

FIGURAÇÕES DA ANSIEDADE EM ESTRUTURAS DE PERSONALIDADE ESPECÍFICAS: UM EXERCÍCIO DIDÁTICO

Ana Claudia Yamashiro Arantes ; Gilvanio Pedroso Priscila Fontana; Roselei Souza
Julio; Daina Sebenello; Dirceu Minella; Sheila Mara Vilanova; Kelly Gimenez

Unidade Central de Educação FAI Faculdades - UCEFF/Chapecó - SC, Brasil

RESUMO

Recursos didáticos facilitadores da aprendizagem demandam uma atitude ativa do acadêmico, retirando-o da zona de conforto puramente receptiva do saber. Este artigo, de caráter ensaístico, visa ilustrar um recurso didático pedagógico específico: a utilização criativa de estudo de caso, visando incitar a criação de casos clínicos a partir de determinados parâmetros, os quais demandam pela síntese do conhecimento apreendido no decorrer do componente curricular. Foi aqui demandado como trabalho final da disciplina Psicopatologia II que os acadêmicos inventassem um estudo de caso cujo sintoma principal fosse a ansiedade, problematizando a partir dele diversos aspectos, os quais deveriam envolver: aspectos fenomenológicos e psicodinâmicos da ansiedade, o modo como articularia sintomas específicos nos quadros de toxicomania, e como se apresentaria a semiologia dos sintomas em estruturas psicóticas e perversas de personalidade. Além disso, envolviam também o conhecimento da propedêutica a ser adotada, bem como o delineamento de nosografias específicas.

Palavras-chave: Estudo de caso, ansiedade, psicodinâmica, toxicomanias

A ansiedade é um afeto que se desdobra em diversas patologias, infiltrando-se na vida e confundindo-se com a própria personalidade. Antes de ser vista de forma nosográfica e simplesmente medicada (o que não é, em absoluto, função do psicólogo), a fim de se identificar neste afeto um mal a ser extirpado, a ansiedade se trata de um sentimento de ameaça difuso largamente encontrado. Nela, tudo se torna ameaçador perante o anseio de segurança do eu, sejam questões internas (os afetos, passíveis de serem transformados em representações e se tornarem sentimentos), sejam externas (desafios que colocam sob ameaça a organização defensiva do eu). Se a ansiedade se projeta em um único objeto, ela se transforma em medo. Para Spinoza, “o medo é a mais triste das paixões tristes”, e o destino do medo seria a chave para a própria liberdade humana, aumentando-a ou diminuindo-a em sua potência de ação. Quando o medo instiga, o sujeito é capaz de vencer a si mesmo, transformando o medo em motivação (um motivo para executar a ação ousada); se o medo congela, o sujeito tende a negar até mesmo o que deseja, e foge, escondendo-se no conforto do conhecido, no conforto nem sempre confortável de ser-si-mesmo,

fechando se para o mundo, para os outros, e para o devir de si.

A tendência nosográfica perante a ansiedade é de patologizá-la, excluindo toda a dimensão de significado para a existência individual, e descolando-a de toda investigação crítica do contexto social que se utiliza dela para lucrar, na eterna competição meritocrática que é marca da contemporaneidade. Mas como a psicologia poderia ver a ansiedade para mais além da patologização? Seria a ansiedade um afeto não a ser eliminado, mas transformado em consciência? E neste sentido, o que seria o ataque de pânico? Com estas reflexões, este ensaio objetiva apresentar um exercício didático feito na disciplina de Psicopatologia 2, o qual objetivava com que os acadêmicos descrevessem o funcionamento e os sintomas típicos da ansiedade, do medo e do pânico, formulando criativamente um estudo de caso não estritamente nosológico, o qual deveria apresentar, em contrapartida, a fenomenologia típica destas manifestações de afeto, apontando para a dimensão de sentido. Desta feita, visava colocar em relevo a inquirição do porquê tais sintomas apareceriam para um sujeito específico, envolto em seus dilemas psíquicos/ emocionais e sociais. Para tanto, os acadêmicos foram incitados a inventar ou a circunscrever um estudo de caso fictício, apontando para os seguintes aspectos: o medo dos desafios; o medo do amor e do vínculo trazido pela vulnerabilidade perante o outro; o medo do julgamento dos outros; a negação do medo; a ansiedade perante o que não se controla; a projeção da ansiedade em um bode expiatório; e por fim, o ataque de pânico.

O exercício didático aqui apresentado foi reformulado minimamente, a fins de publicação. Seu intuito foi de incitar a criticidade perante a investigação psicodinâmica do sintoma da ansiedade, colocando em relevo os modos específicos como ela pode aparecer em estruturas de personalidade distintas.

1. Estudo de caso fictício sob o sintoma da ansiedade:

Ana Maria é uma jovem de 25 anos formada em gestão de pessoas que trabalha em uma multinacional. Nos últimos meses, sua performance profissional atraiu a atenção de seus superiores, o que gerou expectativas em torno de uma promoção. No entanto, ao invés de se sentir motivada pela possibilidade de crescimento, Ana Maria começou a experimentar sintomas intensos de ansiedade. No início, os sinais eram sutis: uma certa dificuldade de concentração, sono atrapalhado e um constante pensamento ruminativo sobre o que poderia dar errado caso ela não correspondesse às expectativas da empresa, com medo do julgamento dos outros.

Com o tempo, esses sintomas se intensificaram, evoluindo para episódios que envolviam alterações no sistema nervoso autônomo, como taquicardia, sudorese e sensação de sufocamento, principalmente relacionados à tomada de decisões importantes no trabalho. Para além do trabalho, os sintomas já haviam ultrapassado a esfera pessoal, afetando o relacionamento com seu namorado. Ana Maria passou a evitar os colegas e se retraiu emocionalmente em seu relacionamento, o que gerou grande desconforto. A ideia de se abrir e se vulnerabilizar emocionalmente a fazia ter medo do amor e do vínculo. A ansiedade de Ana Maria é exacerbada pelo medo do fracasso (ou dos desafios) e pelo medo de ser rejeitada (tanto no amor quanto no ambiente social). Medo esse que pode ser interpretado à luz da teoria de Spinoza: quando ela é confrontada com a possibilidade de perder o controle, seja pela promoção ou pelo aprofundamento emocional em seu relacionamento, sua reação inicial é a de congelamento. Ela evita tomar decisões importantes, nega a existência desse medo e tenta manter-se no conforto do que é conhecido.

Segundo Sadock (2007), essa é uma manifestação clássica de evitação ansiosa, onde o medo é negado e o sujeito recorre à evitação para não se confrontar com a realidade ameaçadora. Em meio a essa crise, Ana Maria desenvolveu um mecanismo de defesa que a levou a culpar o ambiente de trabalho pelos seus sentimentos. Começou a projetar sua ansiedade nos colegas, imaginando que estavam constantemente a avaliando e julgando suas ações. Isso fez com que ela se tornasse excessivamente crítica e rígida, tanto consigo mesma quanto com os outros. Este episódio é um reflexo de sua ansiedade projetada em um bode expiatório: o ambiente de trabalho e os colegas se tornam a personificação de suas ameaças internas. Segundo Dalgalarondo (2008), essa transferência de uma ameaça difusa para algo mais concreto pode ocorrer quando o sujeito sente que perdeu o controle sobre seu próprio mundo interno. O ponto culminante de seu quadro aconteceu em um dia de trabalho particularmente estressante, ao receber um e-mail de seu chefe sugerindo uma conversa sobre a possível promoção: Ana Maria experimentou um ataque de pânico. O ataque de pânico, conforme descrito no DSM-V, é uma explosão súbita de medo intenso acompanhado de sintomas somáticos. Ana Maria relatou que sua respiração ficou ofegante, o coração acelerou e ela sentiu que não conseguiria sobreviver àquela sensação de sufocamento e de morte iminente. Descreve a sensação de não conseguir respirar e de que algo horrível está prestes a acontecer, mesmo sem conseguir identificar o que exatamente seria. Foi levada à emergência, onde os médicos confirmaram que o episódio estava relacionado a um quadro de

transtorno de pânico.

2. Para além da nosografia:

A experiência de Ana Maria é um exemplo claro de como a ansiedade pode se manifestar de forma complexa e multifacetada, envolvendo tanto fatores psicológicos quanto sociais. De acordo com o CID-10 e o DSM-V, o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de pânico podem se sobrepor em seus sintomas (Organização Mundial de Saúde, 1993). No entanto, quando analisamos o caso de Ana Maria por um viés fenomenológico, a ansiedade que ela sente vai além de uma mera resposta fisiológica ou patológica: ela é uma expressão das ameaças percebidas por sua psique frente às demandas sociais e emocionais. Dalgarrondo (2008) aponta que a ansiedade, em sua forma patológica, é marcada por uma sensação difusa de ameaça e de incapacidade de lidar com desafios futuros. No caso de Ana Maria, sua ansiedade é despertada principalmente pelo medo dos desafios profissionais e pela vulnerabilidade emocional que o aprofundamento de seu relacionamento exige. Ela sente que, ao se expor tanto no ambiente de trabalho quanto no amor, sua identidade está em risco. Essa sensação de insegurança e medo, pode ser compreendida trazendo novamente a teoria de Spinoza, para quem o medo é "a mais triste das paixões tristes", e o destino do medo é o que pode determinar a capacidade do sujeito de expandir ou diminuir sua potência de ação. Nesse contexto, o medo que Ana Maria experimenta quando pensa na promoção ou no aprofundamento do vínculo amoroso não é simplesmente um obstáculo a ser removido.

Conforme Sadock (2007) coloca, o medo tem uma função adaptativa em muitos casos, alertando o sujeito para possíveis ameaças. No entanto, quando se transforma em um fator de paralisação, ele se torna um elemento que restringe a liberdade e a capacidade de ação. O que torna esse medo ainda mais devastador é a sua negação. Ana Maria evita reconhecer a fonte real de seu medo, projetando suas inseguranças nos outros, o que acaba intensificando seu isolamento. Outro aspecto importante a considerar é o modo como a ansiedade de Ana Maria se transforma em um ataque de pânico. O ataque de pânico, de acordo com o DSM-V, é caracterizado por uma sensação abrupta e intensa de terror que pode ser acompanhada por sintomas físicos graves: taquicardia, dificuldade de respirar e sensação de morte iminente. Esses ataques geralmente ocorrem quando o sujeito é confrontado por uma ameaça que é percebida como incontrolável. Para Ana Maria, o e-mail do chefe foi o gatilho que

desencadeou o colapso de suas defesas psíquicas, expondo sua incapacidade de lidar com as pressões internas e externas.

Ao tentar compreender o sentido da ansiedade e do pânico na vida de Ana Maria, é importante não reduzir seus sintomas apenas à patologia em seu aspecto nosológico. Como aponta Ramos (2006), a dimensão simbólica da doença deve ser levada em consideração. O ataque de pânico pode ser visto como uma manifestação simbólica de sua luta interna: o desejo de se expandir, de aceitar a promoção e de aprofundar seu relacionamento está em conflito direto com o a ansiedade perante o que não se controla e o medo de se expor à vulnerabilidade. Ao invés de ver a ansiedade apenas como um sintoma a ser eliminado, ela pode ser entendida como uma oportunidade de transformação, uma tentativa de se reorganizar frente às exigências da vida. Bergeret e Leblanc (1991) destacam que muitos transtornos emocionais, como os ataques de pânico, estão profundamente enraizados em mecanismos de defesa que o sujeito desenvolve ao longo da vida. No caso de Ana Maria, seus medos de fracassar e de ser julgada revelam uma estrutura psíquica que privilegia o controle como forma de evitar a dor. No entanto, ao longo do tempo, essa necessidade de controle se transforma em uma prisão, limitando suas possibilidades de ação e levando ao colapso quando confrontada com situações que desafiam sua autopercepção.

É fundamental que a intervenção psicológica não se limite a suprimir os sintomas de pânico e ansiedade. A abordagem deve buscar revelar o sentido profundo dessas manifestações, ajudando-a a transformar o medo em uma fonte de autoconhecimento e de reorganização emocional. A ansiedade, ao invés de ser vista apenas como uma patologia, pode ser um sinal de que algo mais profundo está em jogo — uma oportunidade para que o sujeito reavalie suas escolhas, suas relações e sua maneira de lidar com o mundo. A ansiedade, o medo e o pânico, portanto, não são meros distúrbios isolados. Eles refletem a complexa interação entre suas expectativas internas, a pressão social e o medo de perder sua identidade frente aos desafios da vida adulta. É essencial que o tratamento psicológico vá além da patologização desses sintomas e busque entender o sentido profundo que eles têm para o sujeito. Para Ana Maria, superar a ansiedade não significa simplesmente eliminá-la, mas transformá-la em uma oportunidade de autoconhecimento e de desenvolvimento de uma nova forma de se relacionar com o mundo e com os outros.

3. Possibilidade de desenvolvimento de toxicomanias defensivas:

No caso de Ana Maria, a tendência de buscar por alívio de sua ansiedade pode levá-la a recorrer ao uso de substâncias psicoativas como uma forma de defesa psíquica. Quando a ansiedade e o medo se tornam insuportáveis, a toxicomania pode surgir como um mecanismo de fuga e uma tentativa de controle artificial sobre a dor emocional. A ansiedade constante, o medo do julgamento e a necessidade de controle são, para Ana Maria, aspectos que minam sua capacidade de agir livremente, gerando um ambiente interno de grande sofrimento. Nesse contexto, é comum que indivíduos como ela se voltem para substâncias que ofereçam alívio imediato das tensões psíquicas. Segundo Bergeret e Leblanc (1991), as toxicomanias defensivas funcionam como uma maneira de evitar ou suprimir o desconforto interno. No caso de Ana Maria, substâncias depressoras do sistema nervoso central, como o álcool, ansiolíticos e opióides, seriam escolhas prováveis. O álcool, por exemplo, pode ser usado para aliviar a tensão social, diminuir o medo do julgamento e facilitar a interação com outras pessoas. A sensação de relaxamento proporcionada pelo álcool temporariamente alivia a necessidade de controle, criando um estado artificial de desinibição que dificilmente poderia ser alcançado de outra forma, devido ao padrão de retraimento emocional e medo da vulnerabilidade.

Outro grupo de substâncias que possivelmente seriam indicados no caso de Ana Maria são os ansiolíticos, como benzodiazepínicos, que têm a função de reduzir a hiperatividade do sistema nervoso simpático, comum em quadros de ansiedade e pânico. Como descrito por Dalgarrondo (2008), essas substâncias diminuem a ansiedade ao atuar sobre os receptores GABA, induzindo um efeito sedativo e tranquilizante. Essa ação provoca uma sensação de alívio, permitindo, momentaneamente, escapar dos efeitos mais debilitantes da ansiedade. Entretanto, o uso repetido pode levar à dependência, pois o organismo passa a precisar de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito, aumentando assim o risco de uso compulsivo.

Os opioides também poderiam ser uma opção de toxicomania, especialmente em momentos de intenso sofrimento psicológico, como nos episódios de pânico. Os opioides, como a morfina ou medicamentos similares ou drogas ilícitas, atuam no sistema nervoso central bloqueando a percepção da dor e provocando uma sensação de euforia e bem-estar. Essas substâncias, conforme descrito por Holmes (2001), atuam nos receptores de endorfina do cérebro, imitando os neurotransmissores naturais responsáveis pela sensação de prazer e alívio da dor. Para alguém como Ana

Maria, que luta constantemente contra o medo e a ansiedade, o uso de opioides poderia criar uma fuga temporária, aliviando tanto as dores emocionais quanto os sintomas somáticos do pânico.

A motivação para o uso compulsivo dessas substâncias residiria no desejo de aliviar a dor psíquica e retomar o controle que ela sente ter perdido sobre sua vida emocional e profissional. Ramos (2006) sugere que, nesses casos, o uso de substâncias pode funcionar como uma tentativa de reconstruir, de forma artificial, o equilíbrio interno que foi abalado. No entanto, essa busca por controle por meio de substâncias tende a ser autodestrutiva, pois, com o tempo, o organismo desenvolve tolerância às drogas, exigindo doses maiores para alcançar os mesmos efeitos. Além disso, o uso contínuo pode exacerbar os problemas emocionais que inicialmente motivaram o uso, criando um ciclo vicioso de dependência.

Do ponto de vista neurofisiológico, os efeitos dessas substâncias no organismo são bem documentados. Segundo Antunes-Rodrigues et al. (2005), as substâncias psicoativas, como os benzodiazepínicos, atuam modulando o sistema GABAérgico, o principal inibidor do sistema nervoso central, que reduz a excitabilidade neuronal. Com o uso prolongado, o cérebro de Ana Maria pode começar a depender dessa modulação artificial para regular a ansiedade, perdendo gradualmente a capacidade de fazê-lo de forma natural. O sistema de recompensa cerebral também é ativado, especialmente com substâncias como álcool e opioides, o que faz com que o corpo e a mente associem o alívio da dor com o uso contínuo dessas substâncias.

Dalgarrondo (2008) e Holmes (2001) concordam que o uso de substâncias psicoativas é, muitas vezes, um sintoma secundário de um distúrbio emocional ou psicológico mais profundo. No caso de Ana Maria, o uso compulsivo de substâncias pode ser entendido como uma defesa contra o medo e a ansiedade que se tornaram insuportáveis. A toxicomania, nesse contexto, não é apenas uma fuga da dor, mas uma tentativa de reorganização psíquica frente às demandas internas e externas que ela sente serem incontroláveis. No entanto, como Bergeret e Leblanc (1991) apontam, essa reorganização é ilusória e leva, na verdade, à destruição progressiva do sujeito, já que a dependência química acaba agravando os problemas emocionais e sociais que inicialmente motivaram o uso. Portanto, a escolha de Ana Maria por substâncias depressoras do sistema nervoso central, como álcool, ansiolíticos ou opioides, estaria diretamente relacionada à sua necessidade de controle e de alívio imediato do sofrimento emocional. O uso compulsivo dessas substâncias apenas perpetua e intensifica seu sofrimento, impedindo-a de enfrentar os medos e ansiedades que a

aflição de forma consciente e saudável e, devem ser prescritos com cautela, por um psiquiatra, ao mesmo tempo em que outros processos são realizados. A psicoterapia, nesse caso, seria crucial para ajudá-la a reconhecer e lidar com esses medos, substituindo o uso de substâncias por estratégias mais construtivas de enfrentamento.

4. Intenção defensiva da compulsão e a busca de elaboração de sentido

A ansiedade intensa e o medo constante geram um terreno fértil para o desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos. Os sintomas obsessivos, no contexto clínico, se caracterizam por pensamentos intrusivos, persistentes e involuntários que surgem de forma repetitiva, muitas vezes com um conteúdo angustiante. Esses pensamentos são percepções que Ana Maria não consegue afastar, como o medo irracional de que algo ruim possa acontecer, ou a dúvida constante sobre seu valor, reforçando seu medo do julgamento e de situações que estão além de seu controle. De acordo com Dalgarrondo (2008), essas representações mentais são egodistônicas, ou seja, a própria pessoa as reconhece como estranhas e perturbadoras, mas, paradoxalmente, não consegue afastá-las. Esses pensamentos podem envolver, por exemplo, uma preocupação exagerada com o que os outros pensam dela, ou com a possibilidade de fracasso, que ocupa sua mente de maneira quase ininterrupta.

Já os sintomas compulsivos manifestam-se como comportamentos repetitivos e ritualizados, cuja finalidade é aliviar a angústia provocada pelos pensamentos obsessivos. As ações compulsivas são tentativas de restaurar um sentido de controle sobre os sentimentos de medo e ansiedade. Essas compulsões podem envolver atos cotidianos repetidos, como checar insistentemente se trancou a porta, ou buscar reasseguramento através do uso de substâncias como álcool ou ansiolíticos, já mencionado em relação às suas possíveis toxicomanias defensivas. Segundo o DSM-V (2014), as compulsões são comportamentos ou atos mentais que o indivíduo sente que deve realizar, mesmo sabendo que não são racionais, mas que, momentaneamente, proporcionam alívio da tensão associada à obsessão. Nesse sentido, a repetição compulsiva das ações cria a ilusão de que Ana Maria está controlando a fonte de seu medo e, conseqüentemente, suas emoções.

A repetição dos atos compulsivos, assim como o uso repetido de substâncias, tem uma função defensiva clara: impede que ela entre em contato direto com os conteúdos emocionais dolorosos que alimentam seus medos. Para Bergeret e Leblanc

(1991), a toxicomania, nesse sentido, é também uma defesa contra a ansiedade: o consumo repetitivo de drogas, assim como os rituais compulsivos, servem para bloquear ou anestesiar o sofrimento psíquico que, de outra forma, se manifestaria de maneira incontrollável. O ciclo obsessivo-compulsivo, é então, uma tentativa de proteção do ego, uma barreira contra o colapso emocional que se apresenta sempre iminente. No entanto, essa estratégia defensiva, ao invés de resolver a causa subjacente da dor, apenas a reforça, criando um ciclo de dependência emocional e comportamental, seja nas ações compulsivas, seja no uso de substâncias.

Em atendimentos psicológicos, há potencial para que esses pensamentos obsessivos e ações compulsivas sejam trabalhados, levando à elaboração de sentido das experiências dolorosas. Segundo Sadock (2007), a psicoterapia é eficaz em ajudar os pacientes a reconhecer a relação entre suas obsessões e compulsões, ensinando-os a identificar e modificar os padrões de pensamento distorcidos que desencadeiam os comportamentos repetitivos. No caso de Ana Maria, a identificação dos gatilhos que ativam seus pensamentos obsessivos, como o medo da rejeição e a ansiedade sobre o futuro, poderia ser o primeiro passo para transformar esses padrões repetitivos em algo que possa ser elaborado e compreendido. Do ponto de vista psicodinâmico, a análise das obsessões e compulsões como defesas psíquicas permite que Ana Maria comece a associar esses sintomas a conflitos emocionais mais profundos, como sua dificuldade em lidar com o medo de vulnerabilidade e o desejo de se proteger de relações afetivas.

Segundo Holmes (2001), a elaboração das obsessões e compulsões envolve a capacidade de o sujeito reconhecer e integrar esses sintomas como manifestações simbólicas de seus medos inconscientes. Na terapia, seria possível reconstruir o significado de suas compulsões e obsessões, transformando-as de defesas rígidas em símbolos de suas experiências dolorosas. Ao elaborar o sentido de suas compulsões, Ana Maria poderia se abrir para o autoconhecimento, enxergando suas ações não apenas como uma resposta automática à ansiedade, mas como uma forma de expressão de seus dilemas internos, conectados ao medo de falhar, de se expor e de ser julgada. O processo terapêutico, portanto, possibilita que, ao reconhecer o papel defensivo de suas compulsões, encontre novas maneiras de lidar com sua angústia, que não impliquem na repetição ineficaz e autodestrutiva das mesmas ações.

A transformação desse ciclo obsessivo-compulsivo em algo mais consciente e simbólico pode ser um caminho para a elaboração de suas dores emocionais, possibilitando o enfrentamento de suas ansiedades e medos em um nível mais

profundo. Ramos (2006) aponta que o corpo pode expressar simbolicamente o sofrimento psíquico, e as compulsões seriam uma forma de sua psique externalizar o mal-estar interno. Na medida em que Ana Maria, por meio do atendimento psicológico, encontra espaço para reconhecer e trabalhar esses símbolos, há a possibilidade de uma maior liberdade emocional, aliviando a necessidade de recorrer a compulsões ou substâncias para aplacar sua dor. Assim, o objetivo do processo terapêutico seria substituir os mecanismos repetitivos e compulsivos por uma elaboração mais profunda e consciente dos conflitos subjacentes, proporcionando a oportunidade de lidar com suas emoções e medos de forma mais integrada e menos defensiva. A possibilidade de transformação da repetição compulsiva em uma narrativa simbólica de sua dor emocional abre caminho para que Ana Maria reestruture sua relação com os desafios da vida, permitindo o crescimento pessoal e a superação de seus medos e ansiedades.

5. Vislumbre da ansiedade na estrutura de personalidade psicótica:

Em um cenário no qual um indivíduo psicótico estivesse envolvido, como no caso de Ana Maria, poderíamos observar uma série de sintomas específicos que diferenciam seu quadro dos sintomas puramente obsessivo-compulsivos ou ansiosos. A psicose, como é descrita no DSM-V (2014) e na CID-10 (OMS, 1993), refere-se a uma perda significativa de contato com a realidade, resultando em distorções do pensamento, percepções e julgamentos. Nesse contexto, os principais sintomas psicóticos que poderiam emergir são delírios, alucinações, desorganização do pensamento e comportamento, bem como retraimento emocional e social.

O primeiro sintoma a ser destacado são os delírios, que são crenças falsas fixas que não se baseiam na realidade. Essas crenças podem ser de diferentes tipos: persecutórios, grandiosos, somáticos ou de referência, entre outros. No caso de Ana Maria, os delírios poderiam se manifestar em torno de seus medos de julgamento e vulnerabilidade. Ela poderia, por exemplo, desenvolver a crença persecutória de que os colegas de trabalho estão conspirando contra ela, ou que seu parceiro está tramando uma traição, projetando seu medo de intimidade em uma narrativa delirante. Dalgarrondo (2008) observa que o conteúdo dos delírios frequentemente reflete os conflitos internos da pessoa, e, para Ana Maria, isso pode ser um mecanismo psíquico para lidar com a insegurança e o medo, ao construir uma narrativa que justifica sua sensação de ameaça constante.

Além dos delírios, alucinações também podem ocorrer, sendo percepções falsas na ausência de estímulos externos, geralmente auditivas (como vozes), mas também podendo ser visuais, táteis ou olfativas. Ana Maria poderia ouvir vozes que a criticam ou que confirmam suas crenças delirantes, reforçando o ciclo de sofrimento e angústia. Essas vozes poderiam servir como uma externalização de suas próprias autocríticas severas e ansiedades, uma vez que o conteúdo das alucinações tende a refletir os estados emocionais subjacentes. Sadock (2007) descreve que as alucinações auditivas são comuns em quadros psicóticos, e muitas vezes o conteúdo dessas vozes é de natureza negativa, aumentando o sofrimento emocional da pessoa e intensificando o isolamento e o retraimento social.

Outro aspecto importante no quadro de um indivíduo psicótico seria a desorganização do pensamento e do comportamento. Essa desorganização pode se manifestar em uma fala incoerente, com saltos entre assuntos desconexos, ou em um comportamento errático e imprevisível. No caso de Ana Maria, poderíamos imaginar sua fala a refletir o caos de seus pensamentos, dificultando a comunicação com outras pessoas. Ela poderia, por exemplo, iniciar uma conversa sobre sua rotina, mas rapidamente se perder em digressões delirantes, conectando eventos de maneira ilógica. A desorganização do pensamento é frequentemente um sinal de que o indivíduo está perdendo a capacidade de integrar e processar informações de maneira coerente, algo típico em quadros psicóticos (DSM-V, 2014).

O comportamento desorganizado ou bizarro é outra característica que poderia emergir. Ana Maria poderia, por exemplo, agir de maneira inadequada em situações sociais, como rir em momentos inapropriados ou apresentar comportamentos repetitivos e estereotipados. Esse comportamento pode ser uma tentativa inconsciente de lidar com a sobrecarga emocional e a confusão mental que ela experimenta. Dalgarrondo (2008) nos mostra que o comportamento desorganizado frequentemente reflete a desintegração do ego e das defesas psíquicas, resultando em atos que parecem desconexos com a realidade. Outro sintoma a ser considerado é o embotamento ou retraimento emocional, caracterizado por uma diminuição na expressividade emocional e na capacidade de se relacionar com os outros. Já marcada pelo medo da vulnerabilidade e do julgamento, Ana Maria poderia se isolar ainda mais, não apenas como um reflexo de suas ansiedades, mas também como uma incapacidade emocional de se conectar com o mundo à sua volta. O embotamento afetivo é comum em indivíduos com transtornos psicóticos, pois a sobrecarga dos sintomas leva a um desligamento emocional como forma de

autoproteção (Holmes, 2001). A partir dessa complexa interação entre sintomas psicóticos e ansiosos, é possível que Ana Maria esteja experimentando um transtorno psicótico breve ou mesmo o início de um quadro de esquizofrenia, conforme descrito na CID-10 (OMS, 1993).

A esquizofrenia, por exemplo, é marcada pela presença de delírios, alucinações, comportamento desorganizado e embotamento afetivo por um período mais prolongado. Se os sintomas persistirem por mais de seis meses, com uma deterioração significativa de sua funcionalidade, essa hipótese diagnóstica poderia ser considerada. No entanto, a presença de sintomas psicóticos também pode surgir em outros transtornos, como no transtorno esquizoafetivo, onde há uma combinação de sintomas psicóticos com sintomas de humor. Nesse contexto, poderia alternar entre períodos de grande ansiedade e pânico com episódios psicóticos, refletindo um ciclo emocional desregulado. Além disso, a psicose também pode ser induzida pelo uso de substâncias, como o álcool ou drogas estimulantes, o que nos remete novamente à toxicomania defensiva discutida anteriormente (Bergeret & Leblanc, 1991).

Nos atendimentos psicológicos, a abordagem de pacientes com sintomas psicóticos exige uma combinação de psicoterapia e intervenções farmacológicas. Segundo o DSM-V (2014), o tratamento envolve o uso de antipsicóticos para estabilizar os sintomas e permitir que o indivíduo possa começar a trabalhar terapêuticamente suas experiências delirantes e alucinatórias. O foco inicial da terapia seria ajudar a reconstruir um senso de realidade, permitindo que ela reconheça e questione suas crenças delirantes. A partir daí, o trabalho terapêutico poderia se estender para lidar com os aspectos emocionais mais profundos que alimentam seus sintomas psicóticos, como o medo do julgamento e da vulnerabilidade. Portanto, os sintomas psicóticos aliados ao quadro de Ana Maria, como delírios, alucinações, desorganização do pensamento e comportamento, e embotamento afetivo, refletem uma desintegração do ego e uma perda do contato com a realidade. Essas manifestações podem ser vistas como uma forma extrema de defesa contra a angústia insuportável, e o trabalho terapêutico visa não apenas estabilizar os sintomas, mas também reintegrar a pessoa a uma narrativa mais coerente de sua experiência emocional.

6. Vislumbre da ansiedade na estrutura de personalidade perversa

Ao pensarmos um indivíduo com estrutura perversa, inserido no contexto do

caso de Ana Maria, estamos lidando com uma configuração psíquica que se caracteriza por mecanismos defensivos específicos. A partir do olhar de Dalgarrondo (2008), a perversão não se limita apenas à esfera sexual, como tradicionalmente associada, mas abrange uma maneira particular de se relacionar com a realidade e com o outro, geralmente marcada pela manipulação, pelo uso instrumental dos outros e pela negação da alteridade. A perversão é fundamentalmente uma organização psíquica em que há uma recusa da castração simbólica, ou seja, da aceitação de limites e de frustrações impostas pela realidade. Neste cenário, um indivíduo perverso poderia apresentar sintomas de manipulação e instrumentalização dos outros, utilizando as fragilidades emocionais alheias para seu benefício. No caso de Ana Maria, o indivíduo perverso poderia explorar sua insegurança e ansiedade para obter poder ou controle sobre ela. Esse tipo de comportamento é frequentemente visto em transtornos de personalidade no DSM-V (2014), especialmente no transtorno de personalidade antissocial, no qual o sujeito demonstra um padrão de desprezo e violação dos direitos dos outros. Esse desprezo é uma das marcas centrais do funcionamento perverso, onde o outro é reduzido a um objeto de satisfação dos próprios desejos, sem consideração pela subjetividade ou sofrimento alheio. Os jogos de poder e o sadismo psíquico também são sintomas característicos do funcionamento perverso. O indivíduo perverso pode obter prazer em submeter o outro a situações humilhantes ou de sofrimento, e, no caso de Ana Maria, poderia amplificar seus medos e vulnerabilidades ao invés de ajudá-la a enfrentá-los.

Bergeret e Leblanc (1991) discutem a dinâmica do sadismo na perversão, destacando que, na relação perversa, o prazer está intrinsecamente ligado ao sofrimento do outro, seja ele físico ou emocional. Essa necessidade de controle e poder sobre o outro se manifesta como uma forma de evitar a própria angústia ou vulnerabilidade. Outro sintoma relevante em um quadro de perversão é a negação da realidade ou distorção da verdade. Segundo Dalgarrondo (2008), o perverso nega a realidade psíquica ao rejeitar a existência de limitações internas e externas, o que se traduz em comportamentos transgressores ou moralmente duvidosos. No contexto de Ana Maria, o indivíduo perverso poderia negar a legitimidade de seus medos e angústias, minimizando seus sentimentos e a levando a duvidar de si mesma.

Essa dinâmica é também característica do transtorno de personalidade narcisista, conforme descrito no DSM-V (2014), onde o sujeito demonstra uma necessidade de superioridade e falta de empatia. Além disso, a projeção é um mecanismo comum na perversão. O indivíduo perverso projeta suas próprias

dificuldades e medos nos outros, recusando-se a reconhecer sua vulnerabilidade interna. Isso pode se manifestar no relacionamento na forma de críticas constantes e desvalorização, ao mesmo tempo em que oculta suas próprias inseguranças. Esse mecanismo de defesa é discutido por Holmes (2001), que descreve a projeção como uma forma de descarregar os próprios conflitos emocionais no ambiente externo, distorcendo a percepção da realidade para evitar o confronto com seus próprios medos. A indiferença emocional também pode ser um sintoma relevante. O indivíduo perverso geralmente demonstra uma incapacidade de se conectar emocionalmente com o sofrimento do outro, e essa frieza pode ser interpretada como uma defesa contra a própria fragilidade emocional. Sadock (2007) ressalta que, na perversão, a emoção é utilizada de maneira estratégica, sendo mobilizada apenas quando é útil para obter controle ou poder sobre o outro.

No aspecto nosológico, o transtorno de personalidade antissocial (CID-10, OMS, 1993) é frequentemente associado a comportamentos perversos, sendo descrito como uma condição em que há desprezo pelos direitos dos outros, impulsividade e falta de remorso. O indivíduo antissocial, além de se beneficiar da dor alheia, frequentemente age de maneira impulsiva e irresponsável, sem considerar as consequências de seus atos. Este comportamento se encaixa perfeitamente no cenário em que Ana Maria se encontra, onde a instrumentalização de sua dor e medos poderia ser uma maneira pela qual o perverso sustenta seu funcionamento psíquico. Assim, os sintomas de um indivíduo perverso incluem manipulação emocional, negação da alteridade, sadismo psíquico, projeção de conflitos internos e indiferença emocional. Esses sintomas refletem uma estrutura defensiva que busca evitar a própria fragilidade através do controle e da dominação do outro.

O trabalho clínico com indivíduos perversos apresenta desafios particulares, uma vez que a negação da realidade e a recusa em reconhecer o sofrimento do outro dificultam a criação de vínculos terapêuticos e a possibilidade de elaboração de seus conflitos internos. Tal prognóstico melhora quando o quadro estabelecido faz vizinhança da perversão com a neurose.

Conclusão: A importância de se investigar a psicodinâmica da personalidade

Para além da mera constatação do sintoma, o exercício didático que aqui teve ocasião teve o objetivo de incitar sobre a reflexão da necessidade de o psicólogo ir mais além da nosografia. Para tanto, a seleção de um sintoma corriqueiro, tal como a

ansiedade, largamente encontrada no funcionamento cotidiano dos indivíduos, foi objeto de problematização. Por trás dela existe um sujeito, com uma história de vida, com reações defensivas e com possibilidades de inscrição em estruturas de personalidade específicas. A ansiedade neurótica difere do modo de apresentação fenomenológica de uma ansiedade psicótica ou perversa. A propedêutica nestes casos distintos também varia, de modo que o psicólogo deve estar atento para não transformar a simples identificação do sintoma em um “caminho das pedras” eficiente (e defensivo) de encaminhar sua propedêutica.

A criticidade investigativa é componente intrínseco da formação do psicólogo, de modo que exercícios didáticos de como pensar sintomas comuns em quadros patológicos distintos encontra, ao meu ver, uma boa ilustração com estudos de caso delineados pelos acadêmicos. Imaginar a realidade, em suas tonalidades distintas, é um ótimo exercício do pensamento reflexivo, e encontra boa acolhida dentre os acadêmicos devido ao desafio proporcionado para articular os conhecimentos aprendidos ao longo do componente curricular.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTUNES-RODRIGUES, J.; MOREIRA, A.C.; ELIAS, L.L.K.; CASTRO, M. Neuroimunoendocrinologia básica. In: DE LAURENTIS, A. et al. Neuroendocrinologia básica e aplicada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BERGERET, J.; LEBLANC, J. Toxicomanias: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- HOLMES, D. Psicologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- RAMOS, D. A psique do corpo: uma dimensão simbólica da doença. São Paulo: Summus Editorial, 2006.
- SADOCK, B.J. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ed. Porto Alegre: Editora artes médicas sul Ltda, 2007.
- SPINOZA, B. Ética. Trad. Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre:

Artmed, 1993