e não depende de nossa vontade consciente, onde a única coisa de que temos consciência, é o resultado final.

Contudo, na clínica psicanalítica existe um estado consciente, denominado de *supressão*, onde consiste na conhecida decisão de esquecer alguma coisa e não pensar mais nela. Porém, é provável que haja intermediários entre a supressão e a repressão, da mesma forma que não há uma linha nítida que demarque essas duas.

Dessa forma, o material reprimido, então seria algo totalmente apartado do ego e pertencente somente às instâncias do id.

A repressão não é um mecanismo de defesa que esteja presente desde o início. Ela pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão entre a atividade mental consciente ou inconsciente.

FORMAÇÃO REATIVA: esse mecanismo de defesa é um hábito psicológico ambivalente, onde um indivíduo manifesta um sentimento ou afeto contrário ao sentimento real reprimido ou recalcado (Laplanche, Pontalis, 2001).

Dessa maneira, um indivíduo que sente um enorme ódio reprimido, pode defender-se com sentimentos de amor, ou vice-versa (Brenner, 1973).

O ego, dessa maneira, defende-se do desejo recalcado que ameaça emergir, distorcendo-o por ser socialmente inaceitável, por outro mais aceitável (Brenner, 1973).

Um exemplo seria uma pessoa com um imenso controle sobre os seus desejos e instintos sexuais, o vendo como sujos e

inadequados, no lugar de um afeto perverso e sádico de esfera sexual.

É bom salientar que não pode haver formação reativa sem antes ocorrer uma repressão, pois é exatamente essa material contra-catequizado que, ao tentar fluir para a esfera consciente, é substituído de uma maneira inconsciente, por um outro sentimento completamente oposto e mais aceitável pelo ego.

ISOLAMENTO: esse mecanismo de defesa é típico da neurose obsessiva, onde se isola um comportamento ou pensamento, de maneira que suas conexões com os outros pensamentos ou com o resto da existência do sujeito fiquem rompidos (Laplanche, Pontalis, 2001).

Ele também pode ser chamado de isolamento do sentimento ou repressão do sentimento e consiste em manter um “cordão que isole o pensamento reprimido antes que o mesmo emergja para o consciente do indivíduo.

Esses sentimentos, afetos e emoções isolados são geralmente dolorosos e, quando alguma fantasia relacionada com esses sentimentos ameaça emergir ao consciente, o mesmo é isolado pelo ego (Brenner, 1973).

ANULAÇÃO: é um mecanismo de defesa similar ao isolamento, porém, ele faz com que “o sujeito se esforce por fazer com que pensamentos, palavras, gestos e atos passados não tenham acontecido” (Laplanche, Pontalis, 2001, pg: 27).

O ego então anula esses sentimentos que podem causar danos se os mesmo tornarem-se conscientes ou forem satisfeitos (Brenner, 1973).

NEGAÇÃO: esse mecanismo de defesa faz com que o indivíduo negue um desejo até então recalado, que emerge para o consciente (Laplanche, Pontalis, 2001).

Ele é utilizado quando outros mecanismos de defesa não foram suficientes para barrar o desejo reprimido, portanto, ao negar tal sentimento, lhe dando pouca atenção, faz com que o mesmo seja menos doloroso e sua presença parcialmente anulada (Brenner, 1973).

PROJEÇÃO: é um mecanismo de defesa arcaico, que geralmente aparece junto com a negação, onde o indivíduo nega o seu desejo e localiza o mesmo no outro, ficando isento de tal emoção.

Portanto, a pessoa atribui a um outro objeto, animado ou inanimado, um desejo que é somente seu (Brenner, 1973).

É um mecanismo de defesa que está presente em patologias como a psicose paranóide, mas também pode fazer parte das mentes de pessoas que não estão psicologicamente enfermas (Brenner, 1973).

Portanto, quando o ego utiliza o mecanismo de projeção, é como se dissessemos inconscientemente: “ *Não fui eu quem tive um desejo tão mal ou perigoso, foi ele...*” (Brenner, 1973, pg: 105).

VOLTAR-SE CONTRA SI-PRÓPRIO: é uma defesa também considerada arcaica, pois é quando um indivíduo sente algo extremamente forte, raiva, ou um desejo sádico, e ao invés de expressá-la em seu objeto original, pode agredir a si próprio.

Esse mecanismo ocorre pareado com a projeção, ou seja, fazemos para nós ou em

nós mesmos, aquilo que originalmente queríamos fazer para outra pessoa ou objeto.

REGRESSÃO: é um mecanismo de defesa fundamental em nossas vidas instintivas.

Esse mecanismo se dá quando que, diante de conflitos que nos geram uma ansiedade grande, retornamos a uma fase do nosso desenvolvimento psíquico já resolvida (Brenner, 1973).

Às vezes essa regressão pode obter um equilíbrio intrapsíquico relativamente estável. Outras vezes, ela não é tão eficaz assim, podendo gerar outros conflitos.

SUBLIMAÇÃO: é considerado no meio psicanalítico como um dos mecanismos de defesa mais positivos, pois o mesmo faz com que uma pulsão de origem sexual seja descarregada por atos e comportamentos socialmente aceitáveis, como o trabalho, as atividades artísticas e as investigações científicas (Laplanche, Pontalis, 2001).

É um desejo primariamente sexual que obtém satisfação por vias não sexuais e coerentes com as exigências sociais.

Podemos dizer que o termo sublimação “*expressa um certo aspecto do funcionamento normal do cérebro*” (Brenner, 1973, pg: 108), pois a função egóica é satisfazer as necessidades do id de acordo com as limitações ambientais.

Um exemplo seria a criança que brinca com suas fezes e ao ser repreendida pelos pais, sublima esse impulso e começa a brincar com lama. Mais tarde, as denominadas “massinhas para modelar” podem substituir os bolos de lama e na idade adulta, a argila pode substituir essas “massinhas” e esse indivíduo com uma fixação na fase anal, pode se tornar

um escultor ou artista plástico amador ou profissional (Brenner, 1973).

Um outro exemplo seria o de um indivíduo com desejos destrutivos muito fortes, como o de cortar e retalhar as pessoas, numa fase mais avançada, esse desejo venha a se tornar um respeitado cirurgião.

Portanto, podemos resumir o termo sublimação à *“uma atividade substitutiva dessa natureza que se adapta ao mesmo tempo às exigências do ambiente e proporciona uma certa gratificação inconsciente ao derivativo de um impulso infantil que fora repudiado em sua forma original”* (Brenner, 1973, pg: 109).

INTROJEÇÃO: está estreitamente relacionado ao processo de identificação, onde o indivíduo coloca para dentro de si, de um modo fantasístico, características e qualidade de um objeto externo, animado ou inanimado (Laplanche, Pontalis, 2001).

FANTASIA: é um roteiro imaginário onde o indivíduo, de uma maneira fantasística, atinge a realização de um desejo. A fantasia pode apresentar-se de duas maneiras: fantasias conscientes ou sonhos diurnos e fantasias inconscientes (Laplanche, Pontalis, 2001).

É um mecanismo que não está presente somente em indivíduos com patologias mentais, e aparecem também em indivíduos “normais”.

Esse mecanismo baseia-se quando as pessoas freqüentemente atingem “objetivos e fogem da sua ansiedade” fantasiando aquilo que poderia ter acontecido. Portanto, pode-se afirmar que a fantasia ajuda o indivíduo a lidar com suas frustrações e problemas que lhe causam ansiedade. Em algumas vezes, as

fantasias como devaneios amorosos podem auxiliar o indivíduo no combate da depressão. Por outro lado, a fantasia em excesso pode fazer com que um indivíduo sinta-se completamente solitário, vivendo num mundo só dele, fazendo o mesmo se isolar e se isentar dos laços sociais (Davidoff, 2001).

RACIONALIZAÇÃO: é um processo pelo qual o indivíduo procura apresentar uma explicação coerente, do ponto de vista lógico, ou aceitável, do ponto de vista moral, para uma idéia ou sentimento (Laplanche, Pontalis, 2001).

Esse mecanismo de defesa possibilita ao indivíduo diminuir a dor e a frustração de eventos desagradáveis e a se sentir bem consigo mesmo e com a vida (Davidoff, 2001).

Ela usa várias táticas como a *“estratégia do limão doce”*, onde o indivíduo se defende racionalizando que o fora que levou da namorada(o) foi bom, pois o deixou mais independente. Há também a *“estratégia das uvas estavam verdes”*, onde a defesa se dá por afirmações como: não recebi essa promoção, pois a mesma só aumentaria a minha carga de trabalho, e assim por diante.

Portanto, a racionalização, em síntese, seria a invenção de razões plausíveis e aceitáveis para um sentimento ou afeto que faz o indivíduo sofrer, onde o mesmo mascara o desejo real e exhibe um comportamento racionalizado (Davidoff, 2001).

INTELECTUALIZAÇÃO: é um mecanismo onde o indivíduo, em termos discursivos e formulações intelectuais, procura explicar o motivo dos seus sentimentos, tentando passar a expressão de domina-los completamente (Laplanche, Pontalis, 2001).

Indivíduos que utilizam o mecanismo de intelectualização, tendem a tratar as experiências potencialmente estressantes como algo a estudar ou analisar com olhos curiosos. A intelectualização pode diminuir o impacto de algo que seria completamente arrasador ou prejudicial (Davidoff, 2001).

Um exemplo seria um indivíduo que, em sua infância, sofresse de abusos por parte de seu pai, quando adulto, esse mesmo indivíduo, inconscientemente, teria um profundo interesse por estudos na área de anomalias e abusos sexuais relacionados a crianças.

Assim, como num texto do próprio Freud, “Leonardo Da Vinci e uma lembrança de sua infância”, onde diz que em indivíduos profundamente ligados a experiências e estudos científicos, assim como interesses artísticos, “a pesquisa torna-se uma atividade sexual, muitas vezes a única, e o advento que advém da intelectualização, e a explicação das coisas, substitui, em parte, a satisfação sexual...” (Freud, Vol. XI, 1910, Edição Eletrônica).

Referências bibliográficas:

BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise*. 5ª ed., Imago, São Paulo, 1973.

PONTALIS; LAPLANCHE. *Vocabulário da Psicanálise*. 4ª ed., Martins Fontes, São Paulo, 2001.

DAVIDOFF, L. Linda. *Introdução à Psicologia*. 3ª ed.; Makron, São Paulo, 2001.

FREUD, Sigmund. *Edição eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1998.

BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise*. 5ª ed., Imago, São Paulo, 1973.

DAVIDOFF, L. Linda. *Introdução à Psicologia*. 3ª ed.; Makron, São Paulo, 2001.

FREUD, Sigmund. *Edição eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1998.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos transtornos Mentais*, 2000, Artmed, Porto Alegre.

KAPLAN, I. Harold; SADOCK, J. Benjamim; GREBB, A. Jack. **Compêndio de Psiquiatria**, 2003, Artmed, Porto Alegre.

LAPLANCHE & PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise**, 2001, Martins Fontes, São Paulo.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**, 1994, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.



Autor: Márcio José Sant' Ângelo

Estudante do 5º Ano de Psicologia pela UNIFAE (Centro Universitário de São João da Boa Vista).

Monitor de TEP (Técnicas e Exames Psicológicos), Monitor de Psicologia Experimental em Laboratório de Informática,

Links:

www.alunospsico.hpg.com.br

www.rh.com.br

www.fae.br/cur_psicologia/literaturas/Grandes%20Te%F3ricos.PDF

Contato com o Autor:

marciosantangelo@iq.com.br

marcio@santangelo.psc.br

marciosantangelo@pop.com.br

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS
COPYRIGHT@ MÁRCIO JOSÉ SANT' ÂNGELO (UNIFAE) 2004