

## 2. Psicopatologia e violência

A violência no âmbito familiar e conjugal é construída e mantida por conta de sujeitos com características individuais, influenciados por aspectos familiares, grupais, sociais e culturais. Por isso torna-se importante, também, estudar as patologias individuais que podem favorecer a existência da dinâmica agressiva nos casais.

De uma forma geral, há inúmeros fatores que propiciam o desarranjo do relacionamento amoroso. McGoldrick (1995) expõe alguns aspectos que colaboram para a falha no ajustamento conjugal, tais como a união após uma perda significativa; o desejo de se casar para se distanciar da família de origem; a grande diferença familiar em relação à religião, cultura, educação, classe social, etnia ou idades dos parceiros; constelações fraternas do casal incompatíveis; distância ou proximidade expressiva com a família de origem; dependência emocional, financeira ou física da família de origem; casamento antes dos 20 anos, ou sem a presença de amigos ou familiares, ou, ainda, os parceiros se conhecendo há menos de seis meses ou com mais de três anos de noivado; gravidez antes ou no primeiro ano de casamento; um dos parceiros possuindo relacionamento difícil com pais ou irmãos ou ainda considerando a sua infância infeliz e possuindo um padrão conjugal instável na família de origem.

O que torna uma pessoa violenta é tema de inúmeros trabalhos, possuindo posicionamentos e suposições diferentes. É comum se atribuir razões externas, influência parental ou social, assim como as internas, origens genéticas ou constitucionais. Pensar nesse tema requer uma visão multidisciplinar e complexa, não sendo possível refletir a partir de um só prisma. É importante esclarecer, no entanto, que os atos agressivos não são influenciados apenas por alguma patologia. Corsi (2006) afirma que menos de 10% dos casos de violência familiar são cometidos por algum membro que possua algum transtorno psicopatológico. O autor assinala também que o consumo de álcool também não causa a violência, mesmo podendo favorecer a sua emergência. Algumas explicações são dadas, como o fato de muitos embriagados não serem violentos em casa e muitos agressores não estarem bêbados. Outro aspecto ressaltado é o fato de que agressores alcoolizados

não costumam ser violentos, quando bebem em outros lugares ou em situações sociais.

No entanto, Kernberg (2007) assinala algumas características psicopatológicas específicas de relacionamentos violentos. O posicionamento do autor sobre a origem da psicopatologia da personalidade é que essa é determinada pelas experiências afetivas que a pessoa teve com outras pessoas significativas no início da vida. Para o autor, portanto, a manifestação da violência nos relacionamentos também pode ser influenciada pelas vivências iniciais do sujeito.

O que parece ser importante analisar na violência é a compreensão do ódio, já que esse é um afeto primordial no comportamento humano que ocupa lugar privilegiado nas condições psicopatológicas graves. Kernberg (2007) propõe uma teoria sobre a psicopatologia do ódio e acrescenta:

O ódio deriva da ira, o afeto primário em torno do qual se agrupam a pulsão da agressão; na psicopatologia severa, o ódio pode se converter em algo prevalecente e esmagador dirigido tanto contra a si mesmo como contra os outros. É um afeto complexo que pode se converter no componente principal da pulsão agressiva, deixando na sombra os outros afetos agressivos universalmente presentes, como a inveja ou a aversão (tradução livre, p. 45).

Na clínica, o estado afetivo que caracteriza a agressão na transferência é a ira. Kernberg (2007) a distingue da irritação, que é um afeto agressivo leve, e da irritabilidade, sua forma crônica. A ira tem maior intensidade, possui diferenças nos conteúdos cognitivos e correspondência ativada com a relação objetal. A análise dos estados de ira traz à tona a fantasia consciente ou inconsciente de uma relação específica entre partes de si mesmo e de outra pessoa significativa. Em crianças é observada a manifestação da ira com o objetivo de abolir a fonte de dor ou irritação. Posteriormente, a ira tem como função evolutiva proporcionar a eliminação do que dificulta a gratificação, transformando a função biológica em um sinal mais focalizado ao cuidador para que seja restaurado o estado prazeroso desejado.

Nas fantasias inconscientes de pessoas que expressam ira, se observa uma ativação de uma relação objetal totalmente má, com uma busca de eliminá-la e restaurar uma relação boa (Kernberg, 2007).

Kernberg (2007) observa em seus atendimentos relação entre a intensidade dos afetos agressivos com a função psicológica de afirmar a autonomia, de destruir o obstáculo à satisfação ou de eliminar a fonte de dor ou de frustração profunda. No entanto, ele ressalta que em casos psicopatológicos mais graves o que é mais frequente é a expressão do ódio seguida de certas expressões típicas dele e por defesas para encobrir a existência desse afeto.

O ódio é um afeto complexo e, ao contrário da raiva e da cólera, é crônico e estável. A pessoa com isso possui racionalizações poderosas e distorções correspondentes do funcionamento do ego e do superego (Kernberg, 2007).

Segundo Kernberg (2007), a inveja é uma fonte primitiva de ódio, relacionada à agressão oral e à voracidade. Pode ser considerada também uma complicação do ódio por conta de uma fixação ao trauma. O que aparece na inveja costuma ser a racionalização dela por meio de um medo da potencialidade destrutiva do objeto. Esse medo é consequência tanto de alguma situação real de violência que o sujeito sofreu no passado, provocada por pessoas significativas, quanto da projeção de sua própria ira e ódio. Na clínica a inveja aparece como a tendência do paciente em ser arrogante e curioso ou quando não demonstra capacidade em refletir sobre as considerações postas pelo terapeuta. Assim como a dependência exagerada do terapeuta é uma característica da transferência em que o paciente atua por conta do ódio em relação ao profissional.

Na transferência dominada pelo *acting out* do ódio, o paciente passa a representar a luta entre o perseguidor e o perseguido, alternando os papéis: ora sendo o algoz, ora a vítima. Nessa dinâmica passa também a projetar o complemento desses papéis no terapeuta. Nos casos graves, a saída encontrada para não ser vítima, parece ser tornar-se tirano, assim o ódio e o sadismo significam a forma encontrada para sobreviver. Quando ocorre moderadamente, o que se observa ainda é a inveja pela intolerância com aquele que foge dessa voracidade, ou seja, o odeia por conta de deliberadamente transformar o objeto de perseguidor em ideal (Kernberg, 2007).

Kernberg (2007) afirma que há uma dinâmica que favorece a fixação ao trauma. Isso porque, o auge dos estados afetivos organiza não só as experiências de amor, como também as condições de raiva e a internalização das representações de objetos totalmente maus e indiferenciados de si mesmo. Essas, aos poucos, formam a categoria da relação objetal característica da dominação pelo ódio.

Observa-se a formação de um vínculo muito forte com objetos que traumatizaram o outro por meio da dominação pelo ódio, tanto em casos de crianças vítimas de abuso quanto de pessoas que vivenciaram situações muito traumáticas. Para o psicanalista, o forte apego com a mãe frustradora causa a transformação da ira em ódio. Isso se dá por conta da fixação com um objeto necessitado em que é vivenciado como mau e responsável pela destruição do objeto ideal e fundamentalmente bom. A destruição vingativa do objeto mau é uma tentativa mágica de recuperar o objeto bom, no entanto, tal mecanismo leva à destruição da capacidade de se relacionar com o objeto.

Neste processo ocorre não só a identificação com a mãe agressora, mas também com a relação dolorosa, impotente e paralisante para com ela. Assim, o ódio se transforma em uma identificação com a mãe como o objeto cruel, onipotente e destrutivo. Concomitantemente, procura-se projetar as partes de si mesmo atacadas, desvalorizadas e maltratadas em outros objetos. Tanto quando o sujeito se identifica com o eu sofredor quanto com o objeto algoz, a relação agressiva continuará engolindo o sujeito, já que está presente nas duas facetas (Kernberg, 2007).

Um tipo de manejo do sofrimento é invertê-lo sobre a forma de ódio, assim há a sensação de um triunfo vingativo sobre o objeto e sobre a horrível representação do eu obtido pela identificação projetiva. As condutas sádicas servem como uma vingança simbólica pelo sofrimento passado. A motivação de tais atos se dá pela sensação que o sujeito tem de estar de novo sendo maltratado por objetos sádicos. No entanto, ele se transforma em seu próprio objeto persecutório enquanto ataca sadicamente as suas vítimas. Torna-se inevitável a transformação em vítima e agressor simultaneamente. O papel de algoz fica interligado ao de vítima, já que representa o eu projetado, repudiado e perseguido. Enquanto que a função de vítima segue internamente conectada aos agressores e externamente em atos incompreensíveis aos outros (Kernberg, 2007).

A hipótese de Kernberg (2007) é que as condutas maternas extremamente contraditórias e não confiáveis reforcem o lado psicopático do ódio, já que as ações negativas dela podem ser vistas como uma traição de um objeto potencialmente bom, o transformando em um objeto imprevisível e inesperadamente mau. Assim, ao se identificar com um objeto que trai, o sujeito fica predisposto a destruir vingativamente todas as relações objetais.

A mãe, ao provocar a dor profunda em crianças pequenas, pode ajudar a provocar a ira; e depois, por conta dos mecanismos de identificação e transformação, pode desenvolver o ódio. Nos casos em que há uma ativação excessiva da agressão como pulsão há interferência no desenvolvimento do processo de separação-individuação, na constância do objeto e no desenvolvimento edípico. Com isso, a agressão excessiva pode produzir uma fixação no ponto em que todas as relações de objeto internalizadas, completamente boas e inteiramente más, não estavam integradas, enquanto que as representações do eu e do objeto dentro de cada uma das relações objetais inteiramente boas e más estavam diferenciadas entre si. Segundo o psicanalista, essas são as condições estruturais das patologias limites de personalidade, peculiares das patologias graves em que sobressaem as agressões pré-edípica e edípica (Kernberg, 2007).

O autor assinala, no entanto, que é possível que ocorra a integração das relações objetais internalizadas totalmente boas e totalmente más e desenvolver a constância objetal, integrando assim as estruturas do eu e do outro, consolidando, por fim, a estrutura tripartite. Nessas circunstâncias o ódio é assimilado pelo superego. Outra manifestação do ódio potencialmente integrado por traços mediados pelo superego, citado pelo teórico, é o desejo de humilhar.

Para compreender melhor as subjetividades que se utilizam do ódio, provavelmente por não terem o assimilado pelo superego, será abordado abaixo os transtornos psicológicos que podem apresentar formas violentas de se relacionar, tanto na perspectiva de agressor como de vítima. Não é o objetivo fechar as categorias diagnósticas, uma vez que a subjetividade não é cerrada, mas um mínimo de estruturação auxilia a melhor compreensão do fenômeno.

### **2.1. As várias faces do masoquismo: sadomasoquismo e comportamentos autodestrutivos**

No caso de violência contra as mulheres é comum acreditar que as mulheres que permanecem na dinâmica agressiva obtêm alguma satisfação; e seria por tal motivo que não rompem o relacionamento. Corsi (2006) pontua que os acordos masoquistas não fazem parte, normalmente, da definição de violência doméstica. Para o autor, os sentimentos de culpa e de vergonha das vítimas impedem o pedido de ajuda. Além disso, segundo ele, elas não sentem qualquer prazer nas situa-

ções de abuso, mas medo, impotência e debilidade. As mulheres não saem das situações crônicas de abuso por conta de questões emocionais, sociais e econômicas. No entanto, através da visão apresentada por Kernberg (2007) sobre os relacionamentos afetivos, esses seriam categorizados como masoquistas, com algumas variações e ressonâncias. Assim, se por um lado essas mulheres não devem ser culpadas por vivenciarem situação de abuso, por outro não se pode deixar de lado o quanto que o inconsciente pode levá-las a atuar de forma que as prejudiquem. Essa situação parece clara no caso clínico exposto por Araújo (2005) em que após tratamento e mudança do padrão violento do parceiro, vítima afirma sentir falta da tensão que havia anteriormente com as brigas do casal.

O masoquismo é, originalmente, uma definição de uma perversão sexual, no entanto, alguns autores passaram a vê-lo de forma mais vasta abrangendo outros aspectos do cotidiano. Esse traço nem sempre é visto como uma patologia, pois a sublimação da dor, para alcançar certo objetivo positivo na vida, é uma capacidade que vem a partir da predisposição masoquista (Kernberg, 2007).

Laplanche e Pontalis (1995) demarcam o masoquismo como uma perversão sexual em que para se obter satisfação é necessária a submissão do sujeito a situações de sofrimento ou humilhação. A compreensão freudiana é mais ampla que a dos sexólogos, uma vez que reconhece traços da perversão em diversos comportamentos sexuais e em rudimentos da sexualidade infantil.

Freud dedicou anos ao estudo dessa dinâmica. Para ele (1919/1969), o masoquismo é o desejo infantil de ser amado e cuidado transformado, inconscientemente, na fantasia de ser espancado. Tal fixação pode não persistir durante a fase adulta, por conta da sublimação e repressão: no entanto, caso isso não ocorra, podem ser encontradas aberrações sexuais em adultos como a perversão, o fetichismo e a inversão.

Freud (1915/1969) liga os conceitos de sadismo e masoquismo, criando o conceito sadomasoquista. Isso porque, para ele, mesmo que haja uma prevalência de um dos papéis, o sádico também é masoquista, e vice-versa. De acordo com o autor (1924/1974), há três tipos de masoquismo: o Erógeno, o Moral e o Feminino. O primeiro é uma condição necessária ao prazer sexual, que liga o prazer ao sofrimento. O masoquismo moral relaciona-se à culpa inconsciente, que leva sujeito a procurar a posição de vítima; e, por fim, o masoquismo feminino tem relação com a fantasia feminina de ser castrada, ser copulada e dar à luz a um bebê.

A manifestação menor do masoquismo moral, na ótica de Kernberg (2007), é consequência, quase que inevitável, da integração normal das funções superegógicas. Isso porque, com a integração dessas, é esperado o aparecimento da culpa inconsciente, ao serem ativados derivados pulsionais infantis reprimidos.

O masoquismo faz parte de um espectro que vai desde a capacidade saudável para o autossacrifício pela família ou pelos outros por conta de um ideal em um mecanismo sublimatório, até o extremo da autodestrutividade severa que leva à eliminação de si mesmo ou da própria consciência. Os conflitos subjacentes nessa dinâmica são inconscientes e se referem à sexualidade e ao superego. Nas palavras de Kernberg (1995, p. 122-123):

No domínio do masoquismo moral, é pago um alto preço para se conseguir prazer: a transformação da dor em prazer erótico, a integração da agressão dentro do amor, acontece a relação entre o *self* e um introjeto do superego. Em virtude de sentimentos inconscientes de culpa, sofrer conforme a vontade de um introjeto punitivo é recuperar o amor do objeto e a união com ele; desta maneira, a agressão é absorvida pelo amor.

Em determinados relacionamentos amorosos, percebem-se traços masoquistas. Por exemplo, quando há atração por objetos indisponíveis ou incapazes de amar, não os deixando partir. Esse tipo de paixão é caracterizado por Kernberg (2007) como masoquista. O esperado, segundo o autor, seria se iniciar um processo de luto e não de investimento. O amor ao objeto inacessível representa nesse tipo de enamoramento patológico a submissão aos aspectos do ideal do ego e do superego que são projetados sobre o objeto e o amor doloroso e insatisfatório preenche o sujeito de orgulho e de intensidade emocional. Na estrutura histórica há busca inconsciente por objetos inacessíveis, enquanto em outros casos somente as características sádicas podem estar presentes. Para o autor, é importante analisar cuidadosamente as características masoquistas e narcisistas em pacientes que apresentem a síndrome do enamoramento patológico (Kernberg, 2007).

Existem também padrões masoquistas conjugais, quando no inconsciente do casal há conluio para transformar a relação satisfatória em pesadelo. Nessa dinâmica, o casal pode projetar exigências e proibições do superego sádico, que são reforçados por comportamentos mútuos que provocam culpa, ambos identificados pelos próprios introjetos do superego sádico. Assim podem ter comporta-

mentos inconscientes autossabotadores, com ataques à pessoa amada, provocando a rejeição quando se espera ser gostado. Outro comportamento masoquista são atitudes de barganha, acreditando que é necessário sacrificar certas áreas importantes da vida em prol do sucesso e satisfação em outras áreas. Como também pode viver um relacionamento sem tomar cuidado em se proteger de situações que podem ameaçar as expectativas de vida (Kernberg, 1995). Kernberg (1995) expõe que há uma série de racionalizações ideológicas presentes nas escolhas masoquistas que propiciam a manutenção desses relacionamentos, ele afirma:

A confirmação moral, ou mesmo a superioridade, envolvidas na manutenção do relacionamento com um parceiro sádico mas “inferior”, tal como o cônjuge alcoolista ou um membro de uma minoria perseguida, ou racionalizar a persistência de um relacionamento impossível “por causa das crianças”, pode contribuir para sistemas defensivos que precisam ser diferenciados das circunstâncias sociais ou econômicas, objetivamente limitantes, que impedem uma esposa maltratada de abandonar um relacionamento impossível (Kernberg, 1995, p. 133).

Essa situação também é observada em casos de violência conjugal, é comum observar tendências vingativas nas mulheres agredidas, quando, por exemplo, deliberadamente não correspondem às expectativas do parceiro. Com esse comportamento, elas permanecem na dinâmica sádica-masoquista (Kernberg, 2007). Na tentativa de sair do masoquismo, acabam por permanecer na dinâmica. Mesmo em uma relação cronicamente frustrante, agressiva e com inúmeras queixas há a incapacidade de deixá-la.

Na transferência de pacientes com masoquismo grave é comum se observar reações terapêuticas negativas por culpa inconsciente, quando se sentem ameaçados pelos próprios padrões auto-sabotadores. Assim como podem omitir informações que demonstrem sua participação nas suas dificuldades, protegendo as atuações masoquistas (Kernberg, 1995).