



Rev. Bras. de Hipnose 2016; 27(1):31-42

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.org.br

Hipnose como Psicoterapia no Transtorno Obsessivo Compulsivo

Hypnosis as Psychotherapy in Obsessive Compulsive Disorder

Delcia Delmas Soares de Souza

Curso de Pós-graduação em Hipnose Clínica, Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro – AHIERJ, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo.

No presente trabalho, uma breve história sobre o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é apresentada, incluindo a visão psiquiátrica e a psicanalítica, com sua origem como neurose de defesa, e a possibilidade da sua relação direta com várias psicopatologias, tais como transtornos alimentares, alcoolismo, tabagismo dependência química e compulsões diversas. Ao final, a hipnose é apresentada como uma psicoterapia de escolha no tratamento do TOC, lembrando o uso da catarse hipnótica como método psicoterapêutico empregado por Freud.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo, Hipnose, Neurose de defesa, Psicanálise.

Abstract.

In the present work, a brief history of obsessive compulsive disorder (OCD) is presented, including the psychiatric and psychoanalytic views, with its origin as defense psychoneurosis, and the possibility of its direct relationship as with various psychopathologies such as eating disorders, alcoholism, smoking, chemical addiction and various compulsions. In the end, hypnosis is presented as a psychotherapy of choice in the treatment of OCD, recalling the use of hypnotic catharsis as a psychotherapeutic method employed by Freud.

Keywords: Obsessive-compulsive Disorder, Hypnosis, Defense Neurosis, Psychoanalysis.

1. Introdução.

A minha experiência com a clínica psicológica me permitiu observar que a incidência do transtorno obsessivo compulsivo (TOC), em sua nomenclatura mais recente, ou neurose obsessiva compulsiva, assim considerada por autores dentro da visão psicanalítica, tida como uma psicose de defesa, geralmente apontava na direção de uma causalidade do quadro clínico, coincidente com a proposta psicanalítica desse transtorno como precipitador.

Nessa psicopatologia, na visão cognitiva comportamental e de conceitos oriundos em diversas escolas psicológicas, parece haver um

quadro clínico sintomatológico que pode estar associado à origem de outros processos mentais. Ou seja, o TOC pode ser considerado como causa ou estar diretamente relacionado com várias psicopatologias, tais como transtornos alimentares^{1,2}, alcoolismo³, tabagismo⁴, dependência química⁵ e compulsões diversas, que através de uma manifestação sintomatológica limitam a vida de uma série de pessoas que desenvolveram esta patologia⁶.

No presente trabalho, uma breve história sobre o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é apresentada, incluindo a visão psiquiátrica, a psicanalítica, com a sua origem como

psiconeurose de defesa, e a sua possível conexão direta como com várias psicopatologias. Ao final, a hipnose é apresentada como uma psicoterapia de escolha no tratamento do TOC, comentando o uso da catarse como método psicoterapêutico empregado por Freud.

2. TOC na visão psiquiátrica/cognitivo comportamental.

Nesta sessão, revisamos o TOC através de uma visão psiquiátrica⁷, conciliada com a abordagem cognitivo comportamental, com base em Cordioli⁶.

Como forma de diminuir obsessões, os portadores do TOC procuram afastá-las da mente por meio de medidas de precaução. Assim, evitam segurar o filho no colo perto de janelas, subir escadarias próximo a outras pessoas ou escondem todas as facas de casa, jamais as utilizando, ou simplesmente evitam olhá-las ou aproximar-se delas.⁸

É muito comum às pessoas certas superstições. O que distingue as superstições das obsessões é a intensidade com que se acredita nelas e o quanto comprometem a vida diária. O número 13 é acreditado por muitas pessoas como um número de azar, especialmente se o dia 13 cair em uma sexta-feira, enquanto o número 27 é de sorte. Contudo, se essas crenças interferem no dia-a-dia e, razão delas, a pessoa deixar de fazer suas tarefas diárias ou as torna difícil, então estamos diante de obsessões de conteúdos mágicos. Entre os exemplos dessa natureza estão: não sair de casa nas datas de “azar”, parar completamente as atividades enquanto os ponteiros do relógio cruzam determinado horário, apagar e acender uma luz seis vezes para se convencer de que não vai acontecer nada de ruim para si ou para sua família.

Um outro tipo comum de obsessão está relacionado com cores de roupas. Há pacientes que não conseguem vestir roupas vermelhas, pois lembram sangue, roupas pretas, porque lembram morte ou que alguém pode morrer, ou roupas verdes. Outros exemplos dessa modalidade de obsessão incluem: evitar cruzar com

mendigos (pode trazer miséria ou má sorte), não frequentar cemitérios, não comparecer a funerais, mesmo quando são de parentes ou amigos próximos, ou não entrar em funerárias, pois isso pode dar azar ou trazer a morte.

2.1. Como as obsessões se originam?

A mente é quase que permanentemente invadida ou “bombardeada” por pensamentos involuntários, também chamados de pensamentos intrusivos, intrusões ou pensamentos automáticos. Essas “invasões” são normais, ocorrem espontaneamente e, da mesma forma que surgem, desaparecem; não acarretam preocupação para as pessoas que não dão importância a elas, facilmente são esquecidas, fazendo parte da atividade mental-hormonal. Entretanto, para alguns indivíduos mais sensíveis, a ocorrência de alguns desses pensamentos (por exemplo, conteúdo agressivo, obsceno ou sexual) é interpretada a partir de um significado especial, como, por exemplo, de que a pessoa possa vir a cometer um ato criminoso ou moralmente inaceitável.

Acredita-se que essa interpretação errônea, em razão da aflição que provoca, faça com que certos pensamentos intrusivos normais se transformem em obsessões, levando a pessoa a agir, ou seja, realizar rituais de anulação, visando evitar ou diminuir as consequências desastrosas imaginadas e a aflição sentida.

Acredita-se que as compulsões existam em razão das obsessões: são realizadas com a finalidade de aliviar ou neutralizar a aflição, o desconforto e o medo, que acompanham as obsessões. Certas compulsões, como dar uma olhada para o lado, tocar, raspar, estalar os dedos, fechar as mãos com força etc., são realizadas sem que nenhum pensamento que as preceda. Trata-se apenas de uma sensação de desconforto ou tensão física que necessita ser aliviada ou descarregada.⁶

2.2. TOC e seus sintomas.

Cordioli⁶ lembra que o TOC é um transtorno mental incluído, pela classificação da Associação Psiquiátrica Americana, entre os cha-

mados transtornos de ansiedade. Está classificado ao lado das fobias (medo de lugares fechados, elevadores, pequenos animais - como ratos ou insetos), da fobia social (medo de expor-se em público ou diante de outras pessoas), do transtorno de pânico (ataques súbitos de ansiedade e medo de frequentar os lugares onde ocorreram os ataques) etc.

Os sintomas do TOC envolvem alterações do comportamento (incluindo rituais ou compulsões, repetições, evitações), dos pensamentos (preocupações excessivas, dúvidas, pensamentos de conteúdo impróprio ou ruim, obsessões) e das emoções (medo, desconforto, aflição, culpa, depressão). Sua característica principal, como já mencionado, é a presença de obsessões e compulsões ou rituais. Além disso, os portadores de TOC sofrem de muitos medos, de contrair doenças, de cometer falhas, de ser responsáveis por acidentes. Em razão desses medos, evitam as situações que possam provocá-los - comportamento chamado de evitação. As evitações, embora não específicas do TOC, são, em grande parte, as responsáveis pelas limitações que o transtorno acarreta.

2.3. Compulsões ou rituais.

Compulsões ou rituais são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que “devem ser seguidas rigidamente”. Os exemplos mais comuns são lavar as mãos, fazer verificações, contar, repetir frases ou números, alinhar, guardar ou armazenar, repetir perguntas etc. As compulsões aliviam momentaneamente a ansiedade, levando o indivíduo a executá-las toda vez que sua mente é invadida por uma obsessão acompanhada de aflição. Nem sempre têm conexão realística com o que desejam prevenir, por exemplo, alinhar os chinelos ao lado da cama antes de deitar para que não aconteça algo de ruim no dia seguinte; dar três batidas em uma pedra da calçada ao sair de casa, para que a mãe não adoça. Neste caso, os rituais são chamados de mágicos.⁶

Os dois termos, compulsões e rituais, são u-

tilizados praticamente como sinônimos, embora o termo "ritual" possa gerar alguma confusão na medida em que as religiões, de forma geral, adotam comportamentos repetitivos e contagens nas suas práticas: ajoelhar-se três vezes, rezar seis ave-marias, ladainhas. Existem rituais para batizados, casamentos, funerais etc. Além disso, certos costumes culturais, como a cerimônia do chá entre os japoneses, o cachimbo da paz entre os índios, ou um funeral com honras militares, envolvem ritos que lembram as compulsões do TOC; por esse motivo, há certa preferência para o termo "compulsão" quando se fala em TOC.

Entre os sintomas, as compulsões, obsessões, rituais mais comuns apresentados por Cordioli¹, destacaremos aqui os que se apresentam em maior número de casos, e nem sempre são percebidos como patológicos; outros interferem e limita a vida dos portadores; assim cita o autor: “Dentre as obsessões mais comuns, está a preocupação excessiva com sujeira ou contaminação, seguida de rituais de limpeza, evitar tocar em objetos, usar utensílios, frequentar lugares considerados sujos ou contaminados. O conjunto desses comportamentos constitui o sintoma mais comum no TOC”.

Segundo Cordioli⁶, além das compulsões mentais, exemplo: rezar e repetir palavras, frases ou números, as compulsões mais comuns, em geral, envolvem as seguintes tarefas:

- de lavagem ou limpeza;
- verificações ou controle;
- repetições ou confirmações;
- contagens;
- ordenação, arranjo, simetrização, sequência ou alinhamento;
- acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis;
- diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar.

As manifestações ocorrem sob diversas formas, como as relacionadas a seguir:

- lavar as mãos inúmeras vezes ao dia;
- trocar excessivamente de roupa;
- lavar imediatamente as roupas que tenham sido usadas fora de casa (mesmo limpas);

- não encostar roupas usadas nas roupas limpas dentro do guarda-roupa;
 - lavar as mãos imediatamente ao chegar da rua;
 - usar sabão, desinfetante ou detergente de forma excessiva;
 - tomar banhos excessivamente demorados, eventualmente usando álcool;
 - esfregar demasiadamente a pele;
 - evitar sentar em salas de espera de clínicas ou hospitais (principalmente em lugares especializados em câncer ou AIDS);
 - não apertar a mão de desconhecidos ou não beijá-los;
 - não tocar em trincos de portas, corrimãos, tampas de vasos (ou usar um lenço ou papel para tocá-los);
 - não usar toalhas ou lençóis de hotéis;
 - passar o guardanapo nas louças ou talheres do restaurante antes de servir-se;
 - não sentar em bancos de praça ou coletivos;
 - não usar telefones públicos;
 - não cumprimentar determinadas pessoas (mendigos, aidéticos, pessoas com câncer, etc.);
 - não utilizar banheiros em lugares públicos;
 - Evitar pisar no tapete ou piso do banheiro em casa ou no escritório;
 - Não frequentar piscinas coletivas;
 - isolar compartimentos e impedir o acesso dos familiares quando estes chegam da rua sem que tirem os sapatos ou tomem um banho;
 - restringir o contato com sofás (cobri-los com lençóis, não sentar com a roupa da rua ou com o pijama).
 - dúvidas, medo de falhar e necessidade de fazer verificações.
- medo de incêndio por causa de algum eletrodoméstico ligado ou o gás aberto, seguido da necessidade de verificar se os aparelhos ficaram ligados ou não;
 - medo de inundação domiciliar, havendo a necessidade de fechar as torneiras de forma exagerada, ao ponto de quebrá-las, ou de passar a mão por baixo das mesmas, para certificar-se de que está de fato fechada;
 - medo de invasão domiciliar, tendo necessidade de verificar todas as portas e janelas repetidas vezes;
 - medo de extravio de documentos ou de esquecê-los ao sair, de perder as chaves do carro, advindo a necessidade de verificação repetida;
 - medo de roubo de carro e necessidade de testar cada uma das portas, ainda que tenha à vista as trancas acionadas.

A necessidade de verificações torna-se angustiante especialmente na hora de deitar e de sair de casa.⁶

3. O TOC como “neurose de defesa”.

Os primeiros estudos de Freud sobre neurose obsessiva correspondem ao período em que ele utilizava o método hipnótico. Era a época da catarse, quando as teorias analíticas estavam germinando, sob a influência da concepção eminentemente energética da vida psíquica. O conceito de defesa ainda não estava suficientemente elaborado como uma função psíquica estruturalmente integrada. Objetivava tão somente evitar o desprazer e a dor, tentando diminuir as tensões originadas pelas exigências da realidade ou resultantes das recordações de fatos reais. O papel das pulsões ainda não tinha sido considerado em sua plenitude. Isso é o que se pode verificar em "Neuropsicoses de defesa" (1894) e também em "Obsessões e fobias" (1895), escritos conforme uma visão quantitativa da vida psíquica nos moldes do princípio da conservação da energia. Era ainda uma translação do pensamento imperante na física ao mundo da vida psíquica.⁹

Uma das preocupações mais comuns no TOC relaciona-se à possibilidade de falhar e, em consequência, ocorrer algum desastre ou dano. Tal preocupação se manifesta sob a forma de dúvidas, as quais, por sua vez, levam a pessoa a realizar verificações repetidas. Alguns exemplos estão listados no quadro a seguir:

Em janeiro de 1896, em carta a Fliess, escreve Freud com respeito à neurose obsessiva⁹:

Aqui o incidente primário é acompanhado de prazer. Trata-se de incidente ativo (nos meninos), passivo (nas meninas), sem mistura de sofrimento ou de desprazer, o que implica nas meninas, uma idade mais tardia (oito anos aproximadamente). Quando, mais tarde, o incidente volta à memória, ocasiona desprazer, e uma acusação que a pessoa dirige a si mesma, e que é consciente. Tudo se passa, parece, como se todo o complexo psíquico (recordação e acusação) começasse por ser consciente. Mais tarde, os dois são reprimidos sem que nada de novo venha e forma-se no consciente um contra-sintoma, um certo matriz de escrupulosidade.

A repressão pode produzir-se por causa de uma lembrança agradável em si, a qual, quando representada alguns anos mais tarde, dá lugar a uma reação de desprazer, o que teremos de explicar em nossa teoria da sexualidade, mas as coisas podem passar-se de modo diverso. Em todos os casos de neurose obsessiva, sem exceção, pude encontrar um incidente puramente passivo, ocorrido em idade muito precoce, o que não deve ser considerado como um fato acidental.

A modificação da técnica resultante do abandono do hipnotismo em direção ao uso das associações livres enriqueceu consideravelmente o campo de observações clínicas, tornando possível uma estruturação progressiva e mais adequada do conceito de defesa³. O "Homem dos Ratos" constituiu um dos resultados do novo método. Tratava-se de um advogado de 29 anos e meio que sofria impulsos e temores obsessivos desde a primeira infância, com exacerbação grave no período que precedeu o início, em 1907, da análise, que teve a duração de 11 meses. O quadro era marcado por obsessões em que dominava o medo de que algo pudesse suceder a duas pessoas muito queridas: o pai e a mulher amada.⁹

É possível constatar a importância do conflito ambivalente ódio-amor, assinalando Freud que os atos em dois tempos, cuja primeira parte é anulada pela segunda, são típicos da neurose obsessiva. Naturalmente são mal interpretados pelo pensamento consciente dos enfermos, o qual os vincula a uma motivação secundária, racionalizando-os. Seu verdadeiro

significado está, entretanto, na representação do conflito entre dois impulsos antiéticos de aproximadamente igual magnitude, e, que eu saiba - sempre (grifos nossos) da antítese do ódio e amor". Nesse trabalho, Freud já vislumbrara as ligações da neurose obsessiva com a onipotência, a magia, a superstição e a morte³: "os obsessivos temem males que possam ocorrer a pessoas queridas. Na neurose obsessiva, os pensamentos inaceitáveis podem estar presentes na consciência, em razão do isolamento do afeto".⁹

Em Totem e Tabu, Freud⁹ analisa os conceitos de magia e onipotência, mostrando a importância da técnica animista na vida do selvagem, da criança e do neurótico obsessivo:

"O que há de comum, em todos eles, é a tentativa de substituir as leis da vida psíquica, com o objetivo de impor o cumprimento dos pensamentos e desejos humanos. Essa atitude radica na crença de que, através dos exercícios onipotentes da magia, é possível destruir e restaurar".⁹

Segundo Freud, a neurose obsessiva (em alemão: *Zwangsneurose*) emerge de uma causa específica muito semelhante à da histeria:

"Aqui também encontramos um evento sexual precoce, ocorrendo antes da puberdade, cuja lembrança permanece ativa durante ou após aquele período; e os mesmos comentários e argumentos apresentados em conexão com a histeria se aplicarão a minhas observações sobre a outra neurose (seis casos, três dos quais puros). Há apenas uma diferença que parece capital. Na base da etiologia da histeria encontramos um evento de sexualidade passiva, uma experiência à qual se submeteu com indiferença, ou com pequeno grau de aborrecimento ou terror. Na neurose obsessiva, trata-se, por outro lado, de ação à enfermidade orgânica; depois, o de transtorno psicogênico (psicogênese, sociogênese), por oposição à série de transtorno substituíção.⁹

Há casos em que se pode observar como a obsessão é transferida da ideia ou do afeto para a medida protetora; outros nos quais a obsessão oscila periodicamente entre o sintoma do retorno do reprimido e o sintoma da defesa secundária; e ainda outros casos nos quais nenhuma ideia obsessiva é construída, mas, em vez disso, a lembrança reprimida é imediatamente representada pelo que é aparentemente uma medida primária de defesa.⁹

Dessa forma, para Freud o estágio que completa o curso percorrido pela neurose obsessiva é atingido de um salto, seguindo a luta defensiva, sendo observado que casos graves dessa perturbação terminam em atitudes cerimoniais, ou em um quadro de mania de duvidar ou uma vida de excentricidades compatíveis com as fobias.

Interessante é que o sujeito não dá crédito às suas ideias obsessivas, e o que delas deriva, o que encontra explicação no fato de à época da primeira repressão dessas ideias ter-se formado o sintoma defensivo da conscienciosidade, e dele ter se formado a força da obsessão. A certeza de sua vida ter sido uma vida de moral durante todo o período em que a defesa funcionou faz com que ele não consiga acreditar na sua auto-acusação, a que sua ideia obsessiva trata. Apenas transitoriamente, ao aparecer uma nova ideia obsessiva ou, ocasionalmente, em estados melancólicos de exaustão do ego, os sintomas patológicos do retorno do reprimido compelem à crença.^{4,5}

Freud afirma que “o caráter obsessivo das formações psíquicas descrito geralmente nada tem a ver com a crença que se lhes atribua, e que não se deve confundir isso com o fator que é descrito como força ou intensidade de uma ideia”. Para ele a “sua essência é antes a indissolubilidade pela atividade psíquica que é capaz de estar consciente; e esse atributo não sofre nenhuma mudança se a ideia à qual se liga a obsessão é mais forte ou mais fraca, mais ou menos intensamente iluminada ou catexizada com energia”, e assim por diante.^{9,10}

Continuando, “essa invulnerabilidade da ideia obsessiva e de seus derivados tem como causa, entretanto, nada mais que sua conexão com a lembrança reprimida da tenra infância. Se conseguirmos tornar tal conexão consciente - e os métodos psicoterapêuticos parecem poder fazer isso -, também a obsessão está resolvida”.^{9,10,11}

3.1. Neurose.

Ao longo da história, a neurose tem sido vista de diversas maneiras^{9-11,12}. Já foi apon-

tada como desordem do sistema nervoso manifesta, envolvendo partes do corpo ou órgãos como em neurose histérica ou histeria, inicialmente estudada por Josef Breuer.

O termo neurose foi introduzido em 1784 por William Cullen, em seu livro *First Lines in the Practice of Physics*, que considerava as enfermidades como decorrentes de exaltação ou depressão do sistema nervoso. Cullen dividia-as em quatro categorias principais: febres, caquexias, desordens locais e neuroses. Sob essa última denominação, propõe a inclusão de todas as afecções dos sentidos e movimentos que transcorrem sem febre como parte de uma doença primária; além daquelas que não dependem de afecção tópica dos órgãos, e sim de afecção mais geral do sistema nervoso.¹⁰

As transformações sofridas pela noção de neurose no século XIX foram mostrando a heterogeneidade dos quadros envolvidos e conduzindo a uma depuração, que começou por afastar enfermidades com lesão do sistema nervoso (epilepsia, doença de Parkinson, Coreia, etc.), e por incluir certos quadros de obsessão e fobias, ainda classificados como delírios ou psicose.¹²

Em 1885, Régis, professor da disciplina “doenças mentais” em Bordeaux, dividiu os estados de alienação mental em insanidades e degenerações. As insanidades, desordens da função intelectual, incluíam a mania, melancolia, hipocondria e estados delirantes. As degenerações, desordens da constituição intelectual, incluíam as desarmonias, neurastenias, frenastenias, monstruosidades e demências. Os estados obsessivos, compulsivos e fóbicos foram classificados como neurastenias, ao passo que a histeria era incluída entre as insanidades associadas com doenças do sistema nervoso. Segundo Régis, a “insanidade histérica pode mostrar-se sob ataques mais ou menos agudos de mania e melancolia... É, entretanto, mais comum vê-la assumir a forma racional com o desenvolvimento de delírios e terminando em demência”. Este autor seguia, assim, Esquirol ao aceitar a possibilidade de que a histeria pudesse evoluir para a insanidade.¹³

Com os estudos de Charcot (1825-1893) sobre a histeria e os de Janet (1859-1949) sobre a psicastenia, a psiquiatria francesa continuou o refinamento das descrições do que mais tarde Kraepelin chamou de neuroses. O termo psicastenia foi introduzido em 1898 pelo próprio Janet, que lhe definiu a sintomatologia em 1903.^{13,14}

Foi, entretanto, o trabalho de Freud que consolidou de maneira definitiva o conceito de neurose. A preocupação central de Freud era evidenciar a importância das raízes psicogênicas nos diferentes quadros mentais. Essa preocupação levou-o a distinguir as neuroses atuais, cuja etiologia radica numa ausência ou inadequação de vida sexual presente, e as psiconeuroses, onde o conflito psíquico que remonta ao passado constitui o fator determinante.⁹

Em *Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses* Freud⁹ assinala: "fui forçado a começar o trabalho por uma inovação nosográfica, encontrei razão para situar ao lado da histeria a neurose obsessiva (*Zwangsneurose*), como uma desordem autônoma e independente, ainda que a maioria dos autores classifique as obsessões entre as síndromes constituintes da degeneração mental ou as confundam com a neurastenia. Por minha parte, ao examinar o mecanismo psíquico das obsessões, compreendi que estão ligadas à histeria mais com mais proximidade do que se supõe".

O termo neurose permanece difícil de definir. Kurt Schneider pretendeu, sem sucesso, substituí-lo por personalidade psicopática e reação vivencial anormal. Apesar de ser um dos conceitos utilizados com maior frequência pelos psiquiatras, ainda não se conseguiu uma definição satisfatória. Se consultarmos os tratadistas, veremos que as conceituações são de tal modo vagas, que muitos questionam a utilidade de mantê-lo.^{15,16}

Henri Ey⁸ assim define as neuroses como enfermidades que escondem todas as facas de casa, jamais as utilizando, ou simplesmente evitam olhá-las ou aproximar-se delas, que assumiram em medicina, no princípio, o sentido de enfermidade funcional *sine* matéria, em

relação à enfermidade orgânica; depois, o de transtorno psicogênico (psicogênese, sócio-gênese), por oposição à série de transtornos ditos somatogênicos (transtornos orgânicos da patologia lesional). Assim, a neurose como afecção psicogênica foi e é, ainda com frequência, oposta, sob o nome de psiconeurose, às psicoses como afecções orgânicas.

Esta também é a posição exposta por K. Schneider¹⁶, que, mesmo rejeitando o termo neurose, trata-a como reações vivenciais anormais, assinalando nestas a etiologia psíquica, em oposição à causa corporal conhecida ou desconhecida. Disso resulta a compreensibilidade das neuroses, ao passo que nas psicoses só o conteúdo seria compreensível, e não a forma do vivenciar.¹⁵

Há um acordo crescente, refletido na literatura, de que a essência da neurose seja uma vida crônica e consistentemente desordenada, e não um distúrbio mais leve. São características das neuroses: (1) os atos neuróticos são rígidos, repetitivos, inapropriados, e a inadequação não é acompanhada por distúrbio do pensamento e do sentimento, como na esquizofrenia nem das desordens de comportamento associadas com doenças cerebrais; (2) profundas alterações do humor, sem causa demonstrável, são vistas como desordens afetivas do comportamento, quando as alterações são moderadas e podem ser explicadas por acontecimentos anteriores, são habitualmente chamadas de neuroses; (3) os sintomas neuróticos podem ser compreendidos e explicados como consequências de conflitos e tensões de conduta; (4) os sintomas e atos neuróticos não são resultado de patologia orgânica demonstrável, e são mais acessíveis à psicoterapia, aos tratamentos de escolha, do que qualquer outra desordem de comportamento.⁹

Em todas essas tentativas de conceituação há uma tendência a situar a neurose como: (1) um transtorno "menor", que não se concilia com manifestações graves de neurose; (2) compreensível, em contraposição ao incompreensível vivenciar psicótico; (3) sem uma causa orgânica (que se opõe a quadros neuróticos, chamada psicossíndrome endócrina); (4) varia-

ções quantitativas em contraposição às variações qualitativas das psicoses; 5) sensível à psicoterapia, ao passo que as psicoses seriam tributárias da psicofarmacologia.⁹

3.2. Neurose na visão de Sigmund Freud

No que se refere à etiologia das neuroses, a teoria deve reconhecer que há diferentes causas, sendo elas diferentes entre si tanto em importância como no modo pelo qual se relacionam ao efeito que produz. Essas causas podem ser agrupadas em três classes: (1) condições indispensáveis para produzir a perturbação referente, mas que são de caráter geral e igualmente encontráveis na etiologia de muitas outras perturbações; (2) causas concorrentes, que compartilham o caráter das condições, desde que funcionam na causação de outras perturbações tanto quanto na da perturbação em questão, mas que não são indispensáveis para a produção desta última; e (3) causas específicas, que são indispensáveis como as condições, sendo, porém de natureza limitada, pois aparecem apenas na etiologia da perturbação de que são específicas.⁹

Na patogênese das neuroses maiores, a hereditariedade preenche o papel de uma condição, poderosa em todos os casos e mesmo indispensável na maioria deles. No entanto, a hereditariedade nada seria sem a colaboração das causas específicas. A importância da disposição hereditária é provada pelo fato de que as mesmas causas específicas, atuantes em um indivíduo saudável, não produzem nenhum efeito patológico manifesto, ao passo que em uma pessoa predisposta sua ação causa a emergência da neurose cujo desenvolvimento será proporcional em intensidade e extensão ao grau da condição da hereditariedade. Assim, a ação deste fator é compatível a de um multiplicador em um circuito elétrico, multiplicador que exagera o desvio visível da agulha, mas que não pode determinar sua direção.⁹

Há ainda uma outra coisa a ser notada nas relações entre a condição da hereditariedade e as causas específicas das neuroses. A experiência mostra que não se deve negligenciar

as quantidades relativas, por assim dizer, das influências etiológicas. Mas, estaremos simplesmente defrontando casos extremos esperados, se encontrarmos casos de neurose nos quais procuraremos inutilmente qualquer grau apreciável de disposição hereditária, desde que o que esteja faltando seja suprido por uma poderosa influência específica.¹¹

Como causas concorrentes (ou auxiliares) das neuroses, podem ser numerados todos os agentes banais, encontrados em qualquer outra parte: distúrbio emocional, exaustão física, doenças graves, intoxicações, acidentes traumáticos, sobrecarga intelectual etc. Mas, nenhum destes, nem mesmo o último, integram a etiologia das neuroses. A declaração de Beard de que a neurastenia é fruto de nossa moderna civilização tem encontrado muitos seguidores; entretanto, Freud achou impossível aceitar essa concepção, e ele afirma que “um laborioso estudo das neuroses me ensinou que a etiologia específica das neuroses escapou à observação de Beard”.⁹

“As causas concorrentes banais podem também substituir a etiologia específica no que toca à quantidade, mas nunca podem ocupar inteiramente seu lugar. Há numerosos casos nos quais todas as influências etiológicas são representadas pela condição da hereditariedade e pela causa específica, estando ausentes as causas banais. Em outros casos os fatores etiológicos indispensáveis não são por si mesmos suficientes em quantidade para acarretarem a eclosão de neurose; um estado de aparente saúde pode ser mantido por muito tempo, embora haja, na realidade, um estado de predisposição à neurose. É, pois, suficiente que uma causa banal entre em ação para que a neurose se torne manifesta. Deve-se, porém, indicar claramente que, nessas condições, a natureza da causa banal que advenha é absolutamente indiferente - seja uma emoção, um trauma, uma doença infecciosa ou qualquer outra coisa. O efeito patológico não será modificado de acordo com essa variação; a natureza da neurose será dominada pela causa específica preexistente”.⁹

Freud⁴ enfatiza na etiologia das neuroses a hereditariedade e também deixou claro, que o quadro neurótico se estabelece como as demais patologias, orgânicas ou mentais, isto é, existindo uma pré-disposição, fator mantenedor e fator perpetuante, da doença e da sintomatologia específica.

Quanto às causas sexuais na etiologia das neuroses S. Freud comenta:

No que concerne à segunda classe das neuroses maiores, a histeria e a neurose obsessiva, a solução do problema etiológico é de surpreendente simplicidade e uniformidade. Devo meus resultados a um novo método de psicanálise, o procedimento exploratório de Josef Breuer, que é um pouco intrincado, mas insubstituível, tão fértil se tem mostrado ao lançar luz sobre os obscuros caminhos da ideia inconsciente. Através desse procedimento - este não é o lugar de descrevê-lo - os sintomas histéricos são rastreados até sua origem, sempre encontrada em algum ponto da vida sexual do sujeito, apropriado para a produção de uma emoção aflitiva. Percorrendo retrospectivamente o passado do paciente, passo a passo, e sempre guiado pelo encadeamento orgânico dos sintomas e das lembranças e pensamentos despertados, atingi finalmente o ponto de partida do processo patológico; e fui obrigado a verificar que, no fundo, a mesma coisa estava presente em todos os casos submetidos à análise - a ação de um agente que deve ser aceito como causa específica. Esse agente é, na verdade, uma lembrança relacionada à vida sexual, mas que apresenta duas características de primeira importância. O evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é uma experiência precoce de relações sexuais com uma real excitação dos genitais, resultante de abuso sexual cometido por uma outra pessoa; e o período da vida no qual ocorre esse fatal evento é a infância - até a idade de 8 ou 10 anos, antes que a criança tenha atingido a maturidade sexual. Uma experiência sexual passiva antes da puberdade: eis, então a etiologia específica da histeria.⁹

4. Hipnose clínica.

O estado de hipnose está presente nas múltiplas formas possíveis de transe, isto é, de estados alterados de consciência, alguns dos quais fazem parte da vida cotidiana, sem maior

estranheza para quem os experimenta. Dentre os mais comuns estão o alheamento de quem está absorto em leitura, a ponto de não ouvir e nem ver o que se passa ao redor; o desportista que não percebe ter-se ferido numa competição; o expectador enlevado por uma exibição artística.^{17,18}

O valioso é que, no sujeito aquiescente e predisposto, a hipnose pode ser induzida por uma intervenção externa propositada e que pode ser inestimável, enquanto veículo de processos psíquicos, que podem modificar outros estados alterados de consciência em casos patológicos. Todos os fenômenos anímicos subjacentes às ocorrências espontâneas acima citadas são perfeitamente reduplicáveis, artificialmente, pelo hipnotismo, ao menos em alguns indivíduos. Neles predominam automatismos alheios à lógica do pensamento vigil costumeiro, que é provido da atenção, do juízo e do raciocínio, que conduzem os atos voluntários. Neste caso, a percepção se torna falseada e perde em objetividade.¹⁸

Nas condições da hipnose, intensifica-se a ação da mente sobre o corpo e a influência das representações psíquicas sobre o somático, quase de um extremo a outro, na densidade dos efeitos. Pode-se provocar desde o desaparecimento, pelo menos momentâneo, de um sintoma, como a dor, como seu inverso, isto é, a exasperação do mal-estar. Pode-se dizer ao sujeito que ele é incapaz de mover o braço, ou o oposto, fazer esse membro agir, aparentemente alheio à vontade do dono. Pode-se gerar, com igual desembaraço no domínio das percepções sensoriais, quer seja alucinação positiva (imaginar uma bela paisagem no vazio, escutar melodia enternecedora) ou a alucinação negativa (não enxergar tal ou qual pessoa ou objeto presente, não ouvir o que alguém diz). Ambas as vivências são providas de qualidades oníricas, isto é, à guisa de sonho, e experimentadas como reais. A submissão hipnótica tem laivos da redutibilidade da criança ante os pais.^{18,19}

A importância da hipnose na clínica é, por um lado, ampliar o campo da consciência, como se verifica na recordação facilitada do “es-

quecido”, e por outro lado, reduzir aquele mesmo território, pela atenção focal sobre aspectos singulares, com exclusão de outros, normalmente presentes, mas indesejáveis.^{17,19}

Em vários pontos de sua obra, Sigmund Freud, insere pronunciamentos sobre os méritos que atribui à hipnose, cuja importância, declara ele, poderia ser sobre-estimada, seja pelas contribuições que deu ao conhecimento e ao estudo do psiquismo, seja pela eficácia que tem como instrumento de cura.⁹

4.1. Hipnose como psicoterapia nas neuroses.

Método Catártico. O método psicoterapêutico específico que Freud empregou e descreve como psicanálise é feito do que se conhecia como método catártico e foi por ele estudado em colaboração com Josef Breuer em seus "Estudos sobre a Histeria" (1895). Essa terapia catártica foi descoberta de Breuer, utilizada por ele, pela primeira vez, cerca de dez anos antes no tratamento coroado de êxito de uma paciente histérica, no discurso do qual obteve a compreensão interna (insight) da patogênese dos seus sintomas. Como decorrência de uma sugestão pessoal de Breuer, Freud reviveu esse processo e testou-o em considerável número de pacientes.^{3,4}

Esse método pressupunha que o paciente poderia ser hipnotizado, e se baseava no alargamento da consciência que ocorre sob a hipnose. Seu objetivo era a remoção dos sintomas psicológicos, e conseguia - se isso induzindo o paciente a retornar estado psíquico no qual o sintoma surgira pela primeira vez. Uma vez tal realizado, emergiam na mente do paciente hipnotizado, lembranças, pensamentos e impulsos que anteriormente haviam sido excluídos de sua consciência; e, tão logo comunicasse ele seus fatos ao médico, acompanhados de intensas expressões de emoção, o sintoma era superado e impedido o seu reaparecimento. Essa experiência, que podia ser repetida regularmente, foi utilizada pelos autores em seu trabalho para indicar que o sintoma era superado e impedido o seu reaparecimento.

Essa experiência, que podia ser repetida regularmente, foi utilizada pelos autores em seu trabalho conjunto para indicar que o sintoma assume o lugar de processos suprimidos que não alcançaram a consciência, isto é, que ele representa uma transformação (conversão) desses processos. Explicavam a eficácia terapêutica do seu tratamento como devida à descarga do que anteriormente fora, por assim dizer, um sentimento "estrangulado" aderente aos atos mentais suprimidos (abreção). Mas na prática o simples esboço esquemático do processo terapêutico era quase sempre complicado pela circunstância de não constituir impressão (traumática) "isolada", mas assim, na maioria dos casos, uma série de impressões - não facilmente apreendidas - que haviam participado na criação do sintoma.¹⁸

A principal característica do método catártico, em contraste com os outros métodos empregados em psicoterapia, consiste no fato de sua eficácia terapêutica na residir numa sugestão proibitiva pelo médico. A suposição é antes que os sintomas desapareçam automaticamente tão logo o processo, baseado em certas hipóteses concernentes ao mecanismo psíquico, consiga desviar o curso dos processos mentais do seu canal anterior, que encontrava escoamento na formação do sintoma.^{17,19}

As modificações que Freud introduziu no método de tratamento catártico de Breuer foram, de início, modificações de técnica, estas, contudo, levaram a novos achados e finalmente necessitaram de uma concepção diferente, embora não contraditória, do processo terapêutico.¹⁸

4.2. Hipnose como psicoterapia no TOC.

A hipnose clínica tem sido considerada no tratamento do TOC com uma nova abordagem, dentro da visão cognitivo comportamental²⁰ e ericksoniana²¹.

Os trabalhos de Milton Erickson²¹ mostram que o estado de intensa absorção mental e atenção esteja funcionalmente relacionados ao aprendizado e mudança de comportamento.

Em seu artigo de 2007, Frederick²⁰ fornece uma introdução à complexidade das questões

envolvidas no tratamento do TOC e discorre sobre as possibilidades e os obstáculos inerentes para formação de uma base de evidências para o uso de psicoterapias de hipnose nesse tratamento.

Shenefelt²² observou que a hipnose aliviou com sucesso o aspecto comportamental da *acne excoriée* (um subconjunto de escoriação psicogênica ou neurótica) em uma mulher grávida que tinha lesões de acne no rosto de 15 anos. *Acne excoriée*. O tratamento antibiótico tópico convencional foi usado para tratar a acne, e comparado com outros tratamentos para este tipo de acne sem complicações, a hipnose foi relativamente breve e econômica e não tóxico na gravidez.

Na tricotilomania que é vista como uma das doenças do espectro obsessivo-compulsivo, observada em maior incidência de TOC comórbido, as opções atuais de tratamento incluem uma variedade de medicamentos, especialmente os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, a técnica comportamental da reversão do hábito e a hipnose²³.

7. Conclusão.

A vivência psicoterapêutica ao longo dos anos, e a literatura ratificaram o pressuposto inicial de que me conduziu a escolha de escrever sobre o presente tema. Ou seja, observei que o TOC com todas as suas implicações de origem tem na combinação da hipnose um método catártico da psicanálise e na terapia cognitivo-comportamental, excelentes aliados para um tratamento satisfatório.

A hipnose nos seus diversos graus de transe age diminuindo as defesas e as resistências, propiciando o conhecimento das causas através de uma investigação ou regressão a situações traumáticas que precipitou o quadro patológico e a estruturação dos sintomas.

A partir desses fatos, é possível trabalhar para re-significação e modificação da estrutura psicológica anteriormente conflituada. Inicialmente, reduzindo-se a ansiedade e a angústia, revivendo situações que envolviam o trauma inicial e conseqüente tratamento com as diver-

sas técnicas e exercícios que a hipnose nos fornece, aliados à abordagem psicanalítica e cognitivo-comportamental, e remodelando, assim, a estrutura patológica que tantos limites impõe aos seus portadores.

Referências.

1. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int. J. Eating Dis.* 2002; 31:284-289.
2. Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, Crow S, Fichter MM, Kaplan AS, Bulik CM. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int. J. Eating Dis.* 2005; 38:371-374.
3. Eisen JL, Rasmussen SA. Coexisting obsessive compulsive disorder and alcoholism. *J. Clin. Psych.* 1989; 50:96-98.
4. Grant B, Hasin DS, Chou S, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch. Gen. Psych.* 2004; 61:1107-1115.
5. Friedman I, Dar R, Shilony E. Compulsivity and obsessionality in opioid addiction. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000; 188:155-162.
6. Cordioli AV. Vencendo o Transtorno obsessivo-compulsivo. Manual da Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes e Terapeutas- Porto Alegre: Artmed, 2004, pp. 17,18, 21.
7. Schneider, K. *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton. 1959.
8. Ey H. Théoricien de la conscience. *Actualité d'une œuvre historique. Psych. Française* 1996; 1:33-46.
9. Freud S. *Obras Completas: vol. III* pp. 169-172,178, 179,257,258.
10. Knoff WF. A history of the concept of neurosis, with a memoir of William Cullen. *Am J Psychiatry* 1970; 127:80-84.
11. Zimerman DE. *Fundamentos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
12. Nunes EP. *Obsessão e Delírio: neurose e psicose*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 1976, pp. 59-62.
13. Huertas R. Between doctrine and clinical practice: nosography and semiology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772–1840). *Hist. Psych.* 2008; 19:123-140.
14. Pinto Junior RA. A invenção da histeria. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro 2009; 16: 819-822.
15. Bittencourt MIGF. Conceito de psicopatia: elementos para uma definição. *Arq. Bras. Psic.* 1981; 33: 20-34.

16. Augusto de Sá, A. Personalidades psicopáticas: sofrem ou fazem sofrer. *Justitia* (São Paulo) 1995; 57(170):31-39.
17. Cortez CM, Oliveira CR. A prática da hipnose e a Ética Médica. *Bioética* 2003; 11:65-92.
18. Edelweiss LM. Com Freud e a Psicanálise de volta à Hipnose. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.
19. Gruzelier J. A working model of the neurophysiology of hypnosis: a review of evidence. *Contemp. Hypn.* 1998; 15:3-21.
20. Frederick C. Hypnotically facilitated treatment of obsessive-compulsive disorder: can it be evidence-based? *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2007; 55:189-206.
21. Rossi E, Erickson-Klein R, Rossi K. Novel activity-dependent approaches to therapeutic hypnosis and psychotherapy: the general waking trance. *Am. J. Clin. Hypn.* 2008; 51:185-200.
22. Shenefelt PD. Using hypnosis to facilitate resolution of psychogenic excoriations in acne excoriée. *Am. J. Clin. Hypn.* 2004; 46(3):239-245.
23. Christenson GA, Crow SJ. The characterization and treatment of trichotillomania. *J. Clin. Psychiatry.* 1996; 57:42-47.