

Angélica Claro de Sena

**A RELAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO
DESENVOLVIMENTO DO MECANISMO
COMPULSIVO**

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia do
UniCEUB – Centro Universitário de
Brasília.

Profº. Orientador: Fernando Rey

Brasília/DF, Junho de 2004

Agradecimentos

Quero inicialmente agradecer a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização dessa monografia. Em especial à minha família pelo apoio incondicional que me deram nesse semestre, aos amigos que sempre estiveram comigo; ao meu professor orientador Fernando Rey, pela postura firme e honesta; as supervisoras Suzana Joffily e Lydia por me ensinarem o que é verdadeiramente a psicologia e à Deus, que sempre me fortaleceu no momentos difíceis.

Sumário

Resumo	04
Introdução	05

Capítulo I.

Representações Sociais e o Toc

Subjetividade.....	08
Cultura e as Representações Sociais.....	09
Visão Cultural da Doença.....	11
TOC.....	13
Diferentes abordagens para o tratamento do TOC.....	15

Capítulo II

Metodologia

Método e Metodologia.....	19
Epistemologia Qualitativa.....	20
Instrumentos (teoria).....	23
Instrumentos utilizados no tratamento.....	25

Capítulo III

Estudo de Caso

Identificação e Queixa.....	27
Intervenção Terapêutica.....	28
Discussão	32
Conclusão	35
Referências Bibliográficas	37

Resumo

O presente estudo tem como objetivo estabelecer através de um levantamento bibliográfico a relação entre Representações Sociais e o desenvolvimento do mecanismo compulsivo. Tendo como base do mecanismo compulsivo atendimento psicoterápico feito pela a autora na Clínica de Psicologia do UniCEUB – CENFOR que se deu em 13 sessões na abordagem da Análise Transacional. Assim, primeiramente é abordado a subjetividade, as representações sociais e a cultura, depois a metodologia aplicada e por fim o estudo de caso, com os principais pontos abordados na terapia, seguido da discussão.

Introdução

O presente trabalho visa o estudo relacional entre as representações sociais e o desenvolvimento do mecanismo compulsivo baseado em processo terapêutico utilizado pela autora da monografia em uma cliente do CENFOR que apresentava o Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Segundo Teixeira & Cortez (1991) o TOC é um transtorno da personalidade caracterizado por pensamentos repetitivos, recorrentes, desagradáveis, percebidos como estranhos e que interferem no pensamento corrente. Os pensamentos obsessivos estão geralmente acompanhados de comportamentos compulsivos (atos repetitivos) e são interpretados como de execução necessária. Numa análise posterior, a compulsão é interpretada como irracional e inútil. Este transtorno está associado com a personalidade obsessiva-compulsiva, e representa 5% de todas as neuroses. O impedimento do ato compulsivo aumenta fortemente a ansiedade, mas a realização do ato a alivia. Do forte conflito entre as idéias absurdas e a compulsão a realiza-las, surgem as famosas vacilações e dúvidas, apresentando muita ansiedade e temor de se tornar louco ou enfermo.

Ainda de acordo com o autor citado acima, o neurótico obsessivo-compulsivo apresenta ansiedade, mas o potencial suicida é baixo. O curso desta neurose tende a ser crônico e como intensificação ou redução periódica. Em certos casos, a atividade compulsiva é a principal de sua vida. As idéias obsessivas ou os rituais compulsivos têm em si pouco valor, a não ser o propósito defensivo (simbólico) da ansiedade, pois eles são substitutos de outras idéias e escondem outras emoções, geralmente um sentimento de culpa.

De acordo com as estatísticas o TOC é o quarto diagnóstico psiquiátrico mais freqüente, e é a segunda grande doença nervosa da classe das neuroses de acordo com a doutrina psicanalista. Afetando igualmente homens e mulheres, sendo mais comum nas classes sociais baixas, entre indivíduos com conflitos conjugais, desempregados e que ocorre mais em familiares de 1.º grau do que na população em geral. É que a incidência desse transtorno é de um em cada 50 pessoas, sendo que em 10% é grave.

Até o presente momento, não foram ainda esclarecidas as verdadeiras causas do TOC. Pode-se dizer apenas que, existem evidências de que diversos fatores de ordem biológica (podendo ser de ordem cerebral, funcional, neuroquímica, genético ou até mesmo anatômico), e fatores de ordem psicológica contribuam para o aparecimento e a manutenção dos sintomas. Sendo o último fator, o foco a ser explorado nesse trabalho.

Durante o processo terapêutico a autora notou que além dos fatores biológicos, os fatores de ordem psicológica, como aprendizagens erradas e crenças distorcidas, adquiridas em razão da educação, da cultura, do meio ambiente, podem contribuir para o aparecimento dos sintomas e, principalmente, para sua manutenção. E como tais fatores vão ao encontro da definição de Representações Sociais (descrita no capítulo I), se fez necessário o estudo da mesma, isso por ter se apresentado como um dos principais fatores de ordem psicológica que influenciavam o quadro clínico da cliente.

Então para isso, foi bastante utilizado o estudo de Jodelet (1984; 1981) no qual ela discute o conceito da representação social e seu desenvolvimento em uma teoria a partir do que uma representação social e seu desenvolvimento em uma teoria a partir do que uma representação é. E argumenta ainda que o ato da representação supera as divisões rígidas entre o externo e o interno ao mesmo tempo que envolve um elemento ativo de construção e re-construção; o sujeito é autor da construção mental e ele a pode transformar na medida que se desenvolve.

Assim, será abordado no capítulo I o tema da subjetividade para um melhor entendimento da origem das Representações Sociais, depois a relação das RS com o desenvolvimento do mecanismo compulsivo seguido dos tratamentos utilizados em algumas abordagens. No capítulo II está a parte metodológica, explicando em um primeiro momento a diferença entre método e metodologia para um melhor entendimento da opção metodológica escolhida pela autora, e no final a fundamentação teórica dos instrumentos exemplificando os que foram utilizados no processo terapêutico. No último capítulo consta a descrição do processo terapêutico utilizado, à luz da teoria da Análise Transacional elaborada por Eric Berne (1985). Escolhida pela autora por questões de identificação, por considerar uma teoria clara, simples e eficiente.

A Análise Transacional é uma abordagem que segundo Kertész (1987) fundamenta-se nas necessidades biológicas de afeto e contato físico, nas necessidades psicológicas de identidade, autonomia e estruturação do tempo e nas necessidades sociais de reconhecimento, pertencimento a um grupo e destaque em alguma coisa. Sendo a linguagem empregada na formulação da teoria a linguagem do dia-a-dia, do cotidiano. Uma linguagem simples e, que por sua simplicidade, foi muito criticada no meio acadêmico que a acusou de ser uma teoria simples.

Para Crema (1985), apesar da formação e influência psicanalítica de Berne, a elaboração da Análise Transacional possui fortes pressupostos filosófico-humanista por

acreditar no potencial humano, e influências existencialistas como liberdade, capacidade de escolha e responsabilidade pelas mesmas. Assim a Análise Transacional compreende o ser humano como uma pessoa que é concebida OK, ou seja, que possui essencialmente vocação para se desenvolver de forma saudável. As patologias humanas seriam adquiridas então, como uma corrupção do meio que é tóxico e que acaba afetando o organismo com suas contradições, que as reflete. Assim, um sintoma psicopatológico seria uma denúncia social, um grito de socorro daquele que está impedido de se desenvolver. O indivíduo pode então *estar* adoecido, mas nunca *ser* doente. Comprovando a necessidade do estudo das Representações Sociais.

Enfim, esse um trabalho de grande valia para psicólogos da área clínica, para que possam melhor compreender os clientes que apresentarem esse tipo de transtorno, verificando o quanto que as Representações Sociais influenciam no mecanismo compulsivo e como pode ser feito o tratamento dentro do consultório, usando uma teoria que não é muito conhecida, mas que mostrou bem eficaz nesse tipo de tratamento. Trazendo assim, mais uma opção de trabalho para quem atua na área.

Capítulo 1

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O TOC

Segundo Rey (2002) a subjetividade, com freqüência, tem sido um termo reservado para os processos que caracterizam o mundo interno do sujeito, sendo ela um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana. E que o sujeito é histórico, uma vez que sua constituição subjetiva atual representa a síntese subjetivada de sua história pessoal, e é social, porque sua vida se desenvolve na sociedade, e nela produz novos sentidos e significações que, ao constituir-se subjetivamente, se convertem em constituintes de novos momentos de seu desenvolvimento subjetivo. Que por sua vez, suas ações na vida social constituem um dos elementos essenciais das transformações da subjetividade social.

Ainda de acordo com o autor citado acima, a subjetividade é se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo de seu desenvolvimento. Tendo definido dois momentos essenciais na constituição da subjetividade – individual e social -, os quais se pressupõem de forma recíproca ao longo do desenvolvimento. A subjetividade individual é determinada socialmente, mas não por um determinismo linear externo, do social ao subjetivo, e sim em um processo de constituição que integra de forma simultânea as subjetividades social e individual. O indivíduo é um elemento constituinte da subjetividade social e, simultaneamente, se constitui nela.

E que a subjetividade, não se interioriza: constitui-se mediante um processo em que o social atua com instância subjetiva, não como instância objetiva desprovida de subjetividade. Sendo que toda situação social objetiva se expressa com sentido subjetivo nas emoções e processos significativos que se produzem nos protagonistas dessas situações.

Dessa forma, pode-se dizer que a subjetividade não é determinada pela cultura, pois esta é em si mesma subjetiva; o desenvolvimento do homem como subjetividade e a cultura são processos constitutivos complexos que ocorrem de forma simultânea. A cultura não teria surgido com um homem sem subjetividade. Todos os fenômenos da cultura são expressões de homens que transcendem o imediatismo do imposto de fora e se recriam na expressão do sentido que tem sua existência para eles. Esses homens constroem produtos culturais que estão muito além do presente e que são essenciais para manter a dimensão futura que, de forma permanente, caracteriza o desenvolvimento da cultura.

E já que a cultura não teria surgido com um homem sem subjetividade, pode-se dizer que a subjetividade é o berço das Representações Sociais, por serem representações de

alguma coisa sustentada por alguém, podendo uma representação particular mudar de grupo hospedeiro e vagar por entre grupos sociais, assumindo vida própria. Sendo elas a produção cultural de uma comunidade, tem como um de seus objetivos resistir a conceitos, conhecimentos e atividades que ameaçam destruir sua identidade. Para que quando surjam novas idéias estas sejam assimiladas às já existentes, neutralizando a ameaça que elas apresentam fazendo que assim tanto a nova idéia, como o sistema que a hospeda, sofram modificações nesse processo. E para entender como funciona tal mecanismo é necessário identificar o grupo que as veicula, situar seu conteúdo simbólico no espaço e no tempo, e relacioná-lo funcionalmente a um contexto intergrupar específico.

De acordo com Jodelet (1984) o ato da representação delimita cinco características que vêm a ser fundamentais na construção das representações sociais. Essas características são o aspecto referencial da representação, quer dizer, o fato de que elas sempre são a referência de alguém para alguma coisa; seu caráter imaginativo e construtivo, que a faz autônoma e criativa e finalmente sua natureza social, o fato de que “os elementos que estruturam a representação advém de uma cultura comum e estes elementos são aqueles da linguagem” (Jodelet, 1984: 365). Parecendo claro o quanto o ato da representação é crucial para a própria construção das representações sociais e como esta relação pode ser vista no seu processo de desenvolvimento nas noções de espaço potencial e atividade simbólica em Winnicott e Piaget.

Segundo Guareschi & Jovchelovitch (2002) a atividade representacional é um trabalho da psique. Tal trabalho ocorre através dos processos inconscientes que Freud descreveu como condensação e deslocamento. Se considerar a atividade simbólica de acordo com a noção de espaço potencial proposta por Winnicott, pode-se concluir que símbolos se desenvolvem sobre e com a atividade representacional. O sujeito constrói, na sua relação como o mundo, um novo mundo de significados. De um lado, é através de sua atividade e relação como outros que as representações têm origem, permitindo uma mediação entre o sujeito e o mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói. De outro lado, as representações permitem a existência de símbolos – pedaços de realidade social mobilizados pela atividade criadora de sujeitos sociais para dar sentido e forma às circunstâncias nas quais eles se encontram. Sendo desnecessário dizer que, tanto de uma perspectiva conceitual como de uma perspectiva genética, não há possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já constituídos. É sobre e dentro dessa rede que se dão os trabalhos do sujeito de re-criar o que já está lá. O sujeito psíquico, portanto, não está nem abstraído da

realidade social, nem meramente condenado e reproduzi-la. Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito.

E por fim, ainda de acordo com Guareschi & Jovchelovitch (2002), coloca que Kaës (1984), ao elaborar sobre a representação desde uma perspectiva psicanalítica, desenvolveu a hipótese de que a representação é um trabalho, um trabalho de lembrança daquilo que está ausente e um trabalho de ligação. E que sua argumentação vai além, estabelecendo um paralelo entre os processos em jogo nos trabalhos da representação e os processos em jogo na atividade onírica, na vida psíquica e no inconsciente. Sendo esses processos comuns para Kaës são o deslocamento e a condensação. Ambos relacionam-se à capacidade de “brincar” com significados. De fato, como Freud nos diz, o inconsciente e seus processos “não é apenas mais descuidado, mais irracional, mais esquecido e mais incompleto do que o pensamento consciente, ele é completamente e qualitativamente diferente do pensamento consciente e por isso mesmo não pode ser imediatamente comparado a ele. O inconsciente não pensa, não calcula ou julga; ele restringe a si mesmo a dar às coisas uma nova forma” (Freud, 1900: 507). Ora, é exatamente essa capacidade de dar às coisas uma nova forma – através da atividade psíquica – que constitui uma representação. Para Freud, o material primário da psique não tem como expressar-se de forma direta e o modo de expressão possível é exatamente o da representação, onde as pulsões encontram formas substitutivas em diferentes objetos. A atividade psíquica, assim, envolve uma mediação entre o sujeito e o objeto-mundo. Este último reaparece sob a forma de representações, re-criado pela sua própria relação com o mundo.

E devido as RS serem a produção cultural de uma comunidade, pode ser iniciada a discussão da relação das RS com o desenvolvimento compulsivo partindo do estudo sobre a visão cultural da doença. Partindo do princípio que a cultura é formada por uma comunidade de observadores que pode ser vista como aqueles que interagem uns com os outros e se voltam uns para os outros em busca de verificação do que é apropriado. Segundo Foucault (1994), se define a doença mental com os mesmos métodos conceituais que a doença orgânica, que se isolam e se reúnem os sintomas psicológicos como os sinais fisiológicos, porque antes de tudo se considera a doença, mental ou orgânica, como uma essência natural manifestada por sintomas específicos. Sendo que entre estas duas formas de patologia, não há então unidade real, mas somente, e por intermediário destes dois postulados, um paralelismo abstrato.

Ainda de acordo Foucault (1994), quer suas designações primeiras sejam psicológicas ou orgânicas, as doenças concerniria de qualquer modo à situação global do indivíduo no mundo; em vez de ser uma essência fisiológica ou psicológica, e uma reação geral do indivíduo tomado na sua totalidade psicológica e fisiológica. Em todas estas formas recentes de análise médica, pode-se, então, ler uma significação única: quanto mais se encara como um todo a unidade do ser humano, mais se dissipa a realidade de uma doença que seria unidade específica; e também mais se impõe, para substituir a análise das formas naturais da doença, a descrição do indivíduo reagindo a sua situação de modo patológico.

E assim, de acordo com os relatos acima, conclui-se dizer que é a comunidade que identifica o que pode ser considerado uma crise, seja esta comunidade constituída pela família, os amigos ou os colegas de trabalho de um indivíduo, ou por profissionais como advogados, psiquiatras, médicos, etc (Guareshi & Brushi orgs. 2003).

Para Foucault (1994), subentende-se que cada cultura forma da doença uma imagem cujo perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela negligencia ou reprime e que a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal. Na concepção de Durkheim e a dos psicólogos americanos a doença encarada sob um aspecto ao mesmo tempo negativo e virtual. Negativo, já que é definida em relação a uma média, a uma norma, a um “pattern”, e que neste afastamento reside toda a essência do patológico. E virtual, já que o conteúdo da doença é definido pelas possibilidades, em si mesmas não mórbidas, que nela se manifestam.

E deixar de lado, sem dúvida, o que há de positivo e de real na doença, tal como se apresenta numa sociedade. Há, de fato, doenças que são reconhecidas como tais, e que tem, no interior de um grupo, status e função: o patológico não é mais então, em relação ao tipo cultural, um simples desvio; é um dos elementos e uma das manifestações deste tipo.

Se Durkheim e os psicólogos americanos fizeram do desvio e do afastamento a própria natureza da doença, e sem dúvida, por uma ilusão cultural que lhes é comum; nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. Foucault (1994) diz que as análises dos psicólogos e sociólogos, que fazem do doente um desviado e que procuram a origem do mórbido no anormal, são, antes de tudo, uma projeção de temas culturais. Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros; e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas; que os coloca no centro de

sua vida religiosa como e freqüentemente o caso dos primitivos, ou que procura expatriá-los situando-os no exterior da vida social, como faz nossa cultura.

Segundo Barreto (1998), em nosso século, afirma Laing, desde o nascimento e a criança submetida a forças de violência a que se dá o nome de “amor” materno e paterno. Essas forças se dedicam principalmente a destruir o essencial de suas possibilidades; e, no conjunto, a iniciativa e coroada de sucesso. Quando esse novo ser alcança cerca de quinze anos pare-nos um ser meio demente, mais ou menos adaptado a um mundo que lhe é totalmente imposto. É isto que hoje em dia se chama de um ser normal.

Concomitantemente, todavia, cresce o número de enfermos. No dizer de Van den Berg, contudo, quem está doente em primeiro lugar é a sociedade: os neuróticos surgem depois, constituídos pelos que não conseguiram suportar a doença, os descondensados.

Isso porque, segundo Foucault (1994), as relações sociais que uma cultura determina, sob as formas da concorrência, exploração, rivalidade de grupos ou lutas de classe, oferecem ao homem uma experiência de seu meio humano que obseda incessantemente a contradição. O sistema das relações econômicas liga-se aos outros, mas pelos vínculos negativos da dependência; as leis de coexistência que o unem aos seus semelhantes num mesmo destino opõem-no a eles numa luta que, paradoxalmente, é apenas a forma dialética destas leis; a universalidade dos vínculos econômicos e sociais permite-lhes reconhecer no mundo uma pátria e ler uma significação comum no olhar de todo homem, mas esta significação pode ser também a da hostilidade, e esta pátria pode denunciá-lo como um estrangeiro. O homem tornou-se para o homem tanto a imagem de sua própria verdade quanto à eventualidade de sua morte. Só no imaginário pode encontrar o status fraternal onde suas relações sociais encontrarão sua estabilidade e coerência; o outro se oferece sempre numa experiência que a dialética da vida e da morte torna precária e perigosa.

Dessa forma, é preciso encontrar um estilo atual de coerência psicológica que autorize a compreensão dos fenômenos mórbidos sem tomar como modelo de referência estágios descritos a maneira de fases biológicas. É necessário encontrar o centro das significações psicológicas a partir do qual, historicamente, ordena-se às condutas mórbidas.

Resumindo, Foucault (1994) coloca que as dimensões psicológicas da doença não podem, sem algum sofisma, ser encaradas como autônomas. Certamente, pode-se situar a doença mental em relação à gênese humana, em relação à história psicológica e individual, em relação às formas de existência. Mas não se deve fazer destes diversos aspectos da doença formas ontológicas se não se quer recorrer a explicações míticas, como a evolução das

estruturas psicológicas, a teoria dos instintos ou uma antropologia existencial. Na realidade, é somente na história que se pode descobrir o único a priori concreto, onde a doença mental toma, com a abertura vazia de sua possibilidade suas figuras necessárias.

No caso do tema abordado pode-se dizer que na maior parte dos distúrbios obsessivos, o doente reconhece que o processo mórbido incorpora-se a sua personalidade. Mas de um modo paradoxal; ele reencontra na sua história, nos conflitos com seu ambiente, nas contradições de sua situação atual, as premissas da doença; descreve sua gênese; mas, ao mesmo tempo, vê no começo da doença a explosão de uma existência nova que altera profundamente o sentido de sua vida, com o risco de ameaçá-la.

O conflito que o compromisso neurótico revela não é simplesmente contradição externa na situação objetiva; mas contradição imanente, na qual os termos se misturam de tal forma que o compromisso, longe de ser uma solução, e em última instância um aprofundamento do conflito.

Para Foucault (1994), a doença desenvolve-se, então, no estilo de círculo vicioso: o doente se protege por meio de seus atuais mecanismos de defesa contra um passado cuja presença secreta faz surgir a angústia; mas, por outro lado, contra a eventualidade de uma angústia atual, o sujeito se protege apelando para proteções outrora instauradas no decorrer de situações análogas. No qual cria a dúvida se o doente defende-se com seu presente contra seu passado, ou protege-se de seu presente com a ajuda de uma história finda.

As análises precedentes fixaram as coordenadas com as quais as psicologias podem situar o fato patológico. Mas se mostraram as formas de aparecimento da doença, não puderam demonstrar-lhe as condições de surgimento. O erro seria crer que a evolução orgânica, a história patológica, ou a situação do homem no mundo pudessem revelar estas condições. Sem dúvida, é nelas que a doença se manifesta, é nelas que se revelam suas modalidades, suas formas de expressão, seu estilo. Mas é noutra parte que o desvio patológico tem, como tal, suas raízes.

E é nessas raízes que se encontra o objetivo do tratamento terapêutico. Sendo assim, útil examinarmos como as narrativas conversacionais nas quais participam os terapeutas e seus clientes se organizam de forma que uma crise emerja, se mantenha ou se dissipe. Sendo este foco a marca da mudança no pensamento tradicional sobre a saúde mental e a interação social. Ele marca um deslocamento desde acreditarmos que as pessoas têm problemas (como se estes fossem “coisas” que se pode ter), até o exame das práticas (tradições) interativas (conversacionais) que permitem que os problemas emerjam. Ele marca

um deslocamento desde pressupomos que uma boa teoria ou método pode revelar a raiz do problema e, assim, solucioná-lo, até reconhecermos as práticas discursivas usadas pelos teóricos e pesquisadores – em interação com seus “sujeitos” e clientes e dentro de domínios culturais e ideológicos específicos – de forma a construir explicações para os fenômenos sociais. Em suma, o importante é saber sobre aquilo que as pessoas (terapeutas e clientes) fazem juntas, mais do que em qualquer aspecto “essencial” dos problemas ou das pessoas (Mc Namee & Gergen, 1998).

Enfim, uma crise é um momento da vida de uma pessoa, é um segmento vivido no qual a vulnerabilidade é “posta na linguagem” (Maturana e Varela, 1987). É possível aproveitar o potencial desta vulnerabilidade para construir novas identidades, para reconstruir a fala de alguém sobre sua história de vida atual. Como a terapia é um domínio conversacional, então os processos de comunicação passam a ser o seu foco. Os contextos terapêuticos que consideram esta ênfase nos aspectos discursivos da formação das crises proporcionam as condições para uma reconstrução. Os problemas dos clientes podem ser vistos como convites a participar em certos tipos de conversação (Anderson e Goolishian, 1988). Quando se buscam conversações baseadas em sentidos relacionais, mais do que nos individuais, aquilo que anteriormente aparecia como uma crise e, portanto, como um perigo para a identidade do cliente, pode emergir como uma oportunidade de reconstrução desta identidade.

Segundo Mc Namee & Gergen (1998), uma crise se torna um excelente momento para o indivíduo se libertar de idéias de “correção”, “objetividade” e “aceitação”, e redesenhar, reconstruir seu lugar na narrativa ou história de vida atual. Contudo, o sucesso ou o fracasso de um tal esforço só pode se produzir no campo discursivo.

E para exemplificar o que terapeutas e clientes podem fazer juntos no tratamento do TOC citarei quatro tipos de abordagens psicoterápicas no qual fazem um comentário das técnicas utilizadas por cada uma delas nesse tipo de tratamento. Sendo as três primeiras citações de Loew & Grayson & Loew, (1984):

A Terapia Comportamental conceitua os comportamentos patológicos como hábitos indesejáveis de se responder aos estímulos do ambiente, aprendidos e adquiridos involuntariamente. Conseqüentemente, o objetivo da terapia comportamental é livrar o paciente desses hábitos e/ou substituí-los por hábitos mais eficientes. Alguns terapeutas comportamentais sustentam ainda que, quando uma pessoa pode comportar-se mais eficientemente, pode-se também afirmar que ela atingiu uma mudança positiva na

personalidade, e que esta sensação de domínio sobre seu problema anterior vai generalizar-se em sua vida.

As técnicas terapêuticas propostas por esta escola são aplicações de métodos de condicionamento. Enquanto as técnicas de Wolpe são baseadas principalmente no paradigma de condicionamento clássico, as desenvolvidas pelos seguidores de Skinner apóiam-se no modelo de condicionamento operante. O que é comum a todas elas e peculiar às terapias comportamentais é que o objetivo terapêutico é sempre especificado e precisado, enquanto o método adaptado para os problemas particulares de cada paciente é executado de modo controlado e planejado.

Como o terapeuta comportamental tem convicção de que o comportamento neurótico não é nada mais do que um componente aprendido, a responsabilidade pelo restabelecimento do paciente pertence ao terapeuta. O fracasso na recuperação do paciente, inclusive o fracasso deste em cooperar fazendo o que se pede dele, é visto como uma falha do terapeuta – análise errônea técnica incorreta, ou, às vezes, a ausência de uma técnica eficaz.

Da mesma maneira, seja qual for a dificuldade ou a técnica empregada para superá-la, o terapeuta comportamental não dá lição de moral a seu paciente, mas ao contrário, tenta ensinar-lhe que suas dificuldades são o resultado de hábitos aprendidos. O paciente é introduzido na terapia comportamental através de “breves palestras didáticas” ou uma série de debates. Por exemplo, o papel do medo neurótico (ansiedade) pode ser explicado ao paciente. O terapeuta poderia também tranquilizá-lo explicando-lhe que ele não é mentalmente doente nem vai enlouquecer e que suas reações podem ser explicadas em termos da aprendizagem anterior (Wolpe e Lazarus, 1966)

Para a Gestalt-terapia o neurótico, tem a consciência-de-si e a consciência de seu meio bloqueado, permanecendo incapaz de manter um contato eficiente com as suas necessidades orgânicas e as possibilidades relevantes do ambiente de satisfazer estas necessidades. Na qual a experiência ininterrupta de seu mundo é entalada pelos assuntos que não atingiram desfecho, então trancados no passado e nublados por fantasias do futuro. Na sua auto-regulação, certas forças são impedidas de exercerem um efeito total sobre o contato organísmico com o ambiente porque: (a) seu contato perceptivo com grandes partes de seu ambiente e com seu corpo é pobre ou totalmente bloqueado, o que resulta na inabilidade de ver o óbvio; (b) a expressão aberta de suas necessidades é bloqueada, e o resultado final consiste na necessidade contínua de interferir em outras necessidades que poderiam organizar o campo de uma forma nítida e coerente; (c) a repressão, na qual a ausência da consciência-

de-si e da consciência de seu meio mantido por contradições musculares crônicas, torna-se habitual e impede o desenlace de conflitos e a formação de boas gestalgen. Assim, as partes de personalidade e de potenciais do neurótico são rejeitadas e se tornam inacessíveis, criando vácuos e buracos na sua existência. O resultado é uma sensação de auto-alienação e impotência.

Perls (1970) vê a tendência do neurótico de evitar “o livre fluir do estado de consciência” (*awareness continuum*) tendo como objetivo manter o *status quo* de se agarrar ao conceito do eu como uma criança, portanto, um reflexo do medo ou má vontade em aceitar a responsabilidade pela sua própria vida no aqui e no agora. Ele sustenta que no neurótico o processo de maturação, ou seja, a transferência do apoio ambiental para o auto-apoio, não ocorreu adequadamente. Por esta razão, vai usar seus potenciais não para o auto-apoio, mas para representar papéis dissimuladores no intuito de manipular seu ambiente para o apoio, em vez de mobilizar seus próprios potenciais. (Estas manipulações podem tomar a forma de fingir-se ou sentir-se desamparado, fingir-se de imbecil, fazer perguntas, adular, bajular.)

Estruturalmente, Perls (1970) concebe estes papéis como a fase externa na neurose, a primeira das cinco fases que normalmente se revelam no processo de uma gestalt-terapia bem-sucedida (tornar-se autêntico). Ele chama estas fases respectivamente de: fase fingida, fase fóbica, impasse, fase implosiva e fase explosiva.

Já na psicanálise clássica, ela conceitua que as dificuldades psicológicas como conflitos “instintivos” mal adaptados e mal adaptados e mal resolvidos, que tiveram sua raiz em envolvimento reais ou fantasiosos com as pessoas significativas do ambiente da criança. Estes conflitos eram demasiadamente dolorosos, inaceitáveis e geradores de ansiedade para que o ego da criança lidasse com eles naquela ocasião. Portanto, ela não teve outra escolha senão defender-se contra eles: a saber, expulsando-os do estado de consciência ou reprimindo-os.

Reprimir desejos, fantasias e lembranças conflitivas, entretanto, não faz com que nos livremos deles. Os elementos e processos inconscientes permanecem vivos e pressionam por expressão e gratificação. Embora fora do estado de consciência, eles são ativos e dinâmicos, exercendo uma influência direta no comportamento (verbal e não verbal), sentimentos e percepção da pessoa e na forma de lidar com pessoas e situações. Uma boa parte do comportamento e da experiência determinada inconsciente é involuntária, compelida, repetitiva e rígida. Em outras palavras, não está sob o controle realista e adequado do ego da pessoa e ela não consegue entender o seu significado. Como as partes inconscientes da

pessoa (tanto os componentes reprimidos quanto às defesas empregadas contra eles) são mantidas fora da sua realidade consciente elas não podem ser modificadas pelas reações da realidade (Klein, 1967). Estas partes não amadurecem com o resto da personalidade, mas permanecem infantis. Apesar da “imunidade” consciente da pessoa contra as partes infantis conflitivas reprimidas de sua personalidade, ela é na verdade tiranizada por elas numa situação de pseudo-segurança.

A teoria psicanalítica vê a psicopatologia desde seis perspectivas, sendo as cinco primeiras exclusivas da psicanálise: (1) fixação genética psicosexual; (2) a contínua luta dinâmica entre os impulsos instintos que impelem o organismo à gratificação a favor da sobrevivência, segurança e auto-estima; (3) a resultante restrição topográfica do consciente (devido à expulsão do material conflitivo da consciência); (4) economicamente, o ego da pessoa é exaurido pelas energias consumidas tanto pela luta inconsciente quanto pelos esforços para manter as defesas contra inaceitáveis impulsos instintivos; (5) do ponto de vista estrutural da teoria psicanalítica, o ego é conseqüentemente incapaz de vencer tanto as exigências do id e do superego quanto à da realidade; portanto, sua (6) adaptação eficiente à realidade é debilitada. A psicanálise tem como objetivo desfazer as repressões e “tornar o inconsciente consciente”, logo, libertando o paciente da sua tirania. Ajudando o paciente a fazer emergir os significados inconscientes dos seus comportamentos repetitivos e sintomas auto-enganadores, e ajudando-o a obter um *insight* das origens infantis destes sintomas, as porções do seu psiquismo anteriormente fixadas vão então se tornar livres para participarem do desenvolvimento total da personalidade. “Desta forma”, escreveu Freud, “o tratamento psicanalítico age como uma segunda educação do adulto, como uma correção de sua educação quando criança” (1926, p.268).

E por fim na Análise Transacional, abordagem utilizada no tratamento do estudo de caso que será apresentado nessa monografia, acredita que a principal característica dos antecedentes da família de pacientes obsessivos-compulsivos é a briga à distância, segundo Jacqui Schiff. Afirma que como eles têm muito medo da própria raiva, e de seus impulsos agressivos, esse mecanismo serve para evitar contacto com esse aspecto negativo de sua personalidade, ao mesmo tempo em que eles se protegem ao projeta-los no ambiente externo.

Segundo Teixeira e Cortez (1991), estruturalmente existe uma dupla contaminação, e quando o paciente se refere a seus atos compulsivos, ele os percebe como egos distônicos. A Criança é continuamente guiada por fantasias arcaicas, e assume o poder

executivo, embora o Adulto reconheça o comportamento como irracional e não solucionador de problemas. A técnica terapêutica nesse caso é proceder-se a descontaminação do Adulto. A atenção do terapeuta deve estar voltada para o fato que esse tipo de paciente sempre estará disposto a fazer contratos do tipo controle social, que não cumprir, ou que ficará obsessivamente tentando cumprir. A principal mensagem de permissão é “Você não precisa fazer o que pensa“. O obsessivo tem uma tendência a jogar “Psiquiatria”, o que é fácil de compreender: ele permanece obcecado por emoções, razões, explicações que possam ajudá-lo a resolver a sua neurose.

Berne diz que o terapeuta dever abordar o assunto morte, porque o comportamento exibido parece ser mecanismo de defesa de sobrevivência.

As injunções “Não Confie”, “Não se Aproxime” e “Não Sinta”, são a principais do script. O terapeuta cuidará de evitar toda a qualquer atitude que possa ser interpretada como rejeição, ou afastamento, pois aí parece residir a problemática do paciente.

Uma técnica usada por Goulding é sugerir aos pacientes que elaborem fantasias sexuais agradáveis, em substituição aos pensamentos obsessivos, o que servirá para colocá-los em contacto com emoções relativas a sexualidade e que foram suprimidas.

Capítulo II

METODOLOGIA

Antes de iniciar a discussão desse capítulo é interessante deixar claro duas definições importantes, para que não ocorra algum tipo de confusão ao longo do texto. Que são as definições de método e metodologia.

De acordo com Turato (2003), o método é como um conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo (coisas da natureza ou pessoas/ sociedades), e a metodologia, por sua vez, é a disciplina que se ocupa de estudar e ordenar (no possível) os muitos métodos que concebemos, suas origens históricas, seus embasamentos paradigmáticos acompanhados de suas relações teóricas, suas características estruturais e as especificidades

de seus alvos. Ou, em outras palavras, metodologia é a doutrina filosófica que estuda as técnicas de pesquisa próprias de um determinado campo do saber (Zingarelli, 1998: CD-Rom), enquanto método refere-se ao próprio caminho a se viabilizar através de tantas técnicas existentes.

Existe uma vasta literatura apresentando o método científico distinguido/demarcado em seu interior em métodos particularizados, como os dedutivos e indutivos, ou quantitativos e qualitativos, sintético ou analítico, ou ainda outros mais aplicados a determinadas áreas do conhecimento (experimental, axiomático, dialético etc.), classificando-o assim em tantos tipos quantas são as significativas correntes de pensadores/pesquisadores que partem em busca de conhecer/entender uma verdade ou um objeto de interesse.

Segundo Rey (2002), o desenvolvimento da metodologia na psicologia não é associado a uma reflexão epistemológica alternativa que explique os processos envolvidos na metodologia adotada. Nesse momento histórico, quando são descobertas novas dimensões do objeto de estudo da psicologia, assim como novas concepções do processo do conhecimento que afetam de forma geral o desenvolvimento das ciências, a reflexão epistemológica torna-se insubstituível.

A metodologia utilizada pela autora no presente estudo foi a qualitativa mesclada à quantitativa, que é usada para o estudo das representações sociais. Da francesa Denise Jodelet, citada por Spink, se tem uma definição clássica do método da representação social: modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos (Spink, 1993: 300).

De acordo com Turato (2003), os autores que trabalham cientificamente com representação em saúde-doença referem um grande crescimento de produção acadêmica no Brasil nas décadas de 1980 e 90, apontando a possibilidade da ampliação do entendimento dos interessados acerca da cultura em que se edificam os conjuntos de significados relativos à saúde e doença, característicos de diferentes grupos sociais. Também apontam como tem sido de serventia para contraponto àquela epidemiologia que aborda o tema doença face à cultura em termos de uma relação existente externamente (Alves & Rabelo, 1998: 107). Segmentos importantes desta abordagem investigativa comportam o binômio “representações e práticas”, numa tentativa de buscar a superação de antigas e danosas dicotomias, tais como entre estrutura e ação.

Para explicar a metodologia qualitativa e quantitativa pode-se começar pela questão do resgate individual e da dimensão construtiva do conhecimento que adquire significação essencial no caso da psicologia. O desenvolvimento de uma epistemologia para os processos envolvidos na construção teórica das formas mais complexas que hoje se integram à representação do objeto da psicologia, entre elas a subjetividade, exige identificar e satisfazer as necessidades epistemológicas subjacentes a essa construção, o que implica uma referência epistemológica no desenvolvimento de alternativas metodológicas que, de forma integral, respondam a uma maneira diferente de fazer ciência.

De acordo com Rey (2002) a ciência não é só racionalidade, é subjetividade em tudo o que o termo implica, é emoção, individualização, contradição, enfim, é expressão íntegra do fluxo da vida humana, que se realiza através de sujeitos individuais, nos quais sua experiência se concretiza na forma individualizada de sua produção. O social surge na rota única dos indivíduos constituídos em uma sociedade e uma cultura particular. A representação da ciência como atividade supra-individual, que supõe a não-participação do pesquisador e o controle de sua subjetividade, ignora o caráter interativo e subjetivo do nosso objeto, o qual é condição de sua expressão comprometida na pesquisa. Sem implicação subjetiva do sujeito pesquisado, a informação produzida no curso do estudo perde significação e, portanto, objetividade, no sentido mais amplo da palavra.

A definição de uma “epistemologia qualitativa”, demanda da significação ante a necessidade de especificar epistemologicamente o qualitativo, necessidade compartilhada de forma crescente por diferentes pesquisadores, mas que ainda não encontrou um marco explícito entre as opções metodológicas atuais das ciências sociais.

A formulação de uma epistemologia qualitativa têm antecedentes importantes no marxismo, na epistemologia histórica francesa, na teoria da complexidade e nos trabalhos de P. Feerabend. Diferentes filósofos frisam a importância da filosofia para o desenvolvimento de epistemologias particulares de cada ciência (G. Bachelard, L. Seve).

De acordo com Rey (2002) a epistemologia qualitativa surgiu como forma de satisfazer as exigências epistemológicas inerentes ao estudo da subjetividade como parte constitutiva do indivíduo e das diferentes formas de organização social. Sendo ela a um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana.

Segundo Rey (2002), a definição qualitativa da investigação, do diagnóstico e das práticas psicológicas é uma opção epistemológica, teórica e ideológica diante das práticas quantitativas dominantes em psicologia. Quem só vê a diferença metodológica em geral distingue o qualitativo e o quantitativo no nível das técnicas ou de alguma operação isolada da produção do conhecimento e, como frequência, se mantém ao mesmo nível epistemológico dos enfoques criticados, como é o caso de alguns pesquisadores qualitativos centrados no momento empírico (Taylor e Bogdan, Glasser e Strauss, Navarro e Díaz, Creswell, entre outros).

Já em relação entre a contradição entre o qualitativo e o quantitativo pode-se dizer que não se expressa instrumentalmente, mas nos processos centrais que caracterizam a produção do conhecimento. A epistemologia positivista, das expressões em psicologia é quantitativa, a denominada por Cronbach *pesquisa correlacional*, é um recurso para produzir conhecimento por meio da simplificação do objeto em variáveis, que se convertem em produtos de conhecimento por sua correlação com outras variáveis.

A chamada pesquisa correlacional deu lugar a um modelo ascético, despersonalizado, regular e quantitativo de produzir conhecimento, que até hoje é considerado equivalente à chamada metodologia científica. Nesse modelo excluía-se da condição de sujeitos pensantes tanto o pesquisador como o sujeito pesquisado, os quais eram substituídos por instrumentos validados e confiáveis, considerados caminho idôneo para produzir conhecimentos “objetivos” sobre o problema pesquisado. Essa obsessão pela objetividade se completava com a apresentação dos resultados em formas estatísticas. O número tornou-se assim uma entidade reificada portadora da “verdade científica”.

A epistemologia qualitativa se apóia em três princípios de importantes conseqüências metodológicas de acordo com Rey, (2002). Estes são:

O *conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa*, isto é, o conhecimento não é uma soma de fatos definidos por constatações imediatas do momento empírico. Seu caráter interpretativo é gerado pela necessidade de dar sentido a expressões do sujeito estudado, cuja significação para o problema objeto de estudo só indireta e implícita. A interpretação é um processo em que o pesquisador integra, reconstrói e apresenta em construções interpretativas diversos indicadores obtidos durante a pesquisa, os quais não teriam nenhum sentido se fossem tomados de forma isolada, como constatações empíricas.¹

Caráter interativo do processo de produção de conhecimento. Esse segundo atributo da epistemologia qualitativa enfatiza que as relações pesquisador-pesquisado são uma

condição para o desenvolvimento das pesquisas nas ciências humanas e que o interativo é uma dimensão essencial do processo de produção de conhecimentos, um atributo constitutivo do processo de estudo dos fenômenos humanos.

Significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento. A singularidade foi historicamente desconsiderada quanto à sua legitimidade como fonte de conhecimento científico; mas na pesquisa da subjetividade adquire importante significação qualitativa, que impede de identifica-la com o conceito de individualidade. A singularidade se constitui como realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do indivíduo.

Os três princípios gerais da epistemologia qualitativa apresentados levam a diferentes formas de produção de conhecimento, cujo desenvolvimento metodológico é um dos principais desafios para a psicologia.

De acordo com Turato (2003) as características principais no método clínico-qualitativo são: **interesse pelas significações dos fenômenos em saúde** - seu conhecimento e interpretação como alvos da preocupação do pesquisador, não se ocupando da enunciação de fatos; **ambiente natural do sujeito como campo da pesquisa** – local preciso para a coleta dos dados, constituindo-se na chamada abordagem naturalística; **angústias e ansiedades existenciais necessariamente valorizadas** – fenômenos fundamentais no pesquisador (atitude existencial mobilizadora para a pesquisa) e no pesquisado (pesquisador acolhe-os humanamente); **valorização de elementos psicanalíticos básicos** – considerados pelo pesquisador como ferramentas para uso no setting da entrevista e na discussão dos resultados; **pesquisador como instrumento** – o próprio investigador é o instrumento principal para a coleta de dados da pesquisa, bem como é quem faz seu tratamento; **pesquisador como bricoleur** – o investigador tem o perfil e a tarefa do construtor de objetos novos a partir de fragmentos de outros; **ascendência do processo sobre o produto** – como se processam os fenômenos é o alvo de interesse do pesquisador, e não o produto das correlações entre si; **saberes teóricos e práticos como pontos de partida** – pesquisador principia tanto das teorias como das próprias experiências e percepções para compor seu trabalho; **raciocínio indutivo e dedutivo** – acolhida de ambas as possibilidades de aproximação na construção do conhecimento científico; **força no rigor da validade dos dados coletivos** – na relação de profundidade, o apreendido pela consciência do pesquisador reflete propriamente o fenômeno em exame; **concomitância entre a apresentação dos resultados e a interpretação** – na elaboração mental e na redação, há integração das fases da exibição dos dados tratados e de

sua discussão; **pressupostos revistos como conclusão em primazia sobre generalizações** – leitor/consumidor não como agente generalizante de resultados, mas de conceitos e pressupostos finais apresentados pelo pesquisador, com vistas a outros casos ou outros settings.

A pesquisa qualitativa não corresponde a uma definição instrumental, é epistemológica e teórica, e apóia-se em processos diferentes de construção de conhecimento, voltados para o estudo de um objeto distinto da pesquisa quantitativa tradicional em psicologia. A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo.

A respeito dos instrumentos, Rey (2002) diz que a pesquisa psicológica pode-se dizer que as lâminas, as frases a serem completadas, as situações de diálogos, as redações, as análises de filmes, os jogos, as situações de execução, o desenho, as formas de relação grupal e outros.

A expressão em um instrumento adquire sentido só dentro de indicadores definidos por outros instrumentos e situações da pesquisa, e esse sentido é específico ao sujeito concreto estudado, cujas expressões ante o instrumento nunca são generalizações suscetíveis de integração à teoria geral. O processo de desenvolvimento das teorias é mediado por processos locais de construção teórica, que têm lugar no estudo dos sujeitos concretos da pesquisa, sejam estes individuais, coletivos ou ambos.

A informação que um instrumento proporciona com frequência encontra primeiro seu sentido no cenário do sujeito estudado, e são as construções teóricas e as idéias que se desenvolvem nos marcos de seu estudo as que podem adquirir sentido no marco da teoria geral adotada. As categorias, reflexões e idéias que aparecem diante do estudo do singular estão mediadas e são afetadas de formas diferentes pelo marco teórico geral, mas não são definidas de forma direta por ele, porém constituem o produto de uma combinação complexa de fatores.

O instrumento é uma ferramenta interativa, não uma via objetiva geradora de resultados capazes de refletir diretamente a natureza do estudado independente do pesquisador. O instrumento é suscetível de multiplicidade de usos dentro do processo investigativo, que não se limitam às primeiras expressões do sujeito diante dele. Assim, com

frequência, devolvemos ao sujeitos o material escrito por eles em diferentes instrumentos e, a partir daí, organizamos os diálogos, mais significativos que a informação proporcionada originalmente pelo instrumento.

Toda entrevista ou diálogo se constitui subjetivamente sobre aspectos dominantes na comunicação: o processo de comunicação define a identidade dos participantes nesse espaço. A comunicação é um processo histórico que facilita a expressão dos temas mais suscetíveis de adquirir sentido nos termos e condições em que tem lugar; o que sempre atua como inibidor de outros conteúdos cuja expressão é facilitada por meio de instrumentos de expressão individual.

Segundo Rey (2002), os instrumentos representam um *continuum* dentro da pesquisa, durante a qual se relacionam uns com os outros e dão lugar a indicadores sustentados pelas relações entre conteúdos procedentes de instrumentos diferentes. Nessa estratégia de pesquisa, o instrumento nunca constitui um fim em si mesmo, isolado do curso geral da pesquisa e dos processos que se desenvolvem nela.

A definição dos instrumentos deve integrar sempre formas orais e escritas, pois uma atua como elemento descentralizador da outra e chegam a envolver o sujeito em uma reflexão crítica sobre sua própria experiência. Ambas as formas de expressão se desenvolvem como um *continuum* nos diferentes diálogos que coexistem como expressão da trama social constituída no processo de pesquisa.

O uso de instrumentos escritos ou de expressão individual compreende, entre outros, o uso de desenhos, da expressão ante as lâminas não-estruturadas, de situações experimentais de diferentes características, assim como de situações de conflito ou execução que o sujeito deve resolver, todos os quais utilizamos em diferentes pesquisas. Toda técnica de expressão individual representa um espaço de diálogo entre o pesquisador e o sujeito pesquisado, sem o qual o instrumento pode não ter nenhum sentido para quem responde a ele.

O significado dos indicadores propiciados pelos instrumentos não se define pela análise da resposta abstrata, mas pelo que ela significa no conjunto de elementos de sentido expressos pelo sujeito no instrumento e na situação de sua aplicação, em que exigem especial pertinência as conversações com o pesquisador. Esse é outro elemento que reafirma a natureza interativa dos instrumentos na pesquisa psicológica, o que os separa radicalmente do caráter objetivo de sua aplicação, defendido pelos enfoques positivistas.

Em relação à metodologia utilizada nesta pesquisa de monografia, verifica-se que o processo de conhecimento se dará através da relação pesquisador-pesquisado no contexto da psicoterapia com um estudo de caso.

O atendimento terapêutico foi realizado na Clínica de Psicologia do UniCEUB – CENFOR, com uma cliente de 35 anos que por orientação de sua psiquiatra procurou a terapia pela 1ª vez devido ao transtorno que apresentava. O processo terapêutico teve 13 sessões de duração de 50 minutos cada uma.

Para esse estudo foram usados os relatórios de atendimento do CENFOR, que são feitos após cada sessão. Foi feito um levantamento dos dados mais relevantes no tratamento da cliente, para que pudesse ser visto com clareza como se deu a evolução do processo terapêutico. No qual ressaltou-se as sessões que foram aplicados os instrumentos, como foram aplicados e o motivo da aplicação. No processo terapêutico realizado pela autora foram utilizados os seguintes instrumentos: os permissores, os desenhos, o contrato terapêutico e a vivência.

Os permissores são frases chaves utilizadas pela Análise Transacional que tem como função combater alguma mensagem ou mandato que foi internalizado de forma prejudicial. As frases chaves utilizadas foram: :“Você não é responsável pelos demais” devido as angústias que acumulava devido a problemas familiares, “Você não precisa fazer o que pensa” devido ao seu pensamento obsessivo de limpeza e “É OK considerar-se e respeitar-se, para que pudesse ser melhorada a sua auto-estima.

A técnica dos desenhos tem como objetivo facilitar a comunicação, isto é exteriorizar algo que está difícil de ser dialogado. Assim foi utilizada essa técnica para a descrição dos vultos que a cliente via, para exteriorização da raiva para promover contato com sentimento e com os sonhos que a mesma tinha.

Já contrato terapêutico tem uma meta objetiva de mudança de comportamento, no qual foi pedido que a família da cliente comparece-se a uma das sessões para que ajudassem a cliente a mudar o seu comportamento, no qual ela deveria obedecer a qualquer que lhe mandasse entregar o pano que fazia limpeza.

E por fim a última técnica aplicada foi a vivência no *setting* terapêutico, que seria uma espécie de dessensibilização sistemática (técnica bastante utilizada pela Psicologia Comportamental), que seria uma forma de vivenciar frustrações, medos e ansiedades de forma cautelosa. Assim foi realizada a técnica para que ela se imaginasse na sua casa, verificando

os lugares que mais limpa, para que pudesse estabelecer de forma racional quantas vezes seria realmente necessário cada local ou cada objeto ser limpo.

Capítulo III

ESTUDO DE CASO

Na descrição do tratamento psicoterápico a seguir será utilizado a letra B. (escolhida ao acaso) para identificar a cliente, já que é necessário que os seus dados pessoais sejam preservados.

Identificação: B. tem 35 anos, não trabalha, possui o 2º grau completo (Magistério), é casada, tem dois filhos e sua religião é a católica.

Queixas: Sua queixa principal era em relação ao excesso de limpeza no ambiente domiciliar (TOC) que já estava acontecendo há dois anos. E as secundárias eram em relação às brigas familiares e preocupação com dívidas.

Situação de atendimento: B. chegou a terapia por orientação de sua psiquiatra, isso porque quando procurou a sua atual médica informou os remédios que já tinha tomado com os outros psiquiatras e que não tinha obtido sucesso. B. já tinha tomado até mesmo o Anafranil, um dos remédios mais conhecidos e dito como um dos mais eficazes nesse tipo de tratamento e não conseguiu uma melhora significativa. Assim, durante o processo terapêutico B. tomava dois remédios, o antidepressivo CEBATIN e um outro para dormir.

Descrição da Queixa Principal

Na entrevista inicial B. chegou dizendo ficar muito angustiada por ter pensamentos estranhos, geralmente relacionados à dívidas e as brigas de família, que levavam a um comportamento compulsivo de limpeza que acontecia diariamente e várias vezes no mesmo dia. Limpava tudo que encontrava pela frente, chão, armários, móveis, cortinas entre outros, mas o que mais limpava era a geladeira e fogão. Fazia a limpeza dos mesmos de forma agressiva, desmontando peça por peça. Devido a esse comportamento acabava se machucando, levando-a ter hematomas nos braços e nas pernas (facilmente visualizados na primeira entrevista). O pensamento obsessivo de limpar atrás da geladeira, mas especificamente o motor, era algo muito forte e ela não conseguia controlar essa vontade de limpar, mesmo sabendo que era algo desnecessário. Disse que no momento do surto quando está limpando, sua muito, fica falando as vogais sem parar e depois que acaba começa a chorar. E que algumas vezes depois do surto já teve dor de garganta e estômago. Na 2ª sessão informou que no momento e antes do surto ouvia a voz de um vulto que mandava ela limpar, e que tinha medo de estar louca.

Intervenção Terapêutica

De acordo com a Análise Transacional a cliente apresentava estruturalmente uma dupla contaminação, isso porque quando a cliente se refere a seus atos compulsivos, ela os percebe como egos distônicos. A Criança é continuamente guiada por fantasias arcaicas, e assume o poder executivo, embora o Adulto reconheça o comportamento como irracional e não solucionador de problemas. Então a técnica terapêutica nesse caso foi proceder-se a descontaminação do adulto. E para isso foram feitas algumas intervenções e aplicadas algumas técnicas que se iniciaram a partir da 3ª sessão, já que nas duas primeiras foi feita uma anamnese.

Na 2ª sessão B. falou dos vultos que via, e quando questionada de como eram esses vultos dizia que não via nenhum rosto e que passavam rápidos demais. Sendo que um deles quando passava mandava ela limpar. Para que tal questão fosse esclarecida na 3ª sessão foi aplicada a técnica do desenho, que era feita com a intervenção: - Se você visse o vulto, como seria? Dessa forma, acessando a sua Criança Livre, B. desenhou quatro vultos com os rostos bem definidos, falando quando eles apareciam e qual a mensagem que passavam para ela. B. desenhou três vultos masculinos que lhe causavam medo e que passavam mensagens relacionados à algum tipo de ordem que sempre acabava obedecendo e um feminino que segundo ela não dizia nada, mas que lhe dava a sensação de bem-estar. Em relação aos vultos masculinos um deles tinha o mandato dela ficar em casa, não saindo para nada, o outro era comentando da vergonha que tinha dela por ela ter TOC, o terceiro B. desenhou a figura do “diabo” já que não tinha coragem de encará-lo para ver como era o seu rosto, apenas ouvia as suas ordens para que ela limpasse. E por fim, o vulto feminino era o desenho de uma menina que parecia com ela quando tinha sete anos de idade.

Na sessão seguinte (4ª sessão) foi dada a continuidade à técnica dos desenhos, uma vez que os desenhos masculinos não tinham expressão de pessoas más, levantando a hipótese de uma provável dificuldade dela entrar em contato com as emoções autênticas. Assim, foi pedido que ela desenhasse os mesmos vultos, mas com o rosto expressando raiva e colocando cor nos desenhos. O objetivo dessa técnica era para que B. entrasse em contato com a sua emoção, indo ao encontro da injunção “Não Sinta”. Entretanto, nenhum dos vultos desenhados tinham a expressão de raiva, por mais que B. tenha os desenhados com outra expressão. Enquanto desenhava B. dizia que não conseguia sentir raiva e nem magoar ninguém, confirmando o fato dela não estar conseguindo expressar seus sentimentos.

Ainda na 2ª sessão disse que estava tendo alguns sonhos e da sua angústia por achar que estava louca. A respeito dos sonhos foi também aplicada na 3ª sessão a técnica dos desenhos, no qual foi pedido que ela desenhasse as cenas que mais tinham lhe chamado à atenção. A maioria dos seus sonhos estavam relacionados ao seu problema de TOC, e as cenas que desenhou foram todas que no qual ela se tornava uma pessoa bem agressiva com as pessoas que falasse do seu problema, chegando a matá-las nos sonhos. Demonstrando assim, que sentia vergonha por ter TOC e que estava com uma raiva que não estava conseguindo exteriorizar de forma adequada.

Na 5ª sessão B. deu uma recaída, contou que não conseguiu se controlar na semana que tinha passado e que limpou exageradamente tudo que deu vontade de limpar. Tal

fato a deixou extremamente triste, já que na última sessão tinha até comentado que estava conseguindo se controlar um pouco limpando menos. Assim, essa sessão e a 6ª foram utilizadas para abordar os assuntos de relevância para cliente, verificando os fatores que estavam levando a angústia de B. (sentimento que segundo ela antecedia a compulsão), para que assim já pudesse ser feita algumas intervenções.

Então de acordo com os dados levantados foi primeiramente trabalhada à questão dela achar que podia ficar obsessiva compulsiva para sempre e a sua idéia de estar louca. Essa questão era algo de extrema importância para B., pois, devido a esse pensamento não conseguia fazer amizade com ninguém com medo das pessoas acharem que era louca, indo ao encontro direto com a injunção “Não Confie”. B. tinha esse medo devido a sua cunhada ser enfermeira e fazer tal afirmação para ela, dizendo por várias vezes que já tinha visto casos como o dela no hospital e que tinha certeza que era loucura. Além disso, antes de desenvolver o TOC tinha tido uma crise de depressão que repercutiu na família como sendo loucura, então com o transtorno essa idéia de ser louca ficou muito forte em B. E ela tinha tanto medo de estar louca que chegou a fazer um eletrocefalograma para ter uma prova que pudesse mostrar para quem não acreditasse que ela não era louca.

Para que B. fosse dismestificando essa idéia, foi explicado a ela o que era o TOC, como estava o funcionamento do seu cérebro naquele momento devido ao TOC, explicando a questão da serotonina, porque no caso dela precisava do acompanhamento de um psiquiatra e de um psicólogo, que era normal apresentar algumas recaídas e que o fato dela ter o TOC não fazia dela uma pessoa louca. Tal discurso não foi feito apenas nessas duas sessões, foram repetidos algumas vezes, já que até B. entender o que estava acontecendo com ela, às vezes ainda achava que estava ficando louca.

Juntamente com à questão da loucura foi trabalhada a angústia que B. ficava quando ouvia discussões na sua casa relacionadas à sua irmã e sua cunhada, sendo usado o Permissor “Você não é responsável pelos demais”. Como B. morava na casa dos fundos dos seus sogros sempre ficava ouvindo falarem mal da sua irmã, principalmente quando sua cunhada estava lá, fato esse que a deixava muito angustiada pois não tinha coragem de ir defender a sua irmã. Então a função desse permissor era de mostrar que aquela era uma situação que ela não poderia estar resolvendo e que por isso não precisava ficar tão angustiada, já que os problemas teriam que ser resolvido entre elas.

Foi trabalhada também à questão das dívidas que seu marido, segundo ela, estava fazendo sem necessidade. Foram feitas algumas intervenções para que B. pudesse

pensar sem se angustiar, até porque tinha consciência que quando seu marido recebesse o dinheiro das férias tudo estaria solucionado.

Então a partir da 7ª sessão o permissor “Você não precisa fazer o que pensa” foi trabalhado com grande ênfase, isso porque nesse período B. não exagerava mais na sua limpeza, mas pensava muito e isso a fazia se sentir ainda sentia culpada e incapaz. Então junto com permissor o foi explicado mais uma vez como funcionava a doença, a normalidade do seu pensamento obsessivo dando ênfase no fato que há uma longa distância entre pensar e fazer e que só pensar indicava melhora no seu quadro. Depois dessa explicação B. começou a falar de algumas situações que tinha passado que indicavam melhora e que não via mais os vultos que tanto a incomodavam.

Já na 10ª sessão foi feito um contrato no consultório com B. na presença da sua família (seu marido e seus dois filhos), para que quando um deles percebesse que ela estivesse exagerando na hora da limpeza, chama-se à sua atenção, e a mesma entregaria o pano. Nessa sessão foi explicado mais uma vez o funcionamento do TOC, já que assim como B., seu marido não tinha muita noção do que era esse transtorno. E foi também bastante enfatizado também a necessidade da ajuda familiar nesse processo.

Nas sessões seguintes foi trabalhada a questão de B. se impor mais, dizendo o que gosta e que não gosta para as pessoas, principalmente em relação à sua cunhada e ao seu sogro. Sendo usado o Permissor “É OK considerar-se e respeitar-se”. Isso porque por muitas vezes sua cunhada e seu sogro tratavam-na mal sem motivo aparente, e B. apenas aceitava os insultos reprimindo toda a raiva que sentia naqueles momentos. E também a questão de se mostrar mais responsável por si mesma, já que fazia o jogo da “Dependente”, sempre se mostrando incapaz de solucionar os seus problemas sozinha.

E na última sessão (13ª), foi aplicada uma vivência no qual B. ficava deitada e de olhos fechados e descrevia a casa onde tudo começou, e para onde ela voltaria, dizendo quais os lugares e os objetos que mais gostava de limpar e quantas vezes fazia. Para que assim, pudesse ser estabelecido em comum acordo quantas vezes ela poderia fazer a limpeza desses lugares.

Discussão

Nesse primeiro momento será feita uma pequena anamnese da cliente para que assim, possa ser estabelecido posteriormente a relação das Representações Sociais no desenvolvimento do mecanismo compulsivo.

Anamnese

B. nasceu numa família no qual seu pai era muito trabalhador e muito ambicioso e sua mãe uma mulher batalhadora mais muito nervosa. Sua mãe brigava muito com os filhos mas depois se arrependia, e os mesmos agüentavam calados. Atualmente sua mãe é uma pessoa mais controlada e seu pai ainda continua ambicioso e critica o seu marido por não conseguir controlar o dinheiro, fato esse que B. concorda.

B. procurou a terapia, relatando uma excessiva vontade e execução de limpeza do seu ambiente domiciliar. Dizia que tal acontecimento era somente na sua casa e que começou em agosto de 2000 no qual ela aponta como causadora da sua doença o fato de ter mudado da cidade de gostava de morar para uma outra.

Então quando se mudou para a outra cidade, devido à transferência do emprego do seu marido, começou a se sentir muito sozinha, pois tinha acabado o seu

magistério, seu marido continuava a trabalhar o dia inteiro, seus filhos passavam a maior parte do tempo na escola e, além disso, não conseguiu fazer amigos na rua onde morava. Assim, para ocupar o tempo vago, começou a fazer limpeza com mais frequência em casa, sendo que a frequência a cada dia aumentava a partir que B. percebia que quanto mais limpava a angústia que ela sentia diminuía.

E seu marido preocupado sugeriu que eles se mudassem para perto dos pais dele, para que quando ele não estivesse, ela tivesse companhia e quem socorrê-la nos momentos de surto, pois seus filhos nem sempre conseguiam pará-la. E assim, eles se mudaram para os fundos da casa dos seus sogros, e a situação de B. piorou. Ela não sentia mais solidão, mas seu sogro virou seu perseguidor no qual ficam controlando o que ela faz, o que come, entre outros, e fora as constantes brigas de família, principalmente em relação ao caso da sua irmã e sua cunhada, no qual sempre tinha quer ficar ouvindo falarem mal de sua irmã. E, além disso, nessa casa onde passou a morar, sua cunhada sempre a humilhava dizendo que ela era louca. E devido aos pontos abordados acima B. foi ficando mais angustiada e conseqüentemente com mais vontade de limpar.

A relação das Representações Sociais com o TOC

Segundo Rey (2002) a subjetividade é um termo reservado para os processos que caracterizam o mundo interno do sujeito, sendo ela um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana. Sendo que a subjetividade e a cultura são processo constitutivos complexos que ocorrem de forma simultânea, e que a cultura não teria surgido com um homem sem subjetividade. Daí pode-se dizer que a subjetividade e a cultura de B. ocorreu de forma que desse bastante valor a área financeira (comprovado a partir que ela disse que um dos fatores que a angustiam) e que agüentasse sem responder as provocações. Internalizando os mandatos de seu pai que é ambicioso e da sua mãe que teria que ficar quieta enquanto ela brigava.

E já que a cultura não teria surgido com um homem sem subjetividade, pode-se dizer que a subjetividade é o berço das Representações Sociais, por serem representações de alguma coisa sustentada por alguém, podendo uma representação particular mudar de grupo hospedeiro e vagar por entre grupos sociais, assumindo vida própria. Percebido no caso da cliente quando ela dizia que o seu pai tinha razão em criticar o seu marido por não conseguir controlar o dinheiro, por mais que nunca tivesse lhe faltado nada, quando ela comentava que

não fazia amizade por que achava que as outras pensavam que ela era louca e que por isso não iriam conversar com ela e quando ela achava que não deveria se impor por achar que iria magoar as pessoas. Pensamento esse que ela tinha quando sua mãe brigava com ela, não retrucava e nem se defendia com medo de magoá-la. Dessa forma por inúmeras vezes se deixava humilhar pelo seu sogro e sua cunhada, sempre escutando calada.

E devido as RS serem a produção cultural de uma comunidade, formada por uma comunidade de observadores que pode ser vista como aqueles que interagem uns com os outros e se voltam uns para os outros em busca de verificação do que é apropriado, conclui-se que é a comunidade que identifica o que pode ser considerado uma crise, seja esta comunidade constituída pela família, os amigos, etc. Fato verificado no caso de B. quando ela dizia que a sua cunhada, que é enfermeira, falava que já tinha visto casos como o dela e que aquilo era loucura, fazendo que assim B. questionasse várias vezes sua sanidade mental se retraindo cada vez mais em relação as outras pessoas e deixando que outros tomassem conta de sua vida, principalmente o seu marido, que fazia de tudo para ela não resolver nada uma vez que acreditava que realmente ela tinha um sério problema. E tal argumento de sua cunhada tomou proporções tão grandes que todos de sua família acreditaram de uma certa forma que B. esteve com algum problema mental.

Conclusão

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) era considerado, até pouco tempo, uma doença rara, pois se levava em conta no estabelecimento de estimativas de sua incidência ou prevalência o pequeno número de pacientes que procuravam o atendimento especializado. Entretanto, hoje em dia, a procura ao tratamento especializado mudou esses índices significativamente.

Mas apesar da procura especializada ter aumentado e o estudo da doença ter sido aprofundado ainda não se sabe quais são as verdadeiras causas do TOC, mas que existem evidências de fatores de ordem psicológica que contribuem para o aparecimento e a manutenção dos sintomas.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi fazer um levantamento de dados de ordem psicológica através de um estudo de caso feito pela autora que pudesse comprovar alguns fatores que pudessem contribuir para o aparecimento e manutenção dos sintomas do TOC. E também mostrar como pode ser realizado um tratamento na abordagem da Análise Transacional, dando assim mais uma opção para aos psicólogos, já que a maioria das pesquisas de TOC está direcionado para a terapia comportamental.

De acordo com o estudo feito pode-se perceber o quanto que as Representações Sociais influenciam diretamente no mecanismo compulsivo. As RS são a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Assim, se o indivíduo tem uma percepção ou conteúdo do pensamento que foi adquirido de forma não

sadia, ou até mesmo destrutiva, faz com que a possibilidade de posteriormente se instale algum tipo de patologia é grande, já que o comportamento das pessoas está relacionado as RS (na discussão pode ser verificado alguns exemplos de como a cliente repetia os mandatos paternos internalizados e como sofria a influência do meio. Principalmente em relação a idéia de loucura, no qual as RS no ambiente que vivia acreditava que os sintomas do TOC eram sintomas de loucura, fazendo assim, que a cliente por muitas vezes achasse que realmente estava louca).

Assim, utilizando o levantamento de dados relacionados com as Representações Sociais internalizadas pela cliente e do ambiente que vivia, pode-se esquematizar um tratamento baseado nos instrumentos da Análise Transacional para que pudesse proporcionar a cliente uma re-construção da sua identidade (Capítulo III). Primeiramente aplicando técnicas (principalmente os desenhos) que proporcionasse a cliente o contato com as suas emoções autênticas, fazendo o contrato terapêutico para que a família pudesse ajudar na recuperação da cliente, usando os permissores que ajudava a melhorar a sua auto-estima e a modificar o seu modo de pensar e principalmente o uso do diálogo para o esclarecimento da doença para a cliente.

Bibliografia

- BARRETO, D. (1978). O Alienista - O Louco e a Lei. Petrópolis: Vozes Ltda
- CREMA, R. (1982). Manual de Análise Transacional. Brasília: H.P. Mendes 4ª. Ed.
- CREMA, R. (1985). Análise Transacional Centrada na Pessoa...e mais além. Brasília: Teledata
4ª ed.
- D'INCAO, M. A. (Org.) (1992). Doença Mental e Sociedade - Uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal
- FOUCAULT, M. (1994). Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro
- GERTH, H. & MILLS, C.W. (1973). Caráter e Estrutura Social – A Psicologia das Instituições Sociais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira
- GUARESHI, N. M. F. & BRUSCHI, M. E. (Orgs.) (2003). Psicologia Social nos Estudos Culturais – Perspectivas e Desafios para uma Nova Psicologia Social. Petrópolis: Vozes
- GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.) (2002). Textos em Representações Sociais. Petrópolis: Vozes 7ª Ed.
- HARRISON, A. A. (1975). Psicologia como Ciência Social. São Paulo: Cultrix
- JODELET, D. (Org.) (2001). As Representações Sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ
- KERTÉSZ, R. (1997). Análise Transacional aoVivo. São Paulo: Summus. 3ª Ed.
- LOEW, C. A. & GRAYSON, H. & LOEW, G. H. (1984). Três Abordagens em Psicoterapia - Uma Comparação Clínica. São Paulo: Summus Editorial

- McNAMEE, S. & GERGEN, K. J. (1988). A Terapia como Construção Social. Porto Alegre: Artes Médicas
- MOSQUERA & VIAN, N. & COSTA, R. (1978). Sociopsicologia. Rio Grande do Sul: Sulina 2ª ed.
- REY, F. L. G. (2003). Sujeito e Subjetividade: Uma Aproximação Histórico-Cultural. São Paulo: Pioneira Thomson
- REY, F. L. G. (2002). Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios. São Paulo: Pioneira
- SOROKIN, P. A. (1968). Sociedade, Cultura e Personalidade – Sua Estrutura e Sua Dinâmica – Sistema de Sociologia Geral. – Sexta Parte – Vol. II. Porto Alegre: Globo
- TEIXEIRA, M.M. & CORTEZ, V.N.M. (1991). Psicopatologia e Análise Transacional – Um Estudo Comparativo- São Paulo
- TURATO, E. R. (2003). Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Petrópolis: Vozes

