



A PERSONALIDADE PSICÓTICA

"PERSONALIDADE É A ORGANIZAÇÃO DINÂMICA DOS TRAÇOS NO INTERIOR DO EU, FORMADOS A PARTIR DOS GÊNES PARTICULARES QUE HERDAMOS, DAS EXISTÊNCIAS SINGULARES QUE EXPERIMENTAMOS E DAS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS QUE TEMOS DO MUNDO, CAPAZES DE TORNAR CADA INDIVÍDUO ÚNICO EM SUA MANEIRA DE SER, DE SENTIR E DE DESEMPENHAR O SEU PAPEL SOCIAL, EM RESUMO: PERSONALIDADE É UM PROCESSO BIOPSISSOCIAL".

As psicoses são distúrbios resultantes de conflitos entre Eu e realidade (mundo externo), refletem o fracasso no funcionamento do Eu em permanecer e aceitar a dependência do mundo externo a custo da supressão dos desejos.

O afastamento do Eu da realidade é a primeira etapa da psicose e a segunda é a tentativa de reparar o dano remodelando a realidade. Nesta situação a realidade é mascarada através do predomínio de uma fantasia de poder na mente e nas ações do psicótico que visa destruir a realidade. Essa ilusão é tão dominadora que para o psicótico sua percepção pode ser fragmentada em pequenos pedaços.

O psicótico despedaça os objetos e fragmenta sua personalidade, isto leva ao ódio e a sensação de não poder restaurar seu próprio Eu, comprometendo as características de personalidade que proporcionariam a base para a compreensão de si mesmo e dos demais. É uma doença mental caracterizada pela distorção do senso de realidade, uma inadequação e deficiência no pensamento, sentimento e na afetividade que compromete todo o comportamento existencial do indivíduo.

Estas psicoses podem ser classificadas como:

Esquizofrenia: é um transtorno mental caracterizado pela desestruturação do pensamento, dificuldade de comunicação, isolamento e introversão, desagregação da personalidade e perda do contato com a realidade. O pensamento, a afetividade e o comportamento são comprometidos. Os principais sintomas são: delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento desorganizado.

Transtorno Esquizoafetivo: características tanto da Esquizofrenia quanto dos Transtornos de Humor. Tem sintomas de esquizofrenia associados aos sintomas de



doença afetiva bipolar (antigamente conhecida como psicose maníaco-depressiva) ou de depressão. Esses sintomas podem apresentar-se juntos ou de maneira alternada.

Transtorno Delirante: pensamento no qual o indivíduo tem uma crença inabalável em idéias falsas, irracionais ou sem lógica. Podem apresentar alucinações, mais comumente relacionadas ao tato e ao olfato. Antigamente recebia o nome de Paranóia.

Seus Subtipos são:

1. **Tipo erotomaniaco:** geralmente refere-se mais a um amor romântico idealizado ou uma união espiritual do que propriamente uma atração sexual.
2. **Tipo grandioso:** de possuir um grande talento, conhecimento ou ter feito uma importante descoberta ainda que isso não seja reconhecido pelas demais pessoas. Diz ser amigo de um presidente ou ser portador de uma mensagem divina.
3. **Tipo ciumento:** de que está sendo traído pelo cônjuge.
4. **Tipo persecutório:** de que está sendo alvo de algum prejuízo ou perseguido.
5. **Tipo somático:** de que possui alguma doença ou deficiência física.
6. **Tipo misto:** acima citados misturados.
7. **Tipo inespecífico:** diferentes dos descritos acima.

Transtorno Delirante Persistente: caracterizado, essencialmente, pelo desenvolvimento insidioso de um sistema delirante duradouro e inabalável mas, apesar dos delírios há manutenção da clareza e da ordem do pensamento, da vontade e da ação. Neste caso são as idéias delirantes que mantêm o indivíduo “estruturado e organizado”. Destaca-se neste sentido a prevalência de delírios não-bizarros persistentes. As alucinações não são habituais, sendo as táteis ou olfativas mais freqüentes. Preservação do funcionamento social. A maioria dos pacientes podem parecer normais em seus papéis interpessoais e ocupacionais, entretanto, em alguns o prejuízo ocupacional pode ser substancial e incluir isolamento social. Tratam-se de delírios interpretativos, egocêntricos, sistematizados e coerentes., cujo conteúdo pode ser de prejuízo, perseguição ou grandeza, com nuances eróticas, de invenção, reforma ou ciúme (mais comum nas mulheres). O relacionamento conjugal pode sofrer prejuízos.

Os tipos mais comuns são:

1. **Erotomaniaco:** o delírio se refere ao amor romântico idealizado ou união espiritual. Acreditam ser amados por pessoa do sexo oposto que ocupa uma posição social elevada. Podendo, em alguns casos, serem pessoas normais (antigos afetos) e estranhas.
2. **Grandeza:** delírio de possuir algum grau de parentesco ou ligação com personalidades importantes, possuir algum talento especial, ter



descoberto algo importante, ter dons mágicos e sobrenaturais, ter grande fortuna, ser um profeta ou enviado de Deus.

3. **Ciúme:** o psicótico está convencido, sem motivo justo ou evidente, da infidelidade de seu companheiro. Averigua roupas, manchas, cheiro, correspondência ou recados, desconfia de pessoas do sexo oposto que se aproxima do companheiro para justificar sua contínua desconfiança. Passa a exigir que o companheiro permaneça em casa ou só saia em sua companhia, entre outras coisas absurdas.
4. **Persecutório:** É o tipo mais comum. O delírio envolve a crença de estar sendo vítima de conspiração, traição, espionagem (por meio de implante de chip em algum local do corpo), perseguição, envenenamento ou intoxicação com drogas ou estar sendo alvo de comentários maliciosos.
5. **Somático (Parafrenia):** ocorrência de variadas formas de delírios somáticos e, neste caso, com maiores possibilidades de alucinações. Convicção de que exala odores fétidos de sua pele, boca, reto ou vagina, de que está infestada por insetos na pele ou dentro dela, invadida por parasitas internos, acredita ter deformações de certas partes do corpo ou órgãos que não funcionam.

Psicótico Breve: apresentando delírios, alucinações, linguagem ou comportamento desorganizado ou com o Transtorno Delirante. Entretanto esses sintomas deverão estar presentes por um curto espaço de tempo. Geralmente são situações estressantes que precipitam o quadro.

Psicose Reativa Breve (Transtorno Psicótico Transitório): se caracteriza pelo aparecimento abrupto dos sintomas psicóticos sem a existência de sintomas pré-mórbidos seguindo-se à um estressor psicossocial. Os sinais e sintomas clínicos são similares àqueles vistos em outros distúrbios psicóticos, como na Esquizofrenia e nos Transtornos Afetivos com Sintomas Psicóticos. O prognóstico é bom e a persistência de sintomas residuais não ocorre. Durante o surto observa-se incoerência e acentuado afrouxamento das associações, delírios, alucinações e comportamento catatônico ou desorganizado. Há componentes afetivos com mudanças bruscas de um afeto para outro, perplexidade e confusão. É a psicose onde os fatores ambientais exercem maior influência.

A Psicose Reativa satisfaz a necessidade do paciente em representar simbolicamente a si e aos outros através da natureza interna de suas contradições, angústias e paixões, numa espécie de falência aguda de sua capacidade de adaptação a uma situação sofrível. Deste modo, ocorre um “ganho ou benefício secundário” na medida em que o psicótico foge ou nega a realidade traumática e insuportável que desencadeou os sintomas. Na verdade, transfere seu fracasso e frustração para um delírio escondendo-se da realidade por meio de um estado autístico ou amnésico. É de grande alívio a transferência da carga emocional afetiva da realidade para uma situação fantasiosa (de um complexo de idéias para um outro), onde as coisas são vivenciadas de forma irreal ou simbólica.



Psicose Induzida por Substâncias Psicoativas (álcool e/ou drogas): conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranóide, grandeza ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão, mas esta não é grave.

Psicótico Compartilhado (Codependência): passa a apresentar sintomas psicóticos (delírios), a partir da convivência próxima com um doente psicótico. Comumente ocorre dentro de uma mesma família, entre cônjuges, pais e filhos ou entre irmãos.

Autismo: é uma desordem na qual uma criança jovem não pode desenvolver relações sociais normais, se comporta de modo compulsivo e ritualista. Geralmente não desenvolve inteligência normal. Uma criança autista prefere estar só, não desenvolve relações pessoais íntimas, não abraça, evita contato com o olhar, resistente às mudanças, é excessivamente presa a objetos familiares e repete continuamente certos atos e rituais

Nas psicoses o vínculo com a realidade é mais tênue e frágil e os aspectos da realidade são negados totalmente e substituídos pela formação de idéias particulares e peculiares que atendem unicamente às características da doença. Ao paciente é imposto, pelo processo psicótico, uma maneira patológica de representar a realidade, elaborar conceitos e relacionar-se com o mundo. Os fatores que se destacam na formação e estruturação de uma psicose são: constituição, temperamento, caráter, experiências vividas e ambiente sócio-familiar. Apresenta vulnerabilidade psíquica, o que faz crer que a patologia seja oriunda de uma constituição da personalidade.

A psicose infantil se destaca quando se observa a existência de relacionamento prejudicado com as pessoas, confusão de identidade pessoal e inconsciência do eu, preocupação anormal com objetos, resistência a mudanças no ambiente, alteração da sensibilidade, ansiedade excessiva, perturbação da linguagem e da fala, hiperatividade ou hipoatividade e déficit ou atraso no desenvolvimento intelectual.

Hipóteses da origem da doença psicótica:

Atualmente reconhece-se a idéia clássica de predisposição e vulnerabilidade.

O **modelo da vulnerabilidade** considera que a patologia é precedida e facilitada por determinados fatores biopsicossociais necessários ao seu desenvolvimento. O modelo da vulnerabilidade defende a hipótese de que existe uma disfunção genética capazes de tornar propenso o desenvolvimento dos sintomas psicóticos em certas condições de tensão ambiental.



Este modelo se baseia em anomalias constitucionais implicadas no desenvolvimento da doença descritas como Transtornos de Personalidade. Tais fatores, conhecidos como “marcadores genéticos”, sugerem um risco biológico de a pessoa vir a apresentar a doença.

Os constituintes genético seriam um fator indispensável e sobre o qual os fatores ambientais desempenhariam um papel no desenvolvimento da psicose, assim sendo, as pessoas portadoras desta vulnerabilidade, uma vez expostas a fatores de estresse (conflitos, perdas, morte, violência física ou psíquica, ...), desenvolvem a doença. Entre os marcadores preditivos o Transtorno Esquizóide e Paranóide da Personalidade surgem como os mais significativos.

No tocante ao **modelo de desenvolvimento neuropsicológico**, a origem da patologia se deve a uma fragilidade da arquitetura biológica do sistema nervoso oriunda do desenvolvimento genético. Assim, considera a patologia decorrente de anomalias consequentes de uma instabilidade cerebral que surge durante a vida intra-uterina ou peri-natal. As agressões neurológicas responsáveis por esta instabilidade cerebral seriam de natureza virótica, nutricional ou de complicações obstétricas. As manifestações clínicas dessa instabilidade cerebral variam segundo o grau de maturidade cerebral e segundo os fatores ambientais.

Na adolescência, por uma alteração do processo sináptico cortical habitual ou diante das dificuldades ambientais, os sintomas psicóticos se manifestariam como decorrência da perda ou aumento de conexões neuronais que deveriam existir dentro de um padrão de normalidade.

O que se pode afirmar é que existe um caráter multifatorial na origem das psicoses: ambos os modelos (vulnerabilidade e desenvolvimento neuropsicológico) se sobrepõem no desenvolvimento da doença e as fases de adolescência e puberdade representam períodos de risco ao desenvolvimento da psicose. Resumindo, a doença se dá devido à soma das tensões ambientais aos fatores predisponentes individuais.

Também é possível afirmar que alterações quantitativas refletem um padrão neurótico, o que é mais facilmente tratável; contrariamente, as alterações qualitativas, que evidenciam um padrão psicótico, tornam os sintomas mais graves e difícil de tratar. Devido à multifatorialidade das causas é que se coloca a grande dificuldade em estabelecer em que ponto, do desenvolvimento biopsicossocial, se dá a diferença entre alterações quantitativas e qualitativas.

A psicose infantil:

É um transtorno de personalidade e da organização do eu da criança com o meio ambiente. As características da psicose infantil são: dificuldade para se afastar da mãe; problemas para compreender o que vê; alterações significativas na forma ou conteúdo do discurso, repetindo de imediato palavras ou frases ouvidas. É comum a inversão pronominal, referindo-se a ela mesma usando a terceira pessoa do singular ou o seu nome próprio (troca o “eu quero” por “ele quer, neném quer, Fábio quer”); levam qualquer objeto à boca por dificuldade de fazer diferenciação.

Estes pacientes evidenciam uma conduta agressiva e inadequada tanto no contexto social como familiar, agredem seriamente outras crianças; observa-se falta de sensibilidade à dor, não reclamam de machucados graves ou injeções, sentem-se



atraídos por odores fortes de combustíveis e tinta, falam como um bebê sendo difícil de compreendê-lo. Exigem a constante presença da mãe, não admitindo que ela saia para trabalhar; apresentam conduta inadequada em locais públicos como: gritar, espernear, rolar pelo chão.

Para a formação saudável da psique do bebê é necessário que mãe e ambiente sejam suficientemente bons. Caso isto não ocorra ou não sejam corrigidas as falhas surge uma relação de carência que acarreta para o bebê uma grande ansiedade. Assim, a ocorrência de distorções, principalmente, no relacionamento mãe-bebê dariam origem aos quadros psicóticos. A mãe do psicótico está presa a um momento anterior da indiferenciação o de “Ser ou Não Ser”, pois para a mãe do psicótico o filho torna-se uma parte do seu ser, um prolongamento de si. A solução psicótica se dará pela recusa da percepção da realidade.

A falha da relação afetiva da criança com sua mãe e seu ambiente sócio-familiar têm por consequência no bebê, uma intensa dor psíquica e a incapacidade de tolerar a frustração. São afetadas as funções psíquicas que estabelecem contato com a realidade externa e interna à custa da destruição da personalidade.

A estrutura psicótica de personalidade na criança é evidenciada por: carência de adequação à realidade, distorção na percepção do mundo externo e na relação ou no vínculo com as pessoas; escolha de brinquedos e brincadeiras bizarras e perigosas; falta de criatividade; tolerância mínima à frustração, em consequência do predomínio do “princípio do prazer”; e, dificuldades de aprendizagem.

A psicose na adolescência:

A adolescência é um período de profundas mudanças internas e externas tanto físicas, como emocionais e mentais. É também a idade em que predomina a eclosão da maioria dos transtornos emocionais. Entre os transtornos emocionais da adolescência o mais temido é a psicose, tanto por sua gravidade quanto pelo prognóstico e necessidade de tratamento imediato. Este é o período mais comum para eclosão da esquizofrenia. O máximo cuidado para o diagnóstico tem importância no tratamento precoce do paciente e orientação dos seus familiares e também devido ao risco de evolução incapacitante da doença, cujo momento de maior perigo para sequelas incapacitantes se situa nos dois primeiros anos da psicose.

É importante notar que o sintoma que antecede ao primeiro surto psicótico não se parece com sintomas psicóticos propriamente ditos. Geralmente surgem como mudanças do comportamento, da afetividade e do pensamento. Não se tratam de sintomas psicóticos, como já mencionados acima, mas de sintomas bem mais atenuados, mas que aos olhos de um profissional devidamente treinado e experiente, sugere investigar a presença da doença. Estudos recentes demonstram que aproximadamente metade dos adolescentes, diagnosticados erradamente como esquizofrênicos, na realidade eram portadores de Transtornos da Personalidade Anti-social ou Borderline.

Dentre os sintomas psicóticos no adolescente se destacam: idéias delirantes, empobrecimento afetivo, alucinações, perda da lógica, discurso desorganizado, perda da vontade, alteração do comportamento e disfunção social, transtornos da conduta e do comportamento e risco suicida. Destaque deve ser dado ao Episódio Delirante Agudo na adolescência que se caracteriza como sendo uma crise delirante aguda, cujos sintomas



correspondem aos Transtornos Psicóticos Breves ou aos Transtornos Esquizofreniformes. Tais achados devem ser seriamente considerados pelo fato de terem diferenças significantes quanto ao prognóstico. O Transtorno Psicótico Breves tem melhor prognóstico quando comparado ao Transtorno Esquizofreniforme. A característica essencial do Transtorno Psicótico Breve é uma perturbação que se expressa por meio de delírios, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento amplamente desorganizado, podendo chegar até a catatonia. Experimentam tumulto emocional ou oscilações rápidas de algum afeto intenso. O nível de prejuízo pode ser severo na fase aguda, podendo exigir supervisão para garantir que as necessidades sociais, higiênicas e nutricionais sejam atendidas e que o indivíduo seja protegido das consequências do prejuízo de sua crítica.

A psicose no adulto:

Os sintomas característicos da “psicose propriamente dita” envolvem disfunções cognitivas com prejuízo da crítica, alterações da sensopercepção, distúrbios do pensamento, da linguagem, da comunicação, do comportamento, da volição, dos impulsos, da atenção e do afeto. Todo esse conjunto sintomático acaba por resultar em sério prejuízo no funcionamento ocupacional ou social. Em termos de comportamento e interação social, a maior parte dos psicóticos mantém contatos sociais relativamente limitados. Na psicose, os que eram socialmente ativos podem tornar-se retraídos, perdem o interesse em atividades com as quais anteriormente sentiam prazer, tornam-se menos falantes e curiosos, e podem passar a maior parte de seu tempo na cama. Para a família esses sintomas de apatia e desinteresse, chamados de sintomas negativos, costumam ser o primeiro sinal com que se deparam.

No Transtorno do Humor Grave com Sintomas Psicóticos os sintomas psicóticos podem, aparecer no transcurso de um episódio depressivo maior ou de um episódio maníaco com maior frequência na adolescência que na idade adulta. Nestes casos os sintomas psicóticos mais frequentes nos Transtornos do Humor com Sintomas Psicóticos são as idéias delirantes, alucinações auditivas e transtornos do pensamento: perda de associações, incoerência, pobreza do conteúdo, neologismos, perseveração, bloqueios e ecolalia. Na adolescência as alucinações auditivas são mais comuns em Transtornos Bipolares Graves, o que explica a frequência dos erros de diagnósticos em pacientes que sofrem Transtornos Bipolares. Os Transtorno Esquizoafetivo não são mencionados nesta fase, pois se observa mais os Transtornos de Personalidade. No tocante aos familiares, observa-se com frequência existirem Transtornos Afetivos.

As alucinações, embora sejam tipicamente associadas aos transtornos mentais psicóticos, também podem ocorrer em pessoas sem psicoses, podendo existir em alguns outros transtornos emocionais, tais como Depressão Grave. Fatores que favorecem a ocorrência das alucinações: sensibilidade ao estresse, elementos culturais (de cunho religioso, místico ou ritualístico), o que caracteriza a Psicose Compartilhada. Neste caso a alucinação cultural funciona como uma espécie de desprezo à realidade, à medida que proporcionem apoio à fantasia coletiva (como ocorrem em cerimônia religiosas). Pesquisadores têm observado que alucinações e idéias delirantes podem se manifestar em pacientes portadores de Personalidade Borderline e Esquizotípica, Estresse Pós-Traumático e Transtornos Dissociativos (personalidade neurótica,



notadamente, histeriônica). Há de se considerar ainda as alucinações devido ao uso de drogas, nesta circunstância tanto o adulto quanto o adolescente têm noção e crítica da irrealidade do que está percebendo, tornando esses fenômenos mais um tipo de pseudo-alucinações do que alucinações propriamente ditas.

Assim sendo, o psicótico de risco apresentará traços daquilo que se considera Personalidade Esquizóide ou Paranóide, fazendo parecer uma simples manifestação de adolescência, mas que na verdade já evidencia uma vulnerabilidade psicótica. Em geral, pode ser imperceptível a transição entre sintomas não-psicóticos e francamente psicóticos. Esses traços costumam ser de insatisfação da pessoa consigo mesma. Há uma mudança no estado habitual passando a ocorrer, em princípio, sintomas de natureza neurótica, que produzem sofrimento tais como a ansiedade, hipocondria, síndromes depressivas, mudanças afetivas, anedonia, apatia, irritabilidade, retraimento social, falta de iniciativa e, até mesmo, transtornos do sono. Tais sintomas evoluem para mudanças na cognição, na percepção, na vontade e nas funções motoras.

Prognóstico e Tratamento das Psicoses:

As expectativas dos resultados variam de acordo com o distúrbio específico. Os sintomas podem ser CONTROLADOS com o tratamento medicamentoso. Atualmente o desenvolvimento de novas substâncias medicamentosas tem alcançado êxito no CONTROLE da psicose, uma vez que até o momento não há cura. Às vezes, fármacos que alteram o funcionamento ou comportamento mental (psicotrópicos ou antipsicóticos) demonstram eficácia ao tratar a patologia. No entanto, esse tratamento deve ser de longa duração (na grande maioria das vezes, por toda vida), tendo em vista que a psicose limita ou, até mesmo, impede o funcionamento social do psicótico.

O comprometimento da família no que diz respeito à compreensão da doença, na necessidade de assistência médica e psicológica contínuas ao paciente, no zelo com a administração dos medicamentos e realização de psicoterapias é de suma importância na preservação da estabilidade psíquica do psicótico. A psicoterapia é fundamental no tratamento dos distúrbios psicóticos, mormente no que concerne ao contato do paciente com a realidade a sua volta.

Proporcionar ao paciente um ambiente ameno, acolhedor e produtivo contribui para estabilizar o quadro de alterações emocionais. Atividades artísticas (pintura, música, oficinas terapêuticas, centros de convivência) auxiliam na diminuição da utilização de medicamentos a custo da manutenção do equilíbrio das tensões psíquicas.

Cabe ressaltar que este tipo de paciente não consegue manter-se totalmente livre dos medicamentos. Por vezes, é necessário o acompanhamento em um hospital, que deverá ser por tempo curto e limitado para que o paciente não se distancie dos vínculos que o mantém em contato com a realidade e nem seja estigmatizado no contexto sócio-familiar.

O tratamento varia dependendo da causa da psicose, do contexto histórico ou biográfico, do grau de cultura do psicótico e dos seus familiares, do meio ambiente que frequenta, da assistência médica e psicológica, do uso adequado dos medicamentos, dos fatores nutricionais e assistenciais. O sucesso no controle dos sintomas fica na



dependência de que todos os que lidam com o psicótico, entenderem que precisam, antes de tudo, ver o psicótico como um SER SOCIAL.

"(...) aqueles que não podem lembrar o passado, estão condenados a repeti-lo" (*"Those who cannot remember the past, are condemned to repeat it"*). *A Vida da Razão*, de 1905. (**George Santayana**)

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: ma@icc-br.org