

---

## O ensino da clínica psicopatológica: o caso da sessão clínica

Ademir Pacelli Ferreira  
Vitor Mello Netto

---

*Analisa-se a importância da sessão clínica (SC) na prática ensino-aprendizagem de psiquiatria e psicopatologia. Trata-se de elaboração em coautoria com o residente de psiquiatria que apresentou o caso na SC. Descrevem-se os procedimentos e as normas de apresentação da SC e ilustrada pelo caso em sua forma de apresentação. Destaca-se, finalmente, a riqueza da SC ao apontar para os desdobramentos suscitados pelas controvérsias e divergências presentes na discussão da psicopatologia, diagnóstico e terapêutica.*

**Palavras-chave:** Sessão clínica, ensino, psicopatologia, psicanálise

---

---

## Introdução

De longa tradição, a modalidade chamada sessão clínica (SC) tem importante função na formação do clínico. Sua metodologia reproduz o caminho indicado pela hermenêutica médica, em que a apresentação do caso clínico é elaborada a partir dos procedimentos do encontro médico/paciente, incluindo a entrevista, a anamnese, os exames psíquico e psicopatológico, a súmula psicopatológica, a hipótese diagnóstica, a observação clínica e o diagnóstico final. Este é apresentado em sua dimensão sindrômica, nosológica e diferencial.

A SC carrega um valor iniciático, nela o especializando deverá provar a sua competência através da *sabatinação* que se segue a sua apresentação formal. Além da apresentação verbal, o texto escrito é distribuído aos presentes. No segundo momento, passa-se à discussão do caso, quando os presentes – especializando, professores e equipe técnica – fazem as suas intervenções através do questionamento sobre a metodologia utilizada, a avaliação e discordância em relação aos achados psicopatológicos, a exigência de rigor conceitual e sobre as referências teóricas. Dessa forma, é o momento do especializando provar a sua habilidade e perícia na arte e no domínio da metodologia clínica (relação terapêutica, prescrição medicamentosa, observação clínica), além de seu domínio da psicopatologia e da nosologia.

Apesar de sua tradição na formação médica, a SC amplia a sua função de ensino ao abrir-se para outros especializando, que se beneficiam dessas possibilidades de discussão da clínica diária. A formação em psiquiatria, como nas outras especialidades médicas, é adquirida através do percurso desenvolvido em pós-graduação *lato*

*sensu*, ou seja, principalmente através da modalidade de residência em instituição especializada.

Este trabalho segue a linhagem que propõe retomar o ensino e a pesquisa em psicopatologia, para contrapor a corrente mais dominante da psiquiatria atual, que busca o referencial das neurociências, cujo enfoque biologista reduz a importância do estudo e do valor da psicopatologia. Optamos por apresentar o momento da sessão clínica e seus desdobramentos como modalidade de ensino, reservando as elaborações decorrentes deste caso, em que estabelecemos uma discussão a partir do cotejamento dos paradigmas das neurociências com os paradigmas da psiquiatria tradicional e da psicanálise, para um outro artigo.

### **O momento da SC: expectativa e apreensão**

Este momento é bem diferente da chamada apresentação de pacientes (AP) dirigida por um professor com o objetivo de fazer desfilar em cena os sintomas ensinados nos livros, para que os alunos os visualizem e os escutem. Experiência esta geralmente constrangedora para os alunos de medicina, que não sabem o que vai acontecer. O mal-estar surge frente à estranheza das manifestações da loucura e à sensação de estar numa cena em que alguém é exibido para outros. Um ensino dito *empírico – ter contato com o paciente* – bastante questionável como, além de outros autores, já tivemos a oportunidade de analisar (Ferreira, 2002). O aperfeiçoamento ou a fundação do método de apresentação de pacientes é atribuído a Falret (Sauvagnat, 2004), que contrapunha veementemente a prática descritiva de então, em que, como afirmava, o médico se colocava como *secretário do alienado, estenógrafo das suas palavras ou narrador das suas ações* (apud Sauvagnat, 2004). Seu método propunha a observação ativa, que deveria impulsionar certos mecanismos e tornar perceptíveis *perturbações escondidas*. Proposição esta que Clèrambault explorou ao máximo com seu método de apresentação de paciente no início do século XX.

Voltando à SC, a maior apreensão experimentada na apresentação é a do propositositor. Geralmente sua preocupação é decorrente da expectativa da forma como o seu trabalho será recebido pelos professores, principalmente se não recebeu boa supervisão do atendimento e uma orientação correta na elaboração do caso. Os colegas geralmente são solidários e encorajadores, procurando não confrontar o apresentador, pois também passarão pela situação. Saber apresentar a anamnese, a história da doença, o exame psíquico, as minúcias da diferenciação semiológica, a súmula psicopatológica, a hipótese diagnóstica e a prescrição de forma correta exige habilidade clínica, capacidade de abordar o paciente, domínio da

psicopatologia geral e conhecimento da nosologia e nosografia das doenças mentais. Se for bem-sucedido em ordenar e sintetizar esses elementos, terá mais chance de chegar às hipóteses diagnósticas corretamente ao estabelecer as relações entre semiologia, etiologia e patogenia.

Na Unidade de ensino observada, a participação é aberta a todos os professores, técnicos e especializandos. Mas apesar de ser menos formal do que em outras instituições, esse acontecimento tem algo de cerimonial, o que indica a sua importância no ensino médico. A apresentação é programada com antecedência, ou seja, o especializando escolhe, organiza e elabora o caso por ele atendido com a orientação de seu supervisor. O caso clínico é resultante da organização e elaboração dos dados produzidos através da abordagem do paciente com fins de seu tratamento. Inicia-se descrevendo o primeiro contato com o paciente em que se busca avaliar o motivo da consulta ou da internação, a história da doença atual, a história pregressa da doença, o levantamento da anamnese, história familiar e social, o exame psíquico e psicopatológico. Finalmente elabora-se a súmula psicopatológica e as hipóteses diagnósticas, que são apresentadas em três dimensões: sindrômica, nosológica e diferencial.

Acrescentam-se ainda as observações clínicas feitas durante a internação e através do acompanhamento terapêutico: intervenções e seus efeitos, observações e contribuições de outros profissionais, interações desenvolvidas pelo paciente, observações sobre a medicação e seus efeitos, além dos resultados de exames complementares solicitados.

Para ilustrar tal modalidade de intervenção, vamos passar ao caso escolhido. A escolha levou em conta o fato de que esta apresentação foi considerada um exemplo modelar de elaboração de caso, sendo bastante elogiada e bem avaliada pelos professores. Em sua exposição oral, escrita e argumentativa, o especializando demonstrou capacidade de discernir os passos metodológicos, qualidade empática na aproximação com o paciente, competência para manter o atendimento psicoterápico, habilidade no manejo da prescrição e do ajustamento dos psicofármacos, além de conseguir descrever com acuidade os relatos das queixas, experiências e vivências trazidas pelo paciente.

### **Provando habilidades e perícia: o momento do especializando**

Após distribuir o caso impresso para todos os participantes, o especializando ou residente apresenta o caso por ele escrito e os participantes acompanham a leitura seguindo o texto e registrando os pontos a comentar, discordar, sugerir e

perguntar. Transcrevemos a seguir a apresentação escrita do caso para uma primeira abordagem da SC. Apesar da síntese, procuramos manter a forma e os detalhes da apresentação para caracterizar o modelo e a metodologia utilizada. Como já assinalamos, este caso revela o empenho especial do residente de psiquiatria, Vitor Mello Netto e indica a sua capacidade especial de escuta, além de revelar um estilo próprio que pode ser apreendido na excelente descrição do caso.

*Entrando na sessão clínica: a narrativa do caso*

*Identificação:* R.S., 22 anos, masculino, solteiro (vida conjugal há dois anos), atendente de videolocadora, ensino médio completo, natural da região oeste do Rio de Janeiro.

*Motivo do atendimento:* veio encaminhado de outra unidade de saúde para “atendimento psiquiátrico”.

*Queixa principal:* “Não aguento mais pensar nisso”.

*História da doença atual*

R.S. conta que seu quadro atual teve início há nove anos. Estava então com 13 anos. Passava um fim de semana na casa de um tio paterno, quando ouviu deste uma proposta: “Vamos fazer uma mudança?”. Era sábado, ele se lembra de estar dentro de uma Kombi (durante a mudança), quando de repente começou a sentir uma grande angústia, que o levou a perguntar-se: “O que estou fazendo neste mundo?”. Conta que no domingo, já de volta a sua casa, sentia-se melhor. Após cerca de dois dias, “a angústia voltou”, novamente acompanhada de sensação de estranheza e de perguntas tais como “O que estou fazendo nesse mundo?”. O mal-estar aumentou nos dias subsequentes. No domingo seguinte, como a angústia o incomodava muito, resolveu sair de bicicleta pelas ruas do bairro. Enquanto passava de bicicleta por uma rua, viu um colega atravessando-a acompanhado de sua mãe. Nesse momento, R.S. “percebeu” que o menino via a mãe e a mãe via o menino, mas o menino não podia ver-se como a mãe o via, nem ela podia ter a visão que o filho tinha dela. *Cada um não vê a si mesmo, só ao outro.* Essa ideia passou a representar a fonte de seu desassossego. A partir de então, passou a ter esse pensamento constantemente a importuná-lo, e diz que sua vida “nunca mais foi a mesma”.

Contou o que se passava para a sua avó materna. Ela o levou a um neurologista, membro da mesma igreja frequentada pela família. O neurologista receitou-lhe clonazepam e recomendou que fosse levado a um psiquiatra. Como foi

melhorando aos poucos, terminou por não ir ao psiquiatra e interrompeu o uso da medicação. Nessa época, com 14 anos, realizou EEG, sugestivo de “*imaturidade da bioeletrogênese cerebral*”.

Passou os quatro anos seguintes com esse pensamento sempre presente. Perguntava-se por que alguém tem uma visão que outro não pode ter, mas diz que isso não o incomodava, nem vinha acompanhado de angústia. Em suas palavras, levava uma vida normal. Aos 17 anos, apresentou nova “crise”, dessa vez de início menos abrupto. Começou sentindo uma “angústia física”. Diz que “ouvia as palavras, mas não as entendia”. As palavras o angustiavam. Ouvia, lia ou pensava em uma palavra, e essa palavra era repetida em pensamento indefinidamente, até o ponto em que ele não compreendia o seu significado. Cita como exemplo as palavras “pensamento”, “que” e “porque”. Às vezes, ouvir determinadas palavras já lhe causava sofrimento. Os substantivos abstratos, pronomes (“palavras abstratas”) causavam-lhe maior incômodo que os substantivos concretos (“palavras concretas”). Foi levado por sua avó ao mesmo neurologista, que novamente o encaminhou ao psiquiatra. Foi atendido em poucas sessões, e fez uso de medicações das quais não se lembra.

Passou quatro anos sem sintomas acentuados. Mas em setembro de 2004 voltou a apresentar nova “crise”. Após um início com uma forte sensação corporal de angústia, voltou a ficar enormemente incomodado com o “olhar”, como das vezes anteriores, sem conseguir parar de pensar no assunto. Simultaneamente, apresentava dificuldade em captar o significado das palavras, como nas vivências relatadas anteriormente. Além disso, passou a perceber que as suas lembranças são quase exclusivamente visuais. Quando se recorda de uma situação vivida, ele próprio não se inclui na lembrança. “É como se minha memória fosse uma imagem de TV e eu sou só um espectador.” Foi medicado, uma droga injetável que não soube precisar e bromazepam, logo substituído por clorpromazina e esta por cloxazolam. Usou outras medicações de que não se lembra. Um mês depois do início desse tratamento, procurou outra psiquiatra, que lhe prescreveu clonazepam, imipramina e levomepromazina, o que o fez passar uma semana dormindo. Quando acordou, já não se incomodava com o significado das palavras, mas ainda não conseguia parar de pensar e inquietar-se com o olhar, o seu e o dos outros. Há cerca de duas semanas não tem consultas, desde que sua psiquiatra saiu do hospital onde era atendido, e veio a este serviço. Encontra-se em uso de imipramina, 125 mg/dia e clonazepam 4 mg/dia.

História pessoal – *Relatada pelo próprio paciente*

Sua avó materna, natural de Fortaleza (CE), teve 12 filhos (a mãe de R.S. é a terceira). Após uma briga com o marido, quando todos os filhos já eram “crescidos”, separou-se dele e veio para o Rio de Janeiro com sua mãe (bisavó de R.S.) e alguns filhos, dentre os quais a mãe de R.S. Estabeleceram-se na zona oeste da cidade, onde já moravam dois filhos que haviam emigrado anteriormente. Os demais vieram depois. R.S. não conheceu seu avô materno.

Os pais de R.S. conheceram-se na região de moradia, onde seu pai nasceu e sempre viveu, casaram-se e foram morar numa casa ao lado da matriarca. R.S. é o único filho desse casal. Ele sabe que a mãe não queria ter filhos e que foi seu pai quem insistiu para que ela engravidasse. Ele ouvia a mãe falar isso para o seu pai durante as brigas do casal (ouvia a mãe gritar, “eu não queria ter filho!”). Fala que, depois que ele nasceu, sua mãe passou a tomar remédio para não engravidar. Nasceu de parto transvaginal a fórceps, quando sua mãe tinha pouco mais de 30 anos. Conta que ela o amamentou, mas não sabe durante quanto tempo. Diz que falou e andou “cedo”. Acha que sua mãe não trabalhava, pois se lembra de ficar em casa com ela. A avó era quem cuidava dele quando ele adoecia (a mãe não o levava ao médico, por “medo”), e era ela quem intervinha quando o pai lhe batia (recorda-se de apanhar nas pernas com um galho de goiabeira quando fazia “algo errado”). Descreve a mãe como “perturbada”, “muito nervosa”, ansiosa com as situações mais banais. Brigava com o marido quando este bebia. Mas não se recorda do pai bêbado, acha que ele “não bebia muito”.

A família morava numa casa de dois cômodos, cada um deles dividido em dois, formando uma composição de sala, banheiro, quarto e cozinha. Pai, mãe e filho dormiam no mesmo quarto. Saíam para passear em família, iam ao parque, visitavam parentes. Lembra-se de ter “curtido” a Copa do Mundo de 1990 com o pai (lembra-se de que foi uma copa, mas demora a concluir que foi a de 1990). Lembra-se do pai abraçá-lo e de comemorarem “o gol” da seleção brasileira. Logo após a Copa, o pai passou a ficar “deitado no sofá o dia todo”, era “depressivo”.

O pai tentou o suicídio três vezes. Nas primeiras tentativas, sua mãe chamou seus tios paternos e mostrou-lhes a corda com a qual ele tentara enforcarse. Eles tentavam estimulá-lo e encorajá-lo, mas sem sucesso. Lembra-se de o pai dizer que havia formigas pelo corpo; e não saía do sofá. Seus tios quiseram levá-lo ao médico, para interná-lo, mas sua mãe (“uma mulher ignorante, nordestina”) não deixou, ofendeu-se e cortou relações com os cunhados. R tinha sete anos. No dia 6 de setembro daquele ano, o dia mal amanhecia e a avó do paciente chamou a filha através da janela basculante que comunica as duas casas, para avisá-la de que era hora de o pai de R.S. levantar para ir trabalhar. Ela foi à sala,

viu o sofá vazio e concluiu que o marido já havia saído. R.S., entretanto, reparou que a porta da sala estava trancada por dentro. Foi ao banheiro, viu que a porta que dava para o quintal estava aberta e saiu. O dia ainda não clareara. Viu o corpo do pai pendurado, chamou “Pai?”, e em seguida voltou para dentro de casa chorando e chamando a mãe, gritando que seu pai havia se matado. A casa encheu de vizinhos e parentes. R.S. lembra-se de ver a mãe desesperada. Foi levado para a casa de uma vizinha e ficou assistindo a filmes na TV. Conta que sofreu “na hora”, mas que se recuperou rapidamente e “sempre levou uma vida normal”.

R.S. relata que sempre teve bom aproveitamento nos estudos, exceto nos períodos de “crise”. No ano anterior se sentia bem e dedicou-se aos estudos para prestar vestibular para geografia. Sua avó, que estava com câncer, faleceu no final desse ano. Conta que estava sofrendo tanto com seu próprio problema que nem conseguiu sofrer e chorar muito pela avó. Perdeu a segunda fase do vestibular, pois não conseguiu concentrar-se para fazer as provas. R.S. é reservado ao falar de sua vida pessoal. Diz que sempre teve amigos, mas “não muitos”. O namoro com a sua atual companheira começou aos 16 anos. Há dois anos, ela foi morar em sua casa, e há duas semanas estão morando sozinhos. Trabalha em uma videolocadora de um amigo. Já praticou tae kwon do, toca guitarra em uma banda, mas tem tido dificuldades para comparecer aos ensaios e para praticar em casa, pois não consegue realizar adequadamente suas tarefas do dia a dia.

## Exame psíquico

### 1. Entrevista psiquiátrica

O paciente é chamado para o atendimento na *Sala de acolhida* do ambulatório, é apresentado à equipe e responde educadamente aos cumprimentos. Veste roupas próprias em alinhio e informa corretamente os dados pessoais, assim como o local em que se encontra, a data e o motivo de sua presença ali. Tem uma expressão tensa, de sofrimento agudo, a fronte corrugada, e afunda a cabeça entre as mãos com frequência.

Embora apresente boa capacidade de abstração e compreenda as perguntas com facilidade, demonstra dificuldade em transmitir sua experiência em palavras. Quando fala de sua queixa principal, por vezes deixa sentenças incompletas, interrompe uma frase com alguma gíria, mas termina por fazer-se compreender, embora aborde o assunto de forma superficial. Diz que seu problema é não aceitar que alguém possa olhar para outro e não ver a si mesmo como o outro o vê. Explica da seguinte forma: “Você está me vendo agora, e eu estou te vendo. Mas

você não se vê, não tem a visão que eu tenho de você. E eu, por minha vez, também não me vejo como você me vê. Só que isso não te incomoda, e eu – eu quase morro de angústia por causa disso”. O mesmo acontece quando observa duas pessoas se olhando. Diz que quando for tentar se lembrar da cena deste exame, vai lembrar-se das pessoas presentes, mas não será capaz de “ver-se” em sua memória.

Solicitado a falar de sua vida, diz que tem uma coisa, *sem importância*, mas que “os psiquiatras e psicólogos acham importante”, mas para ele “isso não tem importância”. Descrever, então, a cena em que viu o corpo do pai quando ele cometeu suicídio. Não fala de outros fatos da sua infância, a não ser com alguma insistência do entrevistador. Parece não demonstrar aproximação afetiva com os fatos descritos. Nega alucinações e não apresenta atitude alucinatória. Diz que as “crises” começam sempre com um mal-estar somático, “na barriga, no peito”. “É como ir ao chuveiro e tomar banho quente, mas sair tremendo.” Relata que às vezes precisa olhar-se no espelho para se certificar de que está “ali”, e por vezes evita o espelho, pois não se reconhece na imagem (“parece ser outra pessoa, que tem outra vida, outra história”). Espera melhorar e promete seguir as orientações médicas rigorosamente.

### Exame psicopatológico<sup>1</sup>

*Súmula:* Aparência cuidada, com atitude cooperativa; consciência clara; globalmente orientado; euprosexico; sem alteração da memória de fixação e de evocação; sensopercepção sem alterações; normobúlico e hipopragmático; forma e curso do pensamento sem alterações, conteúdo com ideias obsessivas; linguagem sem alterações; consciência do eu preservada, apenas com vivências momentâneas de despersonalização e desrealização; inteligência aparentemente dentro da média; afetividade, humor ansioso e afeto modulável, mas com ligeiro distanciamento; psicomotricidade sem alterações; noção de morbidade presente e mímica tensa, apresentando fâcies de sofrimento intenso.

#### *Hipótese diagnóstica*

- Síndromica: transtorno obsessivo-compulsivo;

1. Nesse procedimento, a partir do exame psíquico procura-se avaliar os sinais de alteração das funções psíquicas. Emprega-se para isso o corpo de conhecimento da psicopatologia geral, derivando daí a súmula psicopatológica.

- Nosológica: Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de ideias obsessivas
- Diferencial: Esquizofrenia e Síndrome de despersonalização primária.

### *Conduta ou programa terapêutico*

O paciente foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial (psicoterapia e medicação). Foi suspensa a imipramina. Deu-se início ao uso da clomipramina, 75 mg, 12h/12h, mantendo-se o clonazepam 4 mg/dia.

*Evolução no atendimento ambulatorial* – dois meses e meio em intervalos semanais.

Nas sessões iniciais trouxe as mesmas queixas, encontrando-se muito ansioso. Todos pensam que seu problema tem a ver com o suicídio do pai, mas não tem nada a ver. E a crise não teria *nada a ver com a morte da avó*. Diz que nunca teve problemas em relação à morte do pai e agora também não se sente afetado pela morte da avó. Está mais falante na terceira sessão, ainda desassossegado. Dificuldade financeira para comprar medicação. O médico oferece amostra grátis sustentando prescrição. Apresentou melhora, diminuição da angústia e mais iniciativa (tocar seus instrumentos, voltar a estudar). Na quinta sessão afirma sentir-se “plenamente bem”. Bem-humorado, diz que a angústia passou e que “aqueles pensamentos” diminuíram em frequência e não o incomodam tanto. Sua aparência está diferente, tem um semblante tranquilo, mais disposto a falar, sono normal. Queixa-se da diminuição da libido e da dificuldade de ereção. Diz preferir isso à angústia que sentia, e que sua mulher também pensa assim. Está agradecido pela melhora e pela medicação oferecida. As *coincidências* ..., seu pai morreu no dia 6 de setembro e que todas as suas “crises” ocorreram em setembro. Ainda, *por coincidência*, suas “crises” acontecem a cada quatro anos (aos 13, aos 17 e aos 21 anos). Fala mais sobre vivências nas “crises”. Às vezes olha a sua imagem no espelho e não se reconhece. Sente como se ao olhar no espelho fosse “ter um surto”. Descreve com mais detalhes sua atitude diante do espelho. Às vezes, vai olhar-se no espelho para tentar ter a visão de si mesmo, às vezes faz isso como que para certificar-se de que “está ali”. No entanto, em alguns momentos não consegue olhar-se no espelho, devido à angústia que isso pode causar-lhe. Na sessão seguinte aumenta queixa de *grande angústia corporal*, não consegue parar de pensar “na coisa do ver e não ver” e coisas da imagem no espelho. Volta dificuldade de agir, fica “paralisado”. No trabalho na videolocadora “as pessoas sempre perguntam se eu *vi* tal filme, ou dizem que *viram* aquele outro”, e que ele tem que dizer “se *viu* ou se não *viu*”. Pergunto o que *é ver* para ele. Responde que *ver*, para ele, “*é viver no inferno*”. Chora pela primeira vez, já pensou em cegar-se, em furar os próprios olhos para tentar fazer cessar “esse tormento”. Mas tem esperança, pois já passou “uma semana bem” com o tratamento, e isso pode voltar a acontecer.

Após a descrição mais detalhada destas vivências, o médico introduz a risperidona 1 mg 12h/12h. (O supervisor interpretou suas vivências como fenômenos de psicose.) Os efeitos da risperidona foram sentidos como negativos, *deixando-o mais agitado*. Teve a iniciativa de interromper o seu uso por conta própria após três dias. O médico diminuiu a risperidona para 0,5 mg, aumentou a clonazepam para 5 mg/dia e manteve-se a clomipramina 75 mg. Não foi registrada a continuidade terapêutica após essa intervenção.

### Discussão do caso e proposta de desdobramentos

A elaboração da hipótese diagnóstica avalia a competência do clínico na utilização dos recursos de investigação no aqui e agora da entrevista psiquiátrica. Do que captou como sinais, signos e sintomas, através do *olhar clínico*, da observação, da escuta e da avaliação das funções psíquicas, deverá diferenciar o normal do patológico. Depois da apresentação das hipóteses diagnósticas, acrescentam-se as observações clínicas que são elaboradas a partir do acompanhamento do paciente. Serão elementos clínicos e evolutivos para a confirmação ou refutação do diagnóstico inicial. Como vimos, as hipóteses devem ser apresentadas nas dimensões sindrômicas, nosológicas e diferenciais. As duas primeiras coincidem hoje no sistema CID-10.

O diagnóstico etiológico ou nosológico deveria indicar o tipo de enfermidade responsável pelo quadro apresentado, mas as classificações do CID-10 e do DSM-IV preferiram abrir mão dessa questão complicada em psiquiatria, que é a etiologia. Por isso, em vez de chegar ao diagnóstico de neurose obsessiva como nosológico, manteve-se a hipótese de transtorno obsessivo-compulsivo.

Apesar de bem apresentado e conduzido para o diagnóstico de neurose obsessiva, este caso suscitou controvérsias. O próprio orientador havia interpretado o sinal do ver/olhar como fenômeno psicótico, ou seja, como sintoma primário ou de *primeira ordem*. Também as vivências de despersonalização, presentes no caso, que, apesar de estarem previstas nas neuroses desde as suas primeiras descrições, chegaram a ser vistas como sintomas psicóticos por alguns participantes. A reação negativa que o paciente apresentou ao antipsicótico pode indicar um elemento diferencial da maior sensibilidade perceptiva do efeito dessa química no neurótico.

A apresentação deste texto está inserida num contexto de ensino e pesquisa; neste sentido, a pontuação do lugar da SC no ensino e o caso apresentado indicaram um roteiro de estudo que passa pela recapitulação dos critérios atuais de diagnóstico em psiquiatria, confrontando os paradigmas clássicos, fenomenoló-

gicos e neuroquímicos, além de retomar os estudos sobre a neurose obsessiva na psicanálise.

A importância de um caso clínico está no fato de poder conter um germen da teoria, ou seja, se ele torna-se um caso é porque houve uma exigência de esclarecimento, de produzir algum nível de conhecimento (Ferreira, 2005; Caon, 2000). Aqui ele tem o objetivo direto de transmitir conhecimento da clínica e da nosologia psiquiátrica. O caso apresentado não veio com toda a indumentária do quadro típico de NO: o pensamento compulsivo ou ideia obsessiva, a atividade compulsiva ou obsessão-compulsão e os rituais obsessivos. Na síntese de Henri Ey (1986), a NO é definida pelo *caráter forçado (compulsão) dos sentimentos, das ideias ou das condutas, que se impõem ao sujeito e que o levam a uma luta inextinguível, mas que o próprio sujeito considera absurdo este parasitismo incoerente*. A presença dessa possibilidade de crítica ou de *consciência da morbidade* é considerada importante na diferenciação diagnóstica, já que indica não se tratar de uma convicção, como ocorre no delírio.

Como afirma Berlink (2005), trata-se de uma *obsessiva neurose*, esta neurose que martiriza o sujeito ao ser sitiado pelas suas próprias defesas. Seus sintomas foram descritos antes de Freud, mas foi a partir dele que a NO ganhou estatuto de estrutura subjetiva e foi diferenciada como quadro nosológico (Freud, 1895, 1896, 1909).

A seguir vamos destacar alguns dos elementos semiológicos apresentados no caso para pontuar aspectos fenomênicos para o diagnóstico de neurose obsessiva.

### 1. Não aguento mais pensar nisso

Tomamos o chamado motivo da consulta como sendo central em seu quadro. Sua primeira fala indica a problemática da compulsão da ideia e do lugar que ele ocupa nessa rede, onde a ideia insiste e impede a circulação do pensamento. Encurralado nesse constrangimento subjetivo sem saída, ele pede algo ao outro, quer que o livre disso, que o libere de ter que sustentar o seu lugar de sujeito do inconsciente. A princípio não quer saber do que o atinge, o suicídio do pai, cuja cena ele viu e da qual foi retirado, o próprio débito que o pai deixou por covardia de não cumprir com o seu desejo de ser pai. Ao retirar-se da vida, demonstrou fraqueza e comprometeu a sua função de pai e a sustentação de seu desejo em relação ao filho – único desejo que contava para o seu nascimento, já que não havia desejo materno. Deixou-o com a tarefa de ser pai de si mesmo. A honra do pai foi danada. Se ele suporta o tormento das ideias que o fustigam, seu pai também deveria ter suportado o seu sofrimento. Mas algo fica assinalado como ato extremo de salvação do pai, seu suicídio teria tido a função de garantir o sustento da família, sua *esposa receberia um saldo ou soldo*.

Sobre a morte da avó, a sua negação é clara, para ele *não teve relação com sua última crise*. A avó tinha sido para ele uma mãe substituta, cuidando de sua maternagem, já que a sua mãe, por não desejar ter filho, mal pode ser mãe. Todos esses elementos eram negados da forma mais sintomática: *os psicólogos, psiquiatras acham que têm relação com minhas crises, mas eu acho que não têm nenhuma importância*. Com o ideal da mentalização e o esforço da dessubjetivação produzido pelo mecanismo de isolamento, o obsessivo perde o sentido de proteção das defesas, depurando-as de qualquer afeto, tornando-se repetitivo e padronizado (Berlinck, 2005).

Mas seus sintomas mostram a sua divisão, apagar ou resgatar o pai. Após o suicídio do pai, houve a intensificação de sua ambiguidade em relação a este, pela sua covardia de não sustentar o seu desejo, nem demonstrar a sua realização de ser pai. Por outro lado, há a tentativa de resgatar o desejo paterno, pois teria se suicidado para que a sua mãe tivesse recursos para criá-lo.

## 2. Um teorema?

O humor delirante no paranoico é o momento em que o sujeito se mantém fechado, taciturno e tenso. Esse estado enigmático espera um sinal revelador, a chamada percepção delirante ou atribuição de significação a um sinal a partir do qual o sujeito torna-se mais expansivo, falante, convicto da trama que o urde. Também R.S. sentia-se angustiado e resolveu circular de bicicleta para apaziguar as suas ideias ou instigações. Encontrou uma cena que fez enigma para ele – o menino e a mãe. Cria a partir daí seu “teorema”: *o menino via a mãe e a mãe via o menino, mas o menino não podia ver-se como a mãe o via, nem ela podia ter a visão que o filho tinha dela*. A cena mãe-filho desperta sua dúvida do amor, a emoção faltosa do desejo da mãe, de seu olhar de reconhecimento, mas retorna no plano das ideias, tudo se passa no pensamento, cria-se um sistema de pensamento.

## 3. O diagnóstico diferencial

A hipótese diferencial foi feita em relação à *esquizofrenia*, poderia ter sido apontada, também, a *neurose de angústia*. Tanto a neurose de angústia quanto a neurose obsessiva, foram destacadas da neurastenia de Beard ou da psicastenia de Janet (Pessotti, 1999). Apesar de a NO ser *um quadro nosográfico e um modo de organização exemplar* (Brusset, 2003), há complicações que muitas vezes a aproxima da melancolia, da paranoia e da perversão. O que suscitou a hipótese de psicose, neste caso, foi a interpretação de sua angústia do ver ou do olhar (*Augenangst*, Quinet, 2002). Mas não se trata do olho que penetra de fora. A angústia, recorrente nos relatos das crises, está relacionada com as ideias obsedantes que oprimem o sujeito, além do temor de que seu sistema de controle pudesse falhar e os afetos emergirem.

#### 4. A questão do olhar: é a morte que o olha com seus olhos de betume

Quinet (2002, p. 203) nos lembra que é a posição do sujeito neurótico na fantasia que determina o seu sintoma. Essa posição se constitui na articulação do desejo com o Outro, e o obsessivo nega o desejo do Outro. O lugar que ele se coloca na fantasia seria o de se dar-a-ver, seu desempenho fálico é dirigido ao criador ou pai, como o Homem dos Ratos abrindo a porta da cena intelectual e erétil para o fantasma do pai. Se o obsessivo se encontra no dar-a-ver para o mestre da Morte, é a morte que o olha com seus olhos de betume, nos dizeres de Lacan (apud, Quinet, p. 202). No caso apresentado, com a morte do pai, a direção do se dar-a-ver tornou-se uma ameaça, pois não há mais mediação deste olhar. R. chegou a pensar em se cegar para barrar esse jogo escópico no qual se colocou, sem nenhum parâmetro para retificar o olhar do outro. Há um gozo nessa ruminação que a psicanálise articula com o escópico e o anal. No recalçamento dessas pulsões, ocorreria a sexualização do pensamento. Como afirma Quinet (p. 202), para se defender o obsessivo pensa o tempo todo: rumina, cria significantes, simboliza e ritualiza.

## Referências

- BERLINCK, M. T. (Org.). *Obsessiva neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.
- BRUSSET, B.; COUVREUR, C. (Org.). *A neurose obsessiva*. São Paulo: Escuta, 2003.
- CAON, J. L. Retrato, auto-retrato e construção metapsicológica de Serguéi Pankejeff, o Homem dos lobos. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XII, n. 140/141, p. 22-44. dez. 2000/jan. 2001.
- EY, H.; BERNARD, D.; BRISSET, C. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Masson, 1986.
- FERREIRA, A. P. O ensino de psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 4, p. 11-29, dez. 2002.
- \_\_\_\_\_. A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 2, p. 204-220, jun. 2005.
- FERREIRA, A. P.; CASTRO, M. V. de. Melancolia: da diversidade fenomênica à diferenciação estrutural. *Rev. Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2002.
- FREUD, S. (1895). Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. III.

\_\_\_\_\_. (1896). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. III.

\_\_\_\_\_. (1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. X.

PESSOTTI, I. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34, 1999.

QUINET, A. *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

SAUVAGNAT, F. Secretário do alienado hoje. *Ornicar?* Digital, 2004.

## Resumo

(La enseñanza de la clínica de la psicopatología: el caso de la sesión clínica)

*Proponemos hacer un análisis de la importancia de la sesión clínica (SC) en la enseñanza de psiquiatría y psicopatología. Una elaboración conjunta con el residente de psiquiatría responsable por la presentación del caso. Las normas y procedimientos de la SC son descritas y ilustradas con el caso. Finalmente se destacan la riqueza de la SC de las controversias y divergencias que suscitaban desdoblamientos y reflexiones sobre psicopatología, diagnóstico y terapéutica.*

**Palabras claves:** Sesión clínica, enseñanza, psicopatología, psicoanálisis

(L'enseignement de la clinique psychopathologique: le cas de la séance clinique)

*Cet article analyse l'importance de la séance clinique (SC) pour la pratique de l'enseignement en psychiatrie et en psychopathologie. Il a été élaboré en coopération avec le résident en psychiatrie qui a présenté le cas lors de la SC. Cet article décrit les processus et les normes de la SC qui est illustrée par le cas dans sa forme de présentation. La richesse de la SC est finalement mise en relief par les développements suscités par les controverses et divergences qui résultent de la discussion sur la psychopathologie, le diagnostique et la thérapie.*

**Mots clés:** Séance clinique, enseignement, psychopathologie, psychanalyse

(Teaching clinical practice in psychopathology: the case of clinical sessions )

*The importance of clinical sessions in teaching-learning practice in psychiatry and psychopathology is analyzed here. This article was written jointly with the resident psychiatric student who presented a case related to a clinical session. Procedures and rules for presenting such cases are described, and illustrated by the presentation of the*

*case itself. Finally, the wealth of details in clinical sessions and the factors brought up in the discussions and debates in psychopathology are discussed, together with diagnoses and proposed lines of therapy.*

**Key words:** Clinical session, teaching, psychopathology, psychoanalysis

**Citação/Citation:** FERREIRA, A.P.; MELLO NETTO, V. O ensino da clínica psicopatológica: o caso da sessão clínica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 481-496, set. 2009.

**Editor do artigo/Editor:** Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

**Recebido/Received:** 10.11.2008 / 11.10.2008 **Aceito/Accepted:** 13.1.2009 / 1.13.2009

**Copyright:** © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Financiamento/Funding:** Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados/The authors have no support or funding to report.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram que não há conflito de interesses/The authors declare that has no conflict of interest.

#### **ADEMIR PACELLI FERREIRA**

Professor Adjunto e atual Diretor do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IP/UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); procientista; docente do Programa de Pós-graduação em Psicanálise e coordenador do Projeto de Extensão Espaço de Atividades e Convivência Nise da Silveira da UDA de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – HUPE/UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil); membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental – AUPPF (São Paulo, SP, Brasil) e do Núcleo Interdisciplinar de Estudos Migratórios – NIEM (Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

Rua Uruguai, 449b/402 – Tijuca  
20510-060 Rio de Janeiro, RJ  
e-mail: ademirpacelli@uol.com.br

#### **VITOR MELLO NETTO**

Médico-psiquiatra; ex-residente de Psiquiatria da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UDAP/HUPE/UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

Rua Marechal Deodoro, 400-E – sala 901  
89802-100 Chapecó, SC, Brasil  
Fone: (49) 3322-8731 (49) 9922-5665  
e-mail: vitormello@gmail.com