

# ESTUDO DE CASO: ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DA HISTERIA A PARTIR DE UM TRATAMENTO DE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

CASE STUDY: ANALYSIS OF THE DIAGNOSIS OF HYSTERIA BASED ON  
PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY TREATMENT

Ciências Biológicas • 15/04/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/776219731](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/776219731)

Gustavo Javier Figliolo<sup>1</sup>

Tatiane da Rocha Gonçalves<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma descrição do processo de análise e diagnóstico de uma paciente em sessões de psicoterapia psicanalítica a partir das observações coletadas de suas ações e seu comportamento surgidas do relato em associação livre. Para tal, houve a ocorrência do tratamento na prática clínica e as análises feitas por analista e por quem supervisionou o processo, para chegar as conclusões que aqui são apresentadas sobre a estrutura clínica da histeria e sua provável evolução futura.

**Palavras-chave:** Psicoterapia psicanalítica. Histeria. Tratamento. Diagnóstico.

## ABSTRACT

This work aims to describe the diagnostic and analytical process of a female analysand in psychoanalytic psychotherapy sessions, based on observations collected from her actions and behavior arising from free association. To this end, treatment took place in clinical practice, and analyses were conducted by the analyst and supervisor to arrive at the conclusions presented here regarding the clinical structure of hysteria and its probable future evolution.

**Keywords:** Psychoanalytic psychotherapy. Hysteria. Treatment. Diagnosis.

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma análise completa do tratamento em abordagem de psicoterapia psicanalítica, considerando o detalhamento e a descrição do processo evolutivo, diagnóstico da possível estrutura clínica, prognóstico e encaminhamentos e finalização da terapia de uma paciente em *setting* psicanalítico.

## **1.1 Identificação e descrição geral do paciente:**

Nome: P. A. M. O.

Nome da Mãe: A. R. M

Nome do Pai: S. E. S. O

Idade: 27

Estado civil: Solteira

Filhos: Um menino de nove anos.

Obs: A paciente tinha vinte e seis anos quando começou o tratamento.

## **1.2. Impressões Iniciais:**

A paciente é uma jovem bonita, simpática e atraente. Se mostra bem articulada e é bastante inteligente. Demonstra ter iniciativa e determinação no que se propõe realizar. Deixa ver uma grande necessidade de estar seduzindo o tempo todo. Os relatos da sua história são bastante sinceros e não tem vergonha em contar eventos e situações de sua vida que seriam socialmente “condenáveis” ou que a média das pessoas provavelmente consideraria moralmente impróprios. Demonstra também muito interesse em fazer psicoterapia.

## **1.3 Laudo do Psicodiagnóstico**

Podemos inferir que o quadro clínico da paciente é o de uma neurose histérica. Chegamos a essa conclusão pelos comportamentos relatados, pela observância de uma quantidade incessante de relacionamentos amorosos todos efêmeros que se repetem continuamente e pela maneira de agir e de se relacionar com o analista no *setting* analítico e na situação analítica. Tudo isso

inclui jogos de sedução, ausência de comprometimento emocional, fugas dos relacionamentos, insatisfação perene decorrente dos dois pontos anteriores, imaturidade emocional, fraqueza psíquica, incertezas, sintomas todos que são expressão de um cumprimento de desejo que não se satisfaz ou, como o formula Sigmund Freud ([1908] 2018, p. 346), “realização de uma fantasia inconsciente a serviço de um cumprimento de desejo”.

#### **1.4. Motivo da Consulta e Sintomas Apresentados**

A paciente apresentou uma queixa específica, a de sentir-se incomodada por não entender por que tinha uma fixação com uma pessoa com a qual vem tendo um relacionamento. Ela reconhece que essa pessoa não lhe faz bem e tem tentado algumas vezes terminar a relação, porém, em momentos de fraqueza procura essa pessoa, como num círculo vicioso, o que lhe causa bastante ansiedade. Além disso, ela tem tido crises de raiva, ao ponto de ter agredido fisicamente esse rapaz e de tê-lo ameaçado matar com uma faca. Episódios como esse se repetiram em outras ocasiões com alguma outra pessoa e se dão sempre quando a paciente está um tanto alcoolizada.

#### **1.5. Resumo da História Progressiva e Atual**

A paciente, de vinte e sete anos, nasceu em uma cidade do interior do estado do Paraná e mora em Londrina desde setembro de 2020. Os pais não eram casados e ela viveu os primeiros anos da infância em companhia da mãe, da avó e de um tio. Conheceu o seu pai quando tinha sete anos e o relacionamento com ele foi sempre de visitas esporádicas de tempos em tempos (meses às vezes). A mãe sempre foi também muito ausente, por ser uma pessoa “desligada”

e sem iniciativa, com claros sinais de não ter ocupado a função materna. Essa ficou a cargo da avó, quem sempre impôs limites na paciente, o que resultava em constantes brigas, pois a paciente sempre foi bastante rebelde. Com quinze anos conheceu o pai do seu filho e com dezessete a mãe deu a guarda da paciente para o rapaz e ambos foram morar juntos. Com dezoito anos teve um filho, que agora está com nove. Relata que nunca teve um relacionamento muito próximo com o filho, no sentido de ocupar uma verdadeira função materna. Sofreu de parte desse companheiro abuso físico em forma de agressões; depois se separaram e ela diz não sentir mágoa dele por essas agressões. Como a avó faleceu uns anos atrás, o filho mora com a mãe dela na cidade natal deles; ela visita o filho uma vez por mês, mas não demonstra sentir muita falta dele e fica claro que repete a falha na função materna que a mãe teve com ela. Apresenta comportamentos histéricos bem definidos, como uma constante necessidade de seduzir e um rodízio de relacionamentos com homens dos mais variados tipos e idades. Queixa-se também de sentir medo antes de dormir, quando está sozinha no seu quarto; não consegue dormir na escuridão e nem no silêncio, precisa ter alguma luz acesa e a televisão ligada. Inicialmente, ao procurar a clínica, relatou que não entendia por que tinha uma fixação com um rapaz que conheceu e que segundo ela lhe fazia mal, mas não conseguia pôr fim à relação; atualmente, após sete meses de terapia, já esqueceu o rapaz. No momento tem um relacionamento com um homem bastante mais velho que ela, que a ajuda financeiramente; ela o chama de “daddy-sugar”. Começou a estudar arquitetura e tem intenção de pôr um “rumo” em sua vida, já que agora tem a possibilidade de um melhor passar financeiro. Se defronta, no entanto, com o vício do álcool, que atrapalha sua vida, apesar de ela dizer que gosta de beber. Faz uso também de maconha

ocasionalmente. A paciente parece ter noção de que está em um processo de passagem para a vida adulta, porém apresenta uma imaturidade própria de uma adolescente.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. Hipóteses de Trabalho**

O objeto de estudo do psicanalista, quando submetido à situação de pesquisa, isto é, na realização do estudo de um caso clínico, é a própria experiência clínica. Levando em consideração essa premissa, faz-se necessário apontar quais instrumentos de trabalho foram seguidos durante a prática clínica dessa experiência. Assim, as hipóteses de trabalho tiveram como base de sustentação a escuta analítica e a interpretação do discurso do analisando visando a construção inteligível da trama do relato trazido para poder descortinar os fenômenos inconscientes veiculados por essa narrativa. Porém, é necessário ressaltar que essa escuta analítica e essa tentativa de interpretação do discurso são permeados por uma condição que diz respeito ao próprio inconsciente do analista como mecanismo íntimo do trabalho no campo da prática clínica. Ao dizer de Juan David Nasio (1999, p. 7), “a caricatura do analista eternamente silencioso, sugerindo que a análise se desenrola ao sabor da fala, é uma visão incorreta. [...] o psicanalista trabalha, antes de tudo, com o seu inconsciente”. Dessa maneira, o analista dirige o tratamento, por um lado, e está (deve estar) atento ao que o seu próprio inconsciente lhe diz: se por um lado é necessário o conhecimento da técnica psicanalítica, da escuta atenta, da atenção flutuante, da intervenção precisa, por outro lado é imprescindível também que, via a transferência, os inconscientes de analista e analisando confluem em um único inconsciente que revele a

verdade. Daí que com o manejo da técnica se dá uma direção ao tratamento “esperando secretamente que a verdade na análise irrompa em nós, nos perturbe, nos surpreenda e ponha um limite ao suposto domínio da nossa ação. É então que a verdade aparece no analisando” (NASIO, 1999, p. 8). Ou, como o coloca Zimmerman (1999, p. 302) “analista e analisando fazem parte da realidade psíquica que está sendo observada e, portanto, ambos são agentes da modificação da realidade exterior à medida que modificam as respectivas realidades interiores”. Em última instância, então, podemos dizer que a hipótese final de trabalho, com seus instrumentos e critérios, foi a de fazer surgir a verdade oculta na fala do analisando.

Assim, a experiência clínica com a paciente foi revelando, no transcurso dos encontros, várias facetas de sua personalidade. Foi possível inferir, quase que de início, uma carência afetiva, uma falta de origem que determinava essa carência e que estava dada pela ausência do pai e da função paterna praticamente em toda sua infância, (“Conheci meu pai com sete anos, mas havia um tio que morava com a gente; ele vivia a vida dele, mas quando eu pedia alguma coisa ele me dava”). Da mesma maneira, o comportamento materno era o de uma mãe ausente, que chegou a dar deixar a filha adolescente, de quinze anos, sob a tutela legal do namorado, com dezoito anos, (“A minha mãe sempre foi meio perdida, avoadada, sempre pareceu não dar conta das coisas; na verdade foi a minha avó que me criou”). Por outro lado, essa falta determinava uma necessidade de afeto que impelia a paciente a seduzir o tempo todo, num típico comportamento histérico; foi possível verificar isso pela forma em que ela se vestia para as sessões e pela maneira de contar os repetidos encontros amorosos com diversos homens. Esses encontros tinham a característica de serem efêmeros, de não

produzirem a satisfação desejada (“Eu enjojo muito rápido”) e se perpetuavam em um círculo vicioso. O único relacionamento a que ela se encontrava “amarrada” e sem entender o porquê (foi a queixa inicial, junto com relatos de surtos de raiva) foi com um rapaz que era machista e que, conforme relatou, era de todos com o que menos prazer sexual sentiu, se é que houve algum. Esses relatos feitos com semblantes de incredulidade e de desconcerto foram abonando a ideia de estarmos diante de um comportamento histérico que foge permanentemente do prazer para retroalimentar continuamente o desejo, pois como Freud ([1908] 2018, p. 346) postulou, “o sintoma histérico serve à satisfação sexual e representa uma parte da vida sexual da pessoa”. Desejo sempre insatisfeito, histericamente insatisfeito, poderíamos dizer.

## **2.2. Hipóteses Psicodinâmicas**

Consideramos as hipóteses psicodinâmicas narrativas que descrevem a natureza e a etiologia das afeções psíquicas do paciente. A partir de dados concretos produzidos ou manifestados pelo discurso do analisando na sessão terapêutica, são feitas inferências que visam estabelecer hipótese de trabalho para a direção do tratamento. Essas inferências dizem respeito à natureza da psicopatologia, à estrutura de personalidade, à dinâmica e desenvolvimento da afeção psíquica e podem ser ou não confirmadas durante o tratamento. Assim, “as inferências clínicas compreendem todas as ações que abrangem um processo de transformação que um determinado terapeuta considera relevante para dar sentido ao material clínico de um determinado paciente” (CATTO; SERRALTA, 2012, p. 50). Portanto, as hipóteses psicodinâmicas são parte de um processo de inferência clínica.

Por outro lado, é necessário relacionar as questões teóricas à prática clínica e compreender quais são os elementos que se apresentam na fala do paciente que podem conduzir ao diagnóstico na clínica.

A fim de traçarmos esse percurso, faremos um breve comentário explanatório sobre a estrutura clínica da neurose histérica, diagnóstico ao qual chegamos após o tratamento com a paciente. Começaremos com uma citação de Sigmund Freud onde enfatiza que os conteúdos da vida anímica têm seu cerne na sexualidade e que esta representa uma força que age em cada instância da vida do sujeito, assim o explica:

*[...] a sexualidade não intervém simplesmente como um deus ex machina que se apresentasse uma única vez em algum ponto da engrenagem dos processos característicos da histeria, mas [...] fornece a força impulsora para cada sintoma singular e para cada manifestação singular de um sintoma. Os fenômenos patológicos são [...] a atividade sexual do doente. [...] Quem a desprezar nunca será capaz de abrir essa porta. Ainda aguardo as investigações capazes de refutar ou restringir essa tese. O que tenho ouvido até agora não passam de manifestações de desagrado pessoal ou de incredulidade, às quais basta contrapor o dito de Charcot: “Ça n’empêche pas d’exister”<sup>3</sup>.”*  
Freud ([1901] 2018, p. 89).

Assim, tomaremos como ponto de partida o conceito de *Complexo de Édipo* tal e como o concebeu Sigmund Freud, com algumas

considerações de Jacques Lacan que ratificam, renomeiam ou acrescentam elementos ao referido conceito.

Creemos necessário, antes ainda, tentar definir um outro conceito que perpassa todo o arcabouço psicanalítico e se constituir como um dos conceitos centrais: o conceito de *Falo*.

Por volta dos quatro anos de idade, a criança considera o órgão genital masculino, o pênis, como um (senão o) atributo primordial de seu corpo: a presença no menino o faz sentir-se onipotente; a ausência na menina a decepciona. Mas, sucedem-se dois sentimentos diferentes no menino e na menina diante desse estado de coisas: o menino sente *angústia*, por medo de ser castrado, de ser privado do seu mais prezado bem; a menina sente *inveja* e *dor*, pela humilhação de ver-se privada do pênis. O pênis, então, é elevado a uma espécie de “força mágica” e passa a ser o centro do universo do desejo da criança, em que

*tal culto do pênis eleva o pequeno órgão ao nível de símbolo do poder absoluto e da força viril. [mas] é também, pelas mesmas razões, vivido como um órgão frágil, excessivamente exposto aos perigos e, por conseguinte, símbolo não apenas do poder, mas também da vulnerabilidade e da fraqueza. (NASIO, 2007, p. 22).*

Esse pênis extremamente valorizado e que se torna o representante do desejo de meninos e meninas tornar-se-á o conceito de Falo na teoria psicanalítica. Mas, é preciso deixar claro que o Falo não é o

pênis enquanto órgão, mas sim o símbolo da onipotência, e por isso fantasiado e idealizado, ao ponto de que “a supremacia imaginária e simbólica do pênis é tão forte nessa idade que a menininha também acreditará que possui um Falo. É precisamente esse pênis fantasiado, dito Falo, que dá nome à fase do desenvolvimento libidinal durante a qual acontece a crise edipiana” (NASIO, 2007, p. 22-23). Freud denominará essa fase como sendo a *fase fálica*. Na teoria lacaniana, o Falo será visto como um significante muito particular que se situa no centro de tudo o que está atrelado de uma forma ou outra à dimensão sexual. Se pensarmos em outro conceito, o do *gozo*, podemos inferi-lo como o próprio circuito pulsional, em que o investimento pulsional que visa a obter uma descarga da energia libidinal partindo das zonas erógenas, sofre o recalçamento e consegue a descarga parcial via formações do inconsciente. Assim,

*o falo não significa a própria natureza do gozo, mas baliza o trajeto do gozo – se pensarmos no fluxo da energia circulante –, ou baliza o trajeto do desejo – se pensarmos nesse mesmo fluxo, orientado para um objetivo. Em outras palavras, o falo é o significante que marca e significa cada uma das etapas desse trajeto. Ele marca a origem do gozo, materializada pelos orifícios erógenos; marca o obstáculo com que se depara o gozo (recalçamento); marca ainda as exteriorizações do gozo, sob a forma do sintoma, das fantasias ou da ação. (NASIO, 1993, p. 31).*

Finalmente, podemos dizer que a escolha do nome Falo para exprimir esse conceito está dada pela importância que tanto o

menino quanto a menina dão ao *complexo de castração*, isto é, a angústia do menino de perder o seu tesouro mais querido quanto a dor da menina de ver que não o possui, como dito anteriormente.

Quanto ao complexo de Édipo, e em se tratando da análise do caso de uma mulher, tentaremos descrever como se dá esse processo na menina. Podemos identificar quatro etapas no complexo edipiano da menina. O primeiro momento podemos chamá-lo de *pré-edipiano*; a menina nessa fase “é como um menino”, no sentido de que o objeto de desejo dela é a mãe, precisará primeiro sexualizar a mãe para depois abandoná-la e sexualizar o pai. Nasio (2007, p. 49), afirma que “classicamente falando, deveríamos dizer que o menino deseja apenas um único objeto sexual, a mãe; ao passo que a menina deseja ambos: antes a mãe, depois o pai”.

Um segundo momento se dá quando a menina, ao olhar a mãe nua (ou eventualmente qualquer outra mulher), descobre que não possui pênis. Se o menino com essa descoberta se angustia, pois constata que existem seres (as mulheres) que foram “castradas” (e ele teme isso, daí a angústia), a menina, ao constatar a diferença entre o seu sexo e o do menino sente-se humilhada. A dor e a fúria de se ver privada do pênis faz com que ela se volte contra a mãe que supostamente a enganou, por não tê-la avisado desse fato. Assim, a menina se afasta da mãe e deixa de tomá-la como objeto de desejo. Nesse ponto pode-se vislumbrar claramente o conceito e a importância do Falo ao surgir *inveja* na menina. Nasio chama a esse processo de *inveja do Falo*,

*para enfatizar que a menina não inveja o órgão peniano do menino, mas o símbolo de potência por ele encarnado aos olhos das crianças. O pênis não a interessa, e, às vezes, inclusive a repugna; o que a interessa e a apaixona é o poder que ela lhe atribui e que a deixa com inveja. (NASIO, 2007, p. 53).*

Constatada a ausência do pênis e afastada da mãe, a menina passa assim ao terceiro momento do Édipo em que se volta para o pai e o toma como objeto de desejo. Ela não somente recorre a ele para que a proteja e a console, mas também para pedir-lhe a sua força, isto é, o poder que representa o Falo que o pai sim possui. O que recebe como resposta é uma negativa, evidentemente. Então ocorre que, se ela não pode *ter* o Falo, quererá *ser* o Falo, isto é, o objeto de desejo do pai: “sim, ela queria ter o Falo, mas agora quer ir mais longe, quer sê-lo, ser a coisa do pai. [...] A menina quer ser, ela própria e por inteiro, o Falo precioso. Em outros termos, quer se tornar a favorita do pai”. (NASIO, 2007, p. 55). Dessa forma, e sexualizando o pai, a menina entra no Édipo. Essa fase é caracterizada também por uma identificação da menina com a mãe, mais precisamente com a sua feminilidade. É facilmente verificável isso nas atitudes das meninas ao querer usar batom, brincar com bonecas etc.

Finalmente, acontece a quarta e última etapa, a da resolução do complexo de Édipo. As duas tentativas da menina para com o pai fracassaram, não conseguiu nem ser o Falo nem ter o Falo. O que se segue é uma identificação da menina com a pessoa do *pai real*, adotando atitudes como as dele, e inclusive gestos e valores, processo que Freud denomina de *ideal do eu*. Assim, “as duas

identificações constitutivas da mulher – identificação com a feminilidade da mãe e identificação com a virilidade do pai – foram desencadeadas por duas recusas do pai: recusa de dar o Falo à filha e recusa de tomá-la como Falo”. (NASIO, 2007, p. 57). A menina, assim, abandonará definitivamente os pais como objetos de desejo e buscará seu objeto de desejo nos futuros parceiros sexuais.

O caso da nossa paciente, como já assinalamos, cremos que se situa dentro de uma estrutura clínica de neurose histérica. A falta da figura paterna em sua primeira infância (conheceu o pai quando tinha sete anos) e a ausência de qualquer substituto na função paterna determinam seu posicionamento com respeito aos homens. A paciente conhece um homem (objeto) atrás do outro sem estabelecer um vínculo emocional com nenhum deles. Dá-se aí a eterna procura não do objeto de desejo, mas da insatisfação que esse objeto deve produzir, típico do comportamento histérico. Não haverá completude porque inconscientemente não é isso o que a paciente procura. Parece haver uma relação narcísica com relação ao objeto (os homens) em que a paciente diz: “não preciso de vocês, porque não tive ele (o pai) quando realmente era importante tê-lo”, o que faz perpetuar a falta. E essa falta faz com que ela procure por outros meios preencher esse vazio, especificamente com o uso de drogas. A ingestão regular de substâncias como álcool ou maconha tida por ela como algo normal mostra, além de uma fixação à fase oral, uma compulsão à repetição que visa remediar a falha. Freud ([1901] 2018, p. 67), comenta a respeito das toxicomanias e sua semelhança com as neuroses, dizendo que “de fato, dentre todos os quadros patológicos de que tomamos conhecimento na clínica, as intoxicações e a abstinência quando do uso crônico de certos venenos são os que mais se aproximam das autênticas psiconeuroses”.

Isso também faz com que a paciente seja uma sedutora compulsiva, procurando atrair para si todos os homens/objetos-de-desejo para depois decepcionar-se com eles. Pudemos perceber isso de modo transferencial na análise, o que dá uma vigência espantosa à afirmação de Freud ([1911] 2020, p. 136), em seu ensaio *A dinâmica da transferência*, de que “é perfeitamente normal e compreensível, portanto, que o investimento libidinal de uma pessoa em parte insatisfeita, mantido esperançosamente em prontidão, também se volte para a pessoa do médico”. O investimento libidinal se acha “à espreita”, por assim dizer, e quando consegue atravessar a barreira do recalque recai (cai novamente, pois já tinha sido recalcado e ficou como representação, guardando intacta sua carga de afeto) sobre a figura do médico.

Outro exemplo do percurso histórico de nossa paciente pode ser verificado naquele relacionamento com o rapaz que comentamos que ela se sentia “amarrada” (não conseguia terminar com ele, embora a relação lhe fazia mal; “é machista, é vulgar, não entendo por que teimo em sair com ele”) parece indicar uma situação em que se quer ter o Falo o ‘homem viril’, porém, sem conjunção carnal, ou então pelo menos o sexo aqui é o menos relevante para a relação. Alonso e Fuks comentam nesse sentido:

*O que se manifesta, aqui, é uma estrutura específica do comportamento sexual próprio da histeria, com sua economia paradoxal do desejo e do prazer e seu recalçamento paradigmático da genitalidade, que, como sabemos, se confirma pelos sintomas menos sutis, como as frigidezes, vaginismos e impotências, e que se plasma, também, em fantasias de conteúdo erótico. (ALONSO; FUKS, 2015, p. 137).*

E ainda é possível fazer outra leitura, que é a seguinte. Dizemos que o menino sentia angústia de castração e a menina dor da privação, pois bem, comprovamos, com Nasio (2007, p. 99), que “há uma angústia tipicamente feminina que considero um exemplo da angústia de castração, a saber, o medo na mulher de *ser abandonada*<sup>4</sup> pelo homem amado”. É possível que haja um elo entre a obsessão por esse rapaz com quem a paciente não consegue terminar e uma angústia inconsciente de ser abandonada por ele.

*O desejo de ser amada e protegida é tão poderoso no inconsciente feminino que a jovem mulher, não obstante solidamente envolvida em sua relação, tem sempre medo de ser privada do amor de seu companheiro. Ao menor conflito, lança suspeitas sobre seu parceiro querer deixá-la. Criancinha, já fora enganada pela mãe, agora adulta desconfia dos homens. Teme perder a coisa que preza acima de tudo: o amor, a alegria de amar, ser amada e sentir-se protegida. Se, para o homem, o Falo é a força, para a mulher ele é a felicidade de ser amorosa e ser amada por aquele a quem ama. **Para o homem, o Falo é a força; para a mulher, é o amor.** Da mesma forma que havíamos dito que o homem era uma criatura preocupada em salvaguardar sua virilidade, diremos que a mulher vive na obsessão de ser abandonada. Assim, para a mulher angustiada, o amor permanece uma conquista frágil, a ser reconquistada incessantemente e sempre confirmada. (NASIO, 2007, p. 99-100).*

Finalmente, precisamos destacar um outro episódio vivenciado pela paciente. Ela relatou que uma vez, em ocasião de uma festa familiar na qual havia muitas pessoas, parentes, amigos, conhecidos etc., encontrou-se em um determinado momento sentada junto ao pai, os dois bebendo, e entre risos e conversas ela perguntou a ele: “você ficaria comigo”? Ao que o pai respondeu “sim”; imediatamente ela se levantou e saiu para um outro canto do pátio e rompeu a chorar. O pai foi atrás e disse a ela que estava somente brincando, que como

ia pensar em algo semelhante etc. Ela contou que ficou sempre com a dúvida se o pai estava falando sério naquela ocasião. A vivência é um tanto chocante pelo teor do conteúdo porque, embora ela tenha seduzido o pai, sentando com ele, bebendo cerveja com ele e ainda perguntando a ele se ficaria com ela, o que constitui quase que uma declaração de desejo, quando o pai lhe responde que sim parece descortinar, provavelmente por efeito da bebida, o desejo inconsciente incestuoso de ambos transformando-o em realidade material. A ficha cai e ela chora pelo repulsivo da situação consciente, mas muito provavelmente também pela constatação do desejo inconsciente que parece transpor o limiar e se mostrar a céu aberto. Esse episódio que aconteceu alguns anos atrás reforça a ideia da necessidade de afeto da paciente e do porquê não consegue estabelecer um relacionamento duradouro: em cada novo homem que ela conhece ela revive o pai que não lhe deu afeto e que a quis tomar como objeto de desejo e ela também seduz esse pai para ganhar seu afeto e depois foge dele. Freud ([1901] 2018, p. 48), na análise do *Caso Dora*, dirá: “Desde então tenho visto inúmeros casos de histeria, ocupando-me de cada um por vários dias, semanas ou anos, e em nenhum deles deixei de descobrir as condições psíquicas postuladas nos *Estudos*<sup>5</sup>, ou seja, o *trauma psíquico*, o *conflito dos afetos* e [...] a *comoção na esfera sexual*<sup>6</sup>”.

Em suma, parece ser que a falta tem o seu ponto crucial no terceiro momento do Édipo, que a nossa paciente não experimentou pois, ao não ter o referente paterno porque o pai esteve sempre ausente, não pode pedir a ele a força onipotente (ter o falo) e tampouco pode se colocar como objeto de desejo do pai (ser o falo). As peripécias amorosas da paciente parecem querer repetir esse momento mítico que não aconteceu, o que a faz buscar pelo amor incessantemente para tentar encontrar uma confirmação que nunca chega.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Técnicas Aplicadas**

Estabelecimento do vínculo analítico: o contrato. Associação livre. Escuta analítica. Atenção flutuante. Observação facial e gestual: comunicação não verbal. Avaliação das resistências. Concentração nos processos de transferência e contratransferência. Interpretação dos *actings*. Intervenções pontuais com comentários dos relatos. Tradução interpretativa da fala e da linguagem inconsciente. Devolutivas interpretativas. Observação geral do comportamento da paciente: hora de chegada, semblante emocional, interesse na análise, quantidade de ausências, faltas sem aviso.

### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **4.1. Evolução da Paciente Durante o Processo**

A paciente tem tido uma evolução favorável no sentido de estar ciente de algumas coisas que no início sequer suspeitava e de conseguir não cometer os mesmos equívocos de comportamento. Foi mostrado a ela a falta que a acompanha em função de sua história de vida, falta do pai na infância e adolescência (função paterna, dimensão simbólica); falta da mãe substituída pela avó (função materna deficiente). Essa carência aparece nos relacionamentos superficiais que ela mantém com as pessoas, principalmente homens. Atualmente mostra saber de que a volatilidade desses relacionamentos atrapalham sua vida, pelo que tem a intenção de ter mais “juízo” no que se propõe fazer. De alguma maneira, está em um processo de passagem da adolescência para a idade adulta, mesmo que conte já com vinte e sete anos. Nota-se nela uma fragilidade psíquica que a impede de

assumir as responsabilidades próprias da vida adulta e o medo emocional decorrente de saber que já está passando da hora de deixar a adolescência para atrás.

#### **4.2. Término do Processo**

O resultado do processo analítico até o momento é parcial, pois há o indicativo de continuidade dos atendimentos. Os aspectos trabalhados giraram em torno a mostrar para a paciente essa falta originada na infância das funções materna e paterna e como ela repete esses comportamentos: não assume um posicionamento de mãe perante o filho e não estabelece nenhum relacionamento duradouro, ambas situações que mostram uma real falta de amadurecimento emocional. Os pormenores da história de vida da paciente foram conhecidos após um trabalho transferencial que se deu ao longo do processo terapêutico que vai começar seu oitavo mês; foi possível, nesse tempo, verificar a veracidade das afirmações da paciente, as situações de resistência, as racionalizações feitas por ela diante de comunicações que não eram de seu agrado, as negações derivadas de situações similares. Um exemplo disso é a paciente não achar “nada de mais” o não ter contato diário, afetivo e comprometido com seu filho, que fica aos cuidados da mãe dela. Outro exemplo é o fato de perder alguns compromissos por não se sentir bem (estar de ressaca) em função de excessos cometidos no dia anterior. Cremos que há bastante trabalho a ser feito para ajudar a paciente a fazer as pazes com o inconsciente e deixar de utilizar meios alternativos entorpecentes para afrontar a realidade. Como a paciente, de qualquer maneira, diz sentir-se bem e parece estar “de bem com a vida”, resta o trabalho de mostrar-lhe que existem muitas potencialidades nela que estão mascaradas pelo próprio estilo de vida (consumo de álcool e drogas, por exemplo) e pelo

comportamento inconsciente histórico de fugir do compromisso emocional por não saber como encará-lo, isto é, o que fazer com a possibilidade real de realização do desejo, pois o caminho de fuga para a insatisfação ela já conhece.

## **5. CONCLUSÕES**

O trabalho objetivou fazer uma descrição e análise em formato de estudo de caso de uma paciente cuja estrutura clínica ofereceu um quadro o mais próximo possível de uma neurose histérica, conforme diagnóstico embasado em um tratamento de oito meses de psicoterapia psicanalítica realizada em *setting* psicanalítico com sessões semanais de cinquenta minutos de duração cada. A partir da primeira entrevista e as impressões iniciais, foi possível conhecer o motivo da consulta e o teor da história pregressa e atual da paciente; conforme o processo psicoterapêutico foi avançando, foram se confirmando as suspeitas de se tratar de um caso típico de histeria. A partir das hipóteses de trabalhos já detalhadas e das hipóteses psicodinâmicas que embasaram o andamento do tratamento, chegou-se a um diagnóstico final que, em função das características próprias do analisando em questão, derivou em um prognóstico e encaminhamento de comunicação à paciente sobre o provável motivo de seus comportamentos desajustados, seus mal-estares e sua angústia, assim como o entendimento e tomada de consciência da via de escape que utiliza (toxicomanias) para fazer frente a esse desejo não realizado que conforma o vazio cuja etiologia tem raízes na mais profunda infância e em sua história de vida. Conforme conversado, analisado e sopesado de maneira minuciosa tanto por analista como por quem supervisionou o processo, a comunicação se deu em termos harmoniosos e com pleno entendimento da paciente que obteve uma boa clareza das razões

afetivas que inconscientemente comandam suas ações, para, a partir desse conhecimento, poder encaminhar sua vida de uma forma consciente e ordenada de modo a usufruir de suas potencialidades sem ficar presa no círculo vicioso que a trouxe ao atendimento terapêutico.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALONSO, Sílvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

CATTO, Rosângela. SERRALTA, Fernanda Barcelos. *Elaboração das formulações psicodinâmicas de caso: um estudo exploratório*. DIAPHORA. Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul. Vol. 12, N° 2, Ago-Dez 2012. p. 49-57.

FREUD, Sigmund. *O delírio e os sonhos na Gradiva. Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos [1906-1909]*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. Trad. Paulo César de Souza.

\_\_\_\_\_ *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise fragmentária de uma histeria ("O Caso Dora") e outros textos [1901-1905]*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. Trad. Paulo César de Souza.

GARCIA-ROSA, Luis Alfredo. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

NASIO, Juan David. *Como trabalha um psicanalista?* Rio de Janeiro: Zahar, 1999. Tradução Vera ribeiro.

\_\_\_\_\_ *Édipo. O complexo do qual nenhuma criança escapa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. Tradução André Telles.

\_\_\_\_\_ *5 Lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. Tradução Vera ribeiro.

ZIMERMAN, David. *Fundamentos psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

---

<sup>1</sup> Doutor em Letras/Literatura Comparada pela universidade Estadual de Londrina (UEL). Psicólogo e Psicanalista pelo Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL). Docente Efetivo do Departamento de Letras Estrangeiras Modernas do Centro de Letras e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Licenciada em Pedagogia pela Universidade UNICESUMAR. Licenciada em Sociologia pelo Centro Universitário Cidade Verde (UniCV).

<sup>3</sup> Não o impede de existir. (Tradução nossa).

<sup>4</sup> Itálico no original.

<sup>5</sup> Refere-se a *Estudos sobre a histeria* (1895).

<sup>6</sup> Itálicos nossos.