



Faculdade de Ciências da Saúde – FACS  
Curso de Psicologia  
Disciplina: Monografia

# **NEUROSE OBSESSIVA E TOC: UM DIÁLOGO ENTRE PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA**

**ANA PAULA DA SILVA ÁVILA**

Brasília  
Junho de 2008

ANA PAULA DA SILVA ÁVILA

Neurose obsessiva e TOC: Um diálogo entre Psicanálise e  
Psiquiatria

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

Professor orientador: Dr. Marcos Abel

Brasília/DF, Junho de 2008



Faculdade de Ciências da Saúde – FACS  
Curso de Psicologia  
Disciplina: Monografia

**ESTA MONOGRAFIA FOI APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA  
COMPOSTA POR:**

- Marcos Abel
- 

- Maria Leonor Bicalho
- 

- Morgana Queiroz
- 

A Menção Final obtida foi:

---

Brasília, Junho de 2008

## **Resumo**

O tema do presente trabalho propõe um diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria no que diz respeito à abordagem da neurose obsessiva e do TOC, respectivamente. Tendo como principal objetivo rever a forma como a neurose obsessiva e o TOC estão sendo tratados desde a definição da neurose obsessiva por Freud até a transformação dessa neurose em transtorno, na atualidade. Para tanto, foi realizada pesquisa em textos no campo da psicanálise e da medicina. O problema pesquisado diz respeito à importante relação entre a atual postura adotada pela neurociência e pela medicina psiquiátrica em relação à administração de drogas e a terapêutica utilizada para o tratamento do TOC, assim como a posição que a psicanálise ocupa nesse contexto, suas concepções acerca da neurose obsessiva e as tendências atuais da sociedade em buscar respostas rápidas para seus conflitos. Tendo por base o que já foi clinicamente descoberto acerca da neurose obsessiva, as concepções, correlações médicas a respeito dessa neurose e os interesses que podem estar por trás do alto índice de diagnósticos e pesquisas desenvolvidas nessa área, desenvolvemos uma reflexão sobre o tema. Palavras-chave: Psicanálise. Psiquiatria. Neurose obsessiva. TOC.

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	5
<b>1. Psiquiatria: Transtorno Obsessivo-compulsivo- TOC</b> .....	6
1.1. Breve histórico.....	6
1.2. Considerações médicas.....	8
<b>2. Psicanálise: Neurose Obsessiva</b> .....	21
2.1 Primeira fase: Neurose obsessiva e a Tese da defesa psíquica.....	21
2.2 Segunda fase: Neurose obsessiva e Teoria da sedução.....	24
2.3 Terceira fase: Neurose obsessiva e Teoria da libido.....	27
2.4 Quarta fase: Neurose obsessiva e a segunda tópica do aparelho psíquico ..	31
2.5 Neurose obsessiva hoje.....	35
<b>3. Diálogo entre a psiquiatria e a psicanálise</b> .....	39
3.1 Considerações gerais.....	39
3.2 Diagnóstico .....	39
3.3 Tratamento .....	46
<b>Conclusão</b> .....	52
<b>Referências</b> .....	54

## Introdução

O tema do presente trabalho se constitui na abordagem psicológica, quanto à neurose obsessiva, e psiquiátrica, quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo – TOC, tendo como objetivo contrapor as perspectivas médica e psicanalítica no que diz respeito à origem, diagnóstico e tratamento da Neurose Obsessiva e/ou Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC), expondo os aspectos mais característicos de cada uma, com a intenção de ressaltar a importância do tratamento terapêutico para essa modalidade de sofrimento psíquico.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, partindo de Sigmund Freud, até obras e artigos contemporâneos, que enfocam questões atuais, buscando características peculiares de cada abordagem, a fim de traçar um panorama que possibilite uma reflexão sobre os métodos adotados e suas conseqüências. Dessa forma, é proposta uma comparação entre as teorias etiológicas, diagnóstico e tratamento do obsessivo-compulsivo, evidenciando diferenças e semelhanças com o intuito de levantar questões sobre o que deve ser repensando em relação à forma como vem sendo abordada essa patologia.

A relevância dessa comparação está intimamente relacionada ao fato de que, na maioria dos casos, as pessoas diagnosticadas com TOC, ao buscarem ajuda, são submetidas a tratamentos a base de psicofármacos, que trazem efeitos colaterais altamente incômodos, além de apresentarem efeitos paliativos. No entanto, não há intenção de desabonar as importantes conquistas médicas, mas destacar a relevância de que o tratamento não se restrinja aos sintomas, pois o tratamento com psicofármacos acaba por mascarar a expressão da doença que permanece latente no indivíduo, emergindo novamente quando os medicamentos são suspensos.

Ao retratar ambos os contextos, pretende-se revelar a importância da intervenção terapêutica, evidenciando os aspectos clínicos tanto da psiquiatria quanto da psicanálise assim como o enfoque dado em relação ao modo como enfocam as obsessões e compulsões.

Dessa forma, no primeiro capítulo será trabalhado o modo pelo qual a medicina concebe o TOC. Ao relacionar o exposto por Ringgs e Foa (1999), Torres (2004), Kipper e Cordioli (2000), destacam-se os resultados recentes das pesquisas realizadas com o objetivo de desvendar as possíveis causas neurofisiológicas e anatômicas dessa neurose, alinhando

questões referentes ao modo de tratamento, administração de psicofármacos e curso da doença. Neste capítulo será utilizado o termo TOC, referindo-se as considerações médicas do transtorno.

No segundo capítulo trataremos das teorias de Freud, partindo da tese da defesa psíquica, pois foi esse o primeiro aspecto de comparação entre a neurose obsessiva e a histeria, ambas consideradas por Freud como sendo “psiconeuroses” por conterem representações que conotam etiologia psíquica. Abordaremos o processo de formação de sintomas obsessivos, a origem dos “absurdos” identificados no pensamento obsessivo, sempre relacionando os conteúdos aflitivos a aspectos sexuais. Em relação à nomenclatura, por se tratar da abordagem psicanalítica, será adotado o termo neurose obsessiva, assim como fora definido por Freud.

Durante o terceiro capítulo serão contrapostas às abordagens psiquiátrica e psicanalítica no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento do TOC e da neurose obsessiva, respectivamente, evidenciando os fatores que as diferenciam e interferem de forma direta no processo de cura dessas patologias. Iniciaremos o mesmo, por meio de uma comparação entre os aspectos gerais que distinguem essas abordagens, para em um segundo momento partirmos para as questões que se referem exclusivamente ao TOC e à neurose obsessiva. No subitem relacionado ao diagnóstico serão expostas as diferenças no modo como a medicina e a psicanálise entendem essa patologia, além dos métodos utilizados para a identificação da neurose, os fatores que devem ser levados em consideração no momento diagnóstico e sua relação com as teorias freudianas.

Por fim, será exposto o modo de tratamento dessa neurose, fazendo uma comparação entre os métodos utilizados pela medicina psiquiátrica e os métodos da psicanálise, onde serão relacionadas vantagens e desvantagens de ambas as abordagens e as possibilidades de amenização dos sintomas ou até mesmo de cura. Neste capítulo, serão expostos tanto os termos TOC quanto neurose obsessiva, variando de acordo com a abordagem relacionada.

## **1 Psiquiatria: Transtorno Obsessivo-compulsivo - TOC**

Abordaremos a seguir proposições quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo em uma perspectiva biológica, assim como a diversidade encontrada nos tratamentos médicos que visam à redução ou amenização dos sintomas, a co-ocorrência e a possível relação deste transtorno com outras patologias, a administração de psicofármacos e os avanços da neurociência neste sentido. Para tanto, neste capítulo, faremos uso da expressão “TOC” – (Transtorno Obsessivo-compulsivo), fazendo referência à nomenclatura utilizada nos manuais diagnósticos.

### **1.1 Breve histórico**

O interesse por entender a origem do transtorno obsessivo-compulsivo aumentou muito nas últimas décadas em decorrência deste ser hoje um dos transtornos mais frequentes. Torres (2004) coloca que o TOC tem afetado, ao longo da vida, em torno de 1,5% a 2,5% da população em geral.

Alguns autores abordaram este tema ao longo da história, sendo que Torres (2004) traça um breve levantamento sobre estes momentos. Esquirol (1772-1840 apud TORRES, 2004) tinha um conceito para esta doença que se aproximava da perspectiva volitiva, por considerar os sintomas consequência de atitudes instintivas e irresistíveis. Para ele, a origem desta doença não estaria na razão e nem na emoção, mesmo com a rejeição da consciência a vontade não seria suprimida.

Já Morel (1809 apud TORRES, 2004) considerava este transtorno como proveniente das emoções e colocava que ele não afetaria as faculdades intelectuais. Era uma neurose causada por um estado afetivo exacerbado. As primeiras descrições do TOC na Inglaterra o consideravam próximo à depressão, preocupação com temas religiosos e escrupulosidade, tendo a culpa como sintoma mais evidente. No final do século XIX, muitos autores o consideravam uma forma de melancolia.

Emil Kraepelin (1856-1926 apud TORRES, 2004) também considera o emocional como desencadeador de idéias obsessivas, ressaltando que não só o intelecto não estaria comprometido com este transtorno, como seria excepcionalmente bom. Ao discutir sobre a origem das compulsões, analisando se esta seria causada por perturbações do sentido ou do pensamento, concluiu que o paciente não teria alterado uma função psicológica específica, mas uma alteração na vivência de estar no mundo.

Janet (1903 apud TORRES, 2004), descreveu 325 casos da doença obsessiva, ele situava as obsessões no grupo das neuroses. Considerava este sintoma como causado pela redução da tensão psicológica, sendo uma forma simples de atividade mental. Acreditava que a ansiedade, neste caso era fenômeno secundário, assim como tiques, manias e fobias.

Pitman (1987 apud TORRES, 2004) propôs uma teoria chamada modelo cibernético da psicopatologia obsessivo-compulsiva nos quais o indivíduo teria a sensibilidade no modelo de um termostato, onde eram comparados internamente sinais perceptuais e referenciais. O indivíduo estaria buscando sempre a maior proximidade possível com o referencial e qualquer valor diferente de zero desencadearia comportamentos para anular este sinal de erro e só assim cessaria o comportamento.

Ele considera que nos casos de pacientes obsessivo-compulsivos haveria uma falha neste termostato, apresentando constantemente sinais de erro, que se manifestaria subjetivamente para o indivíduo como desconforto constante, insatisfação, conflito que os comportamentos ritualizados tentavam, mas não conseguiam amenizar de forma satisfatória. Este autor considerava que esta falha no sistema de controle comparador se dava devido a um defeito intrínseco ou déficit de atenção.

Torres (2004) coloca que mais recentemente, um modelo etiológico para o TOC foi proposto por Swedo e cols. , este modelo demonstra semelhanças entre os sintomas obsessivo-compulsivos e vários comportamentos animais instintivos. Esta visão vai contra a teoria comportamental de aprendizado. Esta teoria considera que estes comportamentos “padronizados”, se iniciados, teriam que ser executados até o fim, de forma estereotipada, mesmo quando o comportamento não condisser com o contexto, ou seja, seriam comportamentos não adaptados ao contexto. Assim, rituais de verificação lembrariam estratégias de segurança e preservação e manutenção dos limites territoriais de várias espécies, por exemplo.

Todas estas abordagens etiológicas fazem sentido em algum aspecto, no entanto nenhuma foi capaz de esclarecer por completo a verdadeira origem deste transtorno tão intrigante. Por esse motivo, a medicina ainda utiliza a sintomatologia como base fundamental para tratar o TOC e tantos outros transtornos.

## **1.2 Considerações médicas**

O TOC é hoje grande fonte de interesse para pesquisadores da área de ciências médicas, sendo que diversos fatores estão relacionados a este aumento súbito de interesse. Dentre eles, podemos citar o considerável aumento do número de pessoas diagnosticadas com este transtorno nos últimos anos e a maior ênfase dada à busca de alternativas de tratamento e explicações para a sua origem, dentre as quais estão relacionadas à descoberta de substâncias psicoativas que alteram a sintomatologia desta doença sendo que tais fatores trouxeram maior visibilidade para este transtorno.

Dessa forma, do ponto de vista médico, o transtorno obsessivo-compulsivo é uma doença marcada por obsessões e compulsões que ocorrem de forma persistente, podendo afetar rotinas, relações pessoais e profissionais do sujeito acometido por este transtorno, podendo tomar horas do dia, fazendo com que este, muitas vezes se isole para que seus rituais não sejam percebidos por familiares e amigos.

Mesmo sendo os sintomas mais característicos do TOC, as obsessões e as compulsões, não podem ser consideradas separadamente durante o processo diagnóstico, afinal esses mesmos sintomas são parte de outros quadros clínicos como depressões, esquizofrenias e demências. Podendo ainda, ser consideradas manifestações normais em certas etapas da vida, como durante a gravidez e o puerpério (TORRES, 2004).

Essa mesma autora relata que as obsessões relacionadas à contaminação são consideradas as mais comuns, no entanto durante pesquisa realizada por Del Porto com 105 pacientes, foi encontrado principalmente obsessões relacionadas à agressividade (52%), contaminação (44%) e somáticas (40%), compulsões de limpeza (57%) e verificação (56%).

Outros estudos realizados por Leckman e cols com 300 casos revelaram como principais tipos de obsessões as agressivas, somáticas, de verificação, simetria e ordenação,

que envolvem também repetição e contagem, contaminação, limpeza e colecionamento (TORRES, 2004).

O TOC foi considerado por muito tempo um dos transtornos mais complexos, principalmente no que diz respeito ao tratamento. “Ele era tido como raro, sendo que a prevalência do TOC é hoje de cerca de 2,5%” (KARMO et al 1998 apud RIGGS; FOA, 1999, p. 220). Esses autores consideram que a idade de início do transtorno varia do início da adolescência até meados da segunda década de vida, ocorrendo geralmente mais cedo nos homens (13-15) e mais tarde nas mulheres (entre 20 – 24).

De acordo com Kipper e Cordioli (2000, p. 143), “a prevalência entre homens e mulheres é semelhante, e é mais comum entre pessoas mais jovens, divorciadas, separadas e desempregadas”. Para Kipper e Cordioli (2000 apud BASTOS, 2008), o TOC é um transtorno bastante heterogêneo, tanto do ponto de vista das apresentações clínicas que são bastante diversificadas, como em relação à gravidade dos sintomas, o curso e a resposta ao tratamento. Existem evidências sugerindo a existência de sub-grupos como TOC de início precoce ou tardio, associado a tiques ou ao Transtorno de Tourette, à febre reumática ou Coreia de Sydenham entre outros. Estes sub-grupos poderiam refletir diferenças no que se refere à etiologia, e conseqüentemente ao curso, à resposta aos tratamentos e ao prognóstico

Estas peculiaridades em relação às obsessões devem ser consideradas no momento do diagnóstico, pois afetam definitivamente o foco e curso do tratamento. Apesar de o ponto central do tratamento psiquiátrico ser o sintoma, este pode ter origem diferenciada se associado à outra patologia, ou evoluir de modo distinto dos casos em que o sintoma é encontrado isoladamente, aspectos como estes interferem na forma com a qual o médico poderá intervir na doença.

Scharfetter (1996) coloca que do ponto de vista clínico as obsessões podem acontecer de forma isolada, como sintoma em diversas doenças psiquiátricas, que devem ser distinguidas da doença obsessiva, em que a obsessão é o sintoma dominante, podendo afetar gravemente a vida do indivíduo.

Dessa forma, Scharfetter (1996) acrescenta que os sintomas obsessivos isolados podem ocorrer, por exemplo, quando o sujeito é acometido pelas obsessões em determinadas ocasiões específicas, como em situações de estresse, fadiga, ansiedade e perturbações do sono. Existindo também sintomas obsessivos concomitantes de psicoses

orgânicas, como no caso de encefalites; psicoses endógenas, como esquizofrenia, além deste sintoma também ser notado em pacientes depressivos.

Dependendo da linha de pensamento adotada a definição do transtorno obsessivo-compulsivo pode variar em alguns aspectos, alguns autores podem ser mais gerais, outros mais específicos, levar em conta a etiologia ou como na quase totalidade das definições médicas, podem considerar apenas os sintomas como característicos. Dessa forma, relacionamos a seguir as definições que os dois principais manuais de doenças psíquicas apontam.

Consta no Manual **Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM IV** (1995/2002, p. 419) que “o transtorno obsessivo-compulsivo, caracteriza-se por obsessões (que causam acentuada ansiedade e sofrimento) e/ ou compulsões (que servem para neutralizar a ansiedade)”.

Dessa forma, o DSM enfatiza a função do sintoma e não sua expressão, colocando que as características essenciais deste transtorno são as obsessões e compulsões recorrentes, suficientemente graves a ponto de consumirem o tempo do indivíduo, causando-lhe sofrimento. Esse manual relata ainda que o indivíduo reconhece as obsessões e compulsões como exageradas e irracionais, revelando que esta perturbação não é decorrente de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

Já a **Classificação Internacional de doenças - CID-10 (1999)**, coloca que “o TOC é um transtorno caracterizado por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta freqüentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. Os comportamentos ou rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira nenhum prazer direto da realização destes atos, os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, freqüentemente implicando dano infligido ao sujeito ou causando por ele, que ele(a) teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.” Essa

classificação mantém a distinção tradicional, considerando as obsessões como eventos mentais e as compulsões como comportamentos observáveis.

Enquanto as obsessões caracterizam-se por pensamentos intrusivos, impulsos ou imagens consideradas pelo sujeito como invasivos e desagradáveis, as compulsões são atos repetitivos que o indivíduo executa voluntariamente para reduzir a ansiedade causada pelas obsessões. Essa função de neutralização da ansiedade faz com que as compulsões sejam mantidas, num ciclo, em que para se sentir melhor, o indivíduo, paradoxalmente, se sacrifica (TORRES, 2004).

Os conteúdos desses pensamentos estão muitas vezes ligados a acidentes, doenças ou perdas de pessoas queridas, sendo que podem estar relacionadas à contaminação, questões somáticas ou obsessões agressivas, como medo de ferir-se sem querer, matar ou prejudicar alguém, de se matar, fazer algo proibido ou embaraçoso. Pode ser considerada também a presença de obsessões sexuais, além das ligadas a questões religiosas.

Assim, a atitude médica no tratamento deste transtorno tem caráter especulativo, onde se tenta buscar associações dos sintomas obsessivos compulsivos com outras doenças já conhecidas para efetivar o tratamento, nada tendo sido encontrado até o momento que defina as bases biológicas deste transtorno. O que se tem são indícios da existência de processos orgânicos, que se manipulados acabam intervindo de alguma forma nos sintomas, a grande questão, é que os sintomas não desaparecem totalmente e essas técnicas não funcionam para alguns grupos de pessoas.

De acordo com Riggs e Foa (1999), há alta comorbidade entre o TOC e outros transtornos, dificultando os diagnósticos diferenciais, sendo deste modo, necessário atentar-se para as peculiaridades presentes em cada transtorno por meio de um processo investigativo.

O TOC, em grande número de casos encontra-se associado à depressão, co-ocorrendo, geralmente com outros sintomas e queixas como ansiedade, esquiva fóbica e preocupação excessiva, sendo que estudos espstemológicos encontraram que aproximadamente 30% dos indivíduos com TOC também preenchem critérios para depressão maior (RIGGS; FOA, 1999).

Dessa forma, Torres (2004), também defende a idéia de que a comorbidade é uma questão de extrema relevância para o tratamento do TOC. Para ela, a presença de outros

transtornos comórbidos com o TOC é regra e não exceção, com prevalência de depressão maior de 60% a 85% dos casos, seguido da fobia simples (22-27%), hipocondria (23%), transtorno dismórfico (20%), tricotilomania (18%), fobia social (11-18%), abuso ou dependência de álcool (14-17%), transtorno do pânico (12-15%), transtornos alimentares (5-20%), transtorno afetivo bipolar (13%) e síndrome de Tourette (7%).

A ocorrência simultânea da depressão com TOC pode exigir uma diferenciação entre ideações depressivas sobre situações ou problemas desagradáveis da vida e as obsessões verdadeiras. Sendo que estas rumações são consideradas coerentes com o humor deprimido. A grande diferença está no fato de que os obsessivos - compulsivos tentam ignorar ou suprimir suas obsessões enquanto indivíduos deprimidos não tentam suprimir suas ideações depressivas (RIGGS; FOA, 1999).

O mesmo fato, segundo esse autor, pode ocorrer também com transtornos de ansiedade, que apresentam como uma de suas características a preocupação excessiva. Estas preocupações também estão presentes no TOC, com a diferença de que neste é sentida pelo indivíduo como inapropriadas enquanto naquela são cuidados excessivos quanto a circunstâncias da vida real e são sentidas com apropriadas.

No entanto, o mesmo autor, reconhece em outro momento, que estudos evidenciam que há uma grande variância no grau em que os indivíduos com TOC reconhecem seus sintomas como irracionais ou sem sentido, desafiando o aspecto relacionado no DSM-III-R, onde constava que indivíduos com TOC reconhecem as obsessões como sem sentido e as compulsões como irracionais (RIGGS; FOA, 1999).

Outros autores, como Kipper e Cordioli (2000. p. 143), expõem que tipicamente os pacientes com TOC reconhecem que os sintomas são excessivos ou irracionais, e apesar de tudo não conseguem resistir às obsessões e compulsões.

Parra Torres (2004), no TOC os significados são atribuídos pela parte doentia e vivenciados pela parte saudável com absurdos, ou seja, o indivíduo vive em um mundo que não é seu, vivenciando as experiências ao mesmo tempo como familiares e estranhas, como ocorrem na atmosfera pré-delirante.

Muitas vezes, durante o processo terapêutico, o indivíduo com TOC reconhece por meio do *insight* a falta de sentido de seus pensamentos e ações, no entanto, perde este esclarecimento quando se depara novamente com alguma situação que desencadeie seus

sintomas.

Riggs e Foa (1999) questionam a importância de o processo diagnóstico levar em consideração o indivíduo sem *insight* quanto ao sentido de seus sintomas, para serem diagnosticados tendo TOC, devido à exigência atual de que o indivíduo tenha este *insight*, podendo causar falhas no diagnóstico, gerando conseqüentemente, um tratamento desapropriado.

Torres (2004) reforça esta observação, dizendo que o nível de insight do indivíduo com TOC deve ser investigado com o intuito de esclarecer a existência de subtipos para o TOC. Os indivíduos obsessivos podem ser classificados de acordo com bases fisiopatológicas específicas, sendo a capacidade crítica um fenótipo clínico diferencial de avaliação.

Neste contexto, levar em consideração as peculiaridades de cada paciente com TOC é fundamental para que se estabeleça um diagnóstico diferencial com segurança, onde dados sobre a idade de início do transtorno, bem como o sexo do paciente, e sua capacidade crítica, a presença de tiques, febre reumática e a comorbidade com outras doenças devem ser levantadas até mesmo para o entendimento da evolução e etiologia deste transtorno.

Riggs e Foa (1999), consideram que confusões diagnósticas podem acontecer, por exemplo, em situações onde os conteúdos das obsessões do TOC podem ser tão bizarros quanto os delírios esquizofrênicos, no entanto é possível fazer o diagnóstico diferencial levando em consideração outros aspectos da esquizofrenia como o embotamento afetivo, perda acentuada das associações e alucinações proeminentes.

Muitos transtornos apresentam quadros clínicos semelhantes ao TOC, podendo confundir os limites diagnósticos, como é o caso das fobias e depressões, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), estresse pós-traumático (TEPT) e de pânico, transtornos somatoformes, delirantes e esquizofrênicos, de controle de impulsos, transtornos alimentares, de tiques e transtorno OC de personalidade (TORRES, 2004).

Cientificamente, ainda não foi possível esclarecer totalmente as causas que levam ao surgimento do transtorno, sendo que muitos resultados e pesquisas realizadas a respeito, apontam para o neurotransmissor serotonina como crítico na expressão dos sintomas do TOC. Esta conclusão é decorrente da notável eficácia da droga serotoninérgica, comipramina (CMI), na redução destes sintomas.

A serotonina é um neurotransmissor envolvido na comunicação entre as células e o cérebro, por meio dos neurônios. Este tipo de comunicação é fundamental para o ser humano, permitindo um constante intercâmbio entre os meios externo e interno. Assim acontece a percepção, as células responsáveis pelos sentidos captam as informações e por meio dos neurotransmissores estas são repassadas para os neurônios, permitindo a elaboração do que é sentido. Essa substância é sintetizada a partir do precursor triptofano, tendo função diversa, estando envolvido na liberação de alguns hormônios, regulação da função cardíaca, do apetite e do sono.

Os estudos que investigam diretamente a função da serotonina nos obsessivo-compulsivos não foram conclusivos (RIGGS; FOA, 1999, p. 225, apud JOFFE; SWINSON, 1991). Acredita-se que pode haver uma correlação entre a melhora sintomática do TOC e a diminuição no metabolismo da serotonina, dois estudos apontam para esta hipótese (FLAMENTE et al., 1985; THOREN, ASBERG, BERTILSON et al., 1980, apud RIGGS; FOA, 1999, p. 255). Confirmando a consistência da hipótese de que os efeitos antiobsessivos do CMI são mediados pelo sistema serotoninérgico. Não estando claro ainda, se o indivíduo com TOC realmente apresenta uma anormalidade que envolva a função serotoninérgica.

As pesquisas hoje estão voltadas para a descoberta da existência de uma anormalidade no TOC, este interesse se aguçou desde que foi descoberto que os antidepressivos que bloqueiam a receptação de serotonina reduzem os sintomas deste transtorno. Pesquisadores também avaliam a relação do desenvolvimento do transtorno obsessivo-compulsivo com alterações neuroanômicas e sua associação com outras doenças neurológicas (KIPPER; CORDIOLI, 2000).

Estes estudos médicos também indicam que muitos indivíduos com TOC apresentam *déficits* no funcionamento do lobo frontal, mas outros estudos não conseguiram encontrar estes *déficits* (RIGGS; FOA, 1999).

Esses autores colocam que as maiores evidências de uma possível relação entre *déficits* neurobiológicos e o TOC estão na co-existência deste transtorno com outros de base neurológica sendo que uma alta incidência do TOC pode ser notada após encefalite letárgica, a Coréia de Sydenham e a síndrome de Tourette.

A Coréia de Sydenham é um distúrbio neurológico que acomete pessoas com febre

reumática, caracteriza-se por movimentos involuntários (espasmos), que são rápidos e esporádicos, podendo acometer qualquer músculo, exceto a musculatura intrínseca dos olhos. A síndrome de Tourette é caracterizada pela presença de “tiques” nervosos involuntários, em geral tendo início na infância e origem hereditária. Já a encefalite letárgica caracteriza-se por uma inflamação aguda no cérebro, podendo ser causada por bactérias ou de forma auto-imune, estando entre seus principais sintomas pensamentos intrusivos e repetitivos ego-distônicos, movimentos repetitivos e estereotipados.

Apesar a relação destas síndromes com o TOC e da semelhança encontrada entre seus sintomas, existem diferenças importantes no que se refere à origem e ao modo de apresentação da doença. Contudo, pesquisas mostram que a associação do TOC com a síndrome de Tourette (ST) é bem estabelecida, este fato foi constatado através de estudos em que grande número de pacientes com ST apresenta sintomas obsessivo-compulsivos e que pacientes com TOC com muita frequência apresentam tiques. O estudo com estes dois grupos de pacientes demonstrou que eles podem estar relacionados em sua etiologia, sendo as diferenças na apresentação clínica resultantes da área e extensão da lesão dentro do estriado, ou seja, ambos podem apresentar lesões no estriado (KIPPER; CORDIOLI, 2000).

Hounie et al, (2001), relatam que pesquisas genéticas evidenciam a relação etiológica entre a síndrome de tourette, tiques e TOC. Os resultados desta pesquisa mostram que o TOC é encontrado mais frequentemente em pacientes com síndrome de Tourette (ST) e que há uma alta frequência de tiques e (ST), em parentes de pacientes com TOC.

Esses autores colocam ainda que embora não haja diferenças de gravidade entre TOC sem tiques e TOC com tiques, é importante relatar a constatação de que em pacientes com TOC sem tiques são mais frequentes preocupações com contaminação e compulsão de lavagem, enquanto pacientes com TOC e tiques apresentam na maioria dos casos pensamentos ou imagens violentas e sexuais intrusivas, rituais de colecionamento e contagem.

Kipper e Cordioli (2000) relatam também que há presença de sintomas obsessivo-compulsivos relacionados a outras doenças como doença de Huntington, doença de Parkinson pós-encefalítica, epilepsia do lobo temporal, lesões do neostriado, do lobo pálido e dos lobos frontais e trauma craniano.

Estes autores colocam ainda que os diversos estudos realizados nos últimos anos, na área de neurobiologia, trouxeram um esclarecimento acerca da patofisiologia e dos fatores biológicos relacionados ao TOC, aumentando as possibilidades de ser considerada doença neuropsiquiátrica.

O direcionamento para fatores biológicos ocorre devido a algumas constatações feitas acerca deste transtorno como início precoce, evidências de causas genéticas constatadas por meio de estudos realizados com gêmeos e com famílias, certa homogeneidade de sintomas em diversas culturas e ao longo da história, má resposta a psicoterapias psicodinâmicas e bons resultados com técnicas comportamentais e farmacológicas (TORRES, 2004).

De acordo com Kipper e Cordioli (2000), existem outras hipóteses para a etiologia do TOC. Além da correlação que tem sido feita entre esse transtorno e anormalidades serotornérgicas, outras evidências apontam para a relação do TOC com disfunções cerebrais, alguns indícios mostram o importante papel dos gânglios de base.

Esses autores enfatizam que a neurociência tem conseguido avanços neste sentido, ao utilizar técnicas de neuroimagem de alta resolução tornando possível avaliar a estrutura e a função cerebral. Exames como a ressonância magnética (RNM), o PET (tomografia por emissão de pósitrons) e o SPECT (tomografia por emissão de pósitrons) e o SPECT (*single photon emission computed tomography*), sugerem uma base neurobiológica para o TOC.

Relatam ainda que as técnicas PET e SPECT permitem observar o metabolismo cerebral, comparando-se pacientes com TOC antes e depois do tratamento farmacológico e comportamental, estes pacientes, antes do tratamento apresentaram um hipermetabolismo do núcleo caudado e na região órbito-frontal, com o tratamento ele vai reduzindo em direção ao normal.

As causas biológicas para o transtorno obsessivo-compulsivo estão sendo apontadas amplamente por especialistas da área médica, que comprovam por meio de exames avançados e uso de substâncias que realmente existe a possibilidade de haver uma relação entre processos físicos e o TOC, mesmo não havendo unanimidade no modo de entender estas relações.

Desta forma, por meio destes estudos de neuroimagem notaram-se as áreas cerebrais mais relacionadas ao TOC, apesar das divergências, têm sido aceitas como principais o

córtex órbito-frontal, o cíngulo e a cabeça do núcleo caudado. Supõe-se a existência de um circuito hiperativo ou modulado inapropriadamente nos casos de TOC. Seria ele: cortical-estriatal-talâmico-cortical. Sendo assim, o tratamento farmacológico com inibidores seletivos de recaptção de serotonina interferiria nas regiões deste circuito, reduzindo os sintomas do TOC (KIPPER; CORDIOLI, 2000).

Evidências sugerem também haver hipersensibilidade dos receptores pré-sinápticos tipo 5 HT-1D localizados na via serotoninérgica mesoestriatal, talvez responsável pela desinibição do circuito caudato-tálomo-cortical, e relacionado aos sintomas obsessivo-compulsivos. (TORRES, 2004, p. 288).

Kipper e Cordioli (2000), apontam que por meio de estudos utilizando pacientes com TOC e um grupo controle percebeu-se que os pacientes com TOC apresentavam bem mais disfunções no SNC, anormalidades na coordenação motora fina, movimentos involuntários e função visoespacial. Desta forma percebeu-se que além das associações observadas entre o TOC e doenças que afetam os gânglios de base, notaram-se também a grande proporção de pacientes com esse transtorno que apresentam sinais neurológicos leves.

Com toda a diversidade presente nos diversos casos de TOC, algumas características que consideraram essenciais em todos eles: avaliação exagerada de riscos, dúvida patológica e sensação de incompletude. Isso ocorre, por exemplo, no caso de uma pessoa que precisa enxaguar 50 vezes um copo para certificar-se de que realmente está sem detergente (TORRES, 2004).

A mesma autora considera a avaliação anormal de riscos uma característica comum, relacionada à posição frágil e defensiva que assume o paciente obsessivo, onde geralmente estes pacientes agem como se o pior estivesse sempre por acontecer, esperando uma falha para se concretizar. Isso mostra que os comportamentos muitas vezes supersticiosos, que esses indivíduos assumem, estão relacionados à tentativa de evitar estes eventos, visando garantir segurança, proteção e exatidão, muitas vezes de forma mágica. Este temor permanece sempre vivo no obsessivo, independentemente da presença de objetos externos.

A dúvida patológica é uma característica marcante do TOC, tanto que no final do

século XIX este transtorno era chamado pelos franceses como “a loucura da dúvida”. Geralmente ela se manifesta como a impossibilidade de ter certeza de acontecimentos, muitas vezes simples e até grotescos como fechar a janela, trancar o carro ou desligar o gás. São dúvidas muitas vezes irracionais, como, por exemplo, se estão vestidos ou se matou alguém sem perceber. É como se houvesse uma ruptura entre a ação e a realização que se manifestaria em forma de dúvidas.

De acordo com Torres (2004), a sensação de incompletude também está ligada a subtipos específicos do TOC como rituais de ordenação, simetria e colecionamento, ou até mesmo lentidão obsessiva primária, havendo semelhança com indivíduos de Tourette que sentem necessidade de repetir o Tique até que se sintam completos.

Estes casos, ainda segundo essa autora, causam menos ansiedade que aqueles com obsessões relacionadas à contaminação, por exemplo, porém suas ações nunca chegam num nível ideal de perfeição, havendo relação também com tiques, tricolomania, onicofagia e traços compulsivos de personalidade. Em todos estes casos há um aumento de realização de atos que não teriam uma explicação lógica, sendo executados até que houvesse uma sensação de completude ou de que ficou correto, bem feito.

Se comparado a pacientes fóbicos, os indivíduos com TOC apresentam um grau de dificuldade maior em esquivar-se da sensação de ansiedade. Enquanto no paciente fóbico a ansiedade é eliciada somente na presença ou expectativa de contato com o estímulo externo os indivíduos com TOC apresentam uma infinidade de outros estímulos capazes de desencadear o desconforto. O TOC apresenta maior generalidade, principalmente por associar-se também a estímulos sem sentido lógico, dessa forma, o foco de ansiedade pode estar presente no mais variado número de objetos e situações, podendo estar relacionado com o mundo externo ou interno (TORRES, 2004).

Esse autor considera ainda que os obsessivos seriam “superfóbicos” por apresentarem uma elaboração mental mais complexa em relação aos estímulos fobígenos e pela maior dificuldade que apresentam em evitar o mal-estar.

Mesmo com toda diversidade fenomenológica apresentada pelo TOC existem algumas características marcantes e que apresentam mínimas variações em diferentes países e culturas, e ao longo da história, expressam o sofrimento, as contradições e a vergonha desse sujeito, sendo que o obsessivo perde sua liberdade ao sentir-se obrigado a realizar

rituais os quais considera inevitáveis, não conseguindo controlar-se mesmo admitindo suas atitudes como ridículas ou absurdas.

“O termo anancástico (do grego ananke: força e fatalidade) expressa exatamente a inevitabilidade, a impossibilidade de escapar, a extrema falta de liberdade desses indivíduos” (TORRES, 2004, p 293).

Deve ser ressaltado que a procura por tratamento por parte dos pacientes com TOC geralmente é tardia, ocorrendo quando já houve comprometimento em sua capacidade laborativa e pragmática, sendo que o tempo gasto desde o início dos sintomas até a procura por tratamento, é em média, de sete anos. Esse tempo varia em decorrências da intensidade dos sintomas e da capacidade crítica do sujeito (TORRES, 2004).

O tratamento geralmente é formado pelo conjunto de psicoterapia e o uso de medicamentos antidepressivos de ação serotoninérgica, podendo ser tricíclicos (clomipramina) ou inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS). O efeito do antidepressivo em pacientes com TOC independe da presença de depressão associada. Geralmente, as doses são mais altas do que as usadas no tratamento da depressão e não incompatíveis com as abordagens psicoterápicas. O período de latência para o início do efeito pode chegar a 12 semanas (TORRES, 2004).

O fato de o TOC responder melhor a uma droga antidepressiva ao invés de ser controlado por uma antiansiolítica faz com que ele se distancie dos demais transtornos de ansiedade, apresentando indícios de possuir uma causa diferente desses transtornos. Enquanto a droga antiansiolítica apenas reduz a ansiedade em relação aos sintomas, a droga antidepressiva reduz as obsessões e compulsões (HOLMES, 1997).

Para esta autora, o uso de benzodiazepínicos só é recomendado em casos excepcionais, sendo apenas coadjuvante no tratamento. O uso deste medicamento pode causar dependência e até mesmo atrapalhar o processo de habituação em técnicas comportamentais.

A clomipramina é a droga padrão no tratamento de TOC, no entanto deve ser evitada em casos de doença cardíaca e risco de suicídio por ser letal em *overdose*. Muitos pacientes resistem ao tratamento com medicamentos por suas características típicas de superestimas os riscos e medo de perderem o controle e fazerem algo condenável (TORRES, 2004).

Os principais efeitos colaterais desta droga, comuns aos tricíclicos são boca seca, obstipação, visão turva, náuseas, sudorese, ganho de peso e disfunções sexuais. É recomendado o início do tratamento com doses baixas sendo aumentadas gradualmente (TORRES, 2004).

Essa autora considera que a suspensão completa do tratamento medicamentoso acarreta a volta dos sintomas, não sendo imediata mais depois de alguns meses de interrupção, pelo fato de considerar o TOC um transtorno crônico, exigindo tratamento medicamentoso contínuo.

Torres (2004), enfatiza ainda a existência de outras drogas no tratamento do TOC como a venlafaxina e antidepressivos inibidores da MAO, cuja eficácia vem sendo estudada em decorrência da existência de alguns casos refratários. Em alguns casos, quando a monoterapia não é eficaz, é recomendada a associação de alguns fármacos como clomipramina e ISRS ou a associação dos antidepressivos serotoninérgicos com estabilizadores de humor em casos de comorbidade com transtornos de humor ou neurolépticos quando há grande prejuízo da crítica.

“Considera também que em casos extremos possa haver a indicação de estimulação magnética transcraniana ou neurocirurgia, abordagens disponíveis em poucos centros do mundo” (TORRES, 2004, p.304). A autora afirma ainda que na maioria dos casos ocorre uma melhora na qualidade de vida do paciente, pois os sintomas obsessivos perdem relevância no contexto existencial. Mesmo em pacientes que apresentam menor capacidade crítica, pode-se notar melhora, pois estes pensamentos obsessivos diminuem de intensidade e frequência, mesmo quando são utilizados apenas antidepressivos serotoninérgicos, sem a necessidade de utilização de neurolépticos.

A informação a respeito do transtorno e de seus efeitos também é de fundamental importância durante o tratamento. Publicações direcionadas para este fim já estão presentes no Brasil e faz com que o paciente e seus familiares tenham uma visão mais real do transtorno. A família também sofre com esse problema, e, portanto, tem papel crucial na evolução do quadro clínico.

Contudo, apesar de ser considerado um transtorno com quadro fenomenológico diversificado e com inúmeras possibilidades, apresenta padrão de manifestação universal. São marcados por pensamentos recorrentes e descabidos que trazem ansiedade e fazem com

que o indivíduo vá a busca de alívio, geralmente fugaz, encontrado nas compulsões marcadas por comportamentos irracionais, gerando sofrimento e limitações tanto para o indivíduo com TOC, quanto para sua família (TORRES, 2004).

É possível ressaltar que mesmo com manifestações clínicas semelhantes, cada paciente reage de acordo com seu contexto sócio-familiar, história de vida e características de personalidade, por isso o tratamento deve ser conduzido sempre de forma individualizada.

Para concluir, é possível afirmar que o tratamento proporciona ao sujeito grandes avanços em termos de qualidade de vida, ao melhorar suas relações familiares, sociais e afetivas construindo com mais consciência e equilíbrio o “lado saudável da personalidade”, significando permitir que o sujeito portador desse transtorno possa atingir maiores índices de satisfação e bem estar no seu cotidiano.

## **2 Psicanálise: Neurose Obsessiva**

Neste capítulo, abordaremos os aspectos da teoria freudiana que mais se relacionam à organização da neurose obsessiva, sendo que nessa perspectiva, para compreendermos os sintomas característicos do neurótico obsessivo, precisamos primeiramente entender como os mesmos se formam e como interferem na relação desse sujeito com o mundo.

### **2.1 Primeira fase: Neurose obsessiva e a Tese da defesa psíquica**

Freud (1894), ao publicar “As psiconeuroses de defesa” apresenta uma teoria referente às neuropsicoses de defesa, considerando a histeria adquirida; neurose obsessiva; psicose alucinatória ou fobia. Por meio desta teoria busca compreender como os pensamentos obsessivos formam-se a partir de um processo de defesa do Eu.

Chega a essa teoria, observando pacientes nervosos, que sofriam de fobias e obsessões, sempre com a intenção de esclarecer estes sintomas e os processos que estariam envolvidos. Ao desenvolver a teoria das obsessões e fobias, Freud trouxe contribuições para o entendimento da histeria, como também identificou um aspecto comum entre a histeria e estas neuroses.

Contudo, nesse momento, não são todas as formas de histeria que apresentam esta semelhança. Freud (1894), diferencia a histeria hipnóide (onde ocorre uma divisão da consciência), a histeria de retenção (falta de reação a estímulos traumáticos) e a histeria de defesa (incompatibilidade gerando conflito em sua vida representativa), sendo que apenas esta última apresenta semelhanças com as obsessões e fobias, no que se refere aos mecanismos psíquicos de defesa, não se tratando nesse caso, nem de uma tara hereditária, nem de uma atrofia degenerativa individual.

Esta teoria aproxima a histeria de defesa, as fobias e a neurose obsessiva, pelo fato de propor, que nesses casos o sintoma é consequência de um processo psíquico onde o conteúdo de representações intoleráveis para o Eu é destacado de seu afeto, em um

processo de defesa. Assim, o caminho tomado por este afeto determinará as principais diferenças entre estas três patologias.

Os traços mnêmicos e os afetos contidos nas representações são irrenunciáveis, não podendo ser erradicados. A defesa retira da representação a “soma de excitação”, ou seja, o afeto do qual ela está carregada, tornando-a uma representação enfraquecida. Dessa forma, a representação fraca não necessita de associações com a mesma intensidade anterior, mas, a soma de excitação retirada desta representação precisa ser aproveitada de alguma forma (FREUD, 1894).

Até a separação entre representações e afeto, Freud (1894), considera que o caminho da histeria, das obsessões e das fobias é o mesmo, mas a partir daqui começam a haver distinções. No caso da histeria este afeto desvinculado transforma-se em conversão somática, assim, a excitação é liberada de uma forma desapropriada, podendo, às vezes, retornar para a representação da qual se deslocou. Se isso ocorre o sujeito terá a oportunidade de elaborar tal conteúdo ou de livrar-se novamente do mesmo por meio de um ataque histérico.

Nos casos de obsessões e fobias, há uma diferenciação na forma como esta energia agirá no sistema psíquico. De acordo com Freud (1894), nestes casos o indivíduo tem predisposição para a neurose, mas não possui aptidão suficiente para a conversão. Assim, a soma de excitação desvinculada da representação original permanece na esfera psíquica e acaba por vincular-se a outras representações, sendo que as representações originais enfraquecidas continuam na consciência, sendo muitas vezes consideradas pelo sujeito como sem importância ou idéias banais, porém, o afeto que estas continham originalmente e que se associou a outra representação, torna a mesma forte e altamente significativa.

O fato do afeto da representação original se associar a uma representação substituta pode ser considerada como origem dos “absurdos” verificados no pensar obsessivo, que se justificam pela não adaptabilidade destas representações substitutas. Freud (1894), expõe ainda no texto “As neuropsicoses de defesa” que para o médico experiente o afeto parece justificável e compreensível, considerando, no entanto que chama a atenção, um afeto desse tipo ligado a uma representação que não o merece.

Analisando suas considerações, Freud (1894) aponta as características dessa teoria, que podem ser provadas e aquelas que por ele foram supridas. O primeiro ponto que levanta

é o fato de clinicamente ter percebido que as representações aflitivas geralmente estão relacionadas a questões de ordem sexual, de natureza semelhante aos conteúdos relacionados às obsessões. Ele ressalta ainda que não se pode ignorar a possibilidade deste afeto se originar de outras fontes, no entanto, enfatizou que até o momento que fizera esta afirmação, não havia constatado entre seus pacientes nenhuma outra origem que não fosse relacionada à esfera sexual.

Coloca ainda que por meio das próprias declarações de seus pacientes é possível notar a tentativa destes em esquecer determinado acontecimento por esforço de vontade, o que se caracteriza a tentativa de defesa, confirmando sua teoria. Além disso, seus pacientes relatavam também após terem alcançado o objetivo de esquecimento com êxito, surgiam os primeiros sinais de fobias ou obsessões.

Apesar destas constatações, Freud acrescenta que nem todos os pacientes com obsessões apresentam tal esclarecimento acerca de sua origem, contudo, nas entrelinhas de seu discurso, podemos tirar conclusões semelhantes às anteriores. Quando a atenção do paciente é chamada para uma representação primitiva de natureza sexual, este geralmente argumenta como se aquele pensamento original nunca tivesse lhe ocorrido ou ocorreria de forma passageira.

Assim, Freud (1894), conclui que as obsessões surgem com a finalidade de substituir representações sexuais incompatíveis, ocupando seu lugar na consciência, como fruto da união do afeto que se desvinculou da representação sexual, com uma outra representação. Ele acrescenta que este processo ocorre fora da consciência, não sendo possível presumi-lo por meio de uma análise clínico-psicológica, até mesmo pela hipótese que levantou, de que este processo seria físico, sendo as conseqüências psíquicas representadas por sua teoria.

Desta forma, neste primeiro momento, Freud (1894), considera as obsessões produto de atos recalçados num processo de defesa do ego, semelhante ao da histeria e das demais neuroses. Assim como em toda neurose, surgiria um sintoma no lugar de um conteúdo psíquico, por algum motivo reprimido, sendo que os estados emocionais permanecem inalterados, havendo mudança apenas da representação.

Estas substituições ocorrem como fruto de um deslocamento, pois, o ego não consegue lidar com a representação original e prefere bani-la da consciência. Em outros

casos esta representação ocorre de forma completamente inconsciente não deixando nenhum traço na memória do sujeito (FREUD, 1894). Freud acrescenta que este estado emocional não tende ao desaparecimento justamente por se tratar de uma representação substituta, ou seja, ela está ocupando o lugar de algo que está reprimido.

## **2.2 Segunda fase: Neurose obsessiva e Teoria da sedução**

A teoria da sedução é desenvolvida por Freud a partir de seus estudos sobre a histeria, ele a concebe como resultado de uma experiência sexual precoce, vivida passivamente pelo sujeito na infância. Esta experiência causaria um trauma no sujeito, pela incapacidade do aparelho psíquico em lidar com quantidades excessivas de energia libidinal.

Por meio do método analítico as cenas de sedução podem ser reconstruídas, reencontradas e lembradas, sendo realizada uma verdadeira investigação. Os escritos de Freud, durante este período, anterior a 1897, estão repletos de casos onde há a presença de experiências sexuais prematuras, em que a criança encontra-se em uma situação de desamparo (essencial ao trauma), em relação à arbitrariedade da investida de um adulto. Essa experiência infantil acaba por desenvolver mais tarde uma ação patogênica (LAPLANCHE, 1988).

Em seu segundo ensaio sobre as “Neuropsicoses de defesa”, em 1896, Freud considera que apesar de haver uma distinção entre as neuroses obsessiva e a histeria, no que se refere à posição que o sujeito tomara na infância em relação à experiência sexual, em ambos os casos, considerava-se necessário que tivesse havido primeiro uma investida externa por parte de um adulto. Sendo assim, na neurose obsessiva, em um primeiro momento o sujeito viveria a experiência sexual passivamente e em um momento posterior viria a adquirir uma posição ativa, ao passo que na histeria o sujeito tivera mantido a posição passiva. Assim, Freud (1896 apud LAPLANCHE, 1988, p. 111), relata em seu texto “Novas observações sobre as psiconeuroses de defesa”: “Em todos os meus casos de

neurose obsessiva encontrei um substrato de sintomas histéricos, sendo que estes terminavam por se ligar a uma cena de passividade sexual que tinha precedido a ação geradora de prazer”.

A passividade infantil é um aspecto característico da Teoria da sedução, sendo que a sedução, nessas condições, é sentida como uma agressão. No entanto, conforme reflete Laplanche (1988), essa passividade pode apresentar aspectos variáveis em função do encadeamento e sucessão das cenas sexuais. Esse autor ressalta que a passividade e atividade infantis não se dividem em partes iguais.

Para Laplanche (1988) a teoria da sedução sugerida por Freud aponta para um ato grotesco, de violência, impróprio de relações sexuais entre um adulto e uma criança. A criança, ao reconstruir ou rememorar a experiência de sedução através da análise, se coloca em uma situação passiva, não entendendo o que lhe acontece. Nesta primeira experiência traumática da sedução a criança está em uma fase pré-sexual, havendo a ressignificação da sedução somente na puberdade.

Ainda neste período, Freud (1896) coloca que a neurose obsessiva se originaria da culpa sentida pelo sujeito que tivera passado por experiências sexuais ativas acompanhadas de prazer na infância. Enfatiza este fato, em seu rascunho K, (1896), onde expõe suas concepções sobre as neuroses de defesa, relatando que a neurose obsessiva seria fruto de um processo de autocensura do sujeito, considerando as neuroses aberrações de estados psíquicos afetivos normais. Essa autocensura surgiria a partir destas experiências sexuais infantis, tendo, portanto como pré-condições a sexualidade e o infantilismo.

Dessa forma, Laplanche (1988), coloca que a teoria da sedução se abre de forma original e complexa, se desenvolvendo através de três registros: temporal, tópico e tradutivo. O aspecto temporal sugere que o traumatismo se forma em dois tempos. Esse aspecto postula a necessidade de no mínimo dois acontecimentos separados para que haja o registro no inconsciente. Esses dois momentos precisam estar separados por um “momento de mutação” que permita ao sujeito reagir de forma diferente da primeira experiência.

Sendo assim, a cena da primeira ação sexual, fica em espera pela incapacidade de assimilação do sujeito, tornando-se patogênico apenas em sua revivência. Assim, a lembrança torna-se fonte de energia libidinal (LAPLANCHE, 1988).

Esse autor coloca que o aspecto tópico do processo está relacionado à

estratégia utilizada como saída para a questão traumatizante. O que não acontece por meio de uma elaboração normal, mas através de uma defesa patológica ou repressão. Levando estes aspectos em consideração, Laplanche (1988) acrescenta:

Teoria genial que desdenha todas as dosagens que se buscará, a seguir, descrever entre fatores exógenos e fatores endógenos: aqui tudo é exógeno e tudo é endógeno. Mas esta proposição só poderia ser verdadeiramente fundamentada por um desenvolvimento da teoria tópica e principalmente por uma explicitação da teoria do Ego e de suas peripécias, que aqui só se apresenta esquematicamente (LAPLANCHE, 1988, p. 112).

Somente em 1897, Freud renunciou à teoria da sedução, quase simultaneamente a descoberta do complexo de Édipo por meio de sua auto-análise. Em 21 de setembro anunciou o fato em uma carta dirigida a Fliess (carta 69). Dessa forma, passou a considerar que as moções sexuais estavam presentes na criança independente de ações externas, a partir da mais tenra idade.

Laplanche (1988) acrescenta que a esperança de um sucesso total, da descoberta do segredo do incidente infantil acabou se despedaçando por ser demasiadamente restrita. Considera também que a busca de uma cena sempre mais antiga e reveladora só poderia tornar-se enganadora.

Esse autor, em seu ensaio “Da teoria da sedução restrita a teoria da sedução generalizada” retoma três aspectos da teoria da sedução restrita abandonados por Freud em 1897. O adulto enquanto agente obrigatório da sedução; a sedução infantil; a passividade essencial da criança e encadeamento das cenas. Partindo deste ponto desenvolveu sua teoria da sedução generalizada.

Essa teoria é baseada no fato de Laplanche (1988) não concordar com o abandono total da teoria da sedução, pois ele afirma que a sedução é fundamental para a sobrevivência do indivíduo e que ao contrário da teoria da sedução de Freud, não é considerada um atentado, mas algo necessário. A sedução generalizada tem início nos primeiros cuidados que a criança recebe, cuidada pela “mãe” que toca seu corpo, cuida da sua higiene e lhe proporciona condições de sobreviver. Sendo essa uma questão abordada

por Freud, na teoria da libido.

Ao abandonar a “Teoria da sedução” e partir para a “Teoria da sexualidade infantil”, Freud desvincula a imagem do adulto perverso que para satisfazer suas necessidades sexuais aproveitava-se da inocência infantil e coloca no centro de sua teoria a noção de fantasia (LAPLANCHE, 1988).

Apesar de acreditar erroneamente que a vida sexual começa a partir da puberdade, considerando que as crianças são capazes de todas as funções sexuais psíquicas e de algumas somáticas, revela em seu ensaio “A sexualidade e a etiologia das neuroses” (1898) que as forças motoras sexuais devem ser armazenadas e liberadas apenas na puberdade. Pela forma como se organizou a espécie humana, espera-se que não ocorra qualquer atividade sexual considerável na infância. Por esse motivo as experiências sexuais infantis são consideradas patogênicas (FREUD, 1898).

Segundo Laplanche (1988), no próprio Freud, depois de 1897 a teoria passou por um verdadeiro cataclisma. Acreditando que cada membro da teoria evolutiva continua a evoluir por si mesmo, buscando para si uma outra realidade para se ancorar. Dessa forma, Freud insiste em manter a dupla tensão entre a cena antiga e o drama recente. Laplanche ressalta que o texto “O homem dos lobos” (1914) pode ser apontado como testemunha desses fatos.

Com a introdução da fantasia Freud reelabora sua Teoria da sedução. De fato ocorre uma sedução inicial que desperta sensações de prazer no corpo da criança, porém esta sedução deixa de ser um atentado e passa a ter caráter essencial. O pai que era considerado protagonista na sedução infantil sede lugar a mãe, principalmente na relação pré-edípica. Essa sedução acontece durante os cuidados corporais que são concedidos à criança. Dessa forma, a sedução torna-se real de uma nova maneira, não mais como um fato isolado, se relacionando à afetividade e sendo um fato humano fundamental. (LAPLANCHE, 1988).

### **2.3 Terceira fase: Neurose obsessiva e teoria da libido**

Sou de opinião que a melhor maneira de apreciar minha teoria sobre a importância etiológica do fator sexual para as neuroses é acompanhar seu desenvolvimento. É que de modo algum tenho a pretensão de negar que ela passou por um desenvolvimento e se modificou no decorrer dele.

Meus colegas podem encontrar nessa confissão a garantia de que esta teoria não é nada além do precipitado de experiências ininterruptas e mais aprofundada. O que nasce da especulação, ao contrário, pode facilmente surgir completo de um só golpe, e a partir de então manter-se imutável (FREUD, 1905).

Com estas palavras Freud inicia a apresentação de sua tese sobre “O papel da sexualidade na etiologia das neuroses” (1905). Nesta tese faz um breve resumo sobre o caminho que traçou desde as considerações feitas em relação às causas da neurastenia estarem relacionadas a fatores sexuais até “Os três ensaios da teoria sexual” (1905).

Durante este percurso, Freud (1905), afirma que apesar de ter atribuído à sexualidade a causa das neuroses simples, tentava cultivar uma teoria psicológica pura, no que se refere as psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva), onde os fatores sexuais só interessavam como um entre várias causas emocionais.

Ao tratar a histeria, Freud percebeu que após percorrer a história do sujeito em busca de seus traumas psíquicos dos quais derivavam seus sintomas histéricos, acabava chegando a experiências pertencentes à infância e relacionados à vida sexual (FREUD, 1905). Somente levando em conta estes traumas infantis era possível elucidar a doença e prevenir seu ressurgimento, estabelecendo-se assim a importância das experiências sexuais para as psiconeuroses. Os que fizeram com que estes fatores infantis ganhassem ainda mais destaque dentro da doutrina psicanalítica conforma dispõe Freud:

Quando se leva em conta o desenvolvimento histórico da doutrina, situando sua essência na tese de que a histeria é a expressão de um comportamento particular da função sexual do indivíduo, e de que esse comportamento já foi decisivamente determinado pelas primeiras influências e vivências atuantes na infância, fica-se com um paradoxo a menos, mas se ganha um motivo para voltar à atenção para as repercussões das impressões infantis, que são sumamente importantes, apesar de terrivelmente negligenciadas até aqui (FREUD, 1905).

Contudo, segundo Freud (1905), o fato de coincidentemente terem lhe caído tantos casos em que as causas dos sintomas histéricos fora à sedução da criança por um adulto ou por outra criança mais velha fizeram com que ele concluísse que por não ter naquela época habilidade em distinguir com segurança entre fantasias e lembranças reais, desse uma importância demasiada a estes fatos, conforme segue.

O material ainda escasso dessa ocasião me havia trazido, por força do acaso, um número desproporcionalmente grande de casos em que a sedução por algum adulto ou por crianças mais velhas desempenhara o papel principal na história infantil do doente. Superestimei a frequência desses acontecimentos (aliás impossíveis de pôr em dúvida), ainda mais que, naquele tempo, não era capaz de estabelecer com segurança a distinção entre as ilusões de memória dos histéricos sobre sua infância e os vestígios de eventos reais. Desde então, aprendi a decifrar muitas fantasias de sedução como tentativas de rechaçar lembranças da atividade sexual do próprio indivíduo (masturbação infantil) (FREUD, 1905).

Com estas descobertas, a origem dos traumas histéricos deveriam ser revistas. Devia-se considerar a partir deste momento, que entre os sintomas e as representações infantis haveria a interposição das fantasias (ficções mnêmicas), que eram representadas como lembranças reais.

Somente com a introdução do elemento das fantasias histéricas é que se tornaram inteligíveis a textura da neurose e seu vínculo com a vida do enfermo; evidenciou-se também uma analogia realmente espantosa entre essas fantasias inconscientes dos histéricos e as criações imaginárias que, na paranóia, tornam-se conscientes como delírios (FREUD, 1905).

Todas estas mudanças evidenciam muito mais do que um engano cometido por Freud, como ele mesmo coloca, revela a evolução do entendimento sobre as neuroses. A partir dessas descobertas, Freud considera possível esclarecer, os maus-entendidos, as insuficiências e os deslocamentos que a doutrina padecia anteriormente.

Com esta correção os “traumas sexuais infantis” passam a ser entendidos como “infantilismo da sexualidade”, muitas modificações ocorrem anunciando uma possível modificação da teoria vigente na doutrina psicanalítica. As influências da sedução na infância e a exagerada ênfase dada às influências acidentais sobre a sexualidade não são mais consideradas. Assim, apesar de Freud (1905) nunca tê-los negado, o fator da hereditariedade e da constituição voltaram a predominar. Enfatizando que na teoria Freudiana, ao contrário das outras áreas a “constituição sexual” tomou o lugar da constituição neuropática geral.

Dessa forma, tendo como base a organização biológica de cada período, a libido se configura de diferentes formas ao longo do desenvolvimento do indivíduo, relacionando-se com a zona erógena que varia em cada fase, estabelecendo uma relação objetal específica. Cada zona erógena gera uma fantasia básica assim, quando tentamos nos ligar a um objeto e somos surpreendidos por sentimentos de medo e destruição, o Ego mobiliza grande quantidade de energia durante os mecanismos de defesa e assim é estabelecido um ponto de fixação, tornando o Ego mais frágil e menos resistente a situações difíceis, fazendo com que o excesso de angústia ocasione um retorno a esse ponto de fixação. O neurótico, portanto, relaciona-se com o mundo por meio de uma fantasia infantil por ter regredido a um estágio anterior em decorrência de algum evento traumático (RAPPAPORT, 1981).

Assim ocorre no caso da neurose obsessiva, como é evidenciado em um terceiro momento a partir de 1905, em “Três ensaios sobre a teoria sexual”, onde Freud enfatiza a importância das zonas erógenas e das pulsões parciais. Desta forma as defesas do Eu operam de forma regressiva ao estágio anal, estabelecendo em 1908, a ligação entre o objeto anal e a neurose obsessiva a partir do artigo “Caráter e erotismo anal”, considerando que é deste vínculo que surgem sintomas como a preocupação com a ordem, limpeza e com os de teimosia (JULIEN, 2002).

Essa teoria que trata sobre os produtos da transformação do erotismo anal, consolidou-se em 1913, com a elaboração de uma primitiva organização “pré-genital” da libido dando continuidade a importante investigação de Jones sobre “O ódio e o erotismo anal na neurose obsessiva” (ABRAHAM, 1970). Foi Jones que impulsionou Freud em direção à associação entre erotismo anal e neuroses obsessivas, convencendo-o desta forma que havia uma relação entre estes dois fenômenos e que haveria um estágio “sádico-anal” na organização libidinal.

Esta interferência é manifestada em muitos momentos pelos neuróticos obsessivos, mostrando um antagonismo clinicamente evidente que aponta para uma organização instintiva sádico-anal, que se revela sobre o aspecto de formações reativas, como manifestações que expressam conteúdos muitas vezes contrários aos impulsos anais ou sádicos. Por isso os neuróticos obsessivos se consideram ao mesmo tempo, limpos e sujos, bondosos e cruéis (FENICHEL, 2000).

Abraham (1970) descreve que neste período, Freud considerava que os sintomas da neurose obsessiva eram resultado da regressão da libido ao estágio anal do desenvolvimento, marcada pela presença de componentes instintivos anais e sádicos. Esse fato trouxe revelações tanto no que diz respeito às características peculiares do neurótico obsessivo, quanto em relação à formação do caráter obsessivo.

Freud coloca em sua descrição do caráter anal três pontos que considera como características marcantes em certos neuróticos. Um amor à ordem que muitas vezes se transforma em formalismo; uma parcimônia que facilmente se transforma em avareza; uma obstinação que pode tornar-se uma irada rebeldia. Colocou que nestas pessoas o ato de esvaziar os intestinos apresentam para elas uma importância particular (ABRAHAM, 1970 apud FREUD, 1913).

Se durante esta fase o sujeito se sentisse reprimido, este prazer se sublimaria ao prazer das artes, como pintar, modelar, ou seguiria o caminho da formação reativa em direção a um amor especial a limpeza, por exemplo. Segundo Freud, também existiria uma tendência às pessoas com um caráter anal ter a tendência em associar inconscientemente fezes a dinheiro e a acharem que fazem tudo melhor que o outro, além de uma tendência a deixar tudo para fazer num último momento (ABRAHAM, 1970).

A importância em esclarecer a relação do neurótico obsessivo com a pulsão anal está na relevância do entendimento da relação do neurótico obsessivo com o outro. Durante um momento de conflito com o objeto ocorre uma regressão a esta fase do desenvolvimento (fase anal), caracterizada por uma ambivalência entre amor e ódio, expulsão e retenção. Ao sair da fase oral e entrar no estágio anal, o sujeito deixa uma fase onde era nutrido pelo outro para ingressar em outra onde terá que se sujeitar à demanda do outro. Abraham (1970) sugere que durante esta etapa do desenvolvimento a criança transfere para o objeto os sentimentos que anteriormente (na fase oral) encontravam-se ligados ao narcisismo.

Esta regressão trás consigo a presença de idéias dicotômicas que paralisam o sujeito e o impedem de fazer escolhas. Isso ocorre porque ao fazer uma escolha ele terá que suportar a perda de algo, sendo justamente neste ponto que ele se torna impotente.

De acordo com Bolvet (2005) na primeira fase do estágio anal-sádico os desejos destrutivos com intenção de incorporação são predominantes enquanto na segunda fase é o desejo de posse que proporciona uma satisfação narcisica em relação ao objeto. Este autor

coloca que diferentemente da integração das pulsões na fase fálica, durante este estágio ocorre uma dissociação das diferentes pulsões parciais, com separação entre os elementos eróticos e sádicos.

O neurótico obsessivo, dessa forma adquire algumas peculiaridades que formam seu caráter. Dor (1991), ressalta a tendência obsessiva do dominar e controlar o outro. Esse fato se relaciona a outro muito comum em relação ao comportamento obsessivo que geralmente busca que o outro diga o que deve fazer para que não tenha que pensar sobre seus próprios desejos, além de reduzir o misterioso do desejo do outro. Dessa forma o obsessivo é compelido a responder incessantemente ao desejo do outro, numa constante posição de insatisfação, onde o gozo lhe parece algo impossível e onde ele próprio sacrifica-se pelo gozo do outro.

#### **2.4 Quarta fase: Neurose obsessiva e a segunda tópica do aparelho psíquico**

Neste contexto, marcando o início de um quarto momento da teorização de Freud acerca da neurose obsessiva, surge em 1909 à análise do caso clínico “O homem dos ratos” (JULIEN, 2002). Nesta obra, Freud expõe o trecho abaixo se referindo ao fato de o seu cliente, analisado, entre tantos atos antagônicos, uma certa vez, passando por uma estrada por onde a dama a qual admirava passaria logo em seguida, retirou a pedra do caminho com o intuito de livrar a dama de um possível acidente, logo depois colocou a pedra novamente no meio da estrada, desfazendo seu gesto de amor, para que a dama viesse a acidentarse e ferir-se.

Atos compulsivos como este, divididos em dois estágios sucessivos, sendo que o segundo neutraliza o primeiro, constituem uma típica ocorrência nas neuroses obsessivas. Naturalmente a consciência do paciente interpreta-os mal e formula um conjunto de motivações secundárias que os explica - em suma, que os racionaliza. Sua real significação, contudo, reside no fato de serem eles, representação de um conflito entre dois impulsos opostos de força aproximadamente igual; e , até agora, descobri, invariavelmente que esta se trata de uma oposição entre o amor e o ódio. Atos compulsivos dessa natureza têm, sob o ponto de vista teórico, um interesse peculiar, de vez que nos mostram uma nova modalidade de método de construção de

sintomas. Na histeria, o que ocorre normalmente é chegar-se a uma conciliação, que capacita ambas as tendências opostas a se expressarem simultaneamente – o que é como matar dois coelhos de um só cajadada; ao passo que aqui cada uma das duas tendências opostas é satisfeita, isoladamente, primeiro uma e depois a outra, embora naturalmente se faça uma tentativa de estabelecer determinado tipo de conexão lógica (muitas vezes desafiando toda lógica) entre os antagonistas (FREUD, 1909/1969, p. 169).

Com esta análise, Freud coloca esta sensação de “dever” como própria da neurose obsessiva. Este “dever” está intimamente relacionado com o superego, que segundo ele é a interiorização do interdito paterno, o que desenvolve a consciência moral do sujeito. Este processo é desencadeado com o declínio do complexo de Édipo. Ele afirma que no superego reina a pulsão de morte, que pode se tornar hipermoral e cruel (JULIEN, 2002).

Fenichel (2000) coloca que o medo do castigo e da perda da afeição parental gera ansiedade, distintas das demais que geram outras defesas. Para não correr esse risco a criança pode passar a disfarçar seu modo “natural” de reagir, para agradar os pais. Dessa forma, as proibições colocadas pelos pais são internalizadas, e as regras passam a vigorar mesmo na ausência dos pais. Esse autor coloca que parte do Ego se transformou em “mãe interna”, a qual ameaça uma retirada possível do amor.

As alterações que acontecem dentro do Ego que visam ajustar a introjeção das proibições parentais, são precursores do Superego. Fenichel (2000) coloca que a relação entre a formação do superego está tão relacionada com a aprendizagem de hábitos higiênicos que Ferenczi denomina os precursores do superego como “moral de esfíncteres”.

Os sintomas obsessivos geralmente distorcem as exigências da realidade instintiva, por outro lado outros manifestam as ameaças antiinstintivas do superego. No caso do “homem dos ratos” relacionado acima, fica evidente a possibilidade de ocorrer uma luta entre as duas formas de sintomas, gerando no neurótico obsessivo sentimentos de dúvida e comportamentos de anulação (FENICHEL, 2000).

Em 1913, com a publicação do artigo “A disposição à neurose obsessiva” Freud estabelece um vínculo entre essa neurose e as pulsões erótico-anais e sádicas. “As pulsões parciais já estão concentradas numa escolha de objeto, embora o primado das zonas genitais ainda não esteja estabelecido” (JULIEN, 2002, p.137).

Em 1926, por meio da neurose obsessiva, Freud explica como o sadismo da erótica

anal é aplicado ao supereu. Desta forma ele apresenta um duplo fenômeno, um de desmedida e outro de inversão. A desmedida se refere à medida acima do normal, fenômeno que ocorre com a formação do supereu do neurótico obsessivo. Assim o supereu torna-se extremamente duro e severo (JULIEN, 2002). De acordo com este autor, a inversão refere-se ao sadismo da erótica anal. Este sadismo transforma-se em masoquismo, ou seja, auto-agressão. A destruição que seria dirigida ao outro passa a ser dirigida a si mesmo.

Ainda neste período, Freud afirma em seu artigo “Inibição, sintoma e angústia” (1926), que as origens da neurose obsessiva e da histeria se confundem por ambas manifestarem um desvio das exigências da libido do complexo de Édipo. Porém, por apresentar uma organização libidinal pouco resistente, quando os esforços repressivos iniciam-se a primeira consequência é a regressão e o lançamento da organização genital ao nível anal-sádico mais antigo (FREUD, 1926).

O superego passa a ser criado no início da fase de latência, que decorre do fim do complexo de Édipo, consolidando-se as barreiras éticas e estéticas do eu. Freud considera a formação do Superego do neurótico obsessivo exageros da formação normal de caráter, que pode ser considerado um mecanismo de defesa, assim como a repressão e a regressão, pois, não passa de um exagero da forma normal de livrar-se do complexo de Édipo (FREUD, 1926).

Julien (2002) considera que Freud atribuía ao supereu a característica de instância que fala dentro, estando relacionada à consciência moral. Dessa forma, o supereu pode ser a fonte do “dever” seguido pelo neurótico obsessivo e gerador da culpa por seus atos prazerosos e “proibidos”.

Freud (1926), também faz referência à formação de sintomas obsessivos. Segundo o qual relata, durante o período de latência, a energia do sujeito estaria voltada a fugir da tentação à masturbação, essa fuga gera uma série de sintomas que tipicamente tem a natureza de um cerimonial.

Coloca ainda, mais dois mecanismos de defesa tipicamente obsessivos, sendo eles o ato de desfazer e o isolamento. No caso do ato de desfazer, ilustrado pelo paciente de Freud, na publicação do caso clínico “Homem dos ratos”, em “Duas histórias clínicas: Pequeno Hans e Homem dos ratos” (1909), consiste no ato de anular uma ação por meio

de uma segunda. Dessa forma, Freud (1926) afirma que a primeira ação seria “racional”, sendo justificada pela pretensão de evitar um evento específico e a segunda tendo motivação “irracional”. O indivíduo nesta situação age com se quisesse anular seu passado por meio de atos motores, esse fato pode esclarecer também a tendência obsessiva às repetições.

O segundo mecanismo de defesa, o isolamento, também verificado na esfera motora, ocorre devido ao fato de que na neurose obsessiva a experiência não é esquecida, ela é isolada, não possuindo conexões associativas, ao ser destituída de seus conteúdos afetivos e não reproduzidos por processos comuns de pensamento. Dessa forma, o isolamento motor tem como objetivo assegurar uma interrupção da ligação no pensamento, quando algo desagradável ou significativo acontece ao neurótico obsessivo ele intercala um momento em que nada deve acontecer, onde ele não deve fazer ou perceber nada (FREUD, 1926).

Freud (1926) considera que este esforço para manter-se no isolamento está relacionado ao tabu de tocar, marcante na neurose obsessiva. Segundo ele, obedecendo-se a esse tabu se torna possível impedir o contato entre as catexias objetais agressivas e amorosas, sendo o ponto central de um sistema de proibições.

Sendo assim, quando um neurótico instala intervalos entre uma e outra impressão ele está na verdade evitando o contato simbólico entre seus pensamentos, pois, isolar é impedir a possibilidade de contato.

O superego pode censurar o sujeito de outras formas. Freud (1925), em seu artigo “Inibições, sintomas e ansiedade”, coloca que as inibições podem servir como auto-punição. Ele coloca o exemplo de uma inibição no contexto profissional, porque levar as atividades a diante traria êxito e lucro, recompensas que o rigoroso superego proibiu. Dessa forma o ego acaba também desistindo dessas conquistas, para não entrar em conflito com o superego (FREUD, 1925).

## 2.5 Neuroses obsessivas hoje

A sociedade atual marcada pelo consumismo, grande velocidade no trânsito de informações e narcisismo faz com que o indivíduo contemporâneo viva em busca da perfeição, do status social e do aprimoramento máximo do conhecimento. As regras sociais para que o indivíduo sintasse-se aceito pelo demais estão cada vez mais difíceis de serem alcançadas em sua plenitude, trazendo ainda maior desamparo ao sujeito. De acordo com Freud, em sua obra “Mal estar na civilização” (1930), este mal estar seria causado pelo conflito presente entre as pulsões e a civilização.

Nessa situação o indivíduo busca adequar-se a essa realidade por medo do abandono e da solidão. Essa mesma obstinação está presente na neurose obsessiva onde o indivíduo busca satisfazer o desejo do outro em detrimento de seu próprio desejo. Essa busca incessante por essa aceitação, renunciando, para tanto, até mesmo aos próprios desejos muito se assemelha e pode inclusive ser um dos fatores do aumento no número de diagnósticos de neurose obsessiva na atualidade.

De acordo com Bauman (1998), a civilização pós-moderna apesar de ter adquirido maior liberdade para buscar o sucesso individual, em diversos âmbitos da vida, acaba pagando o preço da falta de segurança em relação a vários aspectos, ou seja, na atualidade, liberdade e segurança são inversamente proporcionais.

O neurótico obsessivo, internaliza e segue seu próprio código de regras, tendo essa liberdade diminuída por seus deveres e rituais a cumprir de modo estereotipado, dessa forma, o indivíduo dentro dessa estrutura, busca a segurança, por meio dos mecanismos de defesa e abdica de sua liberdade, ao ser escravo do desejo do outro.

Apesar de os padrões, de satisfação, atuais serem os mais generalistas possíveis, antagonicamente, o individualismo é marcante na sociedade atual, fazendo do sujeito o único responsável por suas vitórias e fracassos, ocasionando o desencadeamento de sentimentos de culpa e auto-crítica, caso não se atinja o estabelecido culturalmente como sendo ideal.

O neurótico obsessivo, nesse contexto, provavelmente terá sua típica rigidez e necessidade de perfeição acentuadas, fazendo com que seus sentimentos de culpa, autopunição e autocensura sejam ainda mais aguçadas, afinal soma-se às necessidades

subjetivas (interiores) do sujeito, o imposto pelo meio externo.

Na neurose obsessiva o desejo é impedido não apenas pelas ordens do supereu, sendo que os atos compulsivos são obstáculos interpostos para impedir o cumprimento da injunção cruel, como coloca Gondar (2001), sendo que há nesses atos um lampejo de subjetivação que não chega a efetivar-se com afirmação do desejo.

Para Birman (2005) o contexto contemporâneo faz com que o sujeito se afaste de sua subjetividade, devido a fatores como a manipulação da informação, o capitalismo, o consumismo, o narcisismo e a cultura do espetáculo, onde a busca do prazer, torna-se a busca pela aceitação social, onde existe um pseudo liberdade de escolha que leva o indivíduo a se envolver de tal forma, que acaba não diferenciando o que é seu desejo e o que é desejo do outro.

Neste contexto, a neurose obsessiva na atualidade ganha novos atenuantes. A sociedade atual apresenta-se de forma cada vez mais consumista e externalista, o que acaba fazendo com que as pessoas ajam de forma compulsiva afim de satisfazer o desejo social e serem aceitas. Sem dúvidas o contexto é um fator relevante para o desenvolvimento de qualquer neurose, que apresenta peculiaridades em relação a sociedade na qual está inserida.

Nada mais atual que ser um obsessivo-compulsivo, a própria psiquiatria deixa esse fato bem claro ao divulgar na mídia os mais recentes métodos de tratamento da neurose obsessiva, utilizando-se para tanto, psicofármacos, neuro-cirurgias e estimulação cerebral. Ao realizarem essa divulgação, a medicina psiquiátrica oferece a possibilidade de cura mas quase nunca aborda o desenvolvimento do transtorno em si.

Isso acontece porque dentro da própria área médica há muita diversidade de opiniões quanto a esse assunto. Torres (2004), autora que escreve sobre transtornos mentais e enfatiza o tratamento médico para a neurose obsessiva coloca em seu texto sobre a etiologia do TOC que a psicanálise considera as idéias obsessivas uma função defensiva contra a ansiedade causada por desejos e impulsos reprimidos no inconsciente, por terem conteúdos inaceitáveis. Estes impulsos hostis inconscientes surgem na etapa anal-sádica do desenvolvimento psicosexual, sendo menos difícil para a estrutura psíquica do indivíduo lidar com as obsessões que com o conteúdo carregado do culpa que estas estariam escondendo.

A definição de idéias obsessivas, realizada por Torres (2004), evidencia a fusão ou confusão que muitas vezes ocorre entre conceitos médicos e psicanalíticos. Apesar de defender o modo de tratamento médico, essa autora define as idéias obsessivas com base em conceitos psicanalíticos e trás para a definição de TOC, um transtorno, conceitos como inconsciente e conflito. Fatos como esses, evidenciam que as definições do TOC e suas diferenças e semelhanças em relação à neurose obsessiva ainda não estão bem definidas na atualidade.

Ao classificar os sintomas obsessivo-compulsivos dentro da categoria de transtorno, nos manuais diagnósticos, a área médica está se referindo a uma patologia distinta da neurose obsessiva, devido as grandes diferenças em relação às teorias etiológicas e ao tratamento. No entanto, se esses outros autores da área médica, consideram o TOC como os sintomas somáticos da neurose obsessiva, sem ignorar as causas psicológicas subjacentes, em suas definições, estão sendo negligentes, ao abordarem somente os sintomas somáticos durante o tratamento, levando o paciente conceber o tratamento farmacológico como suficiente.

De acordo com esta autora, o TOC, é considerado hoje um transtorno de ansiedade marcado pelo sentimento de culpa e responsabilidade pessoal exacerbadas. Essa autora relata ainda, que o sofrimento do obsessivo está relacionado à escravidão a qual este se submete ao atender as ordens imaginárias que são movidas por esse sentimento de culpa.

O indivíduo nestas condições faz uso de mecanismos de defesa próprios das fases pré-genitais, sendo que as idéias obsessivas surgem na mente do indivíduo quando algum mecanismo falha. Esses mecanismos geralmente são: racionalização, pensamento mágico, isolamento, regressão, formação reativa, anulação, todos próprios das etapas pré-genitais (TORRES, 2004).

Para Freud, os pensamentos obsessivos são verdadeiras armas da razão contra atos psíquicos, por serem mais propensos à identificação acabam aglomerando as mais diversas estruturas psíquicas sob a denominação de idéias obsessivas. Esses atos psíquicos são totalmente destituídos do conteúdo afetivo original, como se fossem correntes de pensamento (FREUD, 1909).

Durante o processo secundário, Freud chama a atenção para que seja levados em consideração, também os pensamentos que surgem quando o indivíduo luta contra as idéias

obsessivas, ele considera que nestes pensamentos há muitas premissas das obsessões combatidas. Esse processo ocorre como consequência do processo inicial de recalçamento, que mantêm conteúdos que não condizem com a realidade ou com o superego, afastados da consciência, porém, apesar de disfarçados a ansiedade e a tensão geradas por esta incompatibilidade se mantêm, ocasionando o desencadeamento de novas defesas para aliviar os sintomas, resultando num processo secundário.

No caso da neurose obsessiva, os mais conhecidos mecanismos de defesa secundários são as próprias compulsões, que surgem para aliviar a ansiedade resultante dos pensamentos obsessivos, que por sua vez estão ocupando o lugar deixado vago por algum conteúdo reprimido.

A psicanálise, ao colocar o conflito no centro da vida psíquica, acaba por conceber a defesa como um fenômeno intrapsíquico. As defesas possuem sua importância adaptativa, pois elas minimizam o conflito, reduzem a tensão e retomam o equilíbrio, tendo papel fundamental na possibilidade de lidar com a ansiedade interna ou externa (BATEMAN; HOLMES, 1998).

Contudo existem características da personalidade neurótica obsessiva que são extremamente marcantes e que estão inter-relacionadas com os aspectos etiológicos deste transtorno, funcionando como mecanismos de defesa, fazendo com que o comportamento obsessivo muitas vezes seja estereotipado como de alguém com escrúpulos, caráter, possuidor de senso de moral e respeito, mas que na verdade não é senhor do seu próprio desejo que se apresenta fragmentado em necessidade e deveres a se cumprir.

Lima (2001) relata que enquanto o histérico encarna a falta, o obsessivo visa obturá-la, o que faz a qualquer preço, em detrimento de seu desejo e através de sua inteligência e racionalização, nem sempre, entretanto, fazendo justiça ao que se propõe – é conhecido o famoso “emburrecimento” neurótico. Suturando a divisão que o histérico, por sua vez, explicita, ele abole a clivagem, esquiva-se da castração, devota-se a preencher o intervalo, mas, sobretudo, vigia para perseguir o desejo ali onde o fareja, mirando-o com seu implacável voto de morte.

Esta autora continua, apontando que uma atitude obsessiva marcante é o fato de os obsessivos estarem sempre prontos para tudo, desde que não se comprometam. Neste sentido, vale lembrar que ele dá tudo, ou seja, na verdade não dá coisa alguma, donde não

se deve crer em sua aparente generosidade.

Na atualidade, outros autores e estudiosos, sugerem outras explicações para o desenvolvimento da neurose obsessiva / TOC como é o caso de T. Ogden (1989 apud RIBEIRO, 2003) que parte do conceito de posição autística-contígua para responder à neurose obsessiva, sugerindo uma nova compreensão da dinâmica dessa patologia, considerando que essa neurose como resultado de uma catástrofe que ocorrera no princípio do desenvolvimento humano.

Esse modo de organizar-se esta intimamente relacionado à qualidade das primeiras relações objetais, sendo fundamental para a estruturação estável do assoalho sensorial, sobre o qual as experiências do *self* poderão configurar-se. Dessa forma, os sintomas e defesas obsessivo-compulsivo seriam manifestações dos primeiros esforços do bebê no sentido de ordenar e vincular suas experiências sensoriais primordiais. Falhas nas primeiras relações objetais podem causar falhas no modo autístico-contíguo de gerar as primeiras experiências do *self* (RIBEIRO, 2003).

Ribeiro (2003) acrescenta ainda, que a sugestão de que experiências do self dependem da estruturação do assoalho sensorial e que uma falha na construção desse assoalho poderia ser causa para neurose obsessiva, enfocam um ponto ainda mais primitivo, ao contrário da concepção clássica de que a neurose obsessiva é fruto de manifestações de conteúdos edípicos mal elaborados, que obrigava o sujeito a uma regressão da libido para o nível anal-sádico, ocorrendo também uma regressão do superego para fases pré-genitais, com características sádico-anais.

Esse autor relata também o importante papel de Klein ao abrir campo para a compreensão de dinâmicas mais primitivas, como no caso da neurose obsessiva. Ela descreveu o controle onipotente do objeto, que conteria partes projetadas do *self* e relacionou a neurose obsessiva mais próxima das psicoses, abrindo campo para outras teorias tendo como base essas relações, como é o caso do conceito de posição autística-contígua.

Com todas essas novas concepções no campo psicanalítico, a psicanálise Freudiana continua firme no propósito de que baseados nas descobertas de Freud e utilizando a livre associação, podem trabalhar os mecanismos de defesa da neurose obsessiva. Proporcionando melhora nas relações intra e interpessoais e conseqüentemente melhor

qualidade de vida.

### **3. Diálogo entre a psiquiatria e a psicanálise**

#### **3.1 Considerações gerais**

O presente capítulo tem a intenção de comparar a clínica médica à clínica psicanalítica, assim como o posicionamento desses profissionais frente ao paciente, por meio das especificidades de suas referências.

Assim, consideramos necessário, antes de prosseguir, delimitar estas duas áreas do conhecimento. A psicanálise pode ser definida como uma abordagem teórica que leva em consideração os mecanismos inconscientes, constituindo-se em um método de investigação do psiquismo, por meio do contato terapêutico. Já a psiquiatria é uma especialidade médica, que busca trazer os conhecimentos da medicina em relação aos processos fisiológicos para o tratamento das psicopatologias.

Levando em consideração esse contexto e considerando o aumento no número de diagnósticos de TOC (Transtorno Obsessivo-compulsivo), com base no que foi comentado nos capítulos anteriores, descreveremos a seguir quais são as principais divergências e convergências encontradas na definição do diagnóstico e no decorrer do tratamento do obsessivo-compulsivo.

As questões levantadas até então nos levam a refletir em relação à grande diferença encontrada entre a psiquiatria e a psicanálise. No entanto, para que esta relação fique mais clara, procuraremos expor a seguir os principais aspectos defendidos por essas duas abordagens em relação ao diagnóstico e ao tratamento do obsessivo-compulsivo.

#### **3.2 Diagnóstico**

As obsessões e compulsões são as principais características de identificação da neurose obsessiva e do TOC, sendo que os fenômenos obsessivos puros podem existir isoladamente, mas, não podemos considerar o mesmo para as compulsões, pois ambos

exercem relação funcional. Dessa forma, as obsessões podem ser caracterizadas quando meras formalidades não podem ser interrompidas pelo indivíduo, por considerarem seus rituais necessários por motivos diversos, como evitar uma situação temida, por exemplo.

Esses sintomas são considerados característicos tanto para a psiquiatria quanto para a psicanálise havendo distinções, porém, no modo de entender a origem dos mesmos. Enquanto os psicanalistas freudianos consideram as elaborações referentes aos mecanismos de defesa e aos constantes conflitos com o superego, no momento do diagnóstico, os psiquiatras comportam-se de acordo com os padrões médicos, prezando sempre pela postura científica, destacando-se a tendência a associar essa patologia a outras de origem física, as quais já se possuem maiores níveis de conhecimento no que diz respeito aos processos biológicos.

No modelo peculiar da clínica psicanalítica esses sintomas serão considerados como tendo um sentido para o sujeito, sendo que esse sentido está relacionado com a trama inconsciente. O psicanalista abre espaço para que o indivíduo se manifeste livremente, pedindo para que ele fale de si mesmo, sendo esse, o método, para desvendar o significado do sintoma (PRISZKULNIK, 2000).

Em contrapartida, a constante busca pelo cientificismo e objetividade que marcam a medicina no curso da sua história, como era de se esperar, também estão presentes nos diagnósticos psicopatológicos. Dessa forma os diagnósticos psiquiátricos seguem um padrão pré-estabelecido, constituindo-se de um roteiro pormenorizado e rigoroso (PRISZKULNIK, 2000). Esse padrão está relacionado com a classificação das doenças, com o objetivo de facilitar a correlação, sendo que o objetivo principal desse diagnóstico será a realização de um tratamento que extirpe o sintoma, sem levar em conta seu significado.

No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III-R; 1987) foram pela primeira vez especificados os critérios diagnósticos para o TOC, definindo-se as obsessões e as compulsões separadamente, o que reflete os três aspectos fundamentais desse transtorno: as obsessões são definidas como eventos mentais e as compulsões como eventos comportamentais. Assim, as obsessões e as compulsões podem estar conectadas ou ocorrer independentemente uma da outra, sendo que essa edição do manual defende que os indivíduos sempre reconhecem a ausência de sentido das suas obsessões e compulsões

(RIGGS; FOA, 1999).

No entanto, por perceberem que também havia sujeitos que não conseguiam perceber a não funcionalidade de seus sintomas, a área médica passou a considerar importante como critério diagnóstico a existência de indivíduos sem *insight*, sendo esse um fator já abordado no DSM-IV. Esse termo se refere ao reconhecimento da pessoa de que seus sintomas não têm sentido. Dependendo do humor do indivíduo ou das circunstâncias, poderá haver alterações entre períodos de *insight* e períodos de forte crença.

Dessa forma o DSM-IV propôs algumas mudanças, relacionadas principalmente a capacidade do indivíduo com TOC reconhecer suas idéias como exageradas ou desapropriadas, sendo que essa percepção, se não for clara, pode ter ocorrido em algum momento anterior e depois ter sido perdida pelo indivíduo ou ainda, pode ser alcançada durante o processo terapêutico (RIGGS; FOA, 1999).

Esses dados são importantes para o processo diagnóstico, pois, caso os indivíduos sem *insight* não fossem considerados neuróticos obsessivos ou portadores de TOC, estaria ocorrendo uma falha no diagnóstico, principalmente em relação à psiquiatria que tende a não considerar aquilo que esteja fora do padrão, o que impediria um indivíduo com tais características de ter acesso ao tratamento.

O diagnóstico médico é embasado na semiologia das doenças. Dessa forma, nessa área, o diagnóstico é considerado adequado quando a semiologia fundamenta o diagnóstico e o diagnóstico fundamenta a terapêutica. Nada pode ser realizado em relação ao paciente, de forma terapêutica, que não esteja relacionada com as informações contidas no diagnóstico (MIRANDA-SÁ, 2001).

Esse autor reflete sobre as dificuldades que a psiquiatria passa hoje no Brasil em relação aos problemas sociais que envolvem os pacientes. Dessa forma, relata que muitas vezes pacientes são internados, mesmo não sendo constatada necessidade clínica, quando não tem condições financeiras de freqüentar o ambulatório do hospital com a freqüência necessária, da mesma forma relata que muitas vezes deixa-se de receitar certos medicamentos devido a seu alto custo. Relatando dessa forma que os diagnósticos psiquiátricos são realizados considerando-se fatores físicos, psicológicos e sociais.

Distintamente do que ocorre na psiquiatria, no enfoque psicanalítico, os

sintomas não revelam sua importância apenas por aquilo que são, mas principalmente por aquilo que escondem ou revelam. Para Freud (1926), o sintoma surge como uma manifestação inconsciente, sendo considerado o retorno do reprimido na forma de uma mensagem, que pode ser decifrada.

Nas propostas do DSM-IV, o diagnóstico, logicamente, exige a presença de obsessões e/ou compulsões, mas faz distinções em relação a peculiaridades desses sintomas, considerando que as obsessões não podem ser confundidas com preocupações excessivas com problemas da vida real, sendo distinguidas desses por seu caráter intrusivo e desapropriado. As compulsões surgem nesse contexto na tentativa de neutralizar o efeito das obsessões, sendo respostas às mesmas ou a regras rígidas que podem se manifestar na forma de comportamentos repetitivos (Ex: lavar as mãos) ou atos mentais (Ex: contar).

O uso que a psiquiatria faz desses manuais, não tem a finalidade de uma simples orientação, mas, de definição diagnóstica. Por meio da prática clínica, essa abordagem tenta delimitar cada vez mais os sintomas, com o intuito de tornar os diagnósticos mais precisos.

No mesmo sentido, Almeida et al (1996), coloca que “como profissionais de saúde não podemos nos basear em hipóteses não comprovadas nem refutáveis para orientarmos o tratamento de nossos pacientes” (p. 175). Ressalta que o diagnóstico deve aliar o diagnóstico axial sindrômico ao conhecimento das bases biológicas e psicossociais dos principais transtornos de ansiedade, evidenciando uma perspectiva científica.

De acordo com esses autores, o diagnóstico deve ser bem detalhado, abrangendo vários aspectos da vida do paciente, como comportamentos disfuncionais, cognições, crenças, reações corporais, impacto dos problemas sobre a vida, conflitos, tratamentos realizados, causas de melhora e piora, ganhos secundários, frequência e intensidade dos sintomas.

A psiquiatria utiliza como método de levantamento de informações, para fundamentar seus diagnósticos, técnicas de entrevista, exame físico, exame do estado mental que pode ser focado em vários aspectos como generalidades, avaliação do estado das funções impressivo-gnósticas, avaliação dos processos psicológicos afetivos, avaliação do estado da psicomotricidade, avaliação do estado de atenção e da consciência-vigilância, memória, orientação e exames complementares (RIGGS e FOA, 1999).

O desempenho da clínica psiquiátrica começa com a entrevista psiquiátrica, vale

ressaltar que segundo Miranda-Sá (2001), a entrevista é um meio comumente utilizado para realização de diagnósticos, relatando ainda que a grande diferença entre diagnósticos psicológicos e diagnósticos psiquiátricos é que o primeiro pode ser aplicado a qualquer pessoa enquanto o segundo somente a pessoas enfermas, consistindo no estabelecimento de contato com o paciente, também podendo atender a fins terapêuticos.

Na clínica psicanalítica não são usados métodos de entrevista, por meio da associação livre o sujeito acaba revelando o inconsciente, sendo que esse processo também é utilizado como etapa preliminar, que segundo Freud (1913) consiste em duas ou três semanas de sondagem, com o intuito de conhecer o caso e direcionar a análise.

“A entrevista psiquiátrica é uma modalidade de ato profissional, representando um meio para o diagnóstico, misturando aspectos técnicos, institucionais, semiológicos e terapêuticos” (MIRANDA-SÁ, 2001, p.80). Sendo que a grande distinção da entrevista psiquiátrica está no acréscimo do exame físico, sendo um dos únicos instrumentos psiquiátricos de diagnóstico clínico.

O exame físico é um segundo procedimento adotado pela clínica psiquiátrica, devendo ser realizado mesmo nas situações mais rotineiras, utilizadas para avaliar indícios de enfermidades físicas, assim como a presença de delírios, síndrome tóxica ou sintomática. Caso seja necessário, o paciente deve ser encaminhado para uma avaliação específica com outros especialistas, para realização de exames, como cardiológicos, neurológicos ou dermatológicos (MIRANDA-SÁ, 2001).

Não desconsiderando a importância do exame do estado físico, principalmente no sentido de identificar patologias físicas relacionadas ao sistema nervoso, esta atitude revela o modo como o psiquiatra se comporta frente às psicopatologias. Abordadas como qualquer outra patologia física, o paciente é diagnosticado e medicado, desconsiderando para fins de diagnóstico todos os fatores emocionais presentes na construção e curso do transtorno.

A etapa do diagnóstico em que a psiquiatria mais se aproxima do psiquismo do paciente é o chamado, exame do estado mental. Esse exame tem como objetivo avaliar o estado mental e as condições comportamentais atuais do paciente, da forma mais completa e precisa possível. Miranda-Sá, (2001, p.141), acrescenta: “Tal como sucedeu no exame físico, no qual foram avaliadas as estruturas e funções corporais, no exame mental examinaram-se sistematicamente os processos psíquicos do paciente e seu comportamento

manifesto”.

Essa avaliação psicológica, realizada na clínica psiquiátrica, tem por fim, identificar a presença de sintomas que definam alguma patologia psíquica, assim como acontece no exame físico, onde consideram existir um percurso linear entre a doença e o sintoma. Dessa forma, o exame mental é realizado através de um roteiro sistematizado para avaliar as condições atuais do indivíduo em relação a aspetos afetivos, capacidade de consciência, memória, atenção, orientação, psicomotricidade, pensamento inteligente, imaginação e senso de realidade (MIRANDA-SÁ, 2001).

Esse autor afirma que é através desses procedimentos ocorrem os diagnósticos psiquiátricos, utilizando-se desses métodos para identificação tanto da neurose obsessiva (TOC), quanto para as demais patologias, e por meio do qual a medicina considera proporcionar conhecimentos científicos no reconhecimento das enfermidades.

No caso do Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC), a área médica considera importante destacar os seguintes aspectos para realização de um diagnóstico diferencial preciso dessa patologia. O DSM IV aponta que, para ocorrer o diagnóstico de TOC é preciso haver obsessões e compulsões recorrentes, insistentes, irracionais e consumirem um tempo maior que 1h por dia, causar sofrimento acentuado ou prejuízo significativo, a perturbação não deve ter relação com efeitos fisiológicos diretos de alguma substância.

Já o CID-10 afirma que o transtorno é caracterizado essencialmente por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazerosos.

Para Riggs e Foa (1999), o primeiro fator considerado é a co-morbidade do TOC com outros transtornos associados. Esses autores relatam que geralmente junto ao TOC ocorrem queixas relacionada à depressão, esquiva fóbica, ansiedade e preocupação excessiva (1999, p. 220).

Com base no conhecimento psicanalítico podemos fazer inferências em relação a esses casos de co-morbidade apresentados. A preocupação da psiquiatria com esses fatores se relacionam ao fato de se preocuparem excessivamente com os sintomas, não levando em consideração que certas características podem estar intimamente relacionadas à estrutura

obsessiva. A depressão pode ter sua origem na angústia sentida pelo sujeito que se sente obrigado a realizar ações que na maioria das vezes o distanciam de suas atividades cotidianas, podendo trazer isolamento e solidão.

Já a esquiva fóbica se associaria a esta neurose pelo fato do sujeito, muitas vezes evitar situações que evocam as obsessões, pois seu desencadeamento é sentido por ele de forma desagradável. Mesmo os sintomas de ansiedade e preocupação excessiva se relacionam ao quadro da neurose obsessiva, sendo o primeiro mais ligado à sensação provocada pelo surgimento dos sintomas e o segundo estaria relacionado à associação que o obsessivo-compulsivo faz entre fatos catastróficos e ações muitas vezes irrelevantes.

Para a psicanálise, existem outros fatores relevantes, que devem ser considerados para se efetivar o diagnóstico. A psicanálise considera aspectos característicos da neurose obsessiva, como sentimento de culpa, postura rígida, presença de paradoxos entre conteúdos instintivos e comandos do superego, sintomas muitas vezes relacionados à masturbação, vivenciada com um desejo instintivo que posteriormente acarreta sentimento de autopunição, que estão relacionados à própria estrutura dessa neurose.

A neurose obsessiva também é caracterizada, segundo visão psicanalítica, pela presença da regressão ao estágio anal-sádico do desenvolvimento, o que gera tendências francas e ocultas à crueldade, ou formação reativa contra elas, além de impulsos eróticos-anais, a orientação a esse estágio revela-se às vezes sob a forma de formações reativas como mansidão supercompensatória, sentimento exagerado de justiça ou asseio, incapacidade de qualquer agressão e escrupulosidade em todos os assuntos que se relacionam com dinheiro. Além de amor à ordem, frugalidade e obstinação (FENICHEL, 2000).

Ainda segundo esse autor, a orientação instintiva sádico-anal pode ser facilmente identificada no quadro clínico, pois em geral os neuróticos obsessivos se mostram em conflitos entre agressividade e docilidade, crueldade e mansidão, sujeira-limpeza, desordem-ordem. Sendo que essas características são notadas no comportamento do indivíduo, sendo identificados em sua aparência exterior. Esses comportamentos contraditórios originam-se da mistura entre formações reativas e impulsos anais ou sádicos.

Podemos compreender que os impulsos que são rejeitados pelo neurótico obsessivo estão atrelados tanto a tendências edipianas fálicas e impulsos masturbatórios genitais,

quanto à estreita relação com o estágio sádico-anal. Sendo que a defesa se dirigiu primeiro para o complexo de Édipo que posteriormente foi substituído pelo sadismo anal, em uma tentativa defensiva contra o complexo de Édipo (FENICHEL, 2000).

Esse autor evidencia através de um caso clínico, como pode ser identificado o processo regressivo responsável pela formação da neurose obsessiva, conforme segue:

Certa moça sofria do medo obsessivo de que um cobra saísse do vaso sanitário e lhe entrasse no ânus. A análise veio a mostrar que o medo tivera, como precursora, a primeira angústia de que houvesse um cobra na cama dela. Para protegê-la da angústia fálica, dera-se uma regressão e a localização do temor variara da cama para o vaso sanitário, dos genitais para o ânus (FENICHEL, 2000, p. 257).

Por meio destas constatações, sem a intenção de esgotar o assunto mediante sua complexidade, podemos compreender a dimensão do abismo epistemológico que muitas vezes surge entre a psiquiatria e a psicanálise, começando pela forma de entender e diagnosticar a patologia refletindo-se na forma como essa vai ser tratada. Dessa forma, faremos a seguir, um apanhado das principais diferenças referentes aos métodos de tratamento encontradas a clínica psicanalítica e a medicina psiquiátrica.

### **3.3 Tratamento**

O fato de sugerirmos um diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria no que condiz ao modo como estas duas abordagens tratam à neurose obsessiva e o TOC, revela nossa crescente preocupação no que tange ao modo como esta patologia vem sendo abordada nos consultórios psiquiátricos, onde se tenta relacionar o psiquismo ao funcionamento cerebral, como se estivessem atrelados de forma linear, ignorando-se a subjetividade humana.

Geralmente o neurótico obsessivo / obsessivo-compulsivo, guarda em segredo durante anos seus rituais e pensamentos invasivos, buscando ajuda profissional quando seus sintomas já comprometeram suas relações pessoais e capacidade laborativa, recorrendo, na maioria das vezes, aos métodos psiquiátricos, o que revela o status do médico como aquele que domina o saber e os métodos de cura. Utilizando seus tradicionais métodos diagnósticos, esse profissional nomeia o sofrimento daquele indivíduo que até então vivia

seu drama particular.

As técnicas atuais utilizadas pelos psiquiatras para tratar a neurose obsessiva/ TOC estão na maioria das vezes relacionadas a medicações serotoninérgicas, pois os inibidores da recaptação de serotonina têm mostrado aparentes resultados na redução dos sintomas obsessivos, nada ainda, tendo sido encontrado de forma conclusiva. Sendo que a inibição dos sintomas é mantida apenas enquanto o uso da droga é continuado, havendo recaídas se essa medicação for suspensa (RIGGS; FOA, 1999).

Em sentido oposto, Wallerstein (1998), em seu livro “A cura pela fala”, coloca que o psicanalista, após levantar os principais aspectos relacionados aos processos inconscientes do paciente e identificar os mecanismos de defesa utilizados, busca por meio da análise desses mecanismos, centralmente as fantasias transferenciais, alcançar o entendimento do passado infantil originador dos sintomas, sendo que esse processo de busca, ao dissolver a resistência do indivíduo, permite a reelaboração do trauma.

Assim se constitui a principal diferença em relação à forma como as duas abordagens tratadas se posicionam frente à neurose obsessiva e ao TOC. Sendo que a psiquiatria focará os aspectos fisiológicos relacionados, procurando erradicar os sintomas, sem maiores interesses em relação às suas causas psíquicas, enquanto a psicanálise abordará os sintomas como uma meia verdade, que somente por meio do método investigativo poderá levar ao passado desencadeador.

Existem muitos questionamentos quanto à eficácia e eficiência de ambos os tratamentos. Atualmente devido ao modelo social e econômico em que vivemos a tendência é apontar a psiquiatria como um processo mais adequado, principalmente no que diz respeito ao tempo de tratamento necessário para a eliminação dos sintomas.

Girola (2004) relata que a psicanálise é constantemente questionada quanto o tempo de duração da análise e sua capacidade em fazer com que os sintomas desapareçam permanentemente. De acordo com este autor, mesmo no campo médico não se deve tratar a cura como erradicação total de sintomas. Afinal, o uso de uma medicação geralmente provoca o aparecimento de outro sintoma. Por isso, de acordo com esta visão, considera-se que a cura deveria ser encarada de forma holística, levando em consideração a totalidade do indivíduo, incluindo-se o aspecto psíquico.

A possibilidade de cura através da psicanálise é uma questão polêmica e

amplamente abordada por psicanalistas e estudiosos do mundo inteiro. Até mesmo o próprio Freud chegou a interrogar-se em alguns momentos sobre esta possibilidade, apesar de sua postura de médico ter sido desde o começo encontrar soluções terapêuticas para os transtornos identificados por ele. Freud em seus textos, entre 1923 e 1938, considerava a psicanálise como um método que, como os demais, apresentamos seus triunfos e derrotas, porém, sem dúvida, o mais eficiente método psicoterapêutico.

No entanto, vemos o constante bombardeio de críticas e questionamentos sofridos pela abordagem psicanalítica apontada como um método que não responde as necessidades atuais. Na verdade, a psicanálise, desde seu surgimento, sofreu repreensões por não atender as exigências do cientificismo, desenvolvendo uma nova área de conhecimento, onde o saber está relacionado com mecanismos que muitos não dominam. A área médica busca soluções rápidas, que muitas vezes fazem com que o sujeito seja substituído pela doença. A dificuldade que a medicina encontra em tratar os sintomas do TOC esta relacionada diretamente com esse fato, pois, o TOC faz parte do sujeito de tal forma, que torna inviável visar à doença desprezando as demandas do sujeito.

Cordioli (2000) relata que até bem pouco tempo não havia tratamentos eficazes para o TOC, sendo que hoje 80% dos pacientes conseguem obter melhora na qualidade de vida, em alguns casos com eliminação completa dos sintomas. No entanto, há um grupo de portadores que não melhoram ou melhora muito pouco.

O que aconteceu com os outros 20%? O que há de diferente nessas pessoas para que não respondam à ação de substâncias psicoativas desenvolvidas para fins tão específicos? Não podemos responder com certeza onde a ciência falhou, mas, concluímos que quando se trata de questões relacionadas à natureza humana, não há exatidão que se sustente.

Esse autor considera ainda, como mais moderno em termos de tratamento para esta patologia, a associação entre medicamentos (antidepressivos que evitem a recaptção da serotonina) e o processo terapêutico. Coloca que em decorrência desse fato, as pesquisas acerca da etiologia do TOC e um maior desenvolvimento na forma de tratamento vem sendo motivo de pesquisas em todo o mundo, tendo sido descoberto a ação antiobsessiva dos antidepressivos, sendo que os mais frequentemente utilizados são: Clomipramina (Anafranil), Paroxetina (Aropax e Pondera), Fluvoxamina (Luvox), Fluoxetina (Prozac, Deprax, Eufor, Daforim, Verotina, etc.), Sertralina (Zoloft, Tolrest), Citalopram (Cipramil).

Inserido nesse contexto o grande papel do psicanalista é proporcionar ao paciente a possibilidade de livrar-se dos medicamentos, criando ambiente propício para que se manifeste livremente, onde desprovido de censura ou críticas possa entrar em contato e reelaborar a trama inconsciente. Prizskulnik, (2000), acrescenta que a cura do sintoma acontece com o próprio desenvolvimento do processo analítico.

O objetivo da análise é capacitar o paciente a poupar energia mental que está despendendo em conflitos internos, obtendo do paciente o melhor que suas capacidades herdadas permitam, tornando-o assim tão eficiente e capaz de gozo quanto é possível (FREUD, 1923 apud PRISZKULNIK, 2000, p. 5).

Laplanche e Pontalis (2001 apud GIROLA, 2004, p.35) definem a neurose como “uma afecção psicopatogénica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem raízes na história infantil do sujeito e constitui compromissos entre desejos e defesa”. Ignorando o que é subjetivo, ao transformar a neurose em transtorno, a psiquiatria ganha a possibilidade de tratá-lo como tal, transformando o que antes era próprio do sujeito para o que é próprio da patologia.

De acordo Cordioli (2000), as dosagens de antidepressivos utilizados para tratar o transtorno obsessivo são bem maiores que as utilizadas para depressão. A resposta a este tratamento não é imediata, podendo demorar até doze semanas para o início dos efeitos. O médico costuma iniciar o tratamento com doses médias, não havendo resposta no prazo de oito a nove semanas, é recomendado o uso de dosagens máximas. Não havendo resposta a uma droga, o médico tende a experimentar outras, sendo que em 20% dos pacientes que não respondem efetivamente a uma droga responderá a outra.

Desta forma, ainda seguindo o que foi exposto por Cordioli (2000), mesmo nos casos de adaptação ao medicamento, os índices de recaídas chegam a 90%, sendo mais comuns após quatro meses da interrupção do tratamento. No entanto, também se pode notar recaídas em pacientes durante o uso do medicamento, sendo menos propensos a recaídas, conforme coloca Cordioli (2000), pacientes que aliam o tratamento farmacológico à terapia cognitivo-comportamental. Em geral a medicação é utilizada por longos períodos, sendo que em pacientes que apresentaram três ou quatro recaídas leves ou moderadas ou de duas a quatro recaídas severas, geralmente é recomendado à utilização de medicamentos por

períodos maiores e até mesmo por toda a vida.

Os questionamentos atuais indagam sobre a possibilidade de haver interesses capitalistas por trás da administração indiscriminada de medicamentos, primeiro tendo como foco o tratamento da depressão, sendo que hoje as atenções se voltaram para o obsessivo. Sendo que esta simples mudança de siglas pode representar toda uma política do discurso capitalista de anular o sujeito do desejo e substituí-lo pelo consumidor passivo (RIBIERO, 2003).

Cordioli (2000) esclarece que os efeitos antiobsessivos destes medicamentos podem ter sua eficácia diminuída em decorrência da associação do TOC com outras doenças como tiques, transtorno de tourette, psicoses e transtorno bipolar. Nesse último caso é contra indicado o uso de antidepressivos pelo risco de viradas maníacas.

Tanto o tratamento médico quanto o tratamento psicanalítico da neurose obsessiva são considerados complexos, apresentando dificuldades que a teoria psicanalítica considera conseqüente da dialética, ocorrida nesses casos, entre demandas e desejos. Essa dialética gera uma grande diversidade de sintomas neurótico-obsessivos, o que pode acabar sendo confundido pela área médica como co-morbidade, gerando confusão no diagnóstico e dificultando o tratamento.

Portanto deve-se levar em consideração a grande heterogeneidade da neurose obsessiva. Durante o processo de análise o analista aproveita o forte investimento do objeto da fantasia para o estabelecimento da transferência (RIBEIRO, 2003 apud FREUD, 1995). “Durante o processo analítico o psicanalista irá ocupar o lugar desse objeto, no qual o objeto é ativo, ao contrário do objeto da ciência, sempre passivo diante do desejo do experimentador” (RIBEIRO, 2003, p.4).

Existem algumas peculiaridades da neurose obsessiva que ficam evidentes na clínica, durante o processo terapêutico. Pode ser facilmente observado como o recalque na neurose obsessiva é mais frágil que na histeria. Riberio (2003) coloca que no processo terapêutico, encontramos na fala do obsessivo, elementos que deveriam estar recalcados. O fenômeno da crença na representação, como já foi apontado anteriormente, é presente na neurose obsessiva, onde o sujeito demonstra crer na representação recalcada e na auto-recriminação, sendo essa crença que o permite duvidar. Essa dúvida não é apenas um sintoma da neurose obsessiva sendo também uma defesa contra a angústia, contra o afeto

que se desloca de uma representação a outra (RIBEIRO, 2003).

Desconsiderando todas as evidências e demandas psíquicas do sujeito, a farmacologia e a neurociência estão com as atenções voltadas para evidências, que trazem a estas áreas, a esperança de tratar a neurose obsessiva com os mesmos métodos utilizados para os outros transtornos de ordem física. Muito já foi feito nesse sentido, mas nenhuma evidência conclusiva foi encontrada. Mesmo assim, médicos psiquiatras receitam antidepressivos para combater as obsessões e compulsões do obsessivo-compulsivo, sendo que já foi constatado que na maioria dos casos, os sintomas persistem.

Em contrapartida, a psicanálise, desde o início do século passado, vem apontando, por meio das teorias freudianas, a origem das obsessões e das compulsões, onde a cura torna-se possível depois que o indivíduo consegue elaborar os conteúdos reprimidos por meio da associação livre, onde as representações inconscientes submergem. Apesar dos inúmeros questionamentos acerca da eficácia dos métodos psicanalíticos, principalmente em relação ao longo tempo de duração da análise, a psicanálise continua sendo o método mais eficaz, por ir além do sintoma, trabalhando também os conteúdos reprimidos que são a causa última dos mesmos.

## Conclusão

Por meio desse estudo foi possível evidenciar a relevância do tratamento psicanalítico do neurótico obsessivo, que levando em conta o sujeito em sua totalidade, trabalha os mecanismos de defesa, com base nas teorias freudianas. Em contrapartida, as ciências médicas investem todas as suas fichas em pesquisas que tentam relacionar o transtorno a processos biológicos.

A própria psicossomática nos mostra como se relacionam mente-corpo, por meio de uma interação contínua, não podendo ser separados um do outro. O ser humano não pode ser considerado apenas organismo tão pouco, apenas psique, sendo possível que patologias físicas interfiram no funcionamento psíquico assim como distúrbios psíquicos podem ser somatizados.

Não podemos, portanto, ignorar o fato de que a neurose obsessiva pode sim, apresentar manifestações fisiológicas. No entanto, se essas manifestações existem, devem ser consideradas como consequência de uma patologia psíquica, não sendo em si a origem do problema. Acreditamos que esta lógica está sendo constantemente ignorada, por haver outros interesses envolvidos nessa busca pelo científico.

Vivemos na era capitalista que se reflete em todos os aspectos da vida cotidiana, sendo que as influências do consumismo e da globalização se estenderam também para os conflitos particulares do ser humano. Enquanto a forma de vida acelerada, o consumismo exacerbado, a supervalorização do sucesso pessoal define o modelo social e econômico, as ciências se vangloriam e tentam responder com a mesma intensidade as demandas humanas.

No atual contexto, podemos notar um considerável aumento no número de diagnósticos de Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC), tido por muito tempo como raro, sendo que hoje sua incidência acomete um grande percentual da população. Constatação como essa desperta maior interesse dos pesquisadores para o estudo deste transtorno, assim como intensos investimentos em pesquisas e principalmente naquelas que tentam relacionar esta neurose a disfunções biológicas.

Esse aumento súbito de interesse, por um lado atende a demanda atual da sociedade, ao trazer resultados rápidos, com o desenvolvimento de psicofármacos, que apesar de apresentarem efeitos paliativos, reduzem gradualmente os sintomas, trazendo alívio para o obsessivo-compulsivo. Por outro lado, apresenta seu aspecto lucrativo que se investigado, evidencia o caráter especulativo das pesquisas nessa área.

Dessa forma, nos cabe interrogar se o aumento de diagnósticos desse transtorno se relaciona a aspectos culturais, interpessoais, intrapsíquicos ou neurofisiológicos. Ao falar de aspectos culturais e sociais cabe ressaltar a relação primária estabelecida com os pais. Já nos intrapsíquicos referimo-nos a estruturação psíquica do indivíduo e por último a neurofisiologia que se refere à descoberta da influência do processo de recaptação da serotonina como desencadeador de sintomas. Esse conhecimento trouxe à medicina a possibilidade de tratar esse transtorno com antidepressivos, o que tornam esses diagnósticos extremamente lucrativos para a indústria farmacêutica.

A terapia psicanalítica aparece nesse contexto como uma alternativa para libertar o indivíduo do uso contínuo de medicamentos. Apesar das críticas sofridas desde seu surgimento, consideramos que a psicanálise oferece a melhor alternativa para os obsessivo-compulsivos, que terão a oportunidade de reorganizarem seus desejos, pois, distintamente da psiquiatria, a psicanálise busca ir à causa dos sintomas.

Em relação aos avanços da neurociência, também consideramos de extrema relevância e nossa defesa em relação ao método psicanalítico, não tem a intenção de mostrar o contrário. No entanto, nos posicionamos contra os métodos paliativos utilizados para encobrir os sintomas obsessivos, em nada proporcionando de definitivo para o sujeito, que sofre com efeitos colaterais de remédios e técnicas que nem ao menos tiveram sua eficácia comprovada de forma definitiva. Sendo que o sintoma passa a ter mais valor do que o próprio sujeito.

Como fator atenuante, nesse contexto, temos que a terapia psicanalítica é inacessível para a grande maioria da população, sendo que a presença de psiquiatras em centros de saúde e hospitais públicos é imensamente comum. Mesmo para aqueles que são beneficiados com planos de assistência médica, dificilmente são encontrados psicanalistas conveniados, retratando que esse serviço ainda não é visto como essencial.

Consideramos de fundamental importância que a sociedade possa vir a ter maior esclarecimento em relação aos processos psíquicos, e aos mecanismos envolvidos, como por meio de aulas de psicologia ministradas para alunos do ensino médio, por exemplo, para que compreendam que não existe poção mágica para os males psíquicos e que terão que superar suas próprias resistências para vencer seus conflitos.

## Referências

ABRAHAM, Karl. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. 6º ed. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ALMEIDA, Osvaldo Pereira; DRATCU, Luiz; LARENJEIRA, Ronaldo. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A. , 1996.

BATEMAN, Anthony; HOMES, Jeremy. *Introdução à psicanálise*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi, 1998.

BERLINK, Manoel Tosta. *Psicopatologia Fundamental*. 1º edição. São Paulo: Escuta, 2000.

BERLINK, Manuel Costa. *Pensamento Freudiano V: obsessividade e neurose obsessiva*. Disponível em: <[www.psicopatologiafundamental.org.br](http://www.psicopatologiafundamental.org.br)> Acesso em: 22 maio. 2008.

BOUVET, M. O ego na neurose obsessiva: relação de objeto e mecanismo de defesa. In: Berlink , M. T. (org.) *Obsessiva neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.

*Classificação Internacional de Doenças - CID-10*. Organização Mundial de saúde. 7 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

CORDIOLI, Aristides Volpato; KIPPER, Letícia da Cunha; SOUZA, Marcelo Bastos; *Neurobiologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/toc/NEUROBIOLOGIA.pdf>> . Acesso 20 de mar. 2008.

CORDIOLI, Aristides Volpato. *Tratamento do TOC?*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br>>. Acesso em: 25 maio. 2008.

DOR, J. *O Pai e sua função em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

*Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM – IV*. 4º ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995/2002.

FENICHEL, Otto. *Teoria psicanalítica das neuroses: fundamentos e bases da doutrina psicanalítica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

FREUD, Sigmund. Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In: SALOMÃO, Jayme (Dir.). **Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. VII. 1906.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia. In: SALOMÃO, Jayme (Dir.). **Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XX. 1926.

FREUD, Sigmund. Duas histórias clínicas: pequeno Hans e homem dos ratos. In: SALOMÃO, Jayme (Dir.). **Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. x. 1909.

FREUD, Sigmund. Publicações pré-analíticas e esboços inéditos. In: SALOMÃO, Jayme (Dir.). **Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I. 1886..

FREUD, Sigmund. História de uma neurose infantil. In: SALOMÃO, Jayme (Dir.). **Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVII. 1918[1914].

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria. In: SALOMÃO, Jayme (Dir.). **Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. III. 1896.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia. In: SALOMÃO, Jayme (Dir.). **Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XX. 1926.

GIROLA, Roberto. *A psicanálise cura?: uma introdução à teoria psicanalítica*. Aparecida,

SP: Idéias e letras, 2004.

HINSIE, L. E; CAMPBELL, R. J. *Dicionário de psiquiatria*. Roma: Astrolábio, 1979.

GODAR, Jô. *Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico*. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>> acesso em: 18 jul. 2008.

HOUNIE, Ana Gabriela; BROTO, Sérgio de A. ; DINIZ, Juliana; CHACON, Priscila; MIGUEL, Eurípedes. *Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos*. Disponível em: < <http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 25 maio. 2008.

JULIEN, Philippe. *Psicose, perversão, neurose: a leitura de Jacques Lacan/Julien Philippe* - Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

KIPPER, Letícia da Cunha; CORDIOLI, Aristides Volpato. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João e IZQUIERDO, Ivan. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Artes Médicas Sul, 2000.

LAPLANCHE, Jean. *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LIMA, Mirian. *O propósito da neurose obsessiva*. Disponível em: <<http://www.intersecçãopsicanalitica.com.br>>. Acesso em: 24 de maio. 2008.

MASSON, Jeffrey Moussaieff. *Atentado à verdade: a supressão da teoria da sedução por Freud*. 2º edição. Rio de Janeiro: José Olympio, 1984.

MASSON, Jeffrey. *A correspondência completa da Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MIRANDA-SÁ, Luiz Salvador. *Compêndio de Psicopatologia & Semiologia Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

PRISZKULNIK, Léia. *Clínicas: diagnóstico e treinamentos*. Psicologia USP. São Paulo, vol. 11, jun, 2008.

RAPPAPORT, C. R. & Cols. Psicologia do desenvolvimento. V. 1. *Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1981.

RIGGS, David S.; FOA, Edna B. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: BARLOW, David H. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SCHARFETTER, Christian. *Introdução a Psicopatologia Geral*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi, 1999.

TORRES, Albina Rodrigues. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: HETEN, Luiz Alberto; GRAEFF, Frederico G. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004.

TORRES, Albina Rodrigues. *Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo*. Revista brasileira de psiquiatria. São Paulo, vol. 23, jun . 2008.