

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS

Marcelle Sampaio Arantes

SOBRE O QUE É SER NORMAL NA ADOLESCÊNCIA: um caminho de possibilidades

Rio de Janeiro
2016

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS

PROJETO DE PESQUISA

Marcelle Sampaio Arantes

SOBRE O QUE É SER NORMAL NA ADOLESCÊNCIA: um caminho de possibilidades

Projeto apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio em Análise Clínicas.

Orientador: Raquel Barbosa Moratori

Co-Orientador(a): Marco Aurélio Soares Jorge

Rio de Janeiro

2016

Marcelle Sampaio Arantes

SOBRE O QUE É SER NORMAL NA ADOLESCÊNCIA: um caminho de possibilidades

Projeto apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio em Análise Clínicas.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr^a Raquel Barbosa Moratori

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

Prof.^o Dr^o Marco Aurélio Soares Jorge

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

Prof.^a Dr^a Marise de Leão Ramôa

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

*Dedico primeiramente a Deus
por sempre guiar meus passos
e por Ter me abençoado para chegar até aqui.*

*Aos meus pais, Mirian e Marcelo, pelo amor,
dedicação, ensinamentos, pelo apoio
incondicional em todos os momentos da
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida, pela sabedoria, amor e por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais.

“Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.”

(Romanos 11:36)

Agradeço a minha família e ao meu namorado, Neemias por todo apoio e incentivo incondicionais durante esses quatro anos de curso e por sempre acreditarem em mim e nos meus sonhos.

Agradeço meus orientadores Raquel Moratori e Marco Aurelio Jorge pela confiança e dedicação, por toda liberdade e ajuda no desenvolvimento deste estudo.

SUMÁRIO

		Pág
	INTRODUÇÃO	8
1	PENSANDO A CONSTITUIÇÃO DOS SUJEITOS: Entre o normal e o patológico.	11
1.1	Perspectiva Médica	11
1.2	Entre o Normal e o Patológico: um percurso pela psicanálise	13
2	SÍNDROME DA ADOLESCÊNCIA NORMAL: considerações acerca dos conflitos adolescentes	22
3	SOBRE O QUE É SER NORMAL NA ADOLESCÊNCIA: um caminho de possibilidades	34
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	Referência Bibliográfica	37

RESUMO

O presente estudo tem como objeto o desenvolvimento do adolescente até chegar a sua vida adulta, considerando seus conflitos manifestos em comportamentos sociais, familiares e escolares. Neste contexto, o objetivo desse trabalho é entender qual o limite entre o normal e o patológico no desenvolvimento deste adolescente, levando em consideração as manifestações de sintomas obsessivos compulsivos, nesta fase. A metodologia empregada nesta investigação foi, principalmente, uma revisão da literatura sobre o tema, por meio da busca nas bases de dados científicas. Outra estratégia utilizada como suporte para esta discussão foi o levantamento de informações em blogs e sites disponíveis em meio virtual, como forma de aproximação do tema a partir da linguagem do próprio adolescente. O que se encontrou como resposta foi a desconstrução do conceito de transtorno obsessivo compulsivo – Toc, na adolescência, chegando a uma discussão sobre o que é ser normal ou o que é ser patológico no desenvolvimento da vivência do adolescente.

Palavras-chave: Adolescência; Normal e Patológico; Transtorno Obsessivo Compulsivo - Toc.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se justifica como uma aproximação dos interesses da autora com a iniciação científica e com a descoberta da ciência como forma de compreensão do mundo. Deste modo, buscou-se investigar, a partir dos pressupostos da ciência, questões relacionadas ao comportamento adolescente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (ROCHA, 2013), na adolescência, a prevalência dos transtornos mentais e comportamentais ocorre entre 10 e 20% da população mundial e ainda aponta que cerca de 20% das crianças e adolescentes possuem e sofrem de algum transtorno mental levantando pontos importantes onde mostra impactos causados pelos transtornos, como manifestações de agressividade, condutas antissociais, etc.

Dentre os transtornos acima referidos destacamos que o Transtorno Obsessivo - Compulsivo - Toc se apresenta entre as dez maiores causas de incapacitação das pessoas. (NIEDERAUER, 2007). O Toc pode ser definido pela presença de obsessões e/ou compulsões no indivíduo. As obsessões são pensamentos, impulsos e imagens mentais, que ocupam a mente do indivíduo de forma insistente. Já as compulsões são definidas como comportamentos de repetição de determinados movimentos, como hábitos de limpeza, checagem de objetos, que se não forem realizados continuamente causam aflição e desespero à vida do sujeito.

O estudo do Toc no presente trabalho toma como ponto de partida a discussão teórica da Terapia Cognitiva - Comportamental - TCC, cuja visão é a dos sintomas obsessivos compulsivos como um transtorno e que este deve ser tratado de forma medicamentosa e por meio de terapias, não levando em consideração as questões psíquicas de forma ampla. Esta linha adotada se apresenta em meio a uma sociedade que busca respostas rápidas para seus problemas.

Para contrapor esta ideia, estudou-se também a perspectiva psicanalítica, partindo dos estudos de Freud, principalmente o caso do Homem dos ratos (1909), onde afirma que os transtornos de origem obsessiva não são de fácil compreensão e pela primeira vez admite a existência do conflito entre o amor e o ódio como um possível alicerce para a obsessão que é resultado de uma angústia. A psicanálise considera os sintomas obsessivos e compulsivos como tendo um sentido para o sujeito, relacionado com a sua trama inconsciente.

Deste modo, a discussão do referido transtorno é problematizada a partir das contribuições de Canguilhem (1943), através do estudo de Coelho e Almeida Filho (1999), frente os conceitos de normal e patológico e a definição de adolescência e seus conflitos por Aberastury e Knobel (1981).

Neste contexto a questão central deste projeto de pesquisa indagou se o transtorno obsessivo compulsivo – Toc na adolescência pode ser considerado uma patologia ou faz parte da constituição da identidade do adolescente.

A hipótese defendida, inicialmente, foi que o Toc é um transtorno que afeta a vida adolescente causando desconforto em sua vida social, familiar e escolar.

Entretanto, com o desenvolvimento do estudo foi se desconstruindo o conceito de transtorno aos sintomas obsessivos compulsivos na adolescência, entendendo que tais sintomas, podem revelar questões muito mais complexas que envolvem a passagem para a vida adulta destes adolescentes e que é necessário tratar esses sintomas relacionados com a sua vivência em sociedade.

A relevância deste tema está intimamente relacionada ao fato de que a adolescência é o período de formação e desenvolvimento de crenças, ideologias, escolhas e de solidificação de relações sociais e que por isso este tema deve ser visto sob várias perspectivas.

O objetivo geral desse trabalho, então, é entender qual o limite entre o normal e o patológico no desenvolvimento do adolescente até chegar a vida adulta, levando em consideração o transtorno obsessivo compulsivo - Toc.

Os objetivos específicos deste estudo foram: a) Compreender e descrever os limites entre o normal e o patológico na construção dos sujeitos; discutindo e questionando o conceito de transtorno obsessivo compulsivo na adolescência; b) Identificar e descrever como se constitui o comportamento adolescente, assim como os conflitos dele decorrentes a partir de relatos de blogs adolescentes e c) Relacionar a discussão do normal e patológico e o toc com a constituição da identidade adolescente.

Para tanto, o caminho do pensamento que foi seguido pelo pesquisador para abordar e compreender a realidade do desenvolvimento do adolescente até a vida adulta, levando em considerações seus conflitos manifestos em comportamentos obsessivos compulsivos percorreu as bases de dados científicos disponíveis sobre adolescência, transtornos obsessivos compulsivos, normal e patológico, dentre outros.

O estudo baseou-se na abordagem qualitativa da pesquisa, a qual se ocupa nas ciências sociais de forma realista e não quantificada, relacionando-se com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes. O objeto da pesquisa qualitativa é a produção humana relacionada com o mundo das relações sociais. (MINAYO, SOUZA, GOMES, 2007).

O estudo realizou, deste modo, uma revisão da literatura por meio da busca nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico como também livros e produções acadêmicas relacionados a temática. Uma outra estratégia de pesquisa que se abordou foi o levantamento de dados sobre o tema em blogs e sites disponíveis em meio virtual, como forma de aproximação do mesmo a partir da linguagem do próprio adolescente.

Deste modo este trabalho foi dividido em três partes: primeiramente a discussão da constituição dos sujeitos, a partir da problematização entre o que é ser normal e o que é ser patológico e a discussão teórica do Toc; Em segundo lugar, se debruçou sobre a discussão dos conflitos dos adolescentes pensando esta como uma síndrome da adolescência normal. E, finalmente, retomou a discussão do normal e do patológico pensando o desenvolvimento adolescente como um caminho com várias possibilidades.

01 – PENSANDO A CONSTITUIÇÃO DOS SUJEITOS: Entre o normal e o patológico.

1.1) Perspectiva Médica:

O Transtorno Obsessivo Compulsivo é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões, que se apresentam de forma persistente e recorrente, consumindo o tempo, rotina, causando sofrimento e interferindo nas relações sociais do indivíduo. As obsessões são pensamentos, impulsos e imagens mentais, que ocupam a mente do indivíduo de forma insistente e entre elas predominam imagens aversivas e impulsos de origem agressiva. Elas podem variar em relação a cultura, pelo fato de estarem relacionadas com a preocupações do âmbito em que o sujeito está inserido (são reconhecidas como produtos da própria mente que o indivíduo tenta ignorar ou neutralizar com outro pensamento ou ação). Já as compulsões são definidas como comportamentos de repetição de determinados movimentos, como hábitos de limpeza, checagem de objetos, geralmente em resposta a uma obsessão, que se não forem realizados continuamente causam aflição e desespero à vida do sujeito. Esses comportamentos passam a fazer parte da sua rotina e a partir desses movimentos, o indivíduo se sente escravizado na tentativa de sentir-se aliviado. (ROSARIO-CAMPOS & MERCADANTE, 2000)

Segundo um estudo realizado pela Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study Team (2004) a primeira escolha para tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (Toc) é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) junto a um inibidor seletivo de recaptação da serotonina. Tal estudo relata que a segunda opção de tratamento é apenas a Terapia Cognitivo-Comportamental. A escolha por esse medicamento é devido aos resultados satisfatórios no tratamento de crianças e adolescentes com Toc e também por ser de custo ser acessível à população. A TCC é a parte da perspectiva americana de entendimento do TOC como uma doença que precisa ser tratada de forma medicamentosa e terapias. (Argimon et all, 2007)

Em uma concepção médica, o primeiro quadro obsessivo descrito na literatura psiquiátrica, foi relatado por Esquirol em 1838, o de Mme. F que permite identificar os

principais sintomas da doença descritos hoje como “universais”, ou seja, preocupação excessiva com higiene; dúvidas patológicas (ter que perguntar diversas vezes a mesma coisa); obsessões de agressão; compulsões de ordenação/simetria ("antes de escrever, sacode o papel, alinha as penas de escrever, ordena a escrivanhinha"), entre outros. Esquirol, nesse primeiro caso da literatura, já descreve os dois sintomas mais marcantes do transtorno: resistência e crítica.

"Mme F. não perde a razão em nenhum momento ("Elle ne deraisonne jamais"); reconhece o ridículo de suas apreensões, o absurdo de suas precauções. Não só faz esforços para vencê-las, mas busca os meios mais desagradáveis que ela crê que possam ajudá-la a triunfar sobre suas apreensões e precauções." (ESQUIROL, 1838 apud DEL-PORTO, 2001, p.4)

Inicialmente, o Toc era descrito como um transtorno homogêneo. No entanto, com o avanço das pesquisas percebeu-se que o Toc se tratava de um transtorno com características heterogêneas, devido às comorbidades presentes, o que dificultam o seu diagnóstico. A característica heterogênea do Toc, além de trazer dificuldades diagnósticas, exige dos profissionais de saúde conhecimentos aprofundados a respeito do transtorno. (Couto et al. 2010)

Vidal e Wanderley (2012), relatam que na origem do transtorno são considerados aspectos genéticos, neuroimunológicos, neuroquímicos, neuro anatômicos e neuropsicológicos que em conjunto ou separado, poderiam explicar as diferentes manifestações clínicas. Ainda afirmam que a simples presença de sintomas obsessivos/compulsivos não são suficientes para diagnosticar o Toc, sendo necessário serem reconhecidos como próprios do indivíduo e que os sintomas estejam presentes na maioria dos dias, causem angústia e interfiram nas atividades e rotina. Tendo em vista que uma pessoa pode apresentar um quadro obsessivo e este se apresentar de forma normal, como na questão da organização, onde um pessoa ser muito organizada, é um benefício para ela e suas atividades. Na maioria dos indivíduos com TOC, é observado obsessões e compulsões múltiplas, com variação na intensidade, com o passar do tempo. Tais autores também afirmam que o TCC é uma das estratégias terapêuticas que tem se mostrado eficaz no tratamento para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

March & Leonard, (1996, p.73) apud Rosario-Campos & Mercadante (2000, p. 16) afirmam que o TOC é muito recorrente nas faixas etárias da infância e adolescência, pelo fato

de que os sintomas manifestam-se muito cedo. Para mostrar como estes sintomas se apresentam os autores "relatam como mais frequentes em crianças e adolescentes as obsessões de contaminação, de medo de ferir-se e ferir os outros, sexuais e de religiosidade e as compulsões de lavagem, repetição, checagem e rituais de tocar em objetos ou pessoas."

Reforçando esta mesma ideia Argimon et all (2007) relatam que "os pacientes apresentam perda na capacidade de desempenhar as funções da escola, na sociedade e em casa."(2007, p.5), ou seja, para os autores o TOC influencia efetivamente nas relações sociais do adolescente alterando sua rotina e de sua família. É um transtorno muito presente e extremamente fácil de ser percebido pelas pessoas que convivem com um indivíduo com Toc, podendo provocar assim exclusão e vergonha por parte do mesmo por medo de sofrer preconceito por ser considerado "louco" ou "estranho". Esta situação pode causar a depressão, comorbidade mais comum em adolescente com Toc.

1.2) Entre o Normal e o Patológico: um percurso pela psicanálise

O artigo de Coelho e Almeida Filho (1999; p. 15) trata sobre os conceitos de normal e patológico, saúde e doença em Canguilhem, em 1943 e a sua diferenciação da perspectiva quantitativa positivista. Canguilhem foi um filósofo e médico francês, que utilizou “modelos da explicação biológica e do binômio normal/patológico” para fazer uma “crítica filosófica do pensamento sanitário tradicional”.

Para os autores acima referidos a obra de Georges Canguilhem representou um papel importante na etapa introdutória de construção da conceituação de Saúde Coletiva, a partir de empreendimentos teóricos fundamentados no marxismo nesse campo de saúde. O campo da Saúde Coletiva é importante, pois enxerga a “saúde” não no sentido de “ausência de doença”, mas como um modo de andar a vida em meio a sociedade. Ou seja, ter saúde está vinculado as condições de existência das pessoas: no trabalho, escola, moradia, as suas relações em sociedade relacionadas as questões políticas, econômicas e ideológicas.

Neste contexto, Nunes (1994, p.19) afirma que a saúde coletiva possui “a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde”.

No século XIX, a igualdade entre os acontecimentos vitais normais e patológicos se apresentavam como uma norma cientificamente transmitida pela biologia e pela medicina.

De acordo com o trabalho de Broussais (apud COELHO e ALMEIDA FILHO 1999, p.16), a diferença entre o que se considerava normal e patológico era de origem quantitativa, “tanto para os fenômenos orgânicos quanto para os mentais.” Segundo ele, a saúde e a doença seriam a mesma coisa, entretanto, a doença seria apenas uma variação em maior ou menor grau do que o suficiente para se ter saúde. Deste modo, essa linha de pensamento está relacionada ao entendimento do fenômeno estudado de acordo com a sua perspectiva numérica.

Em 1943, Canguilhem defendeu a sua tese de doutorado sobre o Normal e Patológico, contrariando a perspectiva positivista da época, que procurava, a partir do método de conhecimento científico, entender o fenômeno sobre parâmetros numéricos. Deste modo, Canguilhem critica a visão de que o patológico seria apenas uma variação quantitativa do normal considerando que há uma variedade de possibilidades no processo da vida, logo seria irrelevante transformar saúde e doença como apenas uma variação de intensidade de grau sobre uma condição ou outra.

Neste contexto, Canguilhem questiona a visão de que doença pode ser dissociada do processo de vida do sujeito, ou seja, das suas relações sociais, sua vida profissional, etc e alcançável através do conhecimento quantitativo. Para ele, a teoria positivista sobre o normal e o patológico teria fracassado por esta não conseguir definir essa variação e para compensar utilizar-se de termos qualitativos (como exagero e desarmonia), para apontar o fenômeno patológico. Ou seja, essa teoria ainda que denominada quantitativa, se respalda em termos qualitativos para explicar o patológico como algo “anormal” e que estaria em desarmonia com o que seria normal. Canguilhem afirma que: “O que parecia ser simples aumento ou diminuição da quantidade passava a ser visto como uma alteração no todo. Além do mais, nem toda doença implicava uma variação quantitativa da normalidade.” (apud COELHO e ALMEIDA FILHO 1999, p.18).

Os campos de saúde /doença, normal/patológicos não podem ser limitados nem quantitativamente - relacionados a quantidade de “movimentos” ou pensamentos que invadem um adolescente, e nem qualitativamente, no sentido, de que essas características fogem do que seria um adolescente normal. Logo, esses conceitos não estão distantes e nem desconectados

um do outro, uma pessoa dita “saudável” não necessariamente está completamente sem problemas. O pensamento de que saúde é ausência de doença e vice-versa é fundamentado no campo teórico positivista, ao que se pode relacionar a Teoria Cognitiva-Comportamental (TCC), que enxerga o Toc nesta fase de forma biológica e que deve ser tratado a partir de terapias e medicamentos, não levando em consideração a vivência do adolescente em sociedade e sua complexidade. Na prática, esses comportamentos são muito mais complexos e não é uma perspectiva de pensamento linear que dará conta de compreender os seus múltiplos significados.

Sendo assim, para entender o TOC na adolescência é necessário que este seja visto não literalmente como um transtorno ou como algo fora da “normalidade”, mas como um conjunto de ações (uma forma de viver) realizadas em meio a certas opressões da sociedade, que afetam alguns adolescentes mais incisivamente, e outros, não.

Segundo Coelho e Almeida Filho (1999), Canguilhem (1943) acaba por contribuir com uma forte argumentação explorando diferentes visões acerca do que pode ser concebido como saúde ou doença e as estratégias terapêuticas implicadas nessas visões.

Propõe então que o estado patológico não é a ausência de uma norma, pois não existe vida sem normas de vida, e o estado patológico também é uma forma de se viver. Sendo assim, o processo de viver, inclui a doença.

A partir das contribuições de Canguilhem (1943), não existe mais a ideia de “normalidade” e sim distintas “normalidades”, ou seja, a doença assim como a saúde, também é uma normalidade. .”(COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999)

A doença vista da perspectiva positivista é caracterizada como transtorno, distúrbio ou como, descrito anteriormente, algo que está em excesso ou falta na funcionalidade do corpo humano e não levada em conta como uma forma de viver em sociedade.

A saúde seria, portanto, mais do que ser normal, é ser capaz de estar adaptado às exigências do meio. É a capacidade de viver em sociedade, já que o normal é viver num meio onde há variações de comportamentos. Neste contexto, a saúde pode ser reconhecida como um sentimento de segurança na vida, capaz de facilitá-la nos diversos âmbitos em sociedade.

“Não seria a ausência de normalidade que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também seria normal, pois a experiência do ser vivo incluiria a doença. O patológico

implicaria uma certa forma de viver, pois não haveria vida sem normas de vida.”(COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999, p.19)

Segundo os autores acima citados, para Canguilhem, a saúde corresponderia a uma ordem relacionada tanto no fator biológico da vida, quanto no modo de vida do sujeito, frente as relações em sociedade, trabalho, momentos de lazer, em família, etc. E “o caráter patológico só pode ser apreciado numa relação.” (COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999, p.19)

Dentro desta perspectiva, não é recomendável julgar o normal e o patológico se este estiver limitado à vida fisiológica e vegetativa. Canguilhem ilustra essa perspectiva quando propõe o exemplo do astigmatismo, que poderia ser considerado normal em uma sociedade agrícola, onde não é necessário enxergar de forma precisa as coisas, os instrumentos que compõe as atividades de trabalho dessas pessoas. Mas seria patológico para alguém que estivesse na marinha ou na aviação, que qualquer imprecisão naquilo que ele visualiza no seu campo de trabalho pode acarretar problemas fatais. Portanto, o patológico precisa ser inserido numa relação individual e social.

Em um outro caso em que isso pode ser visualizado é o caso da velhice, seria considerado mais sadio um indivíduo que manifestasse a capacidade de se adaptar ou reparar certos desgastes físicos resultantes do seu próprio tempo e experiência vivida, que outro que não tivesse a mesma capacidade.

Deste modo, o que poderia ser considerado normal deveria ser visto sempre de uma perspectiva individual, já que “Certos desvios individuais não seriam necessariamente índices patológicos. Cada indivíduo teria a sua própria concepção do que seria normal para si mesmo.” (COELHO, ALMEIDA FILHO, 1999, p.19)

Nessa linha de raciocínio, os autores demonstram que Canguilhem nos conduz à compreensão do que entende sobre o homem saudável ou o homem adoecido. Em sua visão entende-se que, estar saudável seria poder acompanhar uma transformação, ficar doente e poder sair desse estado patológico. E isso estaria relacionado diretamente com a forma pelo modo de andar a vida de cada indivíduo desde a infância.

Canguilhem acreditava que o normal e o patológico apresentavam-se a partir de forças opostas em atrito. Freud também possuía esse pensamento, em seu trabalho intitulado como “O homem dos ratos” publicado em 1909, ele faz o relato do caso clínico de Neurose Obsessiva de um de seus pacientes Ernst Lanzer, que acompanhou por 1 ano.

Freud inicia o trabalho dizendo

"O assunto contido nas páginas a seguir será de duas categorias. Primeiramente, fornecerei alguns extratos fragmentários oriundos da história de um caso de neurose obsessiva. Esse caso, julgado por sua extensão, pelos danos de suas conseqüências e pelo próprio ponto de vista do paciente a seu respeito, merece ser classificado como um caso relativamente sério. O tratamento, que durou cerca de um ano, acarretou o restabelecimento completo da personalidade do paciente, bem com a extinção de suas inibições. Em segundo lugar, partindo-se desse caso e levando-se em consideração outros casos que analisei anteriormente, farei algumas assertivas de caráter aforístico, fora de conexão, sobre a gênese e o mecanismo mais estritamente psicológico dos processos obsessivos; assim, espero desenvolver as minhas primeiras observações sobre o assunto, publicadas em 1896". (FREUD, 1909, p.93)

A partir disso começa a relatar a história de seu paciente: Lanzer era um jovem senhor de formação universitária e procura Freud queixando-se de pensamentos obsessivos desde a infância, mas com maior intensidade nos últimos anos. O que mais se sobressaia entre esses pensamentos eram os medos de que algo de ruim acontecesse ao seu pai e a sua namorada, pessoas que ele amava muito. O paciente também relata que sofria de impulsos compulsivos, como por exemplo, o desejo de cortar a garganta com uma lâmina ainda que não tivesse chegado as vias de fato, como também "proibições" que criava em sua mente tais como: deixar de comer certos alimentos, não passar por determinados lugares, etc.

Segundo Freud (1909) seu paciente perdera muito tempo lutando contras essas ideias e tentativas em diversos tratamentos. Entretanto, todos foram em vão, exceto o de "Hidroterapia" num sanatório, que ele justificou ter dado certo não pelo tratamento mas pelo fato de manter relações sexuais com outra paciente do mesmo local, uma vez que em sua experiência nunca havia tido relações regulares e sentia repulsa por prostitutas. Ao iniciar o tratamento, Freud faz Lanzer se comprometer a contar tudo o que viesse a sua cabeça em relação ao que passou da infância até aquele momento.

O paciente começou então falando da sua sexualidade na infância e assim a descreve:

"Minha vida sexual começou muito cedo. Posso lembrar-me de uma cena durante meu quarto ou quinto ano de idade (dos seis anos em diante posso lembrar-me de tudo). Essa cena veio-me à cabeça um pouco distintamente, anos depois. Tínhamos uma governanta, muito jovem e bonita, chamada Fräulein Peter. Certa noite, ela estava deitada no sofá, ligeiramente vestida, lendo. Eu estava deitado ao seu lado e pedi-lhe para arrastar-me para debaixo de sua saia. Ela me disse que podia, desde que eu nada dissesse sobre isso a ninguém. Ela

tinha muito pouca roupa por cima, e manipulei com os dedos seus genitais e a parte inferior do seu corpo, o que me chocou como algo muito extravagante. Depois disso, fiquei com uma curiosidade ardente e atormentadora de ver o corpo feminino.” (FREUD, 1909, p.96)

Freud queria entender os sintomas de Lanzer a partir de sua história de vida, pois segundo ele, as neuroses obsessivas, mais do que as histerias, tornam óbvio que os fatores que formarão uma psicose podem ser encontrados na vida sexual infantil do paciente, e não em sua vida atual. O paciente relatou que os pensamentos do medo de que acontecesse algo com seu pai o atormentava desde criança, então Freud descobre, que o pai de Lanzer havia morrido muitos anos antes.

Freud afirma que os relatos de Lanzer de quando criança já eram a própria doença:

"Era uma neurose obsessiva completa, não faltando elemento essencial algum, e ao mesmo tempo o núcleo e o protótipo do distúrbio posterior - um organismo elementar, digamos, cujo estudo poderia, sozinho, capacitar-nos a obter um apanhado da complicada organização de sua subsequente enfermidade. A criança, como vimos, estava sob o domínio de um componente da pulsão sexual, o desejo de olhar [escopofilia]; como resultado deste, existia nele uma constante recorrência de um desejo muito intenso relacionado com pessoas do sexo feminino que o agradavam - ou seja, o desejo de vê-las nuas. Esse desejo corresponde à última idéia obsessiva ou compulsiva”. (FREUD, 1909, p.97)

O grande medo obsessivo, o que fez Lanzer procurar efetivamente Freud, foi quando ouviu o caso de um capitão que torturava suas vítimas usando ratos no ânus das mesmas.

"Em todos os momentos importantes, enquanto me contava sua história, sua face assumiu uma expressão muito estranha e variada. Eu só podia interpretá-la como uma face de horror ao prazer do qual ele mesmo não estava ciente. Prosseguiu com a maior dificuldade: Naquele momento atravessou minha mente, como um relâmpago, a ideia de que isso estava acontecendo a uma pessoa que me era muito cara. Respondendo a uma pergunta direta, ele disse que não era ele mesmo quem estava infligindo o castigo, mas que este estava sendo aplicado como se fosse de forma impessoal. Após pequena insinuação, eu soube que a pessoa a quem essa sua ideia se referia era a dama a quem ele admirava". (FREUD, 1909, p.99)

Lanzer relatou essas histórias em duas sessões, de tão horrorizado que se mostrava ao contar. Ao longo das sessões e das experiências contadas por Lanzer, Freud vai entendendo o que levou-o a manifestar tais sintomas obsessivos e compulsivos.

Em mais uma sessão, o homem dos ratos cruza com uma jovem; ele imagina que é a filha de Freud e que este quer obrigá-lo a casar-se com ela. Segue um sonho, no qual uma jovem tem fezes no lugar dos olhos, aí está a questão de se casar com uma jovem não pelos seus belos olhos, mas pelo seu dinheiro. Temos aí dois objetos causa do desejo: o olhar e o dinheiro. A causa do desejo do pai é o dinheiro.

No momento em que Freud lhe faz esta interpretação, Ernst se enfurece e em um acesso de intenso desespero, ele lança injúrias a Freud e protege sua cabeça contra os golpes que Freud deveria lhe dar. Foi então que deixou claro um ritual do qual nunca tinha falado. Na época em que fez seus exames, ele gostava de imaginar que seu pai estava vivo. Ele estudava até tarde da noite e abria a porta de entrada e se olhava diante do espelho com o pênis ereto, sob o olhar do pai morto. Ele satisfazia seu pai ao estudar até tarde.

As ofensas sujas dirigidas a Freud assim como o ritual faz o sujeito admitir seu ódio inconsciente do pai, assim esclarece-se o enigma da obsessão pelos ratos.

Esses relatos do paciente de Freud o levaram segundo Mahony (1991) a elaborar uma teoria sobre os transtornos de origem obsessiva. Através do caso de Lanzer Freud mostra um meio de construção dos sintomas a partir do pensamento de que os atos obsessivo-compulsivos consistem na conturbação entre dois impulsos opostos de forças iguais, ou seja, o desejo de Lanzer e a repressão por parte de seu pai. Percebe-se que para compreender os sintomas do paciente Freud precisou analisar a sua infância a fim de encontrar uma saída para Lanzer. Após um ano de análise ele curou-se de seus sintomas.

Tanto para psiquiatria quanto para psicanálise os comportamentos do Toc são considerados característicos, porém, o que difere a linha de pensamento de ambos é a forma como estes se originam. Enquanto os psicanalistas freudianos consideram as elaborações dos mecanismos de defesa e os constantes conflitos com o superego¹ para o diagnóstico, os psiquiatras se baseiam nos padrões médicos, buscando associar o psíquico às patologias de origem física (ÁVILA, 2008)

Para Ávila (2008) a psicanálise, considera os sintomas do transtorno obsessivo compulsivo como tendo um sentido para o sujeito, relacionado com a sua trama inconsciente. Durante as sessões, o psicanalista deixa o indivíduo livre para dizer o que pensa, seus sonhos,

¹ Onde suas regras sociais e morais não nascem com a gente: nós as aprendemos na sociedade. (ÁVILA, 2008)

seus projetos. Para assim buscar junto com o sujeito compreender o significado do sintoma e deste modo, possibilitar a ele que através do seu autoconhecimento e reflexões sobre si no processo terapêutico tenha a possibilidade de diminuir a sua dependência dos medicamentos até não precisar mais. Isso se dá numa relação terapêutica que tem um cenário livre e sem críticas ou censura.

Por outro lado, a Medicina, busca a objetividade e cientificismo, logo os diagnósticos psiquiátricos seguem um roteiro seguindo um padrão pré-estabelecido. Esse padrão tem como o objetivo principal um tratamento que elimine os sintomas sem levar em consideração a origem deles.

A autora acima citada destaca também que há uma etapa do diagnóstico na psiquiatria que se aproxima da linha de pensamento da psicanálise, que é o chamado exame do estado mental. Este tem o objetivo de avaliar as condições comportamentais e psicológicas do sujeito, de forma completa e precisa, mas associa esse diagnóstico as condições físicas e a medicalização.

Fazendo uma breve observação sobre a medicalização, há questionamentos que indagam a existência de interesses da indústria farmacêutica em transformar as características do Toc em doença, como um discurso necessário para a sociedade capitalista. Deste modo transforma o sujeito num consumidor passivo de medicamentos como se este pudesse curar o sujeito, ignorando seus desejos e seu inconsciente (RIBEIRO, 2003 *apud* ÁVILA, 2008)

Pode-se perceber que a principal diferença das suas abordagens frente ao Toc é que: a psiquiatria foca nos aspectos fisiológicos, vendo de forma secundária as causas mentais e psíquicas, enquanto a Psicanálise foca nos aspectos psíquicos e afetivos do sujeito e enxerga os sintomas como uma meia verdade, tendo a ideia de que somente investigando poderá chegar no motivo desencadeador.

Sobre a Psicanálise destacamos que em 1914, Freud escreveu no seu livro “História do Movimento Psicanalítico” que a transferência e o recalque eram os pontos de partida da psicanálise. Ele afirma que poderia haver desenvolvimentos teóricos diferentes dos seus e, mesmo assim, seriam ainda Psicanálise desde que se baseassem nestes dois conceitos básicos: a transferência e o recalque. A Psicanálise desenvolveu estes conceitos e se desenvolveu através destes conceitos.

A proposta da Psicanálise ao paciente consiste em ele dizer o que sente e o que pensa naquele momento. Sonhos, esperanças, desejos e experiências vividas nos primeiros anos em família, sem qualquer reserva, o que é algo bastante complicado para todos.

Em Conferências Introdutórias de Psicanálise (1916), Freud compara o Tratamento médico com a Psicanálise, afirmando que a medicina é realizada em seus pacientes com patologias onde já se conhece o agente causador e seus sintomas. Além disso os resultados do tratamento são através de dados materiais, física ou quimicamente obtidos. Enquanto que os psicanalistas utilizam de palavras para o cuidado com seus pacientes, e estes também têm de colaborar compartilhando de seus conflitos e impulsos emocionais.

Segundo Freud, os sintomas possuem um sentido e se relacionam com as experiências do pacientes e afirma que o indivíduo sacrifica sua satisfação pulsional modelando-se a sociedade.

Percebe-se que a Psicanálise busca explicações através do inconsciente e das experiências vividas pelo indivíduo, para compreender a mente, os sintomas e a “raiz” do seu transtorno.

02 – SÍNDROME DA ADOLESCÊNCIA NORMAL: considerações acerca dos conflitos adolescentes

Segundo Aberastury e Knobel (1981), a adolescência não pode ser vista apenas como uma passagem para a vida adulta, afinal a criança passa para essa fase carregando muitas incertezas e conflitos levando consigo características já previamente incorporadas ao seu caráter e personalidade. Os fatores essenciais relacionados com a personalidade do adolescente são os que determinam as diferentes manifestações comportamentais que interessam para os diferentes tipos de tratamentos e para o entendimento das questões que se apresentam nesse período da vida.

Os autores acima citados baseiam-se no trabalho de Anna Freud, que afirma que é muito complicado limitar o normal e o patológico na adolescência, e considera todo conflito ou incertezas neste período da vida como normal, como algo que faz parte do processo de construção desse indivíduo. Segundo ela, as características principais nessa fase são: processo e desenvolvimento, aonde todas as vivências e circunstâncias vão constituindo as características da personalidade da criança.

O adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas, denominadas pelos autores como “síndrome normal da adolescência” (os autores mantêm o termo síndrome, o que marca um olhar mais biológico) necessária para que este indivíduo estabeleça sua identidade. Para isso, esse sujeito deve enfrentar o mundo adulto e desprender-se do seu mundo infantil, no qual, a princípio, vivia de forma prazerosa. Pode-se dizer que o adolescente passa por três lutos fundamentais, (podendo ser consideradas como verdadeiras perdas de personalidade) os quais serão descritos a seguir:

a) o luto pelo corpo infantil perdido:

Com a puberdade e todas as mudanças corporais que a acompanham, o adolescente percebe que está se transformando em adulto, esse processo o faz sentir-se impotente. A sua imagem construída ao longo de sua vida, tem que ser agora reformulada.

b) o luto pelo papel e identidade infantis:

Neste luto, este adolescente tem que renunciar a dependência dos cuidados maternos e paternos e começar a aceitação de responsabilidades que são para ele desconhecidas até aquele momento. O adolescente oscila entre o desejo da autonomia e a dependência dos pais que ainda é muito necessária, pois neste processo ele se enxerga imaturo frente os novos desafios dessa nova fase. Por isso ele questiona, enfrenta seus pais num movimento que vai buscar tomar um espaço antes ocupado por eles e que agora precisa ser construído como um espaço próprio. Neste processo de construção de um espaço seu, é necessário romper com um espaço anterior e nesse movimento passa por um luto pelos pais de sua infância.

Esse conjunto de condições pode levar a maioria dos adolescentes a vivenciar um sentimento de instabilidade neste momento de sua vida podendo desenvolver a síndrome denominada acima como “síndrome normal da adolescência”, que segundo Knobel surge da sua interação com o meio.

“A patologia é sempre expressão do conflito do indivíduo com a realidade, através da inter-relação de suas estruturas primárias ou do manejo das mesmas frente ao exterior.” (ABERASTURY, KNOBEL 1981, p.10). Deste modo, ao vivenciar a “síndrome normal da adolescência”, as características comportamentais apresentadas podem num primeiro momento parecer uma doença, mas na verdade expressam os conflitos do adolescente frente a esta nova fase.

Aberastury e Knobel (1981) acreditam que as modificações do meio vão determinar a presença da normal anormalidade do adolescente. Ao recorrer aos lutos apresentados anteriormente, o adolescente recorre a manejos psicopáticos de atuação, os quais se expressam na sua conduta. Segundo eles, é produzido um “curto-circuito” do pensamento, dando lugar à expressão através da ação.

Em função da crise existencial da adolescência, esta idade é a mais propensa a sofrer os impactos de uma realidade frustrante. A contradição, o sofrimento, a confusão, os transtornos são quase sempre inevitáveis. O relato da adolescente Yumi Kaneko, em um blog do meio virtual chamado “Do toque ao Toc”, que afirma ter o transtorno obsessivo compulsivo revela as características e impactos desse transtorno nesse período da vida:

“Tenho 17 anos e possuo Toc desde meus 8 anos... Como eu era muito nova, eu sempre achei que era alguma bobeira de criança mesmo, e nem pensava em revelar para os meus pais. Todos os dias eu pensava "ano que vem eu não vou mais sentir isso". Mas o problema só aumentava ano pós ano. Minha mãe notou

os rituais repetitivos que eu fazia constantemente e pesquisou sobre o Transtorno Obsessivo Compulsivo. Quando ela me falou dessa doença, no momento não achei que eu era portadora desse mal, porém com o tempo fui percebendo que o jeito que eu lidava com as coisas não era normal. Eu senti na pele como o TOC machuca as pessoas. Eu, que sempre fui muito apegada a família, percebi que estava me distanciando dela devido aos pensamentos ruins que apareciam sobre ela. Foi quando em 2014 eu tive minha primeira depressão. A verdade era que eu não aguentava mais a pressão dos pensamentos sujos que martelavam minha cabeça a todo instante. Foi quando eu abri tudo que eu estava passando para minha mãe. E sinceramente foi uma das melhores decisões que já tomei até hoje. Minha mãe quis me levar no médico, mas, como eu sou muito tímida, não queria ir de jeito nenhum. E minha mãe, é claro, não me forçou a ir. Esse ano (2015) foi um dos piores anos pra mim. Tive uma recaída enorme, durante algumas semanas, eu fiquei desacreditada na vida, sem nenhum ânimo pra nada, só chorava e estava com síndrome do pânico. Não conseguia ficar longe da minha mãe. Tinha medo dos meus pais morrerem, medo de sujar meus pais (me limpava constantemente), medo de haver alguma traição na minha família, enfim, medo de viver. Foi quando minha mãe decidiu me levar no médico, eu querendo ou não, mas eu aceitei pois estava vendo o quanto minha mãe também estava sofrendo. Fui na psiquiatra. Ela me receitou três remédios: o exodus, zargus e o rivotril. Ela também me encaminhou para uma psicóloga. Não me acostumei com a que ela indicou mas já estou em tratamento com outra há alguns meses. Estou em tratamento já fazem mais ou menos 10 meses, e realmente notei que eu estou muito melhor. Os pensamentos ruins sempre aparecem, mas aprendi a lidar melhor com eles. Espero que eu me livre dessa doença, ela escraviza, maltrata a vida das pessoas. Tem gente ainda que acha que o Toc é uma piada. Que Toc é só frescura. Não é só isso. É muito mais profundo. Porém não é incurável”. (Yumi Kaneko, 2012)

Esses pensamentos sujos citados acima por Yumi em relação a sua família, podem ser relacionados com o caso do Homem dos Ratos, discutido anteriormente, em que o mesmo criava proibições em sua cabeça e tinha características obsessivas desde a infância e após ouvir uma história de um militar que torturava suas vítimas usando ratos, passou a ser atormentado por isso e passou muito tempo lutando por essas ideias.

Como dito anteriormente e manifesto no relato dessa adolescente, nesse período a contradição, o sofrimento, a confusão, os transtornos são quase sempre inevitáveis. E em alguns casos, como o do relato acima, o sofrimento causado pelo Toc é tão impactante que o adolescente se vê “doente” e não consegue lidar com os pensamentos que invadem sua mente. Sendo assim, vê necessária a intervenção médica como forma de sanar o seu sofrimento através de medicamento.

O adolescente passa pelos lutos, vê suas responsabilidades aumentando, se vê diferente e enxerga o mundo de forma diferente e difícil de ser enfrentado, sendo assim, pode se encontrar numa situação em que se vê precisando de uma intervenção médica.

As mudanças psicológicas que se produzem nesse período (correlações das mudanças corporais) faz com que o adolescente tenha uma nova visão sobre o mundo e sobre seus pais. Essas mudanças na qual perde a identidade de criança faz com que esse indivíduo passe a buscar uma nova identidade que se constrói inconscientemente ou conscientemente. “O que difere o adolescente normal do psicopata é que este *persiste com intensidade* no uso deste modo de comportamento” (KNOBEL, 1981, p.11).

Além das mudanças psicológicas representarem um papel muito importante nessa período da vida e para compreensão do mesmo, as mudanças corporais fazem com que o adolescente passe a ter uma nova percepção sobre esse “novo corpo”, como resultado das experiências vividas que estão em contínua evolução.

Não só o adolescente padece este período, os pais também por apresentarem a dificuldade de aceitar e compreender o crescimento do filho e o sentimento de rejeição em relação a livre manifestação da personalidade, que surge com a adolescência. Os pais precisam desprender-se do filho “criança” e evoluir para uma relação com o filho “adulto”, o que leva a muitas renúncias da sua parte.

A adolescência marca um período em que o futuro parece ter chegado. Mudam os interesses, mudam as exigências, mudam as relações. Os pais não sabem bem como tratar seus filhos: ora eles são crianças demais; ora são grandes demais.

Segundo Arminda Aberastury (1981), é um período de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por embates tanto no meio familiar quanto na sociedade. Este cenário é quase sempre confundido por quadros patológicos e crises, o que o relato da adolescente Yumi Kaneko (2012) demonstra com clareza.

É necessário considerar a adolescência como um fenômeno específico dentro de todo o cenário de construção do ser humano assim como nos aspectos geográficos e temporal, histórico-social. Aberastury e Knobel (1981) sintetizam as principais características da adolescência da seguinte maneira:

1) **Busca de si mesmo e da identidade:**

A família, os amigos, o ambiente escolar, a sociedade representam um papel muito importante na formação da sua identidade, afinal é a partir do conjunto de ideias que as pessoas têm sobre dele, que esse adolescente vai formando sua própria concepção sobre si mesmo. Esta revolução, segundo Arminda Aberastury, pode ser comparada com um processo de luto (citados anteriormente). Nessa busca pela identidade, o adolescente muitas vezes opta pelo caminho mais simples, fazendo identificações com os grupos a sua volta. Percebe-se isso no relato da adolescente Ferreira, através do blog “Relatos na adolescência” (2011) quando afirma que: “Ah algum tempo tenho deixado de ser eu pra ser os outros, tenho deixado de resolver meus problemas , viver minha vida ,fazer as minhas próprias escolhas , pra viver aquilo que os outros escolheu (sic) pra mim.Comecei a fazer os gostos dos outros, se tornando pra eles a melhor pessoa do mundo, sendo que pra mim mesma estava sendo um monstro , por dentro eu não passava de uma garota deprimida ,cheia de mágoas.”

Em outros momentos, ele escolhe uma “identidade negativa”, afinal para ele, “é preferível ser alguém perverso, indesejável, a não ser nada.” (ABERASTURY & KNOBEL, 1981, p. 32)

Isto, segundo os autores, constitui uma das bases dos problemas e dos comportamentos desviantes que eles apresentam neste período da vida, permanecendo ou não ao logo de seu desenvolvimento.

Além disso, as rápidas mudanças corporais produzem um sentimento de estranhamento em relação ao seu próprio corpo.

Isso pode ser visto, no artigo de Campagna e Souza, onde afirma-se que “O início da adolescência feminina é facilmente observável, pois num curto espaço de tempo, junto com o advento da puberdade, ocorrem mudanças substanciais no corpo e na mente da, agora, adolescente”. (CAMPAGNA E SOUZA, 2006, p.2)

Segundos os autores acima citados pode-se dizer que a puberdade e adolescência ocorrem ao mesmo tempo, neste sentido, puberdade é o processo de amadurecimento dos órgãos sexuais, seios, aparecimento de pêlos, formação da linha da cintura, alteração na voz e etc. Durante esse período, ocorre a menstruação e a menarca se dá por volta dos 12 anos.

E adolescência, como dito anteriormente, está relacionada as mudanças psicológicas e amadurecimento do caráter e personalidade no processo de desenvolvimento. A imagem corporal, (que pode ser definida como a representação mental do indivíduo consigo mesmo, com seu próprio corpo) que o adolescente tinha quando criança, precisa se reformulada frente as mudanças no período da puberdade, que está relacionado com o sentimentos e ideias frente ao próprio corpo. “A imagem corporal vai se desenvolvendo como um produto da relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros”. (CAMPAGNA E SOUZA, 2006, p.3)

Percebe-se que, além da dificuldade de encontrar uma imagem de si em relação ao seu próprio corpo em transformação, a jovem na sociedade contemporânea, tem que lidar com novos desafios relacionados as influencias dos meios de comunicação, da “ditadura da beleza”, da moda, do corpo “perfeito”, etc. Estes aspectos, se relacionam com diversos problemas como: depressão, anorexia, frutos da insatisfação corporal.

Neste contexto, essas mudanças corporais que fazem parte de um caminho comum da adolescência, dependendo do contexto em que esse adolescente encontra-se pode causar um sofrimento, frente ao seu corpo, que pode não ser o desejado, causando estranhamento.

Segundo Aberastury e Knobel, “a busca incessante de saber qual a identidade adulta que vai se constituir é angustiante” (1981, p. 35) Isso pode ser visto tanto do ponto de vista psicológico e afetivo quanto do ponto de vista corporal.

2) Tendência grupal:

A tendência grupal é uma das características no período da adolescência. Aberastury e Knobel afirmam que “As atuações dos grupos e dos seus integrantes representam a oposição às figuras parentais e uma maneira ativa de determinar sua identidade diferente da do meio familiar.” (1981, pág. 37) Na busca pela identidade, os adolescentes se juntam em busca de segurança e estima social, assim, transferem a dependência antes depositada nos pais para o grupo.

A tendência grupal significa a transição necessária do mundo externo para chegar a sua individualidade e o ato de assumir sua identidade adulta.

3) Necessidades de se intelectualizar e fantasiar:

Segundo Aberastury e Knobel (1981), “a necessidade de intelectualizar e fantasiar acontece como uma das formas típicas do pensamento adolescente.” (pág.38)

A intelectualização e os pensamentos fantasiosos aparecem como uma forma de mecanismo de defesa frente as mudanças do período da adolescência. É uma forma de compensar todas as perdas que ocorrem no seu interior e exterior, já descritas acima. Anna Freud (*apud* ABERASTURY & KNOBEL, 1981) afirma que, a função desses aspectos é manter os seus desejos inconscientes dentro de certos limites por meio de proibições, fazendo-os acessíveis a consciência e fáceis de controlar. Permitindo assim uma espécie de reajuste emocional.

4) Crises Religiosas:

Pode-se observar que o adolescente tende a adotar posições extremas: manifestar-se como um ateu exacerbado ou como um místico muito fervoroso. Podendo haver oscilações entre uma posição e outra e segundo os autores essas oscilações “são tentativas de soluções da angústia que vive o ego na sua busca de identificações positivas e do confronto com o fenômeno da morte definitiva de uma parte do seu ego corporal”. (ABERASTURY & KNOBEL, 1981, p. 40)

Em outras palavras o que os autores enfatizam é que a religião pode ser utilizada como uma forma de sanar a angustia desse período buscando referencias positivas para que o adolescente possa se identificar, assim como uma forma de lidar com a mudança do “corpo infantil” para o “corpo adolescente”.

Para o adolescente acreditar numa religião, pode caracterizar uma saída mágica. Além de uma atitude defensiva e compensadora, quando as situações de frustração e perdas forem muito intensas representando uma maneira de refugiar-se das mesmas. Além disso, seguir uma religião pode representar mudanças no modo de vida, por meio das doutrinas pregadas. Pode-se observar a influência da religião, através do relato da adolescente Duran (2016) de 15 anos, de São Paulo (SP):

"Sou evangélica. Eu me converti há um ano e meio. Uma amiga me levou à igreja e gostei, acabei ficando. Desde então, mudei meu modo de viver. Não uso roupa extravagante, curta demais ou com decote. Não é que a igreja proíba, mas, para mim, é uma questão de bom senso. Também não fico mais, mesmo que seja com um garoto do qual goste. É uma decisão minha, porque quero me guardar. Com o mesmo objetivo de me preservar, escolhi não escutar músicas do mundo, só as da igreja. É claro que por causa das minhas escolhas sofro preconceito da maioria dos meus amigos da escola, do prédio e mesmo de parentes que não são cristãos. No começo, eles estranharam muito, ganhei apelido de crente e de pastora. Agora todos estão mais acostumados. De qualquer jeito, acabo passando mais tempo com os amigos da igreja, que acreditam nas mesmas coisas que eu. Temos muitos jovens lá e nos divertimos bastante juntos." (DURAN, 2016)

Deste modo, o que se pode perceber na fala da adolescente é que ela após frequentar a igreja evangélica e escutar as doutrinas da religião, acaba mudando seu modo de vida. Essa mudança possui as características e preceitos dessa religião e a adolescente acaba tomando isso como algo que faz parte dela.

5) Deslocalização Temporal:

Segundo Aberastury e Knobel (1981), o adolescente vive certa deslocalização temporal. Para isso, converte o tempo em presente e ativo, numa tentativa de ter certo “poder” sobre ele. Para o adolescente, tudo é urgente e as postergações são de certa forma irracionais, já que ele deseja que tudo seja “aqui e agora”, não querendo deixar as coisas para o futuro.

Além disso, apresenta dificuldade em diferenciar o que é passado, presente e futuro, o que para os autores (essa negação da passagem do tempo) funciona como um mecanismo de defesa em conservar a criança dentro do adolescente como um “morto-vivo”. Ou seja, o adolescente não aceita o seu crescimento e que deixou de ser criança, procurando mecanismos de se manter nessa fase. Os momentos de solidão típicos da adolescência são necessários para que ele adquira a maturidade de ficar só.

O tempo para o adolescente, inicialmente, se resume significativamente nas suas necessidades como comer, dormir, comer, estudar, urinar, etc. Segundo os autores anteriormente citados, a medida que os adolescentes vão passando pelos lutos, a dimensão do tempo vai adquirindo outras características, como por exemplo: a angústia de não saber lidar

com a complexidade do tempo, de se sentir ansioso por não saber que caminho seguir, que escolha fazer, etc.

A adolescência é o período da vida em que se começa a enfrentar o tempo como algo significativo e contraditório da identidade. Nesta idade, o futuro é entendido como uma variedade de possibilidades, em que acaba gerando ansiedade, por não saber qual escolher. Isso por ser observado no período do vestibular, em que com 18 anos ou menos, esse adolescente precisa decidir que carreira seguir, qual faculdade escolher. Essas possibilidades podem se tornar fantasmas, por esse adolescente não saber como isso irá se desenvolver no decorrer do tempo. (MELUCCI, 1997 apud BOCK, 2007)

6) A evolução sexual desde o auto-erotismo até a heterossexualidade:

Nesse processo, observa-se uma oscilação permanente entre a atividade de caráter masturbatório e o começo do exercício genital (que possui caráter exploratório e preparatório). A forma como os pais lidam com a genitalidade da criança influenciará a evolução genital do sujeito. Aberastury e Knobel (1981) afirmam ser normal aparecerem momentos de predomínio de aspectos femininos no rapaz e masculinos nas moças e defendem também a normalidade no fato do adolescente experimentar relações homossexuais temporárias.

O artigo de Taquette e Rodrigues (2015), apresenta uma entrevista com adolescentes de 15 a 19 anos, com o objetivo de conhecer significados das práticas homoafetivas destes adolescentes, tendo em vista contextos de vulnerabilidade que envolvem o exercício da sexualidade numa sociedade homofóbica. Há duas falas que chamam a atenção:

“Eu tinha dez pra onze anos. Só sei que foi assim algo de momento. Éramos todos da mesma idade. Começou a acontecer uma troca de carinho, como uma brincadeira deles e quando foi ver nós estávamos nos relacionando”.

[...]

“Foi essa vez só. Ele começou a me alisar, mesmo eu não querendo. Aí, eu deixei rolar. Experimentei, mas não gostei”. (TAQUETTE, RODRIGUES, 2015, p.4)

Os autores afirmam que: “As experiências homossexuais ocasionais na infância e adolescência fazem parte do processo de construção da identidade sexual, a qual só assume

sua forma definitiva, em geral, no final da adolescência” (TAQUETTE, RODRIGUES, 2015, p.4).

Neste contexto, esse momento de desenvolvimento sexual, é um momento de experimentação em que esse adolescente está construindo sua identidade. E esse momento pode ou não ser definitivo, pois a adolescência é o período de construção e experimentar é algo que faz parte desse processo.

7) Atitude social reivindicatória:

“A sociedade, mesmo manejada de diferentes maneiras e com diferentes critérios socioeconômicos, impõe restrições a vida do adolescente. O adolescente, com a sua força, com a sua atividade, com a força reestruturadora de sua personalidade, tenta modificar a sociedade, que, por outra parte, está vivendo constantemente modificações intensas.” (ABERASTURY & KNOBEL, 1981, p. 53).

Para os autores, o adulto tenta de qualquer maneira controlar o adolescente, projetando nele a sua incapacidade de monitorar o que está acontecendo ao seu redor e então esse adolescente se sente deslocalizado, podendo se sentir “perdido”, por meio desse “controle” dos pais, de não poder exercer sua liberdade. A maioria das vezes o adolescente se sente confuso, com poucas oportunidades, logo se vê obrigado a se adaptar, atendendo então as necessidades que o mundo obriga-o. Entretanto, em alguns casos, o crime e a delinquência, são saídas que alguns adolescentes encontram para lidar com essa tentativa de controle.

O tema relacionado a prática de crimes por adolescentes é bastante complexo e não faz parte do escopo de estudo deste projeto. Entretanto, é citado pelos autores, pois compreende-se que é uma possível saída que esse adolescente possa incorporar para si, como forma de lidar com esse controle.

8) Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta:

Uma característica marcante da adolescência é a contradição, que segundo Aberastury e Knobel (1981) funciona como defesa e alívio à elaboração dos lutos desse período e que fazem parte do processo de desenvolvimento do adolescente.

Segundo os autores, somente com o amadurecimento, o sujeito poderá aceitar sua independência que está inserida em um limite de dependência.

Enquanto imaturo, o adolescente passa por contradições, dores, ambivalência, consigo mesmo, com o meio familiar e na sociedade. Há inúmeros exemplos de crises e contradições na fase da adolescência, como: “Quero ir pra festa sozinha, mas na volta quero que meu pai me busque porque não estou acostumada a sair.”; Sentir vontade de fazer algo considerado infantil, mas se repreender por, ao mesmo tempo ter medo de como a sociedade vai lidar com esse comportamento ou ainda quando o adolescente se arruma para ir para uma festa, escolhe a roupa, se olha no espelho e pensa “estou linda”, mas na hora de sair se olha e acaba se incomodando com algo e se acha feia, que a roupa está horrível.

Esses exemplos manifestam-se de forma mais predominante na adolescência e ilustram esses comportamentos contraditórios nas condutas desse período da vida.

9) Separação progressiva dos pais

Como já foi mencionado, um dos lutos que o adolescente passa é o luto pelos pais da infância. Logo, esse adolescente precisa ir se separando dos pais. Contudo, não são só os filhos que padecem esse período, a família também sente esse luto.

Os autores comentam que os pais tem dificuldade de aceitar o crescimento dos filhos pelo medo da rejeição que segundo eles, o adolescente pode demonstrar. Ou seja, ao sair da fase de criança, em que se veem muito dependentes dos pais, na adolescência os filhos acabam vendo-os como figuras “caretas”, que querem controlá-los demais, e por isso tendem em alguns momentos, a um certo afastamento que pode ser percebido por eles, como rejeição.

O que determina como se dará essa separação dos pais é o tipo de relação que foi desenvolvida na infância. Relacionado a isso, os autores afirmam que a internalização das figuras parentais, com papéis definidos, facilitará o amadurecimento do adolescente. (ABERASTURY & KNOBEL, 1981).

Em contrapartida, a figura dos pais de forma instável pode ser vista por esse adolescente como sem valor e assim, obrigá-lo a procurar referência em outras personalidades (como ídolos musicais, esportivos, do cinema, etc.), como uma forma compensatória. Em alguns

casos, essa identificação pode ser tão forte que assume caráter patológico - o adolescente passa a viver os papéis que atribui a essas figuras. (ABERASTURY & KNOBEL, 1981).

Na adolescência é comum gostar excessivamente de um ator, ou cantor, séries, filmes ou até mesmo de colecionar objetos, guardar uma roupa por ela trazer lembranças boas, esses fatos são considerados normais para o "divertimento" não podendo ser vistos como manias, pois não alteram as atividades diárias ou interferem no rendimento escolar do indivíduo. (BORTONCELO et al, 2014). Esses ídolos e grupos de amizades influenciam efetivamente na personalidade desse adolescente e ajuda a definir comportamentos. Ampliam o âmbito social, fornecem novas experiências e mostram formas diferentes de ver o mundo.

10) Constantes flutuações do humor e do estado de animo:

É extremamente importante entender que as eventuais alterações de humor são aspectos normais do adolescente, frente aos lutos que este passa. Segundo os autores, os fenômenos depressão e luto acompanham o processo de identificação na adolescência e “a quantidade e a qualidade da elaboração dos lutos da adolescência determinarão a maior ou menor intensidade desta expressão e destes sentimentos.” (ABERASTURY & KNOBEL, 1981, p.58).

03 - SOBRE O QUE É SER NORMAL NA ADOLESCENTE: um caminho de possibilidades

A partir das considerações de Canguilhem (1943) e Coelho & Almeida (1999) pode-se perceber que o processo de adoecimento do sujeito, não pode ser visto de modo a excluir o contexto de sua vida. Neste sentido, o autor nos traz alguns elementos que permitem compreender uma multiplicidade de questões relacionadas ao chamado transtorno obsessivo compulsivo – Toc, na adolescência. Segundo suas ideias, pode-se pensar em um adolescente em sociedade com todas as pressões por ele vivenciadas em sua rotina associadas a alguns comportamentos obsessivos e/ou compulsivos e que ele, mesmo assim, consegue ter o seu momento de lazer e diversão com a família e seus amigos. A partir disso é possível o questionando de que mesmo que o adolescente apresente comportamentos obsessivos compulsivos em sua vida cotidiana não se pode afirmar que ele não está inserido na sua vida social em condições de normalidade, já que na sua rotina ele convive com esses comportamentos e continua seguindo a sua vida.

Relacionado ao entendimento do que é adolescência por Aberastury e Knobel (1981), entende-se que é muito complexo delimitar o normal e o patológico na adolescência. Segundo Canguilhem (1943) e Coelho & Almeida (1999) estes dois conceitos não estão dissociados um do outro, pois uma pessoa considerada “normal” e/ou saudável não, necessariamente, está sem problemas, pois os conceitos de doença e saúde remetem a um conjunto de muitos aspectos da vivência humana, onde dimensões como lazer, se sentir bem psicologicamente, convívio familiar, relações de amizade, vida amorosa, suas angústias, sofrimentos, inquietações, dúvidas etc. são dimensões que compõem a vida dos sujeitos e, no caso dos adolescentes, de forma bem intensa.

Aberastury e Knobel (1981) a partir do estudo de Anna Freud, consideram todo conflito ou incertezas na adolescência como normal, como algo que faz parte do processo de construção desse indivíduo, aonde todas as vivências e circunstâncias vão constituindo as características da personalidade deste jovem adulto.

Segundo os autores, a adolescência é um período doloroso e de alta complexidade, onde o adolescente vai moldando sua personalidade passando por incertezas e escolhas, onde

muitas vezes estas podem gerar um conjunto diverso de comportamentos. Este cenário, se visto sob a perspectiva somente comportamental dos adolescentes é quase sempre confundido por quadros patológicos e crises, não considerando todas as características desse período da vida.

É fato que, sendo uma fase de transição e construção de identidade, a adolescência é marcada por comportamentos típicos, listados pelos autores acima referidos como: o luto pelo corpo infantil perdido; o luto pelo papel e identidade infantis; busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidades de se intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocalização temporal; a evolução sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta; separação progressiva dos pais; constantes flutuações do humor e do estado de ânimo; como forma de expressão aos conflitos característicos a esse período da vida.

É claro que são a intensidade e persistência dos comportamentos que vão definir como o adolescente vai lidar com eles, pode haver adolescente que precise de cuidado mais especializado para passar por esses momentos.

Com as contribuições de Canguilhem (1943) e Coelho & Almeida (1999) pode-se inferir que, um adolescente “saudável”, portanto, seria mais do que ser normal, mas sim ser capaz de estar se adaptando e se reconstruindo ao que a sociedade e as pressões familiares lhe impõem, principalmente, neste momento de sua vida. O adolescente está em um período de solidificação de suas relações sociais, sua escolha profissional, vivendo suas desilusões e descobertas e, deste modo, os autores nos fazem compreender que é normal ter várias comportamentos obsessivos e/ou compulsivos ao viver num meio onde há muitos conflitos e decisões a se tomar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo foi possível evidenciar que o que é chamado de transtorno obsessivo compulsivo na adolescência na verdade é um conjunto de fatores que permeiam o comportamento de alguns adolescentes e outros não. A adolescência é marcada por mudanças e conflitos e o que vai determinar se o sujeito precisa de uma forma de tratamento é como ele e o meio irão lidar com essas mudanças.

O Toc pode apresentar manifestações fisiológicas, mas tais manifestações não devem ser vistas como a origem do problema, entretanto, como consequência de um aspecto psíquico.

É necessário entender qual o limite do normal e o patológico nessa fase da vida, levando em consideração as características apontadas pelo estudo onde aspectos culturais, interpessoais, intrapsíquicos e fisiológicos devem ser considerados.

A resposta a questão central deste projeto de pesquisa que indagou se o transtorno obsessivo - compulsivo – Toc na adolescência pode ser considerado uma patologia ou faz parte da constituição da identidade do adolescente é que é preciso considerar o tema do Transtorno Obsessivo-Compulsivo na adolescência como algo que faz parte do “modo de andar a vida” desse adolescente e estão vinculadas a como este se enxerga em sociedade e se comporta frente as pressões da mesma. Logo, é preciso entender que a repetição desses comportamentos, não necessariamente estão fora do que seria considerado “normal”.

Para um melhor conhecimento, as questões culturais e econômicas devem ser consideradas, pois a influência desses aspectos implicará diretamente na compreensão do processo de adoecimento desse adolescente. Ou seja, saúde e doença estão efetivamente relacionadas com as experiências da vida que engloba campos profissionais, lazer, família, relacionamentos e sociedade.

Conclui-se também a relevância do tratamento psicanalítico, que leva em conta o sujeito em sua totalidade, buscando ir a causa dos sintomas. É necessário entender, principalmente os adolescentes que são muito imediatistas, ainda mais na sociedade atual e que não existe “mágica” para os males psicológicos. Precisa-se compreender a si mesmo e vencer suas próprias resistências para assim, contrapor seus conflitos.

Referências Bibliográficas

ARGIMON, Irani Iracema de Lima; BICCA, Mônica Giaretton; RINALDI, Juciara. **Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência**. Rev. bras.ter. cogn. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04/08/2015.

ÁVILA, Ana Paula da Silva. **Neurose Obsessiva e TOC: um diálogo entre psicanálise e psiquiatria**. Faculdades de Ciências da Saúde – FACS; Monografia. Brasília, 2008.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-76, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso 18 de outubro de 2016.

BORTONCELO, Cristiane Flores, GOMES, Juliana Braga, Daniela T BRAGA, ISOLAN, Luciano, CORDIOLI, Aristides Volpato **O Transtorno Obsessivo-Compulsivo na infância e na Adolescência** (Capítulo 20 do livro “TOC” 2a Edição: Artmed, 2014). Disponível em: http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material_didatico/O%20TOC%20em%20criancas%20e%20adolescentes.pdf Acesso em: 10/01/2016.

CAMPAGNA, Viviane Namur; SOUZA, Audrey Setton Lopes de. **Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina**. Bol. psicol, São Paulo, v. 56, n. 124, p. 9-35, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 out. 2016.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas, FILHO, Naomar de Almeida. **Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem***. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/02.pdf>. Acesso em: 11. Nov. 2016

COUTO, Letícia de Studinski Ramos Brito et al. **A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 132-140, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 agos 2016.

DEL-PORTO, José Alberto. **Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 3-5, Oct. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Maio 2016.

DURAN, Esther Karina. **Adolescentes contam como a religião que escolheram influencia no dia a dia**. (2016) Disponível em: (<http://estilo.uol.com.br/gravidez-e-filhos/noticias/redacao/2016/07/01/adolescentes-contam-como-a-religiao-que-escolheram-influencia-no-dia-a-dia.htm>) Acesso em 22 de outubro de 2016.

FERREIRA, Caroline. **Relatos na adolescência** (2011). Disponível em: <http://relatosnaadolescencia.blogspot.com.br/> Acesso em: 21 de set 2016

FREUD, Sigmund. Vol. X. **Duas Histórias Clínicas (“O pequeno Hans” e “O homem dos ratos)**. Editora Standard. 1909

FREUD, Sigmund. Vol. 16 **Conferências introdutórias sobre psicanálise** (parte 3), Coleção Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud - Editora: Standard Edition, Inglaterra, 1916..

FREUD, Sigmund. Vol. 14 **A história do Movimento Psicanalítico**, Editora Imago, 1914.

KANEKO, Yumi. **Do Toque ao Toc** (2012) Disponível em: <http://dotoqueaotoc.blogspot.com.br/2012/05/depoimentos-sobre-transtorno-obsessivo.html> Acesso em 22 de outubro de 2016.

KNOBEL, Maurício e ABERASTURY, Arminda. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Tradução de Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

MAHONY, Patrick. **Freud e o Homem dos Ratos**. 1991. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano07/psil207.php> Acesso em: 02/12/2015

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.), DESLANDES Suely Ferreira e GOMES, Romeu. **Livro Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

NIEDERAUER, Kátia Gomes et al. **Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 29, n. 3, p.271-27, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 Jan. 2016.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito**. Saude soc., São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 Dez. 2016.

ROCHA, Odenice. **Transtornos mentais são mais frequentes entre crianças e adolescentes**. 2013. Disponível em: <http://ulbra-to.br/encena/2013/10/25/Transtornos-mentais-sao-mais-frequentes-entre-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 21 de dez. 2015.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do; MERCADANTE, Marcos T. **Transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 16-19, Dec. 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04/08/2015.

VIDAL, Carlos Eduardo leal e WANDERLEY, Raquel Gonçalves. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** In: ROSO, Cristiano Nabuco de Abreu Miréia e Colaboradores. **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: novas fronteiras da prática clínica**. Dados eletrônicos. Porto Alegre, Artmed, 2012.

TAQUETTE, Stella Regina), RODRIGUES, Adriana de Oliveira. **Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde.** Março 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140504.pdf>. Acesso em: 10 de ou de 2016.