

**Tema: TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo - Atendimento Terapêutico
Cognitivo Comportamental**

TRAPP, Edgar Henrique Hein Trapp

UNIESP/FIESC

Resumo

No presente trabalho, apresenta-se um estudo de caso de uma paciente portadora de Transtorno Mental com Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC, recorrendo-se posteriormente a autores os quais pontuam conceitos relativos aos atendimentos com pacientes portadores deste transtorno, sendo enfatizado que as características dos atendimentos psicoterapêuticos seguem correntes teóricas atuais. Posteriormente, assinala-se investigações e atendimentos nos últimos anos a usuária do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, os quais destacam-se os procedimentos utilizados pelo aspecto Cognitivo-comportamental, em nuances psicanalíticas, sendo que a própria usuária foi internalizando os procedimentos de atendimentos psicoterápicos e uma mudança de postura frente ao próprio transtorno. Situações propostas por teóricos e enfatizados na prática dentro do tratamento dos transtornos afetivos que a mesma apresenta pelo TOC.

Palavras chaves: Transtorno Obsessivo Compulsivo, tratamento, investigação.

Abstract

In this paper, we present a case study of a patient with Mental Disorder with Obsessive Compulsive Disorder - OCD, then resorting to the authors which punctuate concepts relating to visits with patients with this disorder, emphasizing that the characteristics of psychotherapeutic care follow current theoretical trends. Subsequently, it is pointed out investigations and consultations in recent years the user of CAPS - Psychosocial Care Center, which stand out the procedures used by cognitive-behavioral aspect in psychoanalytic nuances, and the user was internalizing their own procedures for visits psychotherapy and a change of posture in the disorder itself. Situations proposed by theorists and emphasized in practice in the treatment of affective disorders that it presents the TOC.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, treatment, research.

1 Introdução

O atendimento de transtornos mentais¹ em um CAPS² tem sido positivo quando o paciente procura também ajudar-se no processo de amenização dos casos que se apresentam. Em atendimentos a pacientes com TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivos, é importante que os mesmos percebam a evolução dos atendimentos terapêuticos, tomando-se por exemplo, o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em que para Beck (1997, p. 29) esta terapia *baseia-se no modelo cognitivo, que levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos.*

Conforme o DSM-IV (apud CORDIOLY, s/d, p. 1) transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos que invadem a consciência, involuntários ou impróprios persistentes e recorrentes – as obsessões –, geralmente acompanhados de aflição ou medo e tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos através da realização de atos repetitivos e estereotipados – as compulsões ou rituais

Garay et. al. (2008, p. 61) contemplam que a *TCC tem sido aplicado com êxito a uma grande gama de transtornos mentais e problemas que se queixam os seres humanos.* Continuando, os mesmos autores pontuam que tal terapia, em pacientes com outros transtornos de ansiedade, como no caso, o transtorno obsessivo compulsivo, técnicas grupais não são tão frequentes.

¹ Quando Korman e Sarudiansky (2011, p. 121) trazem que el término “transtorno mental”, citado pela APA - Associação Americana de Psiquiatria (1995: XXI). Implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos” .

² Centro de Atenção Psicossocial. Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Ver PORTAL DA SAÚDE. **CAPS.** Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1. Acesso em 05/10/2011.

Corroborando a situação do atendimento a paciente com TOC, Cordioly (s/d, p.

10) aponta para regras básicas em que a Terapia Cognitivo-comportamental - TCC tenha êxito, é necessário:

1) O que é o TOC, o que são obsessões, compulsões e evitações, suas possíveis causas, curso e prognóstico; seu custo em termos de comprometimento do desempenho profissional, interferência nas relações interpessoais e familiares e os tratamentos disponíveis.

2) Familiarização com o modelo cognitivo-comportamental: a influência de pensamentos e crenças sobre a conduta (rituais e evitações); a relação funcional entre obsessões e rituais; as estratégias de neutralização que, embora provoquem um alívio imediato, perpetuam o TOC; as crenças errôneas subjacentes aos sintomas.

3) Como a terapia cognitivo-comportamental pode provocar a redução dos sintomas: sua base no fenômeno da habituação mediante a exposição *in vivo* de forma repetida e em níveis crescentes – porém suportáveis – de ansiedade e a correção de crenças errôneas por técnicas cognitivas.

4) Como são as sessões da TCC: agenda, monitoramento dos sintomas, revisão de tarefas semanais, registros, exercícios de EPR e de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, nas sessões e a domicílio; o incremento inicial da ansiedade e o desaparecimento posterior tanto da necessidade de executar rituais como das obsessões e medos; o que é esperado do paciente, a realização de tarefas em casa nos intervalos entre as sessões, o tempo necessário para a realização dos exercícios, registros, duração da terapia, etc.

5) Criar expectativas positivas de mudança. Pacientes com depressão associada, descrentes da possibilidade de mudanças em função da duração da doença, de tratamentos anteriores malsucedidos, ou com crenças demasiadamente intensas e cristalizadas sobre as obsessões, têm dificuldade em acreditar na possibilidade de mudar padrões de comportamento. Expectativas negativas em relação à própria capacidade de tolerar o aumento da aflição decorrente dos exercícios de EPR³ devem ser identificadas e abordadas.

O que neste caso, sob tais aportes teóricos, optou-se por atendimentos individualizados a paciente (usuária) do Centro de Atenção Psicossocial, os quais trouxeram até a presente data, resultados satisfatórios desde o início da terapia no ano de 2007.

2 Apresentação do Estudo de Caso

³ Exposição e prevenção da resposta. Ver CORDIOLY, Aristides Volpato. (S/D). **Terapia Cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo compulsivo**. Disponível em <http://www.ufrgs.br/toc/tcc.pdf>. Acesso em 10/10/2011.

Quanto aos atendimentos, estes retratam um caso iniciado, já com o terceiro terapeuta no ano de 2007, sendo que a mesma encontra-se na unidade desde o ano de 2003 até os dias atuais. Este se trata de uma usuária⁴ do sexo feminino, 40 anos de idade, solteira, estudante de serviço social (com conclusão prevista para o final do ano corrente). Usuária do CAPS⁵ desde o ano de 2003 diagnosticada conforme o CID 10⁶ como F42.1⁷.

Ainda sob uma análise, o caso aponta para a seguinte situação:

Eixo I: transtorno de ansiedade obsessivo compulsivo (TOC);

Eixo II: transtornos de personalidade obsessivo compulsivo;

Eixo III: condições médicas agudas ou desordens físicas; lavar as mãos compulsivamente;

Eixo IV: fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para desordens como: a morte do pai, rompimento de relacionamentos amorosos, questões sexuais, baixa auto-estima.

Como em sua primeira entrevista a mesma apresentava um quadro com choro fácil, angustiada e com insônia, foi medicada nesta época com Ixel, Rivotril e Dormonid.

Durante o período de início de seus atendimentos até o ano de 2007, a mesma foi atendida por outros profissionais da saúde mental, sendo que neste período os relatos direcionaram, para sua relação pessoal e uma luta constante contra o transtorno de lavar as mãos por tocar em alguns objetos, ou mesmo lavar seus próprios pensamentos que a tocavam⁸.

⁴ Termo utilizado para mencionar um paciente com atendimento dentro do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

⁶ Código Internacional de Doenças.

⁷ F42.1 Com predominância de comportamentos compulsivos (rituais Obsessivos). A maioria dos atos compulsivos está ligada à limpeza (particularmente lavar as mãos), verificações repetidas para evitar a ocorrência de uma situação que poderia se tornar perigosa, ou um desejo excessivo de ordem. Disponível em http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid_janela.php?cod=11

⁸ Compulsões são comportamentos repetitivos (lavar as mãos, tomar banhos repetidas vezes, verificar janelas, portas, botões do fogão, torneiras, gás, alinhar coisas, repetir atos ou gestos), ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras ou frases) que a pessoa é levada a executar em resposta a uma obsessão ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Os

Ainda neste espaço de tempo, a usuária passou pelo processo de desligamento com duas outras psicólogas, ciúmes da irmã pelo casamento, término do relacionamento com o namorado e uma constante troca e complementação em seu processo medicamentoso, culminando em 2009 pela morte de seu pai⁹.

Entre os meses subseqüentes ao primeiro encontro, a usuária expressa sentimentos de medo, preferindo isolar-se socialmente, o que novamente aponta-se para uma questão de isolamento.

Outra situação comumente é a intromissão indesejável de um pensamento no campo da consciência de maneira insistente e repetitiva, reconhecido pelo indivíduo como um fenômeno incômodo e absurdo, o qual é denominado de pensamento obsessivo.

Em agosto de 2007, a usuária chega ao atendimento com irritação, ansiosa pelo motivo de ter chegado atrasada a consulta e o terapeuta estar com outra usuária em atendimento. Esta situação ainda é corroborada quando em uma próxima seção a mesma interpela o terapeuta se o mesmo gosta ou não dela ou se há afetividade.

A baixa auto-estima da usuária relatada pela mesma em uma seção no ano de 2008, aliada a questão financeira, comentando seu desejo de possuir filhos, corroborando ainda a situação do avançar de sua idade e, ao processo do seu transtorno de lavar compulsivamente as mãos, pois ela tem a nítida impressão que os pensamentos e palavras “grudam em sua pele”.

Em 2009 a usuária passa por mais uma grande perda, seu pai, como já mencionado anteriormente e, coloca-se como deveria ter feito algo a mais por ele, contudo, a mesma sente-se mais “inteira” em relação a ela e ao transtorno, tomando ciência de si que necessita controlar seus pensamentos e desejos. Seus relatos configuram ainda o desejo de uma relação, direcionando para si, que desconhece os

comportamentos ou atos mentais são destinados a prevenir ou reduzir o desconforto associado à obsessão, prevenir algum evento ou situação temidos e em geral não possuem uma conexão realística ou direta com o que pretendem evitar, ou são claramente excessivos (DSMIV).(CORDIOLI, 2008).

⁹ Percebe-se que a paciente retrata várias situações conflitantes com outras pessoas durante o processo de atendimento terapêutico.

motivos que isto não ocorra, pois delibera adjetivos a sua beleza e perfeição pessoal de forma histriônica.

Ainda no corrente ano, a usuária permanece nas seções com direção a assuntos periféricos, deixando que o fato de lavar as mãos como assuntos secundários relacionados ao TOC.

Outro fato que se expressa nas seções seguintes, é a questão do paciente aceitar tranquilamente quando o terapeuta tira suas férias, pois para ela o terapeuta é uma figura consistente, duradoura que está lá semanas após semanas, claramente intocado pelas raivas do paciente, assim como os próprios sentimentos sexuais são inaceitáveis como a raiva e a dependência.

Fato este que ocorreu no atendimento do dia 21/08/2009, quando ela menciona que terminou a nova relação com a pessoa que estava conhecendo pelo motivo do mesmo expressar desejos sexuais pela sua pessoa, e que para ela (mesmo que não seja mais virgem), o fator sexual é algo que está arraigado a casamento e vida conjugal somente e, não apenas como prazer libidinal.

No desenrolar das seções seguintes, o TOC para ela tinha se tornado, conforme a sua percepção, como um hábito e não como um problema, sendo que no dia 13/08/2010 a mesma consegue entrar em uma questão mais íntima e descrever a situação de como a mesma teve sua primeira relação sexual e o quanto para ela isto foi apenas doloroso e não prazeroso, colocando que teve outras relações com a mesma pessoa, deixando claro que não era por desejo, mas, por medo das ameaças do parceiro relatar aos seus pais que a mesma perdera a virgindade com ele.

Há sempre uma faceta final em cada seção que a mesma deseja ter a certeza que certos esclarecimentos que pontua nos atendimentos, não serão relatados em seu prontuário, mantendo um desejo de controle subliminar sobre a situação, pois necessita desta confiança terapêutica e que outros não saibam de seus verdadeiros desejos inconscientes.

Durante o progresso terapêutico no ano de 2011 a mesma continua a pontuar seu desejo de "cura" e o fato da medicação a fazer ganhar sobrepeso. Quanto ao TOC

propriamente dito, continua como algo periférico, pois seu tema centralizador foca em um desejo de uma relação matrimonial e filhos. O fato de lavar as mãos, ela os menciona, mas não como algo que interrompa sua vida social. Contudo, vem mencionando que há a necessidade de falar algo, porém ainda não se sente totalmente confortável para tocar sobre o assunto, deixando sempre que este venha à tona ao final das seções que tornaram-se quinzenais pelo motivo da mesma estar em período de estágio curricular na Universidade, situação que é dada a mesma como tarefa de casa, para ser trabalhada na próxima seção.

3 Discussão do caso

Quando pontuamos o atendimento de uma paciente com TOC, tomamos por esta linha, primeiramente os apontamentos de Ballone (2005) que parafraseia Kaplan no qual delimita para este padrão sintomático de frequência o que, de fato, constatamos na prática clínica cotidiana de atendimento a paciente¹⁰ com transtorno mental.

Conforme a APA¹¹ (apud KORMAN e SARUDIANSKY, 2011, p. 121) o termo “transtorno mental” implica, desafortunadamente como una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”.

Tomando-se por partes a compreensão do caso, começamos pelo fato da paciente preferir, nas primeiras seções, a questão de isolamento social, bem como a própria questão da obsessão. Portanto, para que seja obsessão é necessário o aspecto involuntário das idéias, bem como, o reconhecimento de sua conotação

¹⁰ Obsessão de contaminação, seguida de banhos ou da higiene das mãos. O objeto temido é difícil de evitar, como o pensamento sobre urina, fezes, contaminação microbiana, feridas, doenças, sujeira em geral e a compulsão envolve banhos e limpeza. Tais pacientes podem auto-produzir escoriações pela forma exagerada com que se lavam e escravizam-se pelo ritual absolutamente rígido do ato de limpeza. Este é o padrão sintomático mais comum (BALLONE, 2005).

¹¹ *American Psychiatric Association.*

ilógica pelo próprio paciente, ou seja, ele deve ter crítica sobre o aspecto irreal e absurdo desta idéia indesejável (BALLONE, 2005).

Parafrazeando Beck et al. e Keegan (apud KORMAN, 2006, p. 94) *el objetivo general de la psicoterapia es promover y restablecer el bienestar anímico¹² de una persona*.

Outro aspecto importante é citado por Cordioly (s/d, p. 11) que é *a entrevista inicial que também tem a finalidade de motivar o paciente, avaliar sua capacidade para tolerar ansiedade e de certificar-se de sua efetiva adesão ao tratamento. Pois, é imprescindível neste ponto frisar o que Korman (2006, p. 97) coloca que no hay un tratamiento universal para todas las patologías, ni todas las psicoterapias obtienen los mismos resultados en los distintos lugares.*

Quando a paciente direciona a questão da intimidade como algo escondido, pecaminoso e pernicioso, Gabbard (1998, p. 383) coloca que *a intimidade levanta a possibilidade de ser sobrecarregado por poderosos desejos de ser cuidada, com o concomitante potencial de frustração daqueles desejos, resultado em sentimentos de ódio e ressentimento e um desejo de vingança.*

Em um momento a paciente também pontua o desejo de controlar a situação e em uma tentativa de conduzir a terapia da maneira como ela deseja, o que nos aportes do autor acima (1998, p. 383) conduz a uma freqüência que tem origem numa preocupação fundamental de que as fontes de conforto no ambiente sejam altamente frágeis e possam desaparecer a qualquer momento, que se interpreta nesta situação a maneira de como a pessoa com TOC tem o desejo de ter o controle sobre a situação bem como o próprio controle sobre o terapeuta.

O que se infere quando a mesma questiona o terapeuta sobre os sentimentos deste para com ela e se o mesmo possui algum relacionamento, por medo de mais um abandono (como ocorrido em atendimentos psicoterápicos anteriores), bem como uma afetividade emocional exacerbada para com o terapeuta, assim como a questão

¹² Adj. Que pertence à alma. Ver Dicionário On-line de Português. Disponível em <http://www.dicio.com.br/animico/>. Acesso em 10/10/2011.

transferencial sobre a aparência do terapeuta. Como contratransferência, este lhe retorna que isto não irá ter qualquer relação quanto ao tratamento e atendimento para com a mesma, a qual prontamente retruca-o que não gostou da resposta dada pelo mesmo. A troca de informações citadas por Beck (1997, p. 55) traz que o feedback é *um elemento final de cada sessão terapêutica*, tendo como intenção de aportes positivos na relação terapeuta e paciente.

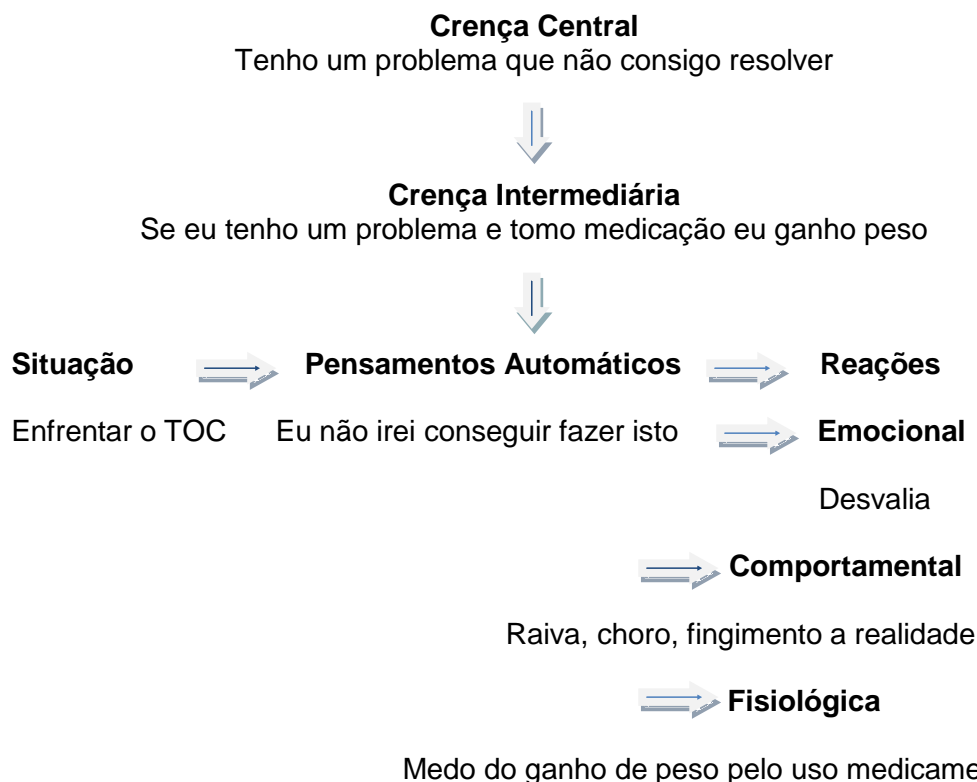
Outro fator comumente encontrado nas seções terapêuticas é a própria resistência ou a queixa de não ter a atenção privilegiada nos atendimentos, o que nesta situação pode ser entendida como operações defensivas típicas do paciente, manifestado nos processos psicoterapêuticos (GABBARD, 1998, p. 385), ou mesmo, o que é citado por Bergeret (1998, p.99) que então os esforços são menos felizes para limitar a angústia (rituais atividades compulsivas, etc).

Quando a paciente coloca que pensa e deseja ter filhos - desejo parental ou filopédico (RAMOS, 2003, p. 50), porém, constata-se que esta não consegue nenhuma pessoa que a deseje ou mesmo que evolua alguma relação para um matrimônio¹³, o que é colaborado por Gabbard (1998, p. 383) direciona isto para uma situação infantil de não ser valorizada e com freqüência leva a uma suposição de que os outros prefeririam não conviver com uma pessoa obsessiva-compulsiva.

Um aspecto pontuado pela paciente sobre o sentimento de que as "coisas" grudam em sua pele e transferidos para um processo de limpeza, lavando suas mãos, Caldeira (2003, p. 73) nesta situação traz uma inferência que *na falta de realizar-se em sua própria essência, este indivíduo procura hoje realizar-se através de seu corpo. Ao mudá-lo ele tenta transformar sua relação com o mundo, multiplicando seus personagens sociais (...). A profundidade do Eu encarna-se à flor da pele, o corpo torna-se o lugar da salvação, sendo uma forma de não ser despercebido, uma maneira de destacar na cena social.*

¹³ Esta situação pontuada pela paciente direciona que a mesma procura uma pessoa ideal que a mesma "desenhou" para si, ou mesmo que tenha desejo de encontrar tal pessoa. Pois pontua defeitos sociais em cada uma que se aproxima dela. Nota do autor.

Uma preocupação comumente da paciente, também é a questão do uso diário de medicamentos indicados ao seu tipo de transtorno e este, como consequência, o aumento de peso. Direcionando toda a situação para uma forma esquemática de Beck (1997, p. 33), temos conforme segue:



Fonte: Beck (1997, p. 33)

Partindo desta premissa esquemática acima, o importante é deixar claro que as razões e necessidades do atendimento que a paciente necessita - o TOC. Por este prisma, nas palavras de Korman (2006, p. 96) *realizar un diagnóstico es crear una hipótesis de trabajo que tendrá consecuencias directas sobre la elección de tratamiento y, por lo tanto, sobre la vida del paciente*. Ainda o mesmo autor segue por esta linha de raciocínio que *el diagnóstico en psicoterapia tiene el valor de evaluar la utilidad de las herramientas que tiene el terapeuta para el tratamiento del trastorno mental*.

No caso da paciente, tomando-se os apontamentos de Freud (1996, p. 195), ele traz aquilo que se descreve oficialmente como uma idéia obsessiva

[Zwangsvorstellungen], o qual mostra, como mencionado por ele como *deformação a partir de seu teor original, vestígios da luta defensiva primária*.

Quando esta se auto-valoriza como se conseguisse controlar seus pensamentos e desejos se coloca sendo o que é pontuado por Gabbard (1998, p. 385) como a “paciente perfeita”. A direção terapêutica busca um viés libidinal, o que leva-nos a perceber as questões de um superego rígido do paciente no que tange a luxúrias, sexualidade e/ou dependências. Nesta questão, o terapeuta, conforme apreciado por Gabbard (1998, p 388) traz que *as modificações no superego têm maior probabilidade de ocorrer por meio da detalhada interpretação dos conflitos do paciente em torno da dependência, agressão e sexualidade, associadas à neutralidade do terapeuta e, Zimerman (2000, p. 56) refere também a esta situação como um Ego não livre, submetido a um Superego rígido e punitivo que, sob o peso de sérias ameaças, o obriga a cumprir determinados mandamentos ou proibições*.

Em continuação, Mahony (1991, p.172) pontua claramente para situação que *em particular, as pulsões de componentes eróticos-anais passivos e sádicos ativos fundamentam uma disposição para neurose obsessiva*.

Nas palavras de Caldeira (2003, p. 74) há uma significância muito grande no que tange ao recalçamento e repressão a sexualidade. Para ele, *quanto mais a erotização do órgão é recalcada, mais a sua atividade pulsional se desenvolve no inconsciente. Há um gozo no órgão. “Tais sintomas, chamados por Freud de neuróticos, são desconhecidos por não serem diretamente acessíveis à análise e os clínicos, por sua vez, se enganam ao menosprezarem o sentido sexual de tais sintomas.”*

Para um entendimento, o autor acima ainda coloca que *a situação atual, faz ressurgir uma teoria do Inconsciente, de Dejours, denominada por este autor de “Terceira Tópica”. Nesta teoria Dejours diz existir dois inconscientes. Um, inicial, que ele chama de Inconsciente Primário, sede das pulsões agressivas, inatas (seria a pulsão de morte de Freud e Lacan). O outro inconsciente é o Inconsciente Secundário*

ou *Incs*, *Recalcado*, efeito do recalque secundário, por ocasião do Édipo¹⁴. Os dois seriam separados por uma espécie de bscula¹⁵, de forma que um e outro podem se ampliar ou diminuir ao longo da existência.

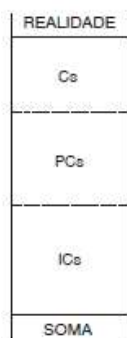


FIG. 1

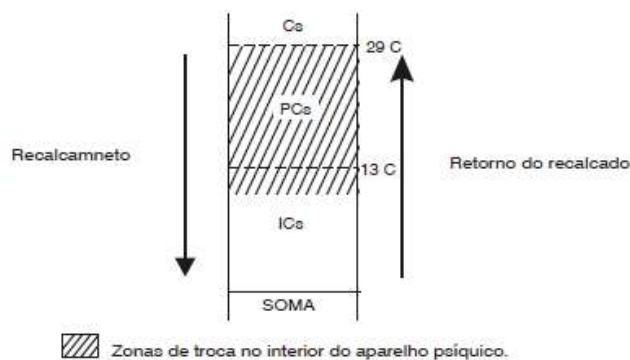


FIG. 2

A clivagem em estado de equilíbrio representar-se-ia, portanto, assim:

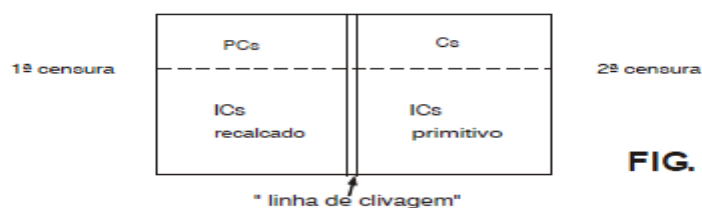


FIG. 3

Fonte: Moreira (s/d)

Contribuindo, Moreira(S/D) traz que nesta situação em que são facilmente discerníveis, surgem cotidianamente no atendimento clínico, e nos quais nos interrogamos sobre a particular maneira em que se podemos relacionar a problemática do paciente e a conjuntura a partir do marco teórico, são as exigências de suas pulsões para curar, o que foi proposto por Freud em 1933.

Nesta colocação repressora que a paciente faz sobre a questão da sua sexualidade, vale lembrar novamente o que Mahony (1991, p. 155) pontua debruçando-se sobre as análises que Freud elaborou sobre a neurose obsessiva em que o forte afeto da idéia sexual reprimida, por outro lado, é deslocado para a idéia

¹⁴ Situação que a paciente ainda traz uma ligação muito forte em relação a figura paterna.

¹⁵ Aparelho ou instrumento que faz movimento basculante (isto é, que se ergue sendo preso por uma das extremidades) (WIKIPEDIA).

obsessiva, a qual tem “pequena intensidade própria”. O que também é apontado pelo mesmo autor que há uma relação muito próxima entre o reprimido e o que o substitui.

Como o caso em tela retrata de uma paciente solteira no auge de seus 40 anos de idade, Renna (2008) confirma esta situação que pessoas solteiras estão mais sujeitas a serem portadoras do transtorno obsessivo compulsivo do que pessoas casadas. Embora exista esse achado nas pesquisas, talvez, esse fato seja decorrente da dificuldade do portador do transtorno obsessivo compulsivo manter relacionamentos estáveis.

Contudo, podemos perceber neste corte histórico e em sua continuidade, que há uma superinvestidura por parte da mãe no que tange aos cuidados corporais, intestinais e anais fornecidos às crianças, quando pacientes com transtornos obsessivo-compulsivo uma vez que se percebe um processo de submissão ainda muito presente da paciente por sua mãe nos dias atuais.

Em uma citação de Maldavsky (apud MOREIRA, s/d) traz que o afã da auto-conservação sustenta predominantemente o modo de produção, o qual marca o destino das exigências libidinais.

Ainda, nas palavras de Freud (1996 p. 165), este traz que *as idéias obsessivas, como bem se sabe, têm uma aparência de não possuírem um motivo nem significação...*

Outro sentido relevante, Moreira (S/D) aponta no processo da cura que deixa um resto de saldo que se estrutura como uma cicatriz em muitas ocasiões dolorosas. Na realidade, conforme o autor pode falar de uma diversidade de marcas, cuja origem não pode ser recordada e pode ser incluída no contexto de uma teoria da cicatrização.

Assim, é importante neste ponto, não como uma finalização ao caso, mas em trazer as palavras do autor anterior, em que *é interessante agregar que todo o alívio prematuro do estado patológico, retarda o processo da cura e afeta a eficácia da pulsão do curar, opondo-se a consecução da meta terapêutica proposta, tendo um resultado efêmero e pouco valioso, o que se tem o desejo da continuidade do*

processo terapêutico, buscando amenizar a situação do TOC e que a paciente tenha ciência e controle maior sobre sua própria situação.

4 Conclusão

Pontuar os fatos finais de atendimentos psicoterápicos da usuária com TOC, utilizando técnica cognitivo-comportamental ancorados entre teorias, técnicas e práticas, percebeu-se a evolução clínica da mesma, onde a mesma toma ciência de seu problema, internalizando a própria compreensão do trabalho terapêutico e o quanto isto ela dá-se conta quando pensamentos obsessivos tomam-lhe a consciência e atrapalham seu cotidiano.

Durante o período de 5 anos que a mesma encontra-se em terapia, foram percebidas situações evolutivas que os próprios teóricos pontuaram durante o decorrer das discussões e que na prática a mesma pontuou situações que ela mesma conseguiu manter o controle sob o próprio TOC e fazendo com que este se torna secundário no momento de sua ocorrência.

Apesar da mesma ainda deixar claro que tem um respeito exacerbado sobre os desejos pontuados pela mãe como uma superinvestidura, isto relacionado aos cuidados corporais, ou mesmo ainda são direcionados a própria questão da sublimação libidinal quanto a sua sexualidade, o que não aceita pela usuária.

Quanto ao uso da técnica cognitiva-comportamental, foi percebível também na evolutiva da paciente que a mesma hoje consegue falar mais tranquilamente sobre pensamentos que lhe vem à mente e quanto ela já pode dominá-los sem que ocorra a necessidade de lavar as mãos, como a mesma mencionou que estes “grudavam” em sua pele.

Assim, o uso desta técnica, permeadas por outras, tendo a noção clara de que esta é o viés central no atendimento terapêutico com o paciente com Transtorno Mental, é fazer com que o este paciente tome ciência de si, de suas ações e o quanto a mudança de comportamentos lhe auxiliam a terem uma vida mais salutar e social.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BALLONE, G.J. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo – TOC**. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=58&art=188>. Acesso em 05/09/2010.

BECK, Judith S. (1997). **Terapia Cognitiva: Teoria e prática**. Tradução Sandra Costa. Porto Alegre: artmed.

BERGERET, Jean. (1998). **A personalidade normal e patológica**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

CORDIOLY, Aristides Volpato. (S/D). **Terapia Cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo compulsivo**. Disponível em <http://www.ufrgs.br/toc/tcc.pdf>. Acesso em 10/10/2011.

FREUD, Sigmund. (1996). **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira/ Sigmund Freud**. Com comentários e notas de James Strachey, em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Stranchey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro.

GABBARD, Glen O. (1998). **Psiquiatria Psicodinâmica Baseado no DSM IV**. Porto Alegre: Ed. Artmed.

GARAY, Cristian Javier; KORMAN, Guido Pablo e KEEGAN, Eduardo. (2008). **Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de animo**. Revista Subjetividad y procesos cognitivos, vol. 12.

KORMAN, Guido Pablo e SARUDIANSKY, Mercedes. (2011). **Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión**. Subjetividad y Procesos Cognitivos, Vol. 15, Nº 1.

KORMAN, Guido. (2006). **Psicoterapias para el tratamiento de los trastornos mentales deconstruyendo mitos sobre exclusividad teóricas del psicoanálisis. Mitológicas**. ISSN (Versión impresa): 0326-5676. caea@sinectis.com.ar. Centro Argentino de Etnología Americana. Argentina. Vol. XXI, Bs. As. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/146/14617733006.pdf>. Acesso em 10/10/2011.

MAHONY, Patrick J. (1991). **Freud e o Homens dos ratos**. São Paulo.

MOREIRA, Diego. (S/D). **Familia, grupo y modo de producción**. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – Subjetividad y Processos Cognitivos. Vol. 11.

RAMOS, Arthur.(2003). **Introdução a psicologia social**. 4º edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.

RENNA, Marcos A. L. **Transtorno Obsessivo Compulsivo**. Disponível em http://www.psicnet.psc.br/v2/site/temas/temas_default.asp?ID=1540. Acesso em 05/09/2010.

ZIMERMAN, David E. (2000). **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.