

Ciúme obsessivo: análise de casos*

AFONSO DE ALBUQUERQUE / CATARINA SOARES**

IAGO

«Oh! tende cuidado, meu senhor com o ciúme;
É um monstro verde que escarnece da carne que o alimenta; o comudo vive extasiado;
... Mas, oh!, aqueles momentos malditos que lhe falam de quem ama,
mas de quem duvida; de quem suspeita
mas que ama apaixonadamente.»

OTHELLO

«... Verei antes de duvidar; quando duvidar provarei;
E perante a prova não haverá mais do que
Acabar de vez com o amor ou com o ciúme.»

SHAKESPEARE — «Othello, o Mouro de Veneza».

1. INTRODUÇÃO

O ciúme é bastante mais do que um sintoma psiquiátrico, mesmo quando excessivo. É um «estar no Mundo» provavelmente universal, perante o receio de se perder alguém que se deseja em favor de outro.

Haverá algumas honrosas exceções a esta regra tais como a tribo dos Todas, do Sul da Índia, citada por Mooney, em que o que se censura é o ciúme e o que se reforça é o adultério, conceito que de resto inteiramente desconhecem.

Mas, na nossa cultura, monogâmica e possessiva, o ciúme é aprendido logo na infância, talvez, como sugere Bracinha Vieira, devido ao longo pe-

ríodo de vinculação da criança à mãe que nela vai criar o desejo da posse exclusiva do amor materno.

No entanto, os ciúmes da criança passam em regra com a idade e assim, na idade adulta, o ciúme é mal aceite, talvez com uma única exceção que é o ciúme sexual, centrado na infidelidade do parceiro ou do cônjuge, mas mesmo esse é cada vez menos tolerado. É de resto o ciúme sexual que desde a antiga Grécia mais tem chamado a atenção de filósofos, moralistas e escritores, que se tão bem o descreveram, nem sempre o souberam definir. Foi realmente necessário esperar pelos últimos cem anos, com o aparecimento da moderna psicologia e psiquiatria, para se começar a definir, a compreender e mesmo a tratar, as formas patológicas do ciúme e a sabê-las distinguir do ciúme culturalmente aceite como normal. No entanto, e apesar dos progressos feitos, continua ainda hoje a ser difícil separar completamente o ciúme mórbido das formas mais excessivas do ciúme normal; ou seja, até que ponto o ciúme é ou não culturalmente justificável, é ou não patológico.

Não sendo esta a ocasião indicada para uma revisão da literatura publicada sugerimos aos inte-

* Artigo baseado numa comunicação apresentada nas IV Jornadas Portuguesas de Terapia do Comportamento. Agradecemos especialmente o contributo da Professora Dr.^a Maria Helena Pinto Azevedo para o esclarecimento de algumas dúvidas conceptuais suscitadas pela comunicação original.

** AFONSO DE ALBUQUERQUE: Director de Serviço de Psicoterapia Comportamental do HJM; CATARINA SOARES: Psicóloga Clínica, Serviço de Psicoterapia Comportamental do HJM.

ressados a leitura dos trabalhos de Sheppard (1961) e Mooney (1965) e, no nosso país, de Vaz Serra (1982) e de Bracinha Vieira (1984). De resto, como acontece em geral com toda a clínica, chegar-se ao diagnóstico a partir de um único sintoma (neste caso, o «ciúme patológico») é tarefa ambígua e que nos leva a identificá-lo num amplo leque de categorias de diagnóstico muito diferentes: nos problemas de personalidade, nas neuroses e ainda nas psicoses funcionais, orgânicas, senis e tóxicas.

O ciúme patológico mais bem estudado até agora tem sido o que se manifesta nas psicoses funcionais (nomeadamente na Esquizofrenia Paranóide) e nas psicoses tóxicas (nomeadamente no Alcoolismo).

Em qualquer destas situações trata-se sempre de um «delírio de ciúme», ou seja, de ciúme não baseado na realidade, tido como certeza ou crença inabalável e insensível ao combate lógico. É geralmente acompanhado por outros sintomas psicóticos e o doente não revela capacidade de auto-crítica.

Como escreve Bracinha Vieira (1984), ...«dissociam-se o saber e o acreditar: acredita antes de saber, de demonstrar aquilo em que já acredita... A ausência de comprovação vem acentuar as suas convicções quando devia atenuá-las... É portanto o próprio método delirante que carece de viabilidade. Todo e qualquer dado submetido à análise, valida as crenças prévias do sujeito e reforça o delírio. Raciocina certo sobre premissas falsas».

É assim possível separar claramente o «delírio de ciúme» do ciúme patológico não delirante, a que vamos a partir de agora designar como «ciúme obsessivo», segundo a nomenclatura proposta inicialmente por Mooney (1965) e seguida modernamente por outros autores como Marks (1979) e Vaz Serra (1982), designação esta que não consta no entanto do DSM-III. De acordo com estes autores, estas ideias de ciúme não são delirantes, os doentes reconhecem-nas como irracionais e ego-distónicas, e os quadros clínicos são caracterizados, ao nível cognitivo, por pensamentos ruminativos, ao nível emocional, por ansiedade e agressividade e ao nível comportamental, por rituais compulsivos com o fim de controlar o parceiro (tanto verbais como motores).

Como muito bem aponta I. Marks (1979) trata-se de um tipo de problema (obsessivo-compulsivo) que investigações recentes mostraram responder bem ao tratamento por técnicas comportamentais, tais como a «exposição ao vivo», a «modelagem» e a «prevenção de respostas», mas sobre o qual pouca

literatura científica existe.

Justifica-se assim a apresentação deste trabalho com o qual pretendemos contribuir para o conhecimento da história natural do ciúme obsessivo e para a avaliação do seu tratamento por técnicas comportamentais.

2. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO (segundo Marks e Cobb, 1979)

1. Presença de pensamentos e comportamentos obsessivo-compulsivos, conformes à definição do DSM-III.

2. Presença de pensamentos e rituais de ciúme mórbido com pelo menos a duração de um ano.

3. Não existência de alcoolismo, psicose ou doença orgânica cerebral.

3. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Resumimos as principais características no quadro seguinte:

QUADRO I
N = 12 doentes

Sexo	HOMENS - 2 MULHERES - 10	
Idade	41. 7 a.	{ min. .33 a. max. 58 a.
Duração do problema	2.5 a.	{ min. . 1 a. max. 6 a.
Duração do casamento	16.25 a.	{ min. . 3 a. max. 35 a.
Problemas sexuais	Anorgasmia	7
	Ej. prematuro	1
	S/ prob.	2
	Não se apurou	2
Défice de aptidões sociais	Não	7 58%
	Sim	5 42%
Traços obsessivos na Person. Prévia	Presentes em 100%	
Depressão associada	Sim	9 75%
	Não	3 25%
Adultério como factor desencadeante	11 casos (91,7%)	
Suspeita de adultério como factor desencadeante	1 caso (8,3%)	

4. TRATAMENTO

O tratamento envolveu um «pacote» de técnicas comportamentais, variáveis de caso para caso, de acordo com a avaliação feita nas sessões iniciais. Sempre que foi possível a adesão do parceiro, preferiu-se a terapia do casal à terapia individual, dado o seu envolvimento sistemático no desencadeamento e na manutenção do ciúme mórbido do sujeito.

Na nossa amostra, dos 5 casos que determinaram tratamento, a terapia do casal foi feita em 3 casos, enquanto que 2 receberam ajuda individual.

A técnica para o tratamento da neurose obsessivo-compulsiva, ou seja, a «exposição» com «prevenção de respostas», foi utilizada em todos os casos e constituiu o essencial da nossa abordagem.

A «terapia do casal» permitiu nomeadamente a melhoria da comunicação (pela técnica do «face-a-face», acompanhada pelo aumento das interações positivas e diminuição das interações negativas). Fez-se também terapia sexual específica sempre que se identificaram problemas sexuais e a aplicação generalizada do «reforço diferencial» (aprender a reforçar no outro os comportamento saudáveis e a extinguir os comportamento neuróticos).

Para as ideias de ciúme de carácter ruminativo e que não desapareceram após as intervenções já referidas, utilizaram-se técnicas de «saciação» e «auto-monitorização» (o que aconteceu apenas num caso).

Quando especificamente indicado, fez-se treino de aptidões sociais (individual ou em grupo), num total de 2 casos.

Dada a existência de depressão clínica, associaram-se anti-depressivos ao pacote comportamental em 9 casos.

5. ADERÊNCIA, RECUSAS E DESISTÊNCIAS

Os 12 doentes ficaram assim distribuídos:

Completaram tratamento	5 — 42%	} 3 M. Melh. 2 Melh.
Recusaram	3 — 25%	
Desistiram	3 — 25%	
Em tratamento	1 — 8%	

O critério adoptado para avaliar os resultados do tratamento, tanto para o comportamento ritualizado de controlo, como para as ruminacões, foi o de «Muito Melhorado» (equivalente a ausência de sin-

tomas), «Melhorado» (se alguns ainda persistem) e «Mesmo Estado».

Utilizando este critério, verificámos que dos 5 casos tratados, 3 foram considerados «Muito Melhorados», tanto para os rituais, como para as ruminacões. Em todos eles a depressão foi considerada clinicamente curada. Os dois doentes apenas «Melhorados» foram considerados como pior aderência ao tratamento que os 3 «Muito Melhorados», cuja aderência foi considerada boa.

Todos os 5 casos referiram, no fim do tratamento, uma melhor harmonia e satisfação no seu casamento.

6. ANÁLISE CLÍNICA DA AMOSTRA

Ao avaliarmos o conjunto dos 12 sujeitos, encontramos 10 mulheres e apenas 2 homens! Querirá isto dizer que as mulheres portuguesas sofrem com mais frequência deste problema ou que pedem ajuda especializada com mais facilidade do que os homens?

Alguns autores (Enoch et al., 1967) têm apontado como factor predisponente, a existência no ciumento de um sentimento de inferioridade social, educacional ou pessoal em relação ao parceiro, a cuja vida sente dificuldade em se adaptar.

Na nossa amostra, quatro casos são mulheres domésticas que têm maridos com cursos superiores e em mais outro caso, embora ambos possuam um curso superior, a mulher referiu como problema a inferioridade cultural que sente perante o marido. Acontece também que um dos doentes masculinos refere não ser capaz de se adaptar à exigência da carreira da mulher.

Este factor (sentimento de inferioridade) está assim presente na nossa amostra num número considerável de mulheres, o que de resto decorre do seu estatuto sócio-cultural inferior ainda típico da nossa sociedade.

Poderá assim este factor ajudar a explicar o muito maior número de mulheres na nossa amostra?

Um outro aspecto interessante, é a existência em 100% dos sujeitos de traços obsessivos na sua personalidade prévia, nomeadamente a rigidez, a meticulosidade, as verificações repetidas, a preocupação excessiva com a limpeza, etc... A nosso ver, esta coincidência entre traços obsessivos da personalidade e a natureza obsessiva desta reacção de ciúme, reforça a noção de que se trata de um sub-tipo da Neurose Obsessivo-Compulsiva, ainda não reconhecida no

DSM-III como tal, mas que eventualmente poderá vir a sê-lo. De resto, é a acompanhar outras entidades nosológicas que têm recebido recentemente estudo mais elaborado como é o caso do «Luto Patológico» e o da «Lentidão Obsessiva», julgamos que a família nosológica da Neurose Obsessivo-Compulsiva virá assim, a breve trecho, a alargar-se na DSM.

Um outro factor a realçar, ainda que desconhecamos a sua importância, foi o de que 4 mulheres sofreram na infância a separação definitiva entre os pais, o que é mais do que seria de esperar na população em geral.

Encontrámos doença mental grave nos familiares próximos de 4 sujeitos (33%), o que ultrapassa o encontrado na população geral e se aproxima da percentagem de 26,5% indicado por Mooney (1965).

Outro dado interessante, mas já esperado foi o da existência de pais considerados autoritários, obsessivos e ansiosos em 5 dos sujeitos, pois é conhecida a relação entre essas características paternas e o aparecimento de traços obsessivos nos seus descendentes (Albuquerque e Gamito, 1981).

De realçar também que se trata de um problema de meia-idade (a média de idade na nossa amostra é de 41.7 anos) o que pode fazer pensar na possibilidade do desencadeamento do ciúme obsessivo na mulher pela aproximação da menopausa, dado que esta mudança é frequentemente associada à diminuição do interesse e actividade sexual. Este dado deveria merecer melhor investigação no futuro.

A duração média do problema (2,5 anos) é relativamente menor que nas amostras de doentes com Neurose Obsessivo-Compulsiva Clássica, e que ronda os 10 ou 11 anos. Esta diferença talvez se explique pelo facto de que a sobrevivência da relação marital está em regra gravemente ameaçada pois se o ciumento procura e consegue uma resposta submissa do parceiro, esta é geralmente acompanhada de revolta e resistência, pelo que a relação fica à beira da rotura. Este facto poderá explicar que a duração média do problema seja menor pois o sujeito ou procura ajuda precoce ou termina a relação. Foi mesmo assim surpreendente o grau de entendimento que encontramos na maioria destes casais.

Outros factores predisponentes sugeridos por outros autores (Tood et al., 1971), como uma auto-imagem deficiente relacionada com a aparência

física, e com dificuldades sexuais, foram também encontrados na nossa amostra. Assim, verificamos problemas sexuais clinicamente estabelecidos em 10 dos 12 sujeitos. No mesmo sentido (auto-imagem deficiente) vai outro dos dados encontrados: o défice de aptidões sociais em 42%, e que em 2 casos exigiu intervenção terapêutica específica. Este problema pode ainda levar a dificuldades de relacionamento pessoal que podem estar envolvidos na problemática do ciúme obsessivo.

A elevada percentagem de depressão associada (75%) confirma dados de outros estudos sobre ciúme mórbido e também vários estudos sobre a Neurose Obsessivo-Compulsiva crónica. Na nossa amostra, a depressão é em regra secundária ao ciúme obsessivo (só em 2 casos foi considerada primária). O facto de que os sujeitos tinham já feito tratamentos anteriores com medicação anti-depressiva sem qualquer resultado, leva-nos a pensar que os anti-depressivos podem desempenhar um papel terapêutico significativo apenas quando incluídos no contexto da intervenção comportamental, pois a melhoria da depressão facilita a adesão ao tratamento psicológico. Não nos parece assim que os anti-depressivos isolados possam fazer mais do que melhorar a depressão, pouco fazendo em relação ao ciúme obsessivo, e enquanto este se mantiver, vai manter-se também o risco de recaída da depressão.

Talvez o factor mais interessante nesta amostra, e que não vimos referido noutros trabalhos, é a existência de adultério real como factor precipitante do ciúme obsessivo na quase totalidade da amostra. No único caso (o de um homem) em que não houve adultério real, o factor precipitante foi mesmo assim a revelação pela mulher, após o casamento, de uma relação sexual anterior — «ciúme obsessivo retrospectivo» — (segundo a designação de Roughton, 1966). Enoch e outros (1967) indicam como situações precipitantes mais frequentes as seguintes:

- a. ligadas a uma ameaça à posição e prestígio do doente;
- b. a sua própria (do doente) infidelidade;
- c. homossexualidade;
- d. incapacidade de amar.

Na nossa amostra, não se encontra senão um tipo de factor precipitante (— a existência de adultério do parceiro —) o que pode naturalmente ser incluído na alínea a), ou seja, ameaça à posição e prestígio do doente.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO

Ainda que pouco frequente na clínica, o ciúme obsessivo tem sido considerado difícil de tratar. Para alguns, o melhor tratamento seria o «geográfico»! A utilização de medicamentos anti-depressivos justifica-se quando existe depressão associada, mas parece não ter resultados em relação ao ciúme obsessivo «per se».

A utilização com sucesso das técnicas comportamentais na Neurose Obsessivo-Compulsiva veio assim abrir novas perspectivas no tratamento deste problema (Marks, 1979).

Na nossa amostra (n=12) há um elevado número de recusas (3) e de desistências (3), ou seja, metade dos indivíduos que se nos apresentaram com este problema não terminaram o tratamento. Parece assim necessário um maior esforço para conquistar o doente para o processo terapêutico, problema este que surge também na terapia da Neurose Obsessivo-Compulsiva e outras neuroses. Estes dados reforçam assim a nossa convicção de que o problema das recusas e desistências em Terapia do Comportamento deve ser objecto de estudo mais aprofundado (ainda que não seja mais elevado do que com as outras terapias em geral).

Dos 5 doentes que terminaram o tratamento, 3 foram considerados «muito melhorados» e 2 apenas «melhorados», e aqui novamente tiveram melhor resultado os que melhor aderiram ao tratamento. É interessante notar que dos 3 casos em que o tratamento foi feito com o casal, 2 ficaram «muito melhorados» e dos 2 que foram tratados individualmente, 1 ficou também «muito melhorado». Isto significa que ainda que haja vantagem no tratamento do casal, vale a pena fazer o tratamento individual naqueles casos em que o parceiro não está ou não quer estar presente, desde que o doente mostre uma boa aderência ao tratamento.

Na nossa amostra não tivemos a dificuldade encontrada por Marks (1979) no tratamento das rumações do ciúme, pois no único caso em que elas surgiram, a técnica da «saciação» foi utilizada com sucesso.

Finalmente, verificamos, como Marks (1979), que técnicas dirigidas a outros problemas, como o «treino de aptidões sociais», uma melhor definição dos papéis conjugais e a «terapia sexual», foram também úteis no tratamento do ciúme obsessivo.

Ainda que o presente estudo não nos permita avaliar quais foram as técnicas mais eficazes ficamos com a impressão subjectiva que foram as técnicas que intervieram directamente sobre o comportamento obsessivo (prevenção de respostas, saciação e terapia do casal) que trouxeram maior benefício aos nossos doentes.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, A., e GAMITO, L. (1981) — «Contribuição para o estudo da história natural dos estados ansiosos», *J. do Médico*, 821-828.
- BRACINHA VIEIRA, A. (1984) — «Psicopatologia dos delírios de ciúme», *Psiqu. Clin.*, 5, (4): 163-195.
- COBB, J., MARKS, I. (1979) — «Morbid Jealousy featuring as O-C-Neurosis: Treatment by B.T.», *Brit. J. Psych.*, 134, 301-5.
- DOCHERTY, J. (1976) — «A new concept and finding in morbid jealousy», *A. J. Psych.*, 133, 679-83.
- ENNOCH e outros (1967) — «Some Uncommon Psych. Syndr.», Chap. 3, Wright and Sons, Bristol.
- LANGFELD, G. (1961) — «The erotic jealousy syndrom: a clinical study», *Acta Psych. Neurot. Scand.*, Suppl., 151, Vol. 36.
- MOONEY, H. (1965) — «Pathologic jealousy and psychochemotherapy», *B. J. Psych.*, 111, 1023-42.
- SHEPPERD, M. (1961) — «Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psych. syndrom», *J. Ment. Science*, 107, 687-753.
- VAUHKONEN, K. (1968) — «On the path. of morbid jealousy», *Acta Psych. Scand.*, Suppl., 202.
- VAZ SERRA, A. (1982) — «Considerações Clínicas sobre o ciúme mórbido», *Psiqu. Clin.*, 3 (4): 163-173.

SUMÁRIO

Após uma breve discussão da nosologia do ciúme patológico a fim de permitir uma melhor caracterização diagnóstica do ciúme obsessivo, descrevem-se as características clínicas de uma amostra de 12 doentes e dos resultados do Tratamento Comportamental utilizado. Apesar de 50% dos doentes terem recusado ou desistido do tratamento, todos os que o terminaram apresentavam resultados satisfatórios e uma melhor harmonia no casamento.

ABSTRACT

The authors begin by discussing the nosology of pathological jealousy in order to better characterize the diagnostic category of obsessive jealousy. The clinical

characteristics of a twelve patient sample are described and the results of the behavioural treatment used presented. Although 50% of the patients refused or dropped out of treatment, all those who completed treatment achieved satisfactory results and a more harmonious marriage.