



CASOS CLÍNICOS EM PSICOLOGIA

Coordenadoras

Ana Carolina Tavares de Andrade
Jamile de Lima Ferreira



2019

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Casos clínicos em Psicologia
Editor | Fernanda Fernandes
Projeto gráfico | Felipe Cerqueira Xavier
Editoração e Capa | Editorando Birô
Conselho Editorial | Caio Vinicius Menezes Nunes
Paulo Costa Lima
Sandra de Quadros Uzêda
Sheila de Quadros Uzêda
Silvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C341 Casos clínicos em psicologia / Ana Carolina Tavares de Andrade, Jamile de Lima Ferreira, coordenação. – Salvador : SANAR, 2019.
492 p. : il. ; 16x23 cm.

ISBN 978-85-5462-071-4

1. Psicologia - Estudo de casos. 2. Psicanálise.
3. Psicologia analítica I. Andrade, Ana Carolina Tavares de, coord. II. Ferreira, Jamile de Lima, coord.

CDU: 159.9

Elaboração: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

Editora Sanar Ltda.

Rua Alceu Amoroso, 172 - Caminho das Árvores
Edf. Salvador Office e Pool, 3ª andar
CEP: 41820-770 – Salvador/BA
Telefone: 71 3052-4831
atendimento@editorasanar.com.br
www.editorasanar.com.br


SANAR



Autores

COORDENADORA:

Ana Carolina Tavares de Andrade

Formada em Terapia Cognitiva pelo Centro de Terapia Cognitiva de Salvador. Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador. Atualmente é pós-graduada em Psicopedagogia pela Universidade Salvador.

AUTORES:

Jamile de Lima Ferreira

Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador, com ênfase em Psicologia Clínica. Atualmente é Psicoterapeuta do Hospital Medicina Humana e atuante em seu Consultório particular. Experiência em atendimentos clínicos com adolescentes e adultos.

Caio Teles Dultra

Aluno Especial do Programa de Mestrado Profissional Gestão e Tecnologia Aplicadas à Educação da Universidade Estadual da Bahia. Formado em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Centro de Terapia Cognitiva-BA. Graduado em Psicologia pela Universidade Salvador-UNIFACS. Atualmente é psicólogo clínico em consultório particular, profissional de ludicidade e palestrante.

Edlâne Rodrigues Silva

Graduada em Psicologia pela a Unime- Salvador, com ênfase em Clínica com a Gestalt-terapia como abordagem teórica. Atualmente é Psicóloga do Caps I - Canudos, Bahia, e Psicóloga organizacional na Assembleia Legislativa da Bahia.

Geíse Santos Dias

Psicóloga pela Universidade Jorge Amado, UNIJORGE. Especialista em Gestão de Pessoa pela Universidade Salvador, UNIFACS. Participou do programa de extensão em clínica psicanalítica pela UNIJORGE. Experiência na área da psicologia hospitalar, clínica e institucional. Atualmente atua como psicóloga do Núcleo Ampliado à Saúde da Família, NASF.

Hulie Luise Rodrigues de Souza

Graduação em Psicologia pela Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde UNIME – Lauro de Freitas, com ênfase na psicologia hospitalar e da saúde. Especialista em Gestalt-terapia pela UNIFIA – Centro Universitário Amparense, núcleo Salvador. Atuação em psicologia clínica, atendimento adulto e infantil, condução de grupos, Palestrante e Docente em cursos técnico em saúde.

Jamile Souza dos Santos

Graduação em Psicologia pela Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde UNIME – Lauro de Freitas, com ênfase na psicologia hospitalar e da saúde. Especialista em Gestalt-terapia pela UNIFIA – Centro Universitário Amparense, núcleo Salvador. Atuação em psicologia clínica, atendimento adulto e infantil, condução de grupos, palestrante e docente em cursos técnico em saúde.

Ludmilla Lopes da Fonsêca

Psicóloga (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública), Psicopedagoga (Faculdade Social), Mestre em Educação e Contemporaneidade (Universidade do Estado da Bahia), MBA em Gerenciamento de Projetos (IBMEC), Life e Profissional Coaching (Brascoaching), Professora Universitária (Faculdade Ruy Barbosa Devry Brasil).

Maiara Barros Lopez de Souza Santos

Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador – UNIFACS. Pós-Graduada em Psicoterapia Analítica pelo Instituto Junguiano da Bahia – IJBA. Mestranda em Saúde Pública pela Universidad Interamericana em Assunção-PY. Atualmente, atua como psicóloga clínica.



Mariana de Jesus Azevedo

Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador - UNIFACS. Pós-graduanda em Neuropsicologia pela faculdade Ruy Barbosa Wyden. Formação em terapia Cognitiva pelo Centro de Terapia Cognitiva de Salvador - CTC. Experiência em acompanhamento terapêutico e inclusão escolar de crianças com desenvolvimento atípico.

Nanashara K. B Chaves de Aguiar

Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador-UNIFACS (2015). Formada em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Centro de Terapia Cognitiva – CTC (2017). Pós-graduanda em Docência do Ensino Superior pela Universidade Salvador- UNIFACS. Atualmente pós-graduanda em Terapia dos esquemas pela Cognitivo.

Paula Cristina Andrade Belém

Pós-Graduanda em Psicotraumatologia Junguiana, pelo Instituto Junguiano da Bahia. Graduada em Psicologia, pela Faculdade Ruy Barbosa. Atualmente é Psicóloga Clínica no Núcleo Fusart.

Paula Oliveira Ferreira Santos

Graduada em Psicologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade Federal da Bahia. Pós-graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Instituto WP/Cognitivo. Psicóloga Clínica, practitioner na abordagem cognitivo-comportamental. Docente em Psicologia nas áreas clínica e organizacional. Supervisora de estágio em terapia cognitivo comportamental.

Nilson Paulo Pereira Joau e Silva

Psicólogo pela Universidade Salvador (UNIFACS). Atualmente, é psicólogo clínico, terapeuta cognitivo-comportamental, Life Coach, Trainer em Programação Neurolinguística, em consultório particular.





Renata Paschoal Gomes da Fonseca

Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador. Atuando como psicóloga clínica na abordagem Sistêmica. Experiência em atendimentos à família, casal e individual.

Samai Alcira Cunha

Mestre em Psicologia na área Psicologia do Desenvolvimento (Universidade Federal da Bahia), Graduação em Psicologia (UFBA), Especialista em Psicologia do Desenvolvimento (Instituto de Gestalt-Terapia da Bahia). Atualmente é psicóloga clínica e docente da Faculdade Santíssimo Sacramento e da Faculdade Adventista da Bahia.

Viviane Valença de Resende

Psicóloga com formação clínica complementar na abordagem da Terapia Familiar Sistêmica e Aprimoramento em Práticas Colaborativas e Construcionismo Social pelo Instituto Humanitas de Intervenção e Pesquisa em Sistemas Humanos (BA). Na clínica, atua como Psicoterapeuta Sistêmica de crianças, adolescentes, adultos e famílias, norteadas pelas práticas Narrativas de Michael White e David Epston.

Ana Vanessa de Medeiros Neves

Graduação em Psicologia (EBMSP); Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano (UFBA); Especialização em Psicoterapia de Base Analítica (APPJ); Atuação em Psicologia no Ministério da Saúde (MS/NE/BA).





PREFÁCIO

Esta é uma obra de leitura leve e interessante que auxilia o estudante ou profissional de Psicologia na sua primeira experiência clínica, vivenciando o atendimento através de diversos casos clínicos na perspectiva de teorias da Psicologia.

O livro está organizado em seções, segundo linha teórica da psicologia, e cada uma delas agrega um conjunto de casos. São quatro seções que incluem a Psicanálise e Análise Junguiana, Gestalt, Cognitivo-Comportamental e Sistêmica. Cada caso apresenta um tema, no formato de relato de caso clínico, totalizando 50 casos.

O texto descreve as questões relacionadas à condição do paciente, tendo uma estrutura comum a todos os casos. Cada paciente fictício representa diversos casos reais de algumas experiências dos autores, dando ênfase em sua própria escolha por uma abordagem e formato de atendimento clínico.

Nos tópicos, história clínica e história familiar, é possível conhecer o paciente através de informações relevantes sobre sua vida. Em hipótese diagnóstica e critérios diagnósticos do DSM-V é realizada análise das características do paciente, que varia de acordo com a abordagem do profissional, e consequente identificação do transtorno para auxiliar a compreensão e intervenção do caso. Coletadas essas informações o profissional desenvolve uma discussão orientada por um conjunto de questões formuladas sobre cada caso específico. Ao final, são destacados do texto pontos importantes.

Após toda vivência com os casos clínicos, o leitor pode se aprofundar mais nas ferramentas utilizadas em cada caso do livro em uma seção extra que está organizada também por abordagem.

Diante da diversidade de abordagens e das suas diferenças conceituais, este livro inova ao mostrar o trabalho realizado com o paciente através de cinco linhas teóricas da Psicologia, cada uma contribuindo com sua teoria e aplicabilidade nos atendimentos e nas intervenções. O leitor tem uma ampla vivência da atuação sobre cada linha teórica e técnica psicoterapêutica desenvolvendo seu entendimento e destacando a relevância de todas para a Psicologia.



Sumário

SEÇÃO 01 : CASOS CLÍNICOS EM PSICOLOGIA ABORDADOS NA PERSPECTIVA PSICODINÂMICA: PSICANÁLISE E ANALÍTICA JUNGUIANA

01	O ENTENDIMENTO DO SUICÍDIO NO SUJEITO HISTÉRICO: NUMA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE _____	17
02	TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM: NUMA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE _____	23
03	ESQUIZOFRENIA: NUMA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA _____	31
04	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I: NUMA PERSPECTIVA ANALÍTICA JUNGUIANA _____	47
05	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: NUMA PERSPECTIVA ANALÍTICA JUNGUIANA _____	57
06	TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: NUMA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE _____	65
07	TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: NUMA PERSPECTIVA ANALÍTICA JUNGUIANA _____	75
08	TRANSTORNO DE PÂNICO: NUMA PERSPECTIVA ANALÍTICA JUNGUIANA _____	89
09	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: NUMA PERSPECTIVA ANALÍTICA JUNGUIANA _____	97
10	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: NUMA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE _____	105
11	TRANSTORNO DE INSÔNIA: NUMA PERSPECTIVA ANALÍTICA JUNGUIANA _____	111
12	TRANSTORNO DA CONDUTA NA ADOLESCÊNCIA: NUMA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE _____	117



SEÇÃO 02: CASOS CLÍNICOS EM PSICOLOGIA ABORDADOS NA PERSPECTIVA DA GESTALT

- 13** SUICÍDIO – UM ESTUDO DE CASO SOBRE A PÓS-VENÇÃO: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 125
- 14** AGORAFOBIA: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 133
- 15** TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 141
- 16** TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 151
- 17** TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 159
- 18** TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 169
- 19** TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE DOENÇA: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 177
- 20** BULIMIA NERVOSA: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 185
- 21** TRANSTORNO DE INSÔNIA: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT __ 193
- 22** TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 201
- 23** TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 211
- 24** TRANSTORNO DE CONDUTA NA ADOLESCÊNCIA: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 219
- 25** CLEPTOMANIA: NUMA PERSPECTIVA DA GESTALT _____ 227

SEÇÃO 03: CASOS CLÍNICOS EM PSICOLOGIA ABORDADOS NA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

- 26** TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____ 237





27	TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	251
28	MUTISMO SELETIVO: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	261
29	FOBIA ESPECÍFICA: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	267
30	FOBIA ESPECÍFICA: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	275
31	TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	281
32	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	289
33	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	297
34	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	315
35	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	323
36	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	331
37	EJACULAÇÃO PREMATURA (PRECOCE): NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	343
38	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ESQUIZOIDE: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	351
39	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	359
40	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE HISTRIÔNICA: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	367
41	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE OBSESSIVO-COMPULSIVA: NUMA PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL _____	377





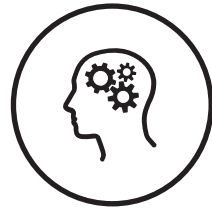
SEÇÃO 04: CASOS CLÍNICOS EM PSICOLOGIA ABORDADOS NA PERSPECTIVA SISTÊMICA

- 42** TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE (DISTÍMIA): NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 389
- 43** TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 401
- 44** TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 413
- 45** TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 423
- 46** EJACULAÇÃO PREMATURA (PRECOCE): NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 433
- 47** TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 441
- 48** TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE: NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 451
- 49** TRANSTORNO DA PERSONALIDADE EVITATIVA: NUMA PERSPECTIVA DA SISTÊMICA _____ 461
- 50** TRANSTORNO DA PERSONALIDADE DEPENDENTE: NUMA PERSPECTIVA SISTÊMICA _____ 469

SEÇÃO 05: FERRAMENTAS E TÉCNICAS

FERRAMENTAS UTILIZADAS NOS CASOS CLÍNICOS EM PSICOLOGIA__ 479





SEÇÃO 1:

**CASOS CLÍNICOS EM PSICOLOGIA ABORDADOS
NA PERSPECTIVA PSICODINÂMICA:
PSICANÁLISE E ANALÍTICA JUNGUIANA**







O ENTENDIMENTO DO SUICÍDIO NO SUJEITO HISTÉRICO: Numa Perspectiva da Psicanálise

Geíse Santos Dias

HISTÓRIA CLÍNICA

Ana (nome fictício) tinha 40 anos quando foi submetida a terapia por uma fixação não satisfeita de sua imagem corporal como queixa principal. Realizava atividades físicas intensas, no turno matutino e vespertino, e não conseguia alcançar o peso “ideal”.

Durante a sessão, Ana relatou sobre os seus pensamentos suicidas após crises no casamento. As filhas eram os únicos motivos pelo qual ela ainda estava viva, enfatizando a necessidade de sua presença para o desenvolvimento das crianças, mas a cada briga do casal a sua única vontade é a morte.

Inconformada com as traições do marido e a mudança no casamento, a paciente afirmou que iria lutar pelo casamento, mas sem saber como fazer isso e se ainda existia o interesse dele por ela, lhe deixa em uma profunda angústia e relata que, se um

dia encontrá-lo com alguma amante irá cometer suicídio.

Em uma outra sessão, Ana manteve o suicídio como principal foco temático, sentindo-se culpada pelo “término” do casamento, mantendo dificuldade para elaborar o luto, do fim desse relacionamento “ideal. Durante toda a sessão, buscava um motivo para a presente situação, em um discurso persecutório e muitas lágrimas.”

Ana relata uma cena, na qual, narra o encontro com uma das amantes de seu marido na rua, e ao ser questionada pela amiga do casal que estava com ela no momento se não iria até ela e para dá-lhe uma surra, ela paralisou. Quando conseguiu esboçar alguma reação, avisou para a amiga que não queria continuar viva e se retirou do local.

O Marido da paciente foi avisado sobre o ocorrido pela a amiga do casal, resultando em outra discussão, e Ana retornou para a busca incessante pelo corpo ideal, afirmando que, ela





era mais bonita do que a amante do marido.

No decorrer dos atendimentos o seu maior questionamento era achar uma explicação sobre o envolvimento do marido com mulheres “inferiores” a ela, como dizia.

HISTÓRIA FAMILIAR

Ana, quando foi submetida a psicoterapia, aos 40 anos de idade, e residia na cidade de Salvador, juntamente com o marido e duas filhas.

A paciente é a segunda filha de uma prole de quatro filhos, todos vivos. Foi a última a sair de casa, relatando ter dificuldades de afastar-se da família e dos amigos que lá tinha feito: *“lá eu achava que tinha tudo, era confortável, mas precisava trabalhar. Acabei vindo para Salvador, e aqui fiquei e casei”*.

Pouco foi dito sobre a relação familiar, mas trouxe em seus discursos, a ausência do pai durante a sua vida após a separação dos genitores e a relação conflituosa com a mãe. Os pais se separaram quando Ana tinha 12 anos de idade, passando a conviver com o pai somente em datas comemorativas, e com o passar do tempo, raramente tinha contato após a nova formação familiar do pai, “motivo do distanciamento” como enfatizou a paciente.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Os dados coletados para a elaboração desta discussão, foi a partir da narrativa da paciente durante as sessões que possibilitou uma breve informação sobre a história familiar e clínica, com isso, foi possível uma hipótese diagnóstica estrutural que contribuiu para o manejo do tratamento (análise).

A estrutura clínica da paciente foi o campo de investigação, suspeitando-se de um caso de histeria. Após este diagnóstico diferenciado entre as estruturas, foi possível pensar em uma melhor condução no tratamento.

Após uma breve ilustração da história familiar e clínica, o passo seguinte será articulações teóricas com recortes do discurso da paciente, a fim de, responder se Ana trata-se de um caso de histeria.

O diagnóstico em psicanálise começa a partir das interrogações feitas em relação ao estatuto do inconsciente com relação à realidade. Entende-se que, toda ligação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica.

A fonte primária da realidade psíquica é o inconsciente, que através da fala temos acesso, possibilitando também o início do trabalho clínico. Se faz necessário explicar que, só podemos tratar o sofrimento psíquico a partir do que é apresentado dessa rea-





lidade, em forma de palavras e ações ricas em sentido, ou seja, a realidade que interessa ao sujeito de maneira subjetiva, da qual ele se vê, fala, pensa, enfim, a forma que ele se coloca no mundo e até mesmo se desconhece.

A psicanálise utiliza da transferência em seu manejo clínico, excluindo a prática como leitor de fenômenos, mas como nomeador de incidência do sujeito na linguagem. Dessa forma, o diagnóstico deixa de ser fenomenológico para ser estrutural.

O diagnóstico estrutural pode-se ser compreendido como um diagnóstico que é realizado a partir da fala remetida ao analista, ou seja, sob transferência.

PONTOS DE DISCUSSÃO

1. De que maneira pode ser compreendido o suicídio?
2. Quais as características de um discurso histérico?
3. O que leva um sujeito histérico a tentar contra a própria vida?

DISCUSSÃO

A leitura do discurso da paciente foi analisada com a atenção flutuante, utilizando a técnica da associação livre, possibilitando a paciente seguir o fluxo de trabalho do inconsciente. Foi dada uma atenção especial à transfe-

rência; instrumento fundamental no processo da psicoterapia psicanalítica.

A proposta inicial da terapia, era permitir que a paciente entrasse em um processo transferencial. Durante a primeira sessão foi permitido que Ana esvaziasse a queixa principal, até quando foi feito um corte em seu discurso, marcando o significante “morrer”, e encerrada a sessão.

Na sessão seguinte o discurso de Ana era focado no seu desejo de tirar a própria vida e os motivos que a fez pensar em desistir da vida. Discurso esse que se manteve durante as três últimas sessões da terapia.

É possível perceber que o suicídio se faz presente na vida de Ana, mesmo sem a passagem ao ato.

O suicídio pode ser compreendido como uma solução para acabar com a dor, quando a vida se torna intragável, difícil de suportar, tornando de alguma maneira a vida mais “leve” diante da dor de sua existência. Antes de discutirmos essa temática é preciso compreendermos a estrutura psíquica da mesma, da qual, suspeita-se de uma neurose histérica.

A partir de leituras feitas sobre a temática e experiência clínica, é entendido que as histéricas buscam por um ideal de perfeição em quase todos aspectos de sua vida, tendo a insatisfação como perfil patente. As histéricas não vai atrás do seu desejo, o seu foco é o ideal, desta forma, permanece na





queixa, buscando justificativas para se manter no lugar do outro idealizado.

A preocupação com o corpo, em tamponar o furo, a lacuna diante do ideal de perfeição, contribui para que as histéricas de hoje se sustentam em modernas ortopedias corporais, possíveis suplentes das paralisias, cegueiras e contraturas, sintomas que se apresentava no século passado (SIMÕES, 2007):

“Me sinto mal com meu corpo, todo mundo diz que estou emagrecendo, mas eu não consigo ver assim. Antes de ir malhar eu visto umas três roupas para que uma fique boa. Gosto de ir malhar e ficar de top durante o treino, mas essa barriga não sai. Vou correr pela manhã e à tarde vou para a academia, não sei mais o que fazer.”

No sujeito histérico se mantém firme traços de uma queixa antiga que sobre o fundo de uma reivindicação de amor em relação à mãe. O histérico se reconhece como um sujeito que não tem sido amado o bastante pelo Outro, ou seja, não recebeu todas as provas de amor esperada pela mãe (DÖR, 1991): *“Sempre foi difícil agradar minha mãe, tudo que eu faço tem que ter uma desaprovação dela, isso me deixa mal”*.

Ao que se refere a fantasia criada pelo neurótico para se relacionar com o objeto causa do seu desejo, dá suporte para o desejo do sujeito diante da falta do Outro, ou seja, para tamponar a falta no Outro. É uma maneira de fazer suplência à incapacidade da

relação sexual. Desta forma, perder o objeto pode resultar em um choque na fantasia, podendo levar o neurótico a um ato suicida (FREITAS, 2015):

“Minha vida tem se tornado um inferno depois que meu casamento mudou, só penso em morrer. Toda vez que a gente briga eu penso em me matar, hoje pela manhã mesmo, discutimos, ele saiu e logo olhei para meus pulsos. Eu não aceito isso, essas traições, as ignorâncias dele, já tem muitos dias que não dormimos na mesma cama.”

O sujeito feminino dispõe-se a ser o objeto da fantasia do homem. É válido ressaltar que, o homem goza do objeto e a mulher goza como objeto. Para a mulher manter-se nessa posição de objeto é impreterível o amor de um homem. Ao perder esse amor é revelar o seu estado de objeto de gozo na dimensão de resto, o que não necessariamente, resultar a atos suicidas, tanto *actings* ou mesmo passagens ao ato (FREITAS, 2015):

“Semana passada estava eu e uma amiga de meu marido na rua, aliás, nossa amiga. Avistei a amante de meu marido, mas nunca me bati com eles dois juntos, mas sei que eles dois estão tendo um lance. Pense, paralisei! Não consegui nem sair do lugar e minha amiga me perguntando se eu não ia lá dá uma surra nela. A única coisa que eu consegui fazer foi dizer a ela que não queria mais viver, preferia me





matar do que continuar vivendo daquela forma, aquilo não era vida.”

Em muitos casos, são as questões amorosas o motivo que leva o sujeito histérico cometer o suicídio. Este ato acontece geralmente por meio de um *acting out*, em um esforço desesperado de suplicar ao Outro para que lhe revogue o amor e o lugar de complemento de seu desejo, a ponto de lhe submeter a puro resto.

Nesta situação de suicídio neurótico, em especial, do tipo clínico histérico aqui estudado, frente a uma perda de objeto, perda de gozo, o sujeito terá que lidar com o desejo do Outro, com a falta do outro e também, com a sua própria falta. E é neste momento que a fantasia encontra-se abalada e sem apoio, a falta do Outro é evidenciada no real.

CONCLUSÃO

O caso clínico aqui explanado, foi baseado na história clínica da paciente Ana, elucidado em recortes feitos da sessão terapêutica, da qual, é considerado relevante para investigação dos sintomas, com o auxílio da orientação psicanalítica para o seu processo de análise (tratamento).

Houve adaptações no caso, utilizando um nome fictício para a paciente, a fim de proteger a identidade da mesma. O estudo do caso de Ana, objetivou a compreensão da estrutura clínica da

paciente, em especial, o entendimento do suicídio no sujeito histérico.

O material clínico foi obtido durante quatro sessões de psicoterapia com Ana, sendo atendida semanalmente. A paciente não deu continuidade ao tratamento, dificultando um diagnóstico preciso da estrutura clínica da mesma, mas é mantida a hipótese de que Ana trata-se de um caso de histeria, a partir de análises feitas do seu discurso com a teoria psicanalítica.

Existe dificuldade em realizar um diagnóstico de uma estrutura neurótica, por mais simples que possa parecer, pois, os mesmos sintomas podem surgir tanto na neurose obsessiva quanto na histeria.

PONTOS IMPORTANTES

- O suicídio pode ser compreendido como uma manifestação humana, uma solução utilizada quando a vida se torna intragável;
- As históricas buscam por ideal de perfeição, seja ele corporal, intelectual ou emotivo, o seu perfil patente é a insatisfação;
- No sujeito histérico se mantém firme traços de uma queixa antiga que sobre o fundo de uma reivindicação de amor em relação à mãe;
- Geralmente, são as questões amorosas que levam o sujeito histérico a cometer o suicídio.





REFERÊNCIAS

1. Dor, Joel. *Estrutura e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus- Timbres Ed., 1991.
2. Figueiredo, Ana; Machado, Ondina. *O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura*. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica. vol.3, n. 2, Rio de Janeiro, 2000.
3. FREITAS, Geísa. *A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio*. Stylus (Rio de Janeiro). n. 31, Rio de Janeiro, 2015.
4. SILVA, Julieta; YAZIGII, Latife; FIORE, Maria. *Psicanálise e Universidade: a interface possível por meio da pesquisa psicanalítica clínica*. Alice quebra-vidros. Revista brasileira de psiquiatria. vol. 30, n. 2, São Paulo, 2008.
5. SIMÕES, Regina. *A recusa histórica à satisfação do desejo*. Psicologia para a América Latina. n. 11, México, 2007.

