

**CID-10 e as concepções psicopatológicas reichianas atuais:
coexistência de núcleos neuróticos e psicóticos. ***

**Artigo publicado na revista “Pensamento Reichiano” nº 1 pp. 7-26, Rio
de Janeiro, 2006.**

Ernani Eduardo Trotta *

RESUMO Este artigo discute o estado atual das concepções psicopatológica e caracterológica reichianas e suas relações com a mais recente *Classificação Internacional de doenças* da Organização Mundial de Saúde, usualmente conhecida como *CID-10*. As principais questões discutidas são:

1 – As estruturas patológicas de caráter devem ser diferenciadas das psicopatologias sintomáticas. Estas últimas podem ocorrer em pacientes com diferentes estruturas de caráter, sendo que o colapso da função defensiva do caráter é que abre brecha para a eclosão dos sintomas. A *CID-10* salienta que ambas devem ser diagnosticadas separadamente.

2 – A teoria reichiana não adotou nem se mostra coerente com a hipótese lacaniana de que existiriam 3 tipos fundamentalmente distintos de estrutura psíquica (neurótica, psicótica e perversa) que abarcariam o conjunto da personalidade e das produções sintomáticas do paciente.

A *CID-10* também decidiu abolir a clássica divisão das doenças mentais em dois grandes grupos neuroses e psicoses, o que indica sua discordância em relação a esta concepção. Uma hipótese alternativa, delineada neste artigo, é a coexistência de núcleos neuróticos e psicóticos no mesmo indivíduo.

3 – Um bloqueio hipo-orgonótico de primeiro segmento ao nível do quiasma ótico, afetando a função do hipocampo, tálamo, hipotálamo e outras estruturas límbicas pode ser o mecanismo neurofisiológico associado aos núcleos psicóticos, explicando o mecanismo de defesa conhecido como rejeição.

4 - A concepção de transtorno de personalidade, assim definida na categoria F60-69 da *CID-10*, é perfeitamente equivalente à concepção de estrutura neurótica de caráter na teoria reichiana. Os vários tipos de transtornos de personalidade descritos nessa categoria

apresentam uma correspondência bastante próxima, mas não completa com as estruturas de caráter descritas na teoria reichiana.

Palavras-chave: psicoterapia reichiana, caráter, personalidade, psicopatologia, CID-10, neurose, psicose, esquizofrenia.

ABSTRACT: This article discusses the present state of reichian characterological and psychopathological conceptions and their relationships with the more recent International Classification of Diseases of The World Health Organization, usually known in Brazil as CID-10. The main matters discussed are:

1 – Pathological character structures should be differentiated from symptomatic psychopathologies. The last ones can occur in patients with different character structures – being the failure of the defensive function of the character which gives rise to the elision of symptoms. CID-10 points out that both must be separately diagnosed.

2 - Reichian theory did not – either incorporate or is consistent with the lacanian hypothesis of three fundamentally distinct psychical structures (neurotic, psychotic, and perverse) which would take over the whole personality and symptomatic expressions of the patient. CID-10 also decided to abolish the classical division of mental illnesses in two great groups, neuroses and psychosis, so indicating its disagreement with this conception. An alternative hypothesis, outlined in this article, is the co-existence of neurotic e psychotic nuclei in the same individual.

3 – An hiporgonotic blockage of first segment at the level of “quiasma opticum” , affecting the function of hippocampus, thalamus, hypothalamus and other limbic structures may be the neurophysiological mechanism associated with psychotic nuclei, explaining the defense mechanism known as rejection.

4 - The concept of personality disorder, so defined in category F60-69 of CID-10, is strictly equivalent to the concept of neurotic character structure in reichian theory. The several types of personality disorders described in this category present a quite close but not complete correspondence with the character structures described in reichian theory.

Key words: reichian psychotherapy, character, personality, psychopathology, ICD-10, neurosis, psychosis, schizophrenia.

INTRODUÇÃO

Os principais escritos de Reich sobre caracterologia reunidos no livro *Análise do caráter* (1972), apresentam a fundamentação teórica e evolução histórica de sua teoria e descrevem alguns tipos de estrutura de caráter como o masoquista, o fálco-narcisista, o compulsivo, o histérico e o passivo-feminino. No capítulo XV ele descreve o tratamento de uma paciente onde por vezes utiliza a expressão caráter esquizóide que atualmente é empregada amplamente. O desenvolvimento da teoria caracterologica de Reich a partir da psicanálise foi recentemente revisada por Weinmann e Vitola (1999).

Os escritos pós e neo reichianos discutem estas e algumas outras estruturas de caráter, porém utilizam uma nomenclatura e classificação discordantes (Baker, 1980; Lowen, 1977; Navarro, 1995). A classificação de Baker e a classificação de Lowen são as que mais se aproximam da descrição original de Reich, sendo que ambas descrevem uma estrutura oral de caráter que não aparecia nos textos originais de Reich, e que foi amplamente reconhecida nos meios reichianos. Porém ambas as classificações apresentam a tendência de confundir as psicopatologias sintomáticas, como esquizofrenia, depressão e mania com estruturas de caráter, embora a importância de fazer esta distinção tenha sido salientada por Reich em vários de seus escritos. A classificação de Navarro é muito diferente das outras concepções reichianas, devido principalmente as novas terminologias que este autor emprega buscando diferenciar o caráter de condições a que ele chamou de caracterialidade, temperamento, traço caracterial, e cobertura caracterial. Esta classificação não será discutida neste artigo.

Desde seus primeiros escritos, como no artigo "Dois tipos narcisistas", Reich (1974) salienta a distinção entre o caráter e o sintoma. Em *Função do Orgasmo* (1981), no capítulo 5, ele aprofunda esta distinção com base em sua sintonia ou distonia com o Ego, porém acrescenta a quase inevitável coexistência de ambos, sugerindo que quando a base de reação neurótica, que constitui o caráter, não consegue dar conta da excitação represada (angústia), principia-se a formação de sintomas. Em *Análise do Caráter* (1972), no capítulo 7, sugere ainda que a natureza do sintoma nem sempre é da mesma qualidade que o caráter, ou seja um caráter histérico tanto pode produzir sintomas histéricos como sintomas depressivos, ou fóbicos, ou dissociativos ou mesmo delirantes.

De fato a necessidade de se associar ou correlacionar o diagnóstico psicopatológico com a análise caracterológica é uma questão complexa que pode levar a equívocos. Muitas vezes a existência de sintomas de falta de contato, ideação persecutória, ou pânico é interpretada como indicativo de caráter esquizóide; ou a existência de sintomas de depressão como indicativo de uma estrutura oral de caráter - como se a definição de uma estrutura de caráter se baseasse em conjuntos de sintomas. Os conjuntos de sintomas definem síndromes psicopatológicas, que podem ocorrer em pessoas com vários tipos diferentes de estruturas de caráter.

O caráter é um conjunto de mecanismos defensivos e adaptativos cronicamente incorporados ao Ego, sendo sua estruturação indissociável dos mecanismos de construção da identidade psíquica. O caráter tem como função essencial a defesa contra a angústia e a manutenção da integridade psíquica do sujeito. Portanto é o fracasso parcial ou total da função defensiva, adaptativa e estruturante do caráter que abre brecha para a eclosão dos sintomas psicopatológicos: tanto os sintomas classicamente denominados de neuróticos, como fobias, compulsões, pânico, como aqueles classicamente denominados de psicóticos como delírios, alucinações e dissociações.. Em alguns casos os sintomas coexistem com os traços de caráter; em outros os sintomas são de tal intensidade que substituem ou desorganizam a estrutura de caráter; e quando ambos coexistem ambos devem ser diagnosticados.

COEXISTÊNCIA DE NÚCLEOS NEURÓTICOS E NÚCLEOS PSICÓTICOS

Outra questão que merece ser questionada à luz da teoria reichiana e também da CID-10 é a tendência bastante difundida de pensar as neuroses e as psicoses como processos essencialmente estruturantes, abrangentes e mutuamente exclusivos.

Os termos neurose e psicose foram empregados nos últimos dois séculos com diferentes significações. A palavra neurose foi empregada pela primeira vez por William Cullen em 1777 como sinônimo de "doença dos nervos" (apud Laplanche & Pontalis, 1986) designando diferentes síndromes como histeria, hipocondria e várias

neuroses de órgão, enquanto a palavra psicose introduzida no século 19 incluía as doenças mentais em geral, incluindo loucuras, alienações e males do espírito ou da alma. Em 1915, Freud propôs distinguir as neuroses atuais, resultantes da estase da libido, das psiconeuroses, associadas a conflitos sexuais infantis, sendo estas últimas subdivididas em psiconeuroses de transferência e psiconeuroses narcísicas. Esta classificação foi amplamente discutida por Reich (1981). Posteriormente esta terminologia foi substituída pelos termos: neurose, englobando neurose histérica, obsessiva e de angústia; e pelo termo psicose, englobando esquizofrenia, paranóia, e a psicose maníaco depressiva (Freud, 1987; Kusnetzoff, 1982).

Freud discutiu em vários de seus artigos as diferenças entre os mecanismos neuróticos e psicóticos, e conceituou o recalque (Verdrangung) como o mecanismo de defesa mais característico das neuroses. Discutindo mecanismos de defesa mais comuns em manifestações de natureza psicótica ele emprega com frequência o termo rejeição (Verwerfung) e também os termos recusa (Verleugnung) e declinação (Ablhnen). Em outros de seus escritos aparece o conceito de negação (Verneinung) alternado com recusa relacionando-os com o fetichismo e também as psicoses (Laplanche & Pontalis, 1986).

Posteriormente Lacan sugeriu que existiriam 3 tipos fundamentais de estrutura psíquica: neurótica, fundada no recalque, perversa, fundada na negação e psicótica, fundada na forclusão, expressão esta que Lacan utiliza como equivalente de rejeição (Lemaire, 1972; Bleichmar, 1984). Esta teoria costuma ser interpretada como se cada pessoa só pudesse ter um tipo único de estrutura psíquica: ou neurótica ou psicótica ou perversa, dependendo do mecanismo de defesa utilizado perante o complexo de castração. Porém, é válido questionar: a) seria o complexo de castração o único processo estruturante do psiquismo ou apenas um deles? b) os complexos ideativos e modalidades de relação objetal que se sucedem nas fases oral e anal não seriam igualmente estruturantes? c) a própria resolução do Édipo e da castração não poderiam ocorrer através de vários eventos sucessivos, sendo utilizados mecanismos de defesa diferentes em cada um deles?

. A hipótese de Lacan ganhou muita força nos meios psicanalíticos, passando a exercer influência nas concepções clássicas de psicopatologia e mesmo nas classificações de doenças da OMS anteriores à CID-10. Porém dentro da própria psicanálise existem concepções teóricas que apontam para a possibilidade de

coexistência entre mecanismos neuróticos e psicóticos (Lieberman & Maldavsky, 1975; Fairbairn, 1980). Talvez a mais antiga seja a visão de Fairbairn que, em seu artigo Fatores Esquizóides na Personalidade, publicado em 1940, descreve diversas condições onde podemos encontrar fatores esquizóides mesclados a características e sintomas de outras naturezas. Ele afirma que podemos encontrar traços de natureza esquizóide em pacientes essencialmente, histéricos ou obsessivos ou simplesmente ansiosos.

A teoria reichiana não adotou nem se mostra consistente com este aspecto da visão lacaniana. Na análise do caso da paciente esquizofrênica Reich aponta que muitas de suas manifestações são de natureza idêntica aquelas observadas em pacientes neuróticos, e na literatura reichiana mais recente outros trabalhos clínicos indicam a coexistência de mecanismos neuróticos e psicóticos (Karpf, 1992; Heller, 1995). Mesmo adotando-se os conceitos de recalque e rejeição podemos entender que estes dois mecanismos de defesa se sucedam ou se alternem pois a estruturação do psiquismo do sujeito ocorre em várias etapas sucessivas nas diversas fases do desenvolvimento libidinal (Trotta, 1997). Assim podemos entender que em algumas situações pode ter ocorrido recalque e em outras rejeição, o que resultaria na coexistência de “núcleos neuróticos” e “núcleos psicóticos” no mesmo indivíduo*. Apenas no autismo podemos aceitar a existência de uma estrutura puramente psicótica, uma vez que nesta patologia o surgimento muito precoce dos sintomas impede o curso normal do desenvolvimento psicológico, particularmente a estruturação do complexo de Édipo.

* A palavra “núcleo” é utilizada neste artigo para designar um componente psíquico composto de um conteúdo reprimido e uma defesa repressora. No núcleo neurótico o conteúdo são representações inconscientes, consolidadas como memória declarativa, e a defesa é o recalque, enquanto no núcleo psicótico o conteúdo são engrenas sem significado simbólico, consolidados como memória implícita, e a defesa é a rejeição.

Diante de um tema tão complexo, a respeito do qual existem tantas polêmicas na literatura, seria útil buscarmos referencia em uma classificação que fosse atual, amplamente aceita pelos especialistas da área, e que representasse pontos de concordância entre diferentes correntes teóricas e clínicas. A CID-10, nova *Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde* em seu capítulo V que trata dos *Transtornos Mentais e do Comportamento*, elaborado a partir de um trabalho coletivo envolvendo instituições de psiquiatria e psicologia de vários países do mundo representa um avanço nesta direção. Algumas de suas principais diretrizes, mostram-se discordantes de certas visões clássicas ainda bastante difundidas em psicopatologia, porém mostram-se coerentes com várias concepções reichianas discutidas neste artigo. Dentre estas diretrizes merecem destaque:

- A CID-10 decidiu abolir a divisão tradicional das doenças mentais em dois grandes grupos: neuroses e psicoses. Foi escolhida a palavra *disorder* traduzida por transtorno para designar a maioria dos quadros clínicos. Embora as palavras neurótico e psicótico ainda apareçam em alguns casos isolados para designar certos conjuntos de sintomas, seu uso não envolve pressupostos a cerca de mecanismos psicodinâmicos. Se a divisão em neuroses e psicoses foi abolida então por coerência a expressão “borderline” também foi abolida. As designações perversão e psicopatia também não foram utilizadas.
- O termo psicossomático também não foi empregado, porque seu uso para designar um determinado conjunto de doenças poderia ser interpretado como termo restritivo; ou seja, poderia ser interpretado como sugestivo de que as outras doenças não enquadradas neste conjunto não apresentariam a intercorrência de fatores psicológicos.
- Ao criar uma categoria específica (F00-F09) para designar os transtornos mentais orgânicos, a CID-10 restringe a apenas essas doenças (essencialmente demências) a existência de uma causa puramente orgânica. Todas as outras portanto são entendidas como possuidoras de causas psicológicas, associadas ou não a outras causalidades. Desta forma a CID-10 demonstra discordância com certas

concepções organicistas que tentam apresentar certas doenças, como a esquizofrenia e a depressão, como sendo devidas a fatores genéticos e bioquímicos isoladamente .

- A CID-10 criou a categoria F60-69 "Transtornos de personalidade e comportamento em adultos, onde explicita que é importante distinguir condições de personalidade de outros transtornos incluídos em outras categorias . Ressalta também que se uma condição de personalidade coexiste, se segue ou precede um transtorno psiquiátrico limitado no tempo ou crônico, ambos devem ser diagnosticados.

A seguir relacionamos as 10 categorias da CID-10, comentando em mais detalhes apenas aquelas que apresentam maior correlação com a temática central deste artigo:

F00-F09 – Transtornos Mentais Orgânicos

Inclui demências devidas a doença de Alzheimer, Parkinson, AIDS, e doença vascular; e também transtornos afetivos, dissociativos ou delirantes devidos a lesão cerebral ou disfunção cerebral.

F10-F19 – Transtornos Mentais decorrentes do uso de Substância Psicoativa

Inclui diferentes tipos de transtornos mentais e de comportamento associados a disfunção cerebral decorrente do consumo de álcool, canabinóides, cocaína, opióides, alucinógenos, sedativos, e outras drogas psicodislépticas..

F20-F29 – Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípico e delirantes

Inclui todos os tipos de Esquizofrenias, e também transtornos delirantes persistentes ou agudos e transitórios , o transtorno esquizotípico e os transtornos esquizo-afetivos .

A esquizofrenia é descrita como uma síndrome que se inicia por um surto agudo ou de desenvolvimento gradual, sendo seu curso variável e não inevitavelmente crônico. Para o diagnóstico exige-se a presença clara , com duração mínima de um mês, de um

ou mais sintomas considerados típicos, embora não patognomônicos, como dissociação do pensamento, delírios, alucinações, perda do pragmatismo, comportamento aberrante e perturbações motoras entre outras.

O chamado transtorno esquizotípico , que corresponde às antigas denominações de esquizofrenia latente ou borderline, é descrito como um transtorno crônico sem início definido, cuja evolução e curso são usualmente aqueles de um transtorno de personalidade, apresentando distanciamento afetivo, comportamento excêntrico, refúgio no isolamento, fuga do relacionamento humano , crenças estranhas ,idéias paranóides e ruminções obsessivas , embora preservando a capacidade de auto-gestão, e a noção de realidade. Pela tendência de retirada da libido de objetos totais ,e seu investimento em objetos parciais e no próprio ego , este transtorno poderia ser interpretado dentro da visão reichiana como um caráter esquizóide com bloqueio de primeiro segmento , que seja intenso o suficiente para gerar aqueles sintomas, porém ainda eficaz como defesa adaptativa e integradora. Na esquizofrenia , ao contrário, ocorreria o colapso de sua função defensiva e integradora devido à cronicidade e ao agravamento exagerado deste bloqueio de primeiro segmento.

F30-F39 – Transtornos do Humor (afetivos)

Inclui todos os tipos de depressão, mania e transtornos afetivos bipolares , caracterizados por alterações no humor e no nível global de atividade. Nos episódios depressivos, classificados em três graus (leve,moderado e grave), o indivíduo sofre de humor deprimido, perda do interesse , prazer e energia , cansaço marcante, pessimismo, redução da auto-estima e da libido.Embora Baker e Lowen tenham buscado associar a depressão com as estruturas de caráter fálico-narcisista e oral respectivamente, esta síndrome pode ser interpretada dentro da visão reichiana como uma psicopatologia que pode eclodir em indivíduos com qualquer tipo de estrutura de caráter, envolvendo sempre uma condição hipo-orgonótica associada a perda da capacidade desejante e regressão a demandas e mecanismos pré-genitais.

F40-F48 – Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes

Inclui os transtornos fóbico-ansiosos (como agorafobias, fobias sociais e específicas), o transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica), os transtornos somatoformes (somatização, hipocondria e disfunções de órgãos específicos), o transtorno de estresse pós-traumático, o transtorno obsessivo-compulsivo, e o transtorno dissociativo. Este último, que tem sido bastante estudado na última década, apresenta uma grande variedade de manifestações sintomáticas, algumas delas correspondentes às antigas denominações de psicose histérica e de histeria de conversão. Os estados dissociativos apresentam início e término súbitos com duração de horas, dias ou até meses, e os indivíduos acometidos apresentam uma grande tendência à negação de problemas e dificuldades. As manifestações incluem desde ataques súbitos de raiva, choro ou desejo, exagerados e desproporcionais, até estados de amnésia, estupor, fuga, personalidade múltipla e transtornos do tipo conversivo, como desmaio, paralisia, convulsão, afonia, transe e estado confusional. As crises dissociativas poderiam ser interpretadas dentro da visão reichiana como decorrentes de uma súbita agudização de encouraçamento de primeiro segmento.

F50-F59 – Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas

Inclui transtornos alimentares (anorexia, bulimia), transtornos do sono (insônia, sonambulismo, terrores noturnos e hipersonia), disfunções sexuais (aversão sexual, vaginismo, impotência), e transtornos associados ao puerpério.

F60-F69 – Transtornos de personalidade e comportamento em adultos

Este grupo inclui diferentes tipos de transtornos de personalidade e também transtornos de identidade sexual, transtornos de preferência e orientação sexuais e outros transtornos de impulsos como piromania e tricotilomania. A correlação entre os transtornos incluídos nesta categoria e a caracterologia reichiana será discutida no final deste artigo.

F70-F79 – Retardo Mental

Esta categoria inclui todos os tipos de oligofrenia com diferentes graus de deficiência de inteligência.

F80-F89 – Transtornos do Desenvolvimento Psicológico

Inclui vários tipos de autismo e as síndromes de Heller, Rett e Asperger, aqui designados como transtornos invasivos do desenvolvimento, e também transtornos do desenvolvimento da fala, da linguagem e das habilidades escolares. O autismo, que corresponde às antigas denominações de psicose infantil ou esquizofrenia infantil, é aqui definido como uma anormalidade progressiva na interação social, na cognição, no comportamento e na percepção da realidade, cujos sintomas aparecem antes dos 3 anos de idade.

F90-F98 – Transtornos emocionais e de comportamento com início na infância e adolescência

Inclui vários tipos de transtornos: hipercinéticos, de conduta, de emoções, de funcionamento social, tiques, enurese, encoprese, gagueira dentre outros.

DISCUSSÃO

Duas questões apresentadas anteriormente demandam uma discussão adicional: a relação entre esquizofrenia e bloqueio ocular, e a relação entre os transtornos de personalidade e a caracterologia reichiana.

A velha polêmica psiquiátrica quanto à etiologia orgânica ou psicológica da esquizofrenia e de outras psicopatologias parece estar de fato superada, pois grande número de descobertas em neurociências apontam para uma etiologia mista (Bear, et al, 2001; Kandel, 1993; Gottesman, 1991). Vários trabalhos inclusive demonstram que um stress contínuo, especialmente quando ocorre no início da vida, alteram de forma crônica a resposta de diversos tipos de receptores de neurotransmissores e hormônios no cérebro (Nemeroff, 1998; Liu et al, 1997), o que sugere uma somatopsicodinâmica para a doença mental que é bastante similar à visão reichiana. Segundo esta visão, o ambiente emocional a que uma criança é exposta pode causar disfunções cerebrais persistentes que passam a ser parte integrante do processo patológico, ou seja, as alterações orgânicas e psicoemocionais constituem-se num

par funcional interatuante (Trotta, 1999). Dentre as disfunções cerebrais conhecidas incluem-se alterações em sinapses dopaminérgicas mesolímbicas e mesocorticais, e sinapses glutamatérgicas do tipo NMDA (Bear, 2001; Gottesman, 1991) e alterações no padrão de sono REM , *rapid eye movement sleep sleep* (Reich, 1975).

Segundo a visão reichiana os principais sintomas esquizofrênicos estão associados a um intenso bloqueio de primeiro segmento em nível cerebral ; mais especificamente um bloqueio hipo-organótico na base do cérebro, na altura da região do quiasma ótico, para onde convergem os dois nervos óticos (Reich, 1972 , Baker, 1980 , Foglia, 1997) . Hoje sabemos que nesta região da base do cérebro encontram-se estruturas cerebrais de importância fundamental na estruturação do psiquismo, como : a) o hipocampo , responsável pelo processamento de novas informações e consolidação da memória declarativa ou conceitual, isto é , memória com representação semântica ; b) o tálamo , responsável pelo encaminhamento das informações sensoriais às áreas corticais específicas ; c) a amígdala, o hipotálamo , o *lucus ceruleus* e outras estruturas límbicas determinantes dos estados emocionais ; e também o corpo caloso responsável pela comunicação entre os dois hemisférios cerebrais (Bear, et al , 2001 , Kandel, et al , 1993).

Sugerimos que este bloqueio hipo-organótico na base do cérebro pode ser considerado o mecanismo neurofisiológico associado aos núcleos psicóticos , pois a falha no funcionamento das estruturas cerebrais mencionadas acima resultaria em perturbações no processo de atribuição de significado conceitual a percepções fortemente ansiogênicas, impossibilitando sua representação semântica e consolidação de memória declarativa. Estas percepções sem significado simbólico ficariam porém registradas como memória implícita , não-verbal, processadas pelo corpo amigdalóide , mas não integradas ao psiquismo como idéias associativas. Sugerimos que este mecanismo deve ser a base neurofisiológica do mecanismo de defesa psíquico denominado por Freud de rejeição (Verwerfung). O trabalho de foto-estimulação ocular com luz em movimento poderia ter êxito no re-processamento destas informações devido a seu efeito de ativar o hipocampo e a conexão funcional entre os dois hemisférios cerebrais (Trotta, 1998).

O bloqueio hipo-organótico na base do cérebro, funcionalmente resultaria no deslocamento e estagnação de energia nas regiões superiores do encéfalo, gerando um bloqueio hiper-organótico nas áreas corticais, que explicaria a hiperatividade mental dissociada do contato com as sensações internas e externas. Isto seria a base para a cisão entre senso-percepções e cognições, e cisão entre corpo e psiquismo, que caracteriza vários sintomas esquizofrênicos como alucinações, delírios, distúrbios motores e dissociação do pensamento.

Segundo Reich (1973), esta cisão afetaria também a configuração do campo energético, e a ligação dos fluxos e pulsações da energia orgônica com os movimentos plasmáticos, pois estas são funções do primeiro segmento. Alguns escritos contemporâneos (Foglia, 1997; Stolkner, 2000) acrescentam outros comentários. Podemos então sugerir que *“a função do anel ocular é ligar a energia à matéria propiciando sua pulsação conjunta...sendo que um comprometimento neste anel poderia resultar numa estagnação e sepultamento da energia na matéria, ou ao contrário fazer com que a energia se comporte como se não estivesse ligada à massa, favorecendo as experiências místicas dos esquizofrênicos”*. Podemos sugerir ainda que um comprometimento do primeiro tipo favorecerias as somatizações em geral e a biopatia do câncer em particular (Reich, 1973; Trotta e Marer, 1990), enquanto os do segundo tipo favoreceriam os sintomas esquizofrênicos.

Dentre as categorias listadas acima, a categoria **F60-F69 – Transtornos de personalidade e comportamento em adultos**, merece uma discussão especial por sua estreita correlação com a caracterologia reichiana. Aqui, é útil lembrar que classicamente em psicologia considera-se a personalidade como o resultado final das características comportamentais adquiridas do meio, componente chamado de caráter, e das características inatas, componente chamado de temperamento (Fromm, 1968). Na prática porém, os termos personalidade e caráter são utilizados na literatura de forma indistinguível em seu sentido, como se fossem sinônimos (Baker, 1980, Crist, 1993), sendo que este último autor buscou correlacioná-los com a teoria das três camadas da estrutura emocional descritas por Reich (1973).

Na categoria F 60, os transtornos específicos de personalidade são definidos como *condições que abrangem padrões de comportamento arraigados e permanentes*

manifestando-se como respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais, incluindo o modo como o indivíduo percebe, pensa, sente e particularmente se relaciona com os outros. Um transtorno específico de personalidade é uma perturbação grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo que tende a aparecer no final da infância e na adolescência e continua a se manifestar pela idade adulta, sendo difícil um diagnóstico apropriado antes dos 16 ou 17 anos de idade. O padrão anormal de comportamento é permanente, de longa duração e não limitado a episódios de doença mental (OMS, 1993). Com base nestas descrições podemos considerar que a expressão Transtorno de Personalidade, utilizada na CID-10, corresponde de forma clara e inequívoca ao que chamamos de estrutura de caráter na literatura reichiana. Vários transtornos agrupados nesta categoria F 60 apresentam correspondência com estruturas de caráter descritas por Reich, como:

F60.1 Transtorno de personalidade esquizóide: com suas características de preferência por atividades solitárias,, distanciamento afetivo, desinteresse por relacionamentos íntimos e confidentes , tendência a introspecção , dentre outras,corresponde ao **caráter esquizóide** tal como é descrito na concepção reichiana. Destacamos aqui, que estas características não apresentam correspondência com manifestações do tipo psicótico.

F60.4 Transtorno de personalidade histriônica: com suas características de sedução inapropriada, sugestionabilidade, teatralidade, afetividade superficial e busca continua de excitação, dentre outras, corresponde ao **caráter histérico**, tal como é descrito na concepção reichiana.

F60.5 Transtorno de personalidade anancástica: com suas características de rigidez, teimosia, perfeccionismo, preocupação com detalhes, regras e ordem com exclusão do prazer e insistência em controlar os outros corresponde ao **caráter compulsivo** tal como é descrito na concepção reichiana.

F60.7 Transtorno de personalidade dependente: com suas características de subordinação excessiva as pessoas das quais depende, incapacidade de tomar decisões

por conta própria, medo de ser abandonado, sentimento de desamparo e incompetência e incapacidade de se auto-cuidar corresponde ao **caráter oral** tal como é descrito na concepção reichiana.

Os outros transtornos de personalidade incluídos nesta categoria são mais difíceis de serem correlacionados com os tipos descritos na caracterologia reichiana. Estes outros incluem os tipos : paranóide , anti-social, emocionalmente instável e personalidade ansiosa. Algumas características destes tipos correspondem a certas características dos caracteres fálico-narcisista , masoquista e do caráter impulsivo, descritos por Reich ..

As categorias F64, Transtornos de identidade sexual e F65, Transtornos de preferência sexual, incluem transtornos de diversas naturezas, dentre as quais estão incluídas algumas das características do caráter passivo-feminino.

Seria pouco provável que os diferentes tipos de transtorno de personalidade classificados pela CID-10 apresentassem uma correspondência total e perfeita com a caracterologia reichiana pois tal correspondência não é encontrada em nenhuma teoria caracterológica ou de personalidade. Inclusive, o estudo da caracterologia tem como objetivo muito mais desenvolver a compreensão dos mecanismos de estruturação do indivíduo, de resolução do complexo de Édipo e da construção de defesas narcísicas (Reich, 1972) do que orientar o enquadramento diagnóstico. Mais especificamente a compreensão da base caracterológica tem uma importância clínica fundamental porque permite entender os mecanismos de defesa e as resistências associadas à transferência negativa latente (Reich, 1972).

A existência das categorias F60.8, outros transtornos de personalidade, e F60.9, transtorno de personalidade não especificado, demonstra que os autores da CID-10 já previam a existência de tipos de personalidade que não se enquadrassem em nenhuma das categorias anteriores. Vale aqui lembrar que sendo os episódios e circunstâncias da vida de cada pessoa altamente singulares, a sua estrutura de personalidade/caráter sempre vai apresentar ao lado de característica comuns a outras pessoas, algumas outras que são exclusivas dela.

Bibliografia :

BAKER, E. *O labirinto Humano*, Summus, São Paulo, 1980.

BEAR, M., CONNORS, W. and PARADISO, A. *Neuroscience: exploring the brain*, Williams and Wilkins, Lippincott, 2001.

BLEICHMAR, H. *Introdução ao estudo das perversões*, Artes Médicas, Porto Alegre, 1984.

CRIST, P. Nature, character and personality. *Journal of Orgonomy*, Princeton, n.27, 48-60, 1993.

FAIRBAIRN, R. Fatores esquizóides na personalidade (1940) In: *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*, pp. 3-22, Interamericana, Rio de Janeiro, 1980.

FOGLIA, A. The murder and terror in schizophrenia. *Journal of Orgonomy*, Princeton, n.31, 61-68, 1997.

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Imago, Rio de Janeiro, 1987.

HELLER, P. The importance of a correct diagnosis : depression in a schizophrenic adolescent. *Journal of Orgonomy*, Princeton, n. 29, 152-157, 1995.

KANDEL, E., JESSEL, T.M. & SCHWARTZ, J.M. *Principles of Neural Science*, Elsevier, New York, 1993.

KARPF, R. A diagnostic dilemma. *Journal of Orgonomy*, Princeton, n. 26, 104-110, 1992.

KUSNETZOFF, J. C. *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica*, Novas Fronteiras, Rio de Janeiro, 1982.

FROMM, E. *Análise do Homem*, Zahar, Rio de Janeiro, 1968.

GOTTESMAN, L. *Schizophrenia Gênesis*, Freeman, New York, 1991.

LIU, D., DIORIO, J., TANNENBAUM, B. et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, n. 277, 1659-1662, 1997.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. *Vocabulário da Psicanálise*, Martins Fontes, São Paulo, 1986.

LEMAIRE, A. *Jacques Lacan : uma introdução*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1972.

LIBERMAN, D. & MALDAVSKY, D. *Semiologia e Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1975

LOWEN, A. *O Corpo em Terapia*, Summus, São Paulo, 1977.

NAVARRO, F. *Caracterologia Pós-Reichiana*, Summus, São Paulo, 1995.

NEMEROFF, C. The neurobiology of depression. *Scientific American*, 278, 42-49.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Coord. trad. Dorgival Caetano. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 : Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*, Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

REICH, L. Sleep disturbance in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 51-57, 1975.

REICH, W. *The Impulsive Character and Other Writings* , New American Library ,
New

York, 1974.

_____ *Character Analysis* , Farrar Strauss & Giroux, New York, 1972.

_____ *A Função do Orgasmo* , Brasiliense, São Paulo, 1981.

_____ *Ether, God and Devil*. Farrar, Strauss & Giroux, New York, 1973.

_____ *The Cancer Biopathy*. Farrar, Straus & Giroux, New York, 1973.

STOLKINER, J. Pensamento Funcional. In: *Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS*,
Porto Alegre, n. 4, 9-25, 2000.

TROTTA , E. E. A fase oral na abordagem reichiana. In: *Revista da Sociedade
Wilhelm Reich/RS* , Porto Alegre, n. 1, 25, 1997.

_____ Bases neurofisiológicas dos procedimentos clínicos de estimulação
ocular com luzes coloridas. In: *Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS* , Porto
Alegre, n. 2, 37-49, 1998.

_____ Wilhelm Reich e a Psicossomática, In: Maluf, N (Org.) *Reich, o corpo
e a clínica*, São Paulo, Summus, 1999.

_____ EMDR associado à foto-estimulação ocular e outros métodos da
orgonoterapia. In: *Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS* , Porto Alegre, n. 4 , 59-
74, 2000.

_____ & Marer, E. The orgonotic treatment of transplanted tumors and
associated immunological functions. In: *Journal of Orgonomy*, Princeton, n. 24, 39-
45, 1990.



**Material didático do Curso de Formação do Núcleo de Psicoterapia
Reichiana**

www.nucleopsic.org.br

WEINMANN, A. & VITOLA, E. Wilhelm Reich e a caracterologia psicanalítica, In:
Revista da Sociedade Wilhelm Reich / RS, Porto Alegre, n. 3 , 80-93, 1999.