

## **O CASO CLÍNICO DE UMA ADOLESCENTE COM DIAGNÓSTICOS DE *ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC)***

Rúbia de Cássia Oliveira  
Psicóloga – NECASA/Universidade Federal de Goiás  
Docente/Universidade Estadual de Goiás  
rubia.c.oliveira@uol.com.br

### **Algumas considerações acerca do diagnóstico em saúde mental.**

A questão do diagnóstico em saúde mental sempre gerou controvérsias variadas. Na base de tais controvérsias encontramos vários fatores, como os critérios de ordenação dos fenômenos e sua classificação, questões relativas à etiologia e à descrição clínica das doenças, diferentes interpretações quanto ao grau de importância e complexidade dos sintomas e muitos outros fatores. Contudo, existe uma controvérsia essencial que se situa no âmbito da visão de mundo que orienta a concepção de diagnóstico e divide as posições existentes acerca do tema entre, por um lado, os que adotam uma concepção biologizante e, por outro, os que se orientam por uma concepção histórica e dialética de doença, de homem e de sociedade.

Os que se incluem na primeira posição incorrem no reducionismo de tratar as doenças mentais como orgânicas-genéticas-biológicas como se os fenômenos dessa ordem se situassem fora da história, como se as doenças não fossem social e culturalmente produzidas em contextos históricos específicos. No outro extremo, também se enganam os que a partir de uma concepção histórica de doença negam a possibilidade – em muitos casos, a evidência – de existirem fatores biológicos na etiologia das tantas formas de adoecer psiquicamente em nossa época. Preocupados em não perder de vista as dimensões históricas da doença, esquecem-se de que biologia também é história. Engels, em sua obra *Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem*, de 1876, mostra-nos como a necessidade histórica de utilizar os instrumentos de trabalho geraram o movimento, especificamente humano, de oposição do dedo polegar.

**pdfMachine**

**A pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Freud, em seu livro *Totem e tabu* (FREUD, 1974) nos apresenta uma riqueza imensa de estudos, pesquisas, teses e argumentos para refletirmos acerca da intrincada relação entre biologia e história no campo psicológico. Nessa obra o autor investiga questões como o complexo de Édipo, a ambivalência e o sentimento de culpa. Em sua investigação o autor demonstra a subsistência, no homem moderno, de traços da vida mental primitiva, mostrando, inclusive, a presença de aspectos da relação de alguns povos com seus totens nos sintomas fóbicos e rituais da neurose obsessiva.

Que a transmissão de aspectos importantes da vida mental primitiva se dê pelas vias histórica e cultural é inquestionável, contudo Freud parece vislumbrar a possibilidade de que essas transmissões se deem também pela via biológica. É o que podemos observar nas passagens que se seguem:

“Essa ambivalência está presente em maior ou menor grau na disposição inata de cada um (...). No entanto, quando existe em abundância na disposição, manifestar-se-á precisamente na relação da pessoa com aqueles de quem mais gosta, ou seja, exatamente ali onde, na realidade, menos esperaríamos encontrá-la” (FREUD, 1974, p. 74).

“(...) precisamos apenas supor que a tumultuosa malta de irmãos estava cheia dos mesmos sentimentos contraditórios que podemos perceber em ação nos complexos-pai ambivalentes de nossos filhos e de nossos pacientes neuróticos” (FREUD, 1974, *op.cit.*, p. 74).

A investigação do autor não é conclusiva. Exatamente como as transmissões ocorrem ainda não sabemos. Naturalizar a vida é negar a história, mas negar a existência de fatores biológicos é – também – negar uma das formas de história.

Passarei agora à apresentação do caso clínico, que compreenderá: 1) a caracterização do caso; 2) a exposição da abordagem terapêutica adotada; e 3) a apresentação dos resultados alcançados.

### **1) Caracterização (história do sintoma, história familiar e estado atual da paciente).**

pdfMachine

**A pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

M. tem 17 anos de idade e é a segunda filha de uma prole de dois. Chegou ao NECASA em fevereiro de 2010 apresentando, conforme encaminhamento, os diagnósticos de transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e esquizofrenia. Segundo as informações colhidas, apresentou desenvolvimento “normal” até os onze anos de idade, quando começou a se isolar. Por essa época um colega da escola tentou estabelecer contato sexual com M. no banheiro da escola, fato que teria acirrado os sintomas de isolamento e dado início à “lavação” – lavagem compulsiva das mãos e dos órgãos genitais. Aos 13 anos M. foi internada em um hospital por 10 dias, pois não comia nada por acreditar que tinha um buraco na garganta”. Segundo o pai, depois que recebeu alta intensificou a “lavação das mãos” e passou a apresentar várias “esquisitices”, como cuspir compulsivamente no chão, sacudir a cabeça, agitar os braços usar muitas roupas (se a roupa que quer usar estiver suja, usa assim mesmo) amarradas na cintura, etc. Desde então está em acompanhamento psiquiátrico. A mãe de M. apresenta TOC desde a adolescência, quadro que vem se agravando nos últimos anos; seu único irmão tem dificuldades de aprendizagem e faz acompanhamento neurológico com uso de medicação.

Atualmente M. frequenta o primeiro ano do ensino médio com o acompanhamento de uma professora de apoio. Esta relatou que a adolescente “é muito dependente, não interage com os colegas e apresenta um aproveitamento regular dos conteúdos ministrados”. M. passa todo o tempo livre fechada em seu quarto, vendo TV ou envolvida com uma série de objetos investidos de expressiva carga libidinal: alguns livros e gibis (a adolescente gosta muito de ler), um urso de pelúcia (presente da amiga L., aos 9 anos); um pato que ganhou de sua madrinha aos 8 anos; um coelho que o pai lhe deu aos 5 anos; etc. M. demonstra grande comoção ao descrever esses objetos. Não participa das refeições com a família, a mãe lhe leva comida no quarto. Urina e evacua no chão porque tem nojo de vaso sanitário. Evita tocar nas pessoas e recusa qualquer tipo de aproximação demonstrando nojo.

## **2) Abordagem terapêutica.**

M. está em tratamento há cinco meses. Fala baixinho, quase não se consegue ouvi-la. Um intenso vínculo foi estabelecido já na primeira sessão, quando a adolescente

**pdfMachine**

**A pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

me falou de uma passagem do “Pequeno Príncipe”<sup>1</sup>: “ele desenhou uma cobra que havia engolido um elefante e todo mundo achou que era um chapéu”. Respondi: “O Pequeno Príncipe era muito só. Ele sentia que ninguém o compreendia”. Após um breve silêncio, continuei: “Mas havia uma rosa, não havia? Uma rosa que o compreendia e de quem ele gostava muito.” M. fez um discreto “sim” com a cabeça, indicando compreender que eu me colocava como uma possível “rosa” em sua vida. Interessou-se pelos gibis da sala de grupos e no final da sessão eu lhe emprestei um propondo-lhe que emprestaria outro caso me trouxesse o primeiro na sessão seguinte. Mantemos, até hoje, esse sistema de empréstimo.

A proposta terapêutica para M. foi formulada com base na teoria de Melanie Klein e nas contribuições de José Bleger, apresentadas em seu livro *Simbiose e ambigüidade* (BLEGER, 1985). Neste livro o autor propõe uma alteração na teoria das posições de Melanie Klein, pois considera que existe um tipo de organização mental anterior à primeira posição<sup>2</sup> de Klein, descrita como esquizoparanóide. O estado mental primevo, de acordo com Bleger, é caracterizado pela indiferenciação eu-mundo, ou seja, a primeira vivência psicológica do bebê é de fusão com o mundo externo, marcando o que ele denominou posição *glisco-cárica* e seu primeiro vínculo com a mãe é simbiótico.

“Trata-se de uma organização psicológica simbiótica, em que o ego nada mais é do que um núcleo aglutinado constituído pelos conteúdos mais primitivos da personalidade (*glischro*=viscoso, aglutinado; *karion*=núcleo). Nessa posição há uma incapacidade do ego rudimentar de realizar a discriminação entre mundo interno e mundo externo e em discriminar a massa difusa de impressões, imagens, sensações e demais elementos da vida psíquica nas primeiras semanas de vida” (OLIVEIRA, 2009).

As experiências satisfatórias com o mundo externo possibilitam ao bebê a diferenciação entre mundo interno e mundo externo, entre objeto bom e objeto mau, dando início à posição esquizo-paranóide. A criança passa da indiferenciação da posição anterior à discriminação e fragmentação dos processos mentais e do objeto (mundo externo). Numa terceira etapa, seguindo o curso do desenvolvimento normal, o bebê

---

<sup>1</sup> Obra de Saint-Exupéry.

<sup>2</sup> Assim como Melanie Klein, Bleger também emprega o conceito de posição ao invés de estágio, sobretudo para acentuar a mobilidade mental e o fato de que não se supera uma posição de modo definitivo.

passaria, então, à integração dos aspectos maus e bons, característica da posição depressiva e da organização neurótica da personalidade.

Pressupondo a existência desses três estados mentais ao longo do desenvolvimento e diante da constatação de que M. frequentemente regride de um estado psicológico mais desenvolvido<sup>3</sup> para um estado mental primitivo de aparente indiferenciação com o mundo externo, buscou-se num primeiro momento estabelecer um vínculo *especialmente forte* com M., vale dizer, um vínculo que simule a relação simbiótica primitiva<sup>4</sup>. Para tanto foram sugeridas três sessões semanais de aproximadamente uma hora e meia cada. Aproximadamente porque, no início do tratamento, a sessão era finalizada tão logo se evidenciasse o cansaço de M. e a consequente impossibilidade de atrair seu interesse para o mundo externo. O “sistema de empréstimo” dos livros e gibis atendeu a esse fim, ou seja, foi uma forma de estender simbolicamente minha presença na vida de M., fortalecendo o vínculo terapêutico-paciente.

De acordo com Bleger, “na transferência psicótica não se transfere afeto, mas uma situação total, a totalidade de um desenvolvimento; melhor seria dizer a totalidade de um ‘não desenvolvimento’”. O vínculo *especialmente forte* com M. me tornaria “depositária da parte psicótica da personalidade, isto é, da parte indiferenciada e não resolvida dos vínculos simbióticos primitivos” (BLEGER, 2003, p. 51).

Bleger considera que ego e não-ego, sendo este último o conjunto das partes psicóticas da personalidade, são como figura e fundo numa *Gestalt*. Assim, o desenvolvimento da personalidade dependerá da forma em que será mantido ou manejado o não-ego. Objetiva-se, com a terapia psicanalítica de pacientes como M., que o *fundo* se torne progressivamente parte da *figura*, que elementos de seu “mundo fantasma” possam cada vez mais integrar e fortalecer o seu ego. Desse modo, o vínculo estabelecido com M. me possibilitaria: 1) o manejo do processo de diferenciação e, posteriormente, da passagem à integração dos aspectos fragmentados (do eu e do mundo externo); e 2) minha “entrada” simbólica no estado mental primitivo ao qual M. sempre regride, com o objetivo de trazê-la à realidade.

---

<sup>3</sup> M. demonstra ter preservado partes desenvolvidas do ego. É bom lembrar inclusive que M. foi “normal” até os onze anos de idade.

<sup>4</sup> “A simbiose com a mãe permite à criança o desenvolvimento do seu ego” (BLEGER, 2003, P. 49).

Embora o referencial teórico seja a psicanálise, no tratamento de pacientes psicóticos a técnica psicanalítica deve sofrer algumas modificações importantes, dentre as quais destaco o fato de que com pacientes neuróticos o terapeuta atua nos planos simbólico e transferencial, ao passo que, com pacientes psicóticos, pelo menos *quando seu funcionamento mental é psicótico*, o terapeuta deve atuar fora da transferência. De acordo com Winnicott:

“para o neurótico, o divã, o clima cálido, o conforto podem ser *simbolicamente* o amor da mãe; para o psicótico seria mais exato dizer que tais coisas são a expressão física do amor do analista”  
(Citado por BLEGER, *op. cit.*, 2003, p. 54).

Quando um paciente neurótico manifesta desinteresse ou apatia durante a sessão o terapeuta irá interpretar a atitude de descaso do paciente, mas quando se trata de um paciente psicótico, o terapeuta deve tentar *criar uma situação real interessante para que a “vinda” para a realidade seja compensadora*. Quando isto acontece com M., às vezes lhe digo: “Esse quartinho parece ser tão bom... Mas veja o que eu tenho aqui. Vamos ler alguns poemas?” (M. gosta muito de Cecília Meireles e Mário Quintana.) Estar comigo deve ser algo prazeroso para que valha a pena a M. “sair de seu quartinho”.

Durante as sessões, entre um poema e outro, entre um jogo e outro, conversamos. Provoco M. criando situações que evocam seus sintomas, por exemplo, uso o banheiro, aciono a descarga, lavo as mãos, assoo o nariz com um lenço ou toco suavemente suas mãos. Ela expressa grande nojo em situações como essas e eu a confronto com “duas” realidades: primeiro, a de que embora “nojentas” essas coisas fazem parte da vida – o livro sujo e folheado por “mil” pessoas me trazem estórias tão belas! – ; e, segundo, a realidade de que ela também *me* expõe a esses “riscos”. Digo-lhe por exemplo: “É, mas você coça o nariz e depois folheia os meus livros”. Esses diálogos tem-nos possibilitado “sondar” seus sintomas, quebrar o tabu que os cerca e indagar o seu significado. Penso que este é o caminho a ser cuidadosamente percorrido para se conhecer as origens e o mecanismo de formação dos sintomas apresentados. No início do tratamento M. regredia psicologicamente quando esse assunto – os rituais de “lavação” – era bordado; atualmente já é possível abordá-lo, mas com muita delicadeza. Qualquer insistência é punida com a regressão de M. e sua entrada num quadro de intensa ansiedade, cujo mecanismo de alívio é a reprodução de movimentos

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

estereotipados e, quando há uma torneira por perto, o início de seu “ritual de purificação”.

### 3) Resultados.

Em consequência de dificuldades financeiras e dos longos rituais de “lavação” de M. e de sua mãe, M. falta com frequência e chega quase sempre muito atrasada às sessões. Ainda assim, após cinco meses de tratamento observamos uma melhora considerável quanto aos sintomas relacionados ao isolamento. Em consequência de sua maior capacidade de lidar com a realidade, M. está mais sociável, alegre e comunicativa; passou a enfeitar-se com bijuterias, batom, etc.; ainda faz as refeições no quarto, mas vai à cozinha buscar a comida; voltou a andar de ônibus (antes não aceitava por nojo do contato físico com as pessoas); vai a festinhas de aniversário, chegando até mesmo a dançar; nas sessões de psicoterapia, consegue expressar melhor seus afetos e suportar situações de frustração. Com relação aos sintomas do TOC as melhoras não foram tão evidentes, mas sua mãe relatou que M. está aceitando urinar em um balde e evacuar sobre jornais estrategicamente usados para forrar o piso do banheiro.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEGER, José. *Simbiose e ambigüidade*. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

\_\_\_\_\_. Psicanálise do enquadramento psicanalítico. *In: Pulsional – Revista de Psicanálise – Clinicando*. Ano XVI, Nº 170, Junho de 2003.

FREUD, S. Totem e tabu. *In: Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XIII, p. 13-163.

\_\_\_\_\_. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In: Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XIV, p. 85-182.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

KLEIN, Melanie. *Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê*. In: Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

\_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

MIRANDA SÁ-JÚNIOR, L. S. *O diagnóstico psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1993.

OLIVEIRA, R. & TOMAZETTI, V. Os fenômenos *ambigüidade, divalência e ambivalência* na obra *O sócia*, de Dostoievski. Trabalho apresentado no *XVIII Simpósio de Estudos e Pesquisas da Faculdade de Educação/UFG*. Ano: 2008.

**pdfMachine**

**A pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!