



UM PERCURSO DE ESTÁGIO EM PSICOPATOLOGIA

COSTA, Yasmin Oliveira¹. CANEDA, Cristiana Rezende Gonçalves².

¹Acadêmica do Curso de Psicologia. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, Campus de Santa Maria. heyasmin97@gmail.com.

²Docente do Curso de Psicologia. ULBRA.

RESUMO:

Girl Interrupted foi um dos filmes que influenciou minha escolha de curso de graduação em Psicologia. Poder assistir ele novamente, com outros olhos e outros objetivos foi um desafio. A escolha de um longa metragem como Girl, Interrupted permitiu que eu tivesse uma grande oportunidade para a composição de uma crítica sobre a desestigmatização de lugares de representação acerca da loucura e suas espacialidades – pensando nas diferentes interpretações culturais sobre o que pode ser considerado uma “loucura” e como essa imagem é apresentada em diferentes espaços da sociedade. Susanna Kaysen é uma jovem de 18 anos que mora com os pais, que são ricos e influentes na sociedade. Após tentar suicídio, ingerindo diversas pílulas de Paracetamol e Vodka, Susanna é induzida a se internar em uma instituição psiquiátrica, durante uma conversa com seu psiquiatra, passando meses sob cuidados profissionais em uma instituição manicomial. O objetivo deste trabalho foi construir uma análise do caso de ficção a partir da observação de vinhetas do filme. Adotaram-se observações sistemáticas de várias cenas do filme “Girl, Interrupted”. Foi necessário assistir ao filme sete vezes para a coleta de dados e construção do caso. Susanne é diagnosticada com Transtorno de Personalidade Borderline, mas se faz importante sinalizar que na idade dela os sentimentos são ambíguos, e podem ser vistos também como expressões de alguém que está simplesmente atravessando a transição da adolescência para a fase adulta, fazendo-se necessário a averiguação correta de todos os elementos que compõem a sua vida no momento presente do diagnóstico, levando em consideração o meio em que vive com quem e como isso se dá.

Palavras-chave: Estágio, Saúde Mental, Psicopatologia.

INTRODUÇÃO:



Susanna Kaysen é uma jovem de 18 anos que mora com os pais, que são ricos e influentes na sociedade. Após tentar suicídio, ingerindo diversas pílulas de Paracetamol e Vodca, Susanna é induzida a se internar em uma instituição psiquiátrica, durante uma conversa com seu psiquiatra, passando meses sob cuidados profissionais em uma instituição manicomial. Susanna parece ser uma garota com problemas, mas que não sabe o porquê deles nem quando eles aparecem, ou ao menos o que está sentindo. Sentindo uma confusão de pensamentos, emoções, ações e sentimentos que deixa ela e todos a sua volta preocupados ou simplesmente incomodados. Com isso, a solução encontrada é enviar Susanna para um hospital psiquiátrico, onde ela entra voluntariamente, mas não pode sair tão fácil.

Girl Interrupted foi um dos filmes que influenciou minha escolha de curso de graduação em Psicologia. Poder assistir ele novamente, com outros olhos e outros objetivos foi um desafio. O objetivo deste trabalho foi construir uma análise do caso de ficção a partir da observação de vinhetas do filme. A escolha de um longa metragem como Girl, Interrupted permitiu que eu tivesse uma grande oportunidade para a composição de uma crítica sobre a desestigmatização de lugares de representação acerca da loucura e suas espacialidades – pensando nas diferentes interpretações culturais sobre o que pode ser considerado uma “loucura” e como essa imagem é apresentada em diferentes espaços da sociedade. Susanna, durante toda a narrativa imagética, nunca parece estar vivenciando a experiência do momento presente, sendo através da utilização de flashbacks que podemos perceber Susanna colocada como “ausente de si mesma” e alheia ao mundo externo. Esse é um dos elementos que faz a personagem questionar sua própria sanidade, que não consegue permanecer de forma integral e permanente no tempo presente, de modo que a memória não constitui para a personagem o confinamento de momentos do passado, mas invade e distorce sua percepção do presente constantemente. Ocorre que Susanna parece normal, e penso que pode ser esse um dos motivos pelos quais ela suscita esse interesse, que simpatiza com sua figura e desconfia, junto a ela, das práticas médicas e diagnósticos aos quais é submetida.

METODOLOGIA:



Adotou-se observações sistemáticas de várias cenas do filme “*Girl, Interrupted*”. Foi necessário assistir ao filme sete vezes para a coleta de dados e construção do caso. Entre cenas e recortes, que se fizeram necessário serem assistidas mais de uma vez para a contextualização do caso, citamos: S. chega à instituição cheia de dúvidas e questionamentos (00:01:30) Talvez ela fosse louca, talvez fosse só os anos 60. (00:01:58). Antes da internação, quando o Psiquiatra da família pergunta como S. se sente, ela responde que não sabe o que está sentindo (00:05:58). Quando ela está indo para instituição de táxi, durante a conversa com o taxista, ele questiona o motivo dela estar indo para lá e S. responde que está triste e que vê “coisas” (00:10:02). S. é a única formanda de Springbrook que não irá para a universidade (00:11:54). Quando é questionada sobre o que planeja fazer, responde planejo escrever (00:12:03). Ela diz não querer acabar como a mãe, a diretora diz que as mulheres têm mais opções hoje em dia, S. responde que não tem não (00:12:23). Ao chegar à instituição S. é apresentada pela enfermeira responsável aos cômodos e outras pacientes (00:12:42). S. fica assustada com o que vê (00:13:42 até 00:14:40). S. é confrontada por Lisa, que após fugir da instituição é recapturada, por estar no quarto de sua antiga amiga da instituição (00:17:28). S. tem uma lembrança de sua formatura na escola, quando é chamada para receber o diploma e está dormindo, um colega a acorda dizendo “Acorda, esquisita!” (00:21:24). Durante a primeira consulta com o Psiquiatra da instituição o psiquiatra a pergunta se ela quer falar sobre o porquê tentou suicídio, S. diz que “queria fazer essa merda parar” referindo-se ao sentimento de tristeza e vazio (00:31:34). S. diz estar intrigada sobre o porquê foi parar num hospital psiquiátrico, o médico responde que foi ela que se internou, S. diz que não, que foram seus pais (00:32:07 até 00:32:18). Quando questionada se quer voltar para casa, S. responde “Lá são todos loucos também” (00:32:25). Pouco se sabe sobre a infância de S., a única cena que traz um elemento sobre isso, é a cena (00:39:27) em que a mãe de S. relata ao Psiquiatra do instituto, durante a segunda consulta, que, quando S. era pequena, ela a deixou cair da cama e bater a cabeça, e diz sentir-se culpada por isso. Quando a mãe questiona o médico sobre o diagnóstico de borderline, ele diz que não é bom falar sobre isso junto com S., que reage bruscamente dizendo que borderline significa fronteira e questiona “fronteira do que com o quê?” o médico responde que é um distúrbio de personalidade mais comum em mulheres, que a causa ainda é desconhecida, mas que pode ser relacionado a fatores genéticos,



geralmente vindo de algum progenitor (00:40:40 até 00:41:05). Para a construção do caso foi importante nos atentarmos aos personagens ligados à vida de S. e quais papéis e influências exerciam nela. Começamos pelos seus pais, um casal com uma posição social importante na sociedade. Seu psiquiatra. O professor no qual ela teve um caso no início do filme. Tobias, um homem no qual S. se relaciona amorosamente, e que em uma das cenas fala sobre morte com ele, o deixando assustado. Depois Tobias aparece na instituição querendo que ela fuja com ele, mas ela não aceita, dizendo que não quer ir a lugar algum com ele. Suas colegas de instituição, Georgina, sua colega de quarto. Polly, a menina com rosto queimado. Daisy, que acaba por se suicidar no final deixando S. extremamente abalada. Lisa, que escapa periodicamente do hospital, acaba por se envolver fortemente com S., tornando-se sua parceira em vários momentos, até que após o suicídio de Daisy S. decide se afastar de Lisa, o que a deixa extremamente furiosa. E por fim, a enfermeira responsável pelo cuidado de S. que a aconselhava e cuidava de forma direta e firme e que a ajudou bastante durante o período que S. esteve internada.

RESULTADOS:

Susanna Kaysen é uma jovem de classe média norte-americana que, no ano de 1967, é internada no Hospital Psiquiátrico de Claymoore após uma tentativa de suicídio “malsucedida” – que ela nega veementemente, desde o início da narrativa. A infância dela não aparece na narrativa. O filme retrata o período de internação da protagonista, desde a sua admissão à ala feminina do Hospital à sua alta; dois anos depois. O que dá mote a narrativa são as relações que Susanna estabelece, interna e externas à internação; que são apresentadas no filme a partir do uso de flashbacks para compor a trajetória da personagem, de forma que é a partir dessa ferramenta que o diretor retrata como a teia de relações vai se construindo aos poucos, junto à outras pacientes internadas. No decorrer da trama, a protagonista estabelece um forte vínculo com a paciente que é considerada mais louca e perigosa da trama, Lisa Rowe, diagnosticada como sociopata. As duas organizam uma fuga do Hospital, e essa fuga é o mote do maior plot twist do longa-metragem, mas acabam retornando à Internação. O desfecho do filme se dá a partir da fuga, quando Susanna e Lisa acabam se envolvendo no



suicídio de Daisy (Brittany Murphy), uma ex-paciente do Hospital Claymoore que havia recebido alta e, de certa forma, ativado o “gatilho” para a fuga das duas personagens – pois se sentiam injustiçadas perante a alta da ex-colega, alegando que ela não estaria suficientemente “adaptada” a uma vida de volta à sociedade, ou “normal”; se Daisy estava apta para o convívio social, as duas também acreditavam estar. Após presenciarem o suicídio da ex-colega, ambas são colocadas de volta à Internação e privadas de manterem a continuidade da relação. É a partir desse retorno ao Hospital que Susanna se entrega por completo aos tratamentos propostos, e só consegue atingir sua redenção (que se dá a partir da alta médica) quando se afasta completamente da antagonista Lisa que, por sua vez, permanece internada e contida dentro do espaço psiquiátrico enquanto Susanna deixa a Internação.

ANÁLISE:

Susanna apresenta sintomas como: instabilidade de humor e nos relacionamentos interpessoais, estados depressivos e de melancolia, sentimentos persistentes de vazio, pensamentos paranoicos e dissociativos temporários, impulsividade, traços de comportamento autodestrutivo, autoimagem negativa, sensibilidade à rejeição, dificuldade de concentração, confusão mental, atenção instável e dispersa, alterações da síntese perceptiva, estados flutuantes, pseudoalucinações, reações deliróides, irritabilidade, alterações no sono, fadiga, dificuldades para regular suas emoções. É importante sinalizar que na idade dela os sentimentos são ambíguos, e podem ser vistos também como expressões de alguém que está simplesmente atravessando a transição da adolescência para a fase adulta, fazendo-se necessário a averiguação correta de todos os elementos que compõem a sua vida no momento presente do diagnóstico, levando em consideração o meio em que vive com quem e como isso se dá.

Com base no Curso de Psicopatologia de Isaías Paim (1993), foi possível observar algumas alterações psíquicas de S., entre elas destaca-se: instabilidade de humor e nos relacionamentos interpessoais, estados depressivos e de melancolia, sentimentos persistentes de vazio, pensamentos paranoicos e dissociativos temporários, impulsividade, traços de comportamento autodestrutivo, autoimagem negativa, sensibilidade à rejeição, dificuldade de



concentração, confusão mental, atenção instável e dispersa, alterações da síntese perceptiva, estados flutuantes, pseudoalucinações, reações deliróides, irritabilidade, alterações no sono, fadiga, dificuldades para regular suas emoções. É importante sinalizar que na idade de S. os sentimentos são ambíguos, e podem ser vistos também como expressões de alguém que está simplesmente atravessando a transição da adolescência para a fase adulta, fazendo-se necessário a averiguação correta de todos os elementos que compõem a vida de S. no momento presente do diagnóstico, levando em consideração o meio em que S. vive e com quem. Os ambientes em que S. costuma aparecer são hostis, gélidos; as relações frágeis; há momentos em bares consumindo álcool e bastante tabaco; na escola S. é vista como estranha; os pais parecem não saber lidar com ela.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

A avaliação Geral da Pessoa mostra que S. aparenta indiferença; palidez e consome bastante cigarro. Possui uma aparência auto preservada. Meche muito as mãos. Costuma desviar o olhar quando fala. As características observadas em relação ao Nível de Consciência de S. foram sonolência; estados segundos e delírios. O estado cognitivo apresenta distração; fuga de ideias e reação deliróide. O pensamento estúpido e confuso. A linguagem normal. A autoimagem negativa. O humor apresenta instabilidade, negativismo, angústia e tristeza. Também há registro de atos impulsivos e de raiva.

Susanna no decorrer do filme é diagnosticada pelo Psiquiatra da Instituição com Transtorno de Personalidade Borderline. Os critérios para esta patologia, de acordo com a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994/1995) pela APA, são descritos como um padrão generalizado de instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, instabilidade na autoimagem, flutuações extremas de humor e impulsividade. Para tanto, o DSM-V (2014) traduz o diagnóstico de Borderline na ocorrência de pelo menos 5 (≥ 5) dos critérios diagnósticos. O DSM-V (2014) traz que esse transtorno é caracterizado por comportamentos que, em geral, podem colocar em perigo a vida do indivíduo e de outros, por ter a tendência a dificuldades em ponderação e limites,



podendo envolver-se com o uso de drogas, direção perigosa, manipulação de fatos e pessoas, agir promiscuamente, envolver-se em situações de riscos e com pessoas perigosas. Durante o filme é possível observar as muitas situações das quais S. aparece no filme e que se encaixam em algumas dessas descrições feitas. É importante ressaltar que o DSM-V (2014) recomenda que para pacientes mais jovens (menos de 21 anos), o diagnóstico só seja fechado após um ano com sintomas estáveis. No CID-10 (2000) encontramos o Transtorno de Personalidade Borderline no item Transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F60.3) caracterizado por perturbações da autoimagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.

Em Psicanálise, a publicação, em 1938, do artigo de Adolph Stern, intitulado “Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses” constitui um marco decisivo na história da abordagem psicanalítica dos quadros ditos “limítrofes”. Em seu artigo inicia um debate pela explicitação de duas das características clínicas mais importantes e discutidas da noção borderline em psicanálise: a impossibilidade de classificar tais pacientes como neuróticos psicóticos e a extrema dificuldade de tratá-los efetivamente através dos procedimentos psicanalíticos habituais. Assim, desde os seus primórdios, a categoria borderline apresenta-se como um desafio clínico para a psicanálise.

Stern (1938) descreve dez sintomas fundamentais desse quadro, buscando situá-los sob uma perspectiva psicanalítica. Eles são:

1) Narcisismo, ao qual o autor dá o estatuto de “base sobre a qual todo o quadro clínico está construído”. Tratar-se-iam, sobretudo, de indivíduos que passaram por experiências precoces e contínuas de abandono, negligência, brutalidade e, mesmo, crueldade por parte dos pais. Tais experiências conduziriam a uma profunda lesão do narcisismo, naquilo que este implica de amor-próprio, segurança e autoconfiança. A consequência é que esses sujeitos sofreriam uma “má nutrição” afetiva (narcísica) comportando-se como seres “famintos de afeto”.

2) Sangramento psíquico, relacionado ao colapso das capacidades de reação do indivíduo.



- 3) Hipersensibilidade desordenada.
 - 4) Rigidez psíquica.
 - 5) Tendência a reações terapêuticas negativas.
 - 6) Sentimentos de inferioridade, que por vezes podem ter um colorido delirante, tamanha é a convicção do sujeito de ser uma “pessoa inferior”.
 - 7) Masoquismo. Por vezes, as claras tendências à auto piedade, autocomiseração, a apresentação de desespero e de sofrimento crônico podem ser interpretadas como “agentes para obter compensação” pelo fato de não terem se sentido suficientemente amados.
 - 8) Insegurança “somática” ou ansiedade, sendo que a insegurança patológica organizaria todo o funcionamento lógico desses indivíduos.
 - 9) Uso de mecanismos de projeção como expressão da imaturidade dos processos psíquicos em jogo, uma vez que o sujeito pode se proteger mais facilmente se considerar o ambiente como hostil. Através desse dispositivo, ele consegue uma explicação de suas dificuldades fundada na atitude supostamente agressiva dos outros.
 - 10) Dificuldades para testar a realidade. A segunda parte do artigo visa apreender psicanaliticamente essa constelação psicopatológica tão singular. Para Stern, a precária constituição narcísica desses sujeitos é o fator etiológico fundamental para a instalação do quadro. Tal insuficiência dos investimentos libidinais no próprio eu conduzem a uma postura de extrema dependência e de necessidade de proteção. Isso manifesta-se não apenas em demandas concretas de cuidado e de atenção, mas, sobretudo, na exigência constante de que o outro o reassegure quanto à estabilidade de sua própria autoimagem. É dado valor extremo ao que o analista diz efetivamente, e a situação transferencial é marcada pela enorme importância atribuída pelo paciente à figura idealizada de seu analista. As reações terapêuticas negativas e as intempestivas mudanças de atitude em relação à análise e ao analista estão frequentemente associadas a elementos que o paciente identifica como desatenção ou negligência por parte do analista, o que pode conduzir ao acting-out ou mesmo à ruptura definitiva do tratamento.
- Decorre daí, segundo Stern, que é a própria situação analítica que deve ser redimensionada, de modo a poder acolher as particularidades e a extrema sensibilidade desses sujeitos. O autor propõe que é apenas após a transferência – estabelecida sobre essas bases profundamente imaturas – ter sido trabalhada psicanaliticamente, que a significação das



ligações com os pais no período edípico, do medo da castração e dos impulsos hostis e sexuais poderá ser adequadamente compreendida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

S. foi encaminhada por um Psiquiatra para uma instituição manicomial onde recebe tratamento após ter tentado suicídio. S. diz estar passando por uma fase em que não sabe o que quer, sente-se desanimada, e tem sentimentos crônicos de vazio, tristeza e solidão. De acordo com sua história pregressa e atual S. apresenta sintomas como instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, problemas com autoimagem, flutuações de impulsividade, humor deprimido e cenas em que aparece comportando-se de maneira que coloca sua vida em risco e/ou de forma imprudente. Há outras manifestações psicopatológicas presentes em S. que compreendem características de comportamentos sintomáticos, entre eles: a dificuldade marcada no controle dos impulsos, com ênfase em comportamentos como o abuso de substâncias, de álcool, cigarros, distúrbios de sono e atenção, tendência à promiscuidade, etc.; sentimento de persecutoriedade; estados depressivos e tentativa de suicídio; estabelecimento de relações interpessoais caóticas, pouco diferenciadas, manipulativas e agressivas; instabilidade afetiva; dificuldades no ambiente de trabalho e/ou escolar, com baixa produtividade.

O diagnóstico de Susanna feito pelo psiquiatra da instituição foi de Transtorno de Personalidade Borderline. O Transtorno de Personalidade Borderline integra o grupo B dos 10 tipos de transtorno de personalidade, divididos em A, B e C por suas semelhanças sintomáticas. O DSM-V (2014) o caracteriza como um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, dos afetos e de impulsividade acentuada, surgindo no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme pelos seguintes critérios:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado.
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.



4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar).

5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante.

6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).

7. Sentimentos crônicos de vazio.

8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).

9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Assim, com base nos dados apresentados acima, sugere-se como tratamento recomendado, primeiramente, a Psicoterapia. Tanto psicoterapia individual como em grupo podem ajudar, dando ênfase na importância da psicoterapia individual. No que diz respeito à abordagem, ela pode ser tanto um trabalho de Psicoeducação na abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental; como em uma abordagem de psicoterapia psicanalítica, onde se busca criar um espaço para tornar representável o que é irrepresentável. Também podendo ser de outra abordagem com a qual a paciente venha a se identificar. O Transtorno de Personalidade Borderline congrega alguns dos sintomas psiquiátricos que trazem as maiores dificuldades de manejo, como por exemplo, a ideação paranoide presente na paciente. Fazendo-se então necessário o tratamento psicofarmacológico como aliado. Sendo ele responsável por atenuar sintomas depressivos, ansiosos, para a manutenção do sono e estabilização do humor. Também se acrescenta como sugestão, atividades das quais ela goste de fazer, como atividades físicas e de lazer. Como os membros familiares e amigos podem agir de maneiras que reforçam ou diminuem os comportamentos ou pensamentos do paciente, o envolvimento deles podem ser aliados no tratamento, portanto, é útil a recomendação de psicoterapia aos mais próximos, principalmente os familiares. Que nesse caso, poderia ser até em família.



REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição*. Editora Artmed. Recuperado de <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/ManualDiagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf/>.

DANNA, M. F.; MATOS, M. A. (2006) *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon;

Organização Mundial de Saúde - OMS (2000). *CID - 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: Edusp.

PAIM, Isaías. (1993). *Curso de psicopatologia*. 11. ed. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária. 278p.

STONE, L. (1938). *The widening scope of indications for psychoanalysis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 2, 1954, pp. 567-594.