

ESTUDO DE CASO DE UMA NEUROSE OBSESSIVA COMPULSIVA E SEUS MECANISMOS DE DEFESA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Jhordana Costa Araújo¹
Lívia de Oliveira Teixeira Dias Carvalho²
Vera Lúcia Macedo de Oliveira Teixeira³

RESUMO: O objetivo desse artigo é delinear como a psicanálise trabalha a neurose obsessiva compulsiva, a partir de uma experiência de estágio clínico com base epistemológica psicanalítica. Os atendimentos clínicos aconteceram na escola do SPA (Serviço de Psicologia Aplicada), de uma Instituição de Ensino Superior de Barra do Garças, tendo cada sessão duração de 50 minutos e supervisões em grupo com as discussões do caso e delineamento de estratégias terapêuticas. Nesse estudo de caso manteve-se a preservação da identidade da paciente, que autorizou sua realização, por meio de documentos devidamente assinados, antes de iniciarem as sessões. A base de trabalho foi a psicanálise, a qual caracteriza-se por acessar o inconsciente do paciente por meio da associação livre, que ocorre com o decorrer das sessões conforme a diminuição dos mecanismos de defesa do Ego. Ao fim da psicoterapia houve melhora por parte da paciente, que trouxe para consciência pensamentos e sentimentos recalçados, aprendendo então a ressignificá-los para obter uma saúde mental melhor.

Palavras-chave: Psicanálise. Neurose obsessiva. Mecanismo de defesa.

CASE STUDY OF A COMPULSIVE OBSESSIVE NEUROSIS AND ITS MECHANISMS OF DEFENSE IN THE PSYCHOANALYTIC CLINIC

ABSTRACT: The aim of this article is to outline how psychoanalysis works obsessive compulsive neurosis, based on a clinical internship experience based on psychoanalytic epistemology. The clinical consultations took place at the SPA (Applied Psychology Service), school of a Higher Education Institution in Barra do Garças, each session lasting 50 minutes and group supervision with the case discussions and the design of therapeutic strategies. In this study of case, the patient's identity was preserved and she authorized it to be carried out through duly signed documents before the sessions began. The basis of work was psychoanalysis, which is characterized for accessing the patient's unconscious through free association, which occurs during the sessions as the Ego's defense mechanisms decrease. At the end of psychotherapy there was an improvement on the part of the patient who brought repressed thoughts and feelings to consciousness, then learning to reframe them to obtain better mental health.

Keywords: Psychoanalysis. Obsessional neurosis. Defense mechanism.

1. INTRODUÇÃO

¹ Psicóloga Educacional no Município de Barra do Garças-MT, Pós graduanda em Avaliação Psicológica pela Faculdade Unyleya. E-mail: jhordana_araujo@hotmail.com

² Psicóloga Educacional no Centro Universitário Unicathedral, Mestranda em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC GO, Especialista em Gestalt Terapia pela Faculdade Unyleya, Gestão Escolar pela UFMT e Docência na Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental pelo Univar. E-mail: livia.carvalho86.psi@gmail.com

³ Pedagoga Coordenadora do Colégio Cathedral, Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC GO, Especialista em Didática e Docência no Ensino Superior. E-mail: vl_macedo@hotmail.com

A Psicologia Clínica é uma das áreas de atuação da Psicologia, sendo o campo mais comum e conhecido pelas pessoas devido à história do surgimento da profissão e ao vínculo à Medicina. Esta área trabalha com psicoterapia, contendo normas e padrões que norteiam e caracterizam esta prática. Uma característica importante deste campo de atuação diz respeito à presença de um *setting* terapêutico, que em si, já auxilia no processo de psicoterapia, por ser um ambiente seguro, sem julgamentos, com sigilo, e, principalmente, tendo uma escuta especializada.

No campo psicanalítico, o *setting* é um espaço que se oferece para propiciar a estruturação simbólica dos processos subjetivos inconscientes, reunindo as condições técnicas básicas para a intervenção psicanalítica. Nesse campo são englobados todos os elementos organizadores do *setting*: o espaço físico de atuação, o contrato estabelecido para seu desenvolvimento, assim como os princípios da própria relação, transferencial e contratransferencial, estabelecida entre analisando e analista (BARROS, 2013, p. 1-2).

As psicoterapias individuais podem ocorrer com o público de diferentes faixas etárias, desde crianças até idosos. No caso da psicoterapia infantil, mantém-se comunicação frequente com os pais ou responsáveis, assim como também, é realizada uma anamnese para coletar dados sobre a história de vida da criança; já com adolescentes mesmo menores de idade, as sessões psicoterápicas ocorrem apenas com o sujeito. Por essa razão, dependendo de qual faixa etária, as sessões serão conduzidas de maneira diferente, conforme embasamento teórico escolhido pelo profissional.

O psicólogo clínico possui embasamento epistemológico, em uma das abordagens da Psicologia, que diz respeito a sua visão de mundo e à forma que este profissional irá desenvolver sua prática clínica, visto que, mesmo que possuam características específicas da Psicologia Clínica, possuem ainda aquelas que se referem à abordagem, diferenciando-as umas das outras.

A psicanálise é uma destas abordagens psicológicas, mundialmente conhecida, até mesmo por outras profissões. Existe antes mesmo da Psicologia ser regulamentada como profissão, tendo sido criada por Freud, que dedicou sua vida ao desenvolvimento de sua teoria, de acordo com os atendimentos que fazia.

A psicanálise constitui uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta. Posso começar dizendo que a psicanálise não é fruto da especulação mais sim o resultado da experiência (FREUD, 1996, p. 227).

A psicanálise ganhou milhares de seguidores nos mais diversos cantos do mundo, muitos dos quais deram continuidade aos estudos de Freud, desenvolvendo assim a Teoria Psicanalítica, como é o caso de Lacan e mais, contemporaneamente, Quinet. O foco dessa abordagem é o inconsciente, sendo seu grande diferencial em relação às outras abordagens. Parte-se do princípio de que as vivências primárias do sujeito influenciam na sua forma de agir, nas relações futuras. Outro ponto que diferencia a psicanálise das outras abordagens é em relação a sua regra fundamental (e única), que é a associação livre, em que o sujeito diz tudo que vier a sua cabeça, facilitando o acesso ao inconsciente por meio das manifestações dele. Freud (1996), descreve que a partir da associação livre “o paciente deve relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção dentre elas” (p. 129).

Com a queixa do paciente, inicia-se o processo de entrevistas preliminares, para a coleta de dados sobre a história. De acordo com Quinet (2009), o processo de entrevistas preliminares “trata-se de um tempo de trabalho prévio, à análise propriamente dita” (QUINET, 2009, p. 14).

Após o término das entrevistas preliminares, começa o processo de análise, que é marcado pelo divã, onde o paciente deita de costas para o analista, de frente para uma parede sem estímulos visuais, com o intuito de favorecer a associação livre e a imersão do inconsciente, podendo ser acessado também por meio dos atos falhos, chistes, lapsos, troca de palavras, entre outros. “Uma concepção inconsciente é uma concepção da qual não estamos cientes, mas cuja existência, não obstante, estamos prontos a admitir, devido a outras provas ou sinais” (FREUD, 1996, p. 277).

E, com isso, sendo cada sessão uma análise, utiliza-se da escuta flutuante, da retificação subjetiva, da interpretação, do questionamento, entre outras técnicas para que o material inconsciente responsável pela queixa do paciente se torne consciente, e, ao longo do processo, o paciente vá elaborando e ressignificando suas vivências, conforme o princípio de recordar, repetir e elaborar; costurando os dados coletados durante o período das entrevistas iniciais.

O médico revela as resistências que são desconhecidas ao paciente; quando essas tiverem sido vencidas, o paciente amiúde relaciona as situações e vinculações esquecidas sem qualquer dificuldade. [...]. Trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão (FREUD, 1996, p. 163).

Com as entrevistas iniciais é possível realizar o diagnóstico diferencial, que difere do psiquiátrico, sendo que o diagnóstico psiquiátrico tem como intuito identificar qual a patologia do sujeito, de acordo com seus comportamentos, categorizando-os de acordo com os manuais

vigentes atualmente, como o CID-10 e o DSM-V. Já o diagnóstico diferencial serve para identificar qual a estrutura psíquica do sujeito, podendo ser neurótica, perversa ou psicótica, para que assim o terapeuta possa nortear as análises de acordo com as especificidades de cada estrutura.

A questão do diagnóstico diferencial só se coloca em psicanálise como função da direção da análise: *diagnóstico* e *análise* (no sentido de processo analítico) se encontram numa relação lógica, chamada de implicação: D – A (se D então A). O diagnóstico só tem sentido se servir de orientação para a condução da análise (QUINET, 2009, p. 18).

A estrutura psíquica do sujeito é definida de acordo com a passagem dos tempos do Édipo. Caso o sujeito tenha passado apenas pelo primeiro tempo do Édipo (relação dual mãe e bebê), possui uma estrutura psicótica; passando pelo segundo tempo (castração), tem-se uma estrutura perversa; e, caso tenha passado pelo terceiro tempo (formação do Superego), terá uma estrutura neurótica, sendo esta a da maioria dos sujeitos. “É sobre o Édipo freudiano que Lacan tenta precisar o que ele chama função paterna e, para isso, ordena o Complexo de Édipo em três tempos” (VIVIANI, 1985, p. 1).

Freud se dedicou ao estudo da neurose, dividindo-a em histeria e neurose obsessiva compulsiva. Seu marco foi o estudo com pacientes histéricos, no entanto, também teve pacientes com neurose obsessiva compulsiva, como o famoso caso do homem dos ratos.

O paciente teme que coisas terríveis ocorram com seu pai e com uma dama venerada. Está submetido a impulsos obsessivos, como o de fazer mal à dama, que lhe ocorrem quando ela está ausente; mas estar longe dela lhe faz bem. Ele se impõe interdições e se atrasa em seus estudos de direito, pois apresenta inibições ligadas ao combate contra seus sintomas (SUAREZ, 2011, p. 1-2).

A neurose obsessiva compulsiva surge na fase anal sádica, mais especificamente, no momento do desfralde. O que explica a necessidade de controle do sujeito, remetendo a cobrança sofrida durante essa fase para ter o controle dos próprios esfíncteres, controle este, que perpetuará por toda sua vida.

A neurose obsessiva surge do estágio pré-genital, uma vez que não é atingido ou há uma regressão do estágio genital aos precursores de seu desenvolvimento, com a evidência dos impulsos anal-eróticos e sádicos. Como no estágio pré-genital ainda não houve a escolha objetal, observa-se uma tendência ativa, referente ao sadismo, com o instinto de domínio, que posteriormente, é representado pelo ódio e hostilidade. É outra tendência passiva sustentada pelo erotismo anal (FREUD, 1996).

Em casos de neurose obsessiva compulsiva, o sujeito vivencia uma situação traumática durante a infância, por volta do período da dissolução do complexo de Édipo, que faz com que

ele recalque todos os seus sentimentos oriundos do complexo de Édipo, marcando assim a castração. Essa situação traumática é a primeira cena de investimento sexual do sujeito. Considerando as duas cenas de investimento sexual, Soares et al. (2008), descreve a primeira cena em que “a criança sofreria algum tipo de investida sexual por parte do adulto, despertando na mesma algum tipo de excitação, não tendo, porém, nesta idade condições de elaborar estas representações” (SOARES et al., 2008, p. 1).

Por volta do final da fase latente (quarta fase do desenvolvimento psicosssexual, teoria criada por Freud), o sujeito vivencia a segunda cena de investimento sexual, remetendo aos sentimentos hostis da castração, assim ele recalca esses acontecimentos e desenvolve sua fantasia (forma de viver no mundo), de maneira a evitar situações que possam vir a lhe causar o mesmo desconforto sentido nas duas cenas de investimento sexual (FREUD, 1996)

Desta forma, sua estrutura inconsciente (Id, Ego e Superego) é formada a partir das primeiras relações interpessoais e influenciará todas as suas relações futuras, agindo da mesma forma em todas elas. De acordo com Freud (1996, p. 60), “a obsessão representa um substituto ou sucedâneo da representação sexual incompatível, tendo tomado seu lugar na consciência”.

Quando todo o material recalçado no inconsciente toma dimensões maiores do que o sujeito esteja apto para lidar, surge um sintoma físico, como uma manifestação psicossomática, a qual o sujeito deverá tratar o problema que tenha desencadeado tal sintoma.

Os sintomas são derivados do reprimido, são, por assim dizer, seus representantes perante o ego; mas o reprimido é território estrangeiro para o ego – território estrangeiro interno – assim como a realidade (que me perdoem a expressão inusitada) é território estrangeiro externo (FREUD, 1996, p. 63).

Pelos estudos de Freud (1996), verifica-se que é com o aparecimento do sintoma que o sujeito vai à terapia procurar ajuda, tendo passado por exames físicos que não conseguem mapear a causa deste, subentendendo-se que a causa seja psicológica. Com a terapia, faz-se uma investigação regressa até o momento do trauma; o que leva algumas sessões até que o inconsciente se manifeste, somente após a redução das barreiras do Superego e diminuição dos mecanismos de defesa do Ego, os quais agem em prol de proteger o sujeito de sentir novamente algo que se assemelhe às cenas de investimento sexuais da infância.

É muito comum a resistência e o controle como forma de mecanismo de defesa do Ego nos neuróticos obsessivos compulsivos, isto porque eles evitam a qualquer custo retomar às cenas ou aos sentimentos concomitantes a elas, criando toda uma rotina e exercendo o controle para que o acontecido não se repita. No entanto, chega um momento que este controle não é o

suficiente, aparecendo assim o sintoma, que vem como uma forma de ameaça ao controle (FREUD, 1996).

Sendo assim, obtém-se o controle como mecanismo de defesa do ego, com o intuito de manter no inconsciente aquilo que lhe causa desconforto, que no caso refere-se ao ódio gerado de uma satisfação sexual prazerosa remota, associada à castração. O neurótico obsessivo compulsivo possui comportamentos compulsivos para corresponder aos seus pensamentos obsessivos. O sintoma surge quando esses comportamentos já não conseguem dar conta dos pensamentos, enunciando ao sujeito a necessidade de ajuda para lidar com o que o assola. Mesmo sabendo que precisa de ajuda, o sujeito chega à terapia com resistência, por medo de esta ameaçar o seu controle.

Com o decorrer das sessões, as resistências vão diminuindo, muito por causa da associação livre, mas não somente; até que o sujeito consiga se lembrar da primeira cena, resignificando-a e elaborando suas questões atuais, influenciadas por este acontecimento. Diante disto, este artigo aborda um estudo de caso sob a perspectiva da clínica psicanalítica dos atendimentos de uma paciente que possui uma estrutura psíquica neurótica obsessiva compulsiva.

2. METODOLOGIA

Os atendimentos clínicos foram realizados na clínica escola do SPA (Serviço de Psicologia Aplicada), do curso de Psicologia de uma Instituição de Ensino Superior da cidade de Barra do Garças, no ano de 2018.

O SPA oferece serviços à comunidade na área da Psicologia, no qual os alunos, na modalidade de estagiários estão à frente das atividades realizadas, sendo elas experiências práticas e aprendizados, como forma de capacitação para a futura atuação profissional.

O paciente, ao possuir interesse em obter os atendimentos, procura a Clínica, para o preenchimento de uma ficha com seus dados pessoais, à qual será direcionada a uma das abordagens e, posteriormente, a um dos alunos que será o responsável pelos atendimentos. O aluno estagiário entra em contato com o paciente para que possa marcar a data e horário dos atendimentos, os quais ocorrem semanalmente, com duração de 50 minutos.

Logo, no primeiro atendimento, com base epistemológica na psicanálise, é perguntado ao paciente qual a sua queixa, o que lhe trouxe para a terapia, com o intuito de ir traçando uma trajetória dos atendimentos. São esclarecidos os pontos abordados no contrato, o qual, posteriormente, é assinado juntamente com uma ficha de consentimento livre e esclarecido para

que, se o caso em questão for foco de algum estudo, possa, ser publicado para fins de pesquisa, resguardando todo o sigilo e identidade do paciente, ficando uma cópia com o paciente e outra anexada junto a sua ficha.

De todos os casos atendidos durante o período do estágio específico em clínica, foi escolhido um dos casos para a elaboração deste estudo de caso, analisando a queixa inicial da paciente e o processo de análise que compreenderam os atendimentos psicológicos, com base epistemológica em psicanálise, que ofereceu subsídios para fundamentar e conduzir a prática clínica. A metodologia adotada para a elaboração deste artigo é a de um estudo de caso, sendo abordada a prática concomitante com a teoria utilizada para o desenvolvimento e evolução do caso.

3. RESULTADOS

Houve a escolha de um dos casos atendidos durante o estágio para a elaboração deste estudo de caso. Será usado um nome fictício, com o intuito de preservar a identidade moral da paciente.

3.1. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Gabriela tinha 17 anos quando chegou à terapia por demanda espontânea. Sua queixa inicial era de estar passando por diversas crises de ansiedade após ter iniciado o ensino superior.

3.2. LEVANTAMENTO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Gabriela é filha única, reside com seu pai e sua mãe, sempre estudou em escola pública, e iniciou recentemente a graduação, no ensino superior. Sempre foi uma aluna exemplar, sendo elogiada por isso; dedicando-se aos estudos e evitando envolver-se com namoros para não fugir do seu foco que é o estudo.

Possui poucas amigas, relata ser tímida e muito alegre; evita se expressar na frente dos outros para manter uma postura que acredita que a sociedade espera de si. Mantém o controle de tudo em sua vida, e quando esse controle é ameaçado ela entra em crise, como uma forma de mecanismo de defesa, para reestabelecer as coisas ao seu controle.

Cobra muito de si mesma, baseada na expectativa que acredita que os outros tenham sobre si. Possui uma ligação íntima com a mãe, conversando com ela sobre tudo, e sendo

dependente emocional desta relação; já com o pai possui certo distanciamento e sentimento de hostilidade.

Possui uma relação de amor e ódio com uma amiga de infância, com a qual mantém uma relação de dependência, de influência entre ambas e de competição para ser sempre a melhor. Sendo uma exigência sua em ser boa em tudo, sempre, para manter seus pensamentos obsessivos sob controle.

3.3. PROCEDIMENTOS

De início, foram utilizadas entrevistas preliminares que duraram seis sessões, para coletar dados sobre a história pregressa da paciente, investigando acerca de acontecimentos importantes de sua infância e observando o discurso dela para a elaboração do diagnóstico diferencial.

Com o diagnóstico diferencial foi possível verificar que Gabriela possui uma estrutura psíquica neurótica obsessiva compulsiva. Assim, deu-se início a análise, sendo marcada pelo divã na sétima sessão, o que facilitou a associação livre e a manifestação inconsciente, diminuindo o seu controle sob a sessão.

O divã ético, mais do que um móvel do *setting* terapêutico, é uma técnica analítica, que facilita a associação livre. Evita o contato nos olhos entre paciente e terapeuta, com intuito de que o analisado fale livremente, sem controlar sua fala a partir do olhar do analista.

A principal razão do divã na análise não é, portanto, nem de ordem histórica nem pessoal: ela se deve à estrutura da transferência. Trata-se de uma tática, cujo objetivo é dissolver a pregnância do imaginário da transferência, para que o analista possa distingui-la no momento de sua pura emergência nos dizeres do analisante (QUINET, 2009, p. 39).

Conforme o inconsciente da paciente se manifestava por meio de sua fala, foram feitas confrontações, indagações, parafraseamento, retificação subjetiva, escuta flutuante, entre outras técnicas para que a paciente fosse elaborando suas vivências e tendo consciência do que até então estava inconsciente.

3.4. ANÁLISE

Quando a paciente tinha por volta de cinco anos de idade teve contato íntimo com outra criança, e ao contar aos seus pais, foi punida por seu pai, marcando assim a primeira cena de investimento sexual, assim como também sendo o momento traumático da castração.

A natureza da neurose obsessiva pode ser expressa numa simples. As *ideias obsessivas são, invariavelmente, autoacusações* transformadas que reemergiram do recalçamento e que sempre se relacionam com algum ato *sexual praticado com prazer na infância* (FREUD, 1996, p. 171 grifo do autor).

Ela associou o momento de prazer oriundo do contato com o outro, de libido objetal, com a punição do pai, recalçando todos esses sentimentos para o inconsciente e iniciando a fase da latência, com dedicação às relações sociais; começando a formação do Superego juntamente com a entrada na escola.

A segunda cena de investimento sexual ocorreu quando a paciente tinha por volta de dez anos de idade, quando teve contato com outra criança, e isso remeteu a um sentimento desagradável, por lhe causar prazer assim como na primeira cena, porém ela associou a punição recebida pelo pai, anteriormente. Com isso, recalçou todos esses acontecimentos para o seu inconsciente, e sua fantasia (maneira de viver e lidar no mundo) foi formada com o intuito de sempre agir em prol de evitar que algo parecido aconteça novamente em sua vida. “A separação da representação sexual de seu afeto e a ligação deste com outra representação – adequada, mas não incompatível – são processos que ocorrem fora da consciência” (FREUD, 1996, p. 60).

Assim, seu controle social e sua cobrança pessoal, como uma necessidade em corresponder à expectativa dos outros, são apenas consequências de todos esses acontecimentos. A crise acontece quando ela perde o controle. Ao sentir-se vulnerável, entra em crise, tendo como ganho secundário a sua mãe reafirmando tudo aquilo que ela quer ouvir.

Não é, de modo algum, impossível ao produto da atividade inconsciente penetrar na consciência, mas para esta tarefa é necessária uma certa quantidade de esforço. [...] quando a produzimos num paciente, obtemos os mais indiscutíveis sinais do que chamamos de sua *resistência* a ela (FREUD, 1996, p. 281).

A paciente relatava possuir algo que titulava por “paranoias”, sendo elas, pensamentos obsessivos, dos quais ela sentia a necessidade de ter comportamentos compulsivos para sanar esses pensamentos. O conteúdo desses pensamentos era uma exigência de ter que fazer algo para que fosse boa para Deus e para que nada de ruim acontecesse aos seus pais, possuindo uma espécie de obsessão de proteger, assim como no caso do Homem dos Ratos, o qual sentia a necessidade de proteger a dama. Desta forma, ela tinha comportamentos repetitivos para livrar-se do mau, dos pensamentos e da cobrança que eles exerciam sobre ela.

Os cerimoniais neuróticos consistem em pequenas alterações em certos atos cotidianos, em pequenos acréscimos, restrições ou arranjos que devem ser sempre realizados numa mesma ordem, ou com variações regulares. Essas

atividades, meras formalidades na aparência, afiguram-se destituídas de qualquer sentido. O próprio paciente não as julga diversamente, mas é incapaz de renunciar a elas, pois a qualquer afastamento do cerimonial manifesta-se uma intolerável ansiedade, que o obriga a retificar sua omissão (FREUD, 1996, p. 109).

A neurose obsessiva compulsiva inicia-se no período do desfralde, sendo um momento crucial na vida do sujeito. Ocorre na fase anal sádica, quando há uma cobrança excessiva para que a criança tenha o controle sobre seus esfíncteres. É também nessa fase, que a criança usa do controle dos esfíncteres para ter um controle sob sua relação com os pais (FREUD, 1996).

Isso porque, quando há a quebra da simbiose, a criança já não possui mais atenção integral da mãe; e é por meio das fezes que controla a atenção recebida por sua mãe, considerando que sempre que a criança faz suas necessidades fisiológicas, tem a atenção de sua mãe para fazer sua higienização.

A libido, confrontada ao conflito edipiano, regride à organização sádico anal, porém as satisfações libidinais ligadas a esta se tornam inaceitáveis para o ego, que as recalca. A luta estabelece-se, portanto, entre o ego e as manifestações sexuais ligadas à organização sádico-anal (FARIAS; CARDOSO, 2013, p. 121).

O que pode ser observado nas relações atuais da paciente, de forma que ela evita ter um contato íntimo e se envolver em relacionamentos, restringindo-se a um pequeno círculo de convivência, com o qual mantém uma relação de dependência, como ocorre com sua mãe e com uma amiga sendo que, com a amiga tem, ainda, uma relação de amor e ódio.

Se a um amor intenso se opõe um ódio de força quase equivalente e que, ao mesmo tempo, esteja inseparavelmente vinculado a ele, as consequências imediatas serão certamente uma paralisia parcial da vontade e uma incapacidade de se chegar a uma decisão a respeito de qualquer uma das ações para as quais o amor deve suprir a força motivadora (FREUD, 1996, p. 208).

Assim, nesta amizade há a projeção da fase anal sádica, em que houve a tendência passiva e ativa. E, ainda, os questionamentos homossexuais que sucedem esta fase, não tendo sido resolvido e sendo projetado em sua vida atual. O que a faz evitar ter uma relação sexual, porque não houve a escolha objetal no estágio pré-genital para o direcionamento da libido.

3.5. CONCLUSÃO CLÍNICA

Após tornar conscientes as duas cenas de investimento sexual, que aconteceram em sua infância, que estavam recalçadas no inconsciente, a paciente conseguiu ressignificar essas

vivências, entendendo que elas são comuns a todos (que possuem esta mesma estrutura psíquica), e que sua forma de agir hoje é consequência de suas primeiras relações.

Desta forma, parou de se cobrar tanto e de tentar controlar tudo, substituindo seu controle pelo aprendizado da melhor forma de lidar com as diferentes situações de sua vida. Entendeu que precisa ter sua independência em relação a sua mãe, assim como também houve uma melhora significativa na sua relação com o pai (que até então havia um sentimento hostil gerado pela punição da primeira cena, mas que estava inconsciente). Por fim, a paciente consegue perceber que não é a única que possui problemas, e que eles vão sempre existir, mas que ela tem que lidar com cada um deles para superá-los.

3.6. INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

A paciente Gabriela, já com 18 anos de idade, após 16 sessões psicoterápicas, que perduraram por, aproximadamente, seis meses e meio, recebeu alta dos atendimentos; tendo atingido todos os objetivos da terapia, extinguindo seus sintomas, ressignificando suas vivências e aprendendo a lidar com as diversas situações cotidianas de sua vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia, com base epistemológica na psicanálise, contribuiu para que a paciente se compreende o motivo pelo qual estava tendo crises de ansiedade. Na análise realizou-se um caminho regresso até o momento do trauma, que foi o grande responsável pelos sintomas. Assim, ao tornar consciente todas estas questões que estavam inconscientes, a paciente pode ressignificar suas vivências, extinguindo o sintoma e obtendo uma qualidade de vida com o cuidado de sua saúde mental.

Atualmente, a Psicologia ainda se depara com o preconceito e com o estigma da loucura, o que faz com que muitas pessoas não admitam precisar da ajuda de um profissional da área, o que só agrava as condições de saúde mental dos sujeitos. A paciente ao final do processo superou o preconceito que havia em relação a estar fazendo terapia, o que foi um grande avanço, considerando que assim há a contribuição para a quebra deste estigma.

É fato de que mesmo ao fim deste estudo de caso e das sessões psicoterápicas, não se obtém uma cura ou mesmo conclusões imutáveis acerca desta paciente, já que para a Psicologia as pessoas estão em constante transformação e podem apresentar sintomas, melhoras e retrocessos de maneira não linear, ou seja, a paciente, mesmo tendo observado todos esses aspectos e tido uma melhora significativa não está isenta de precisar novamente de acompanhamento terapêutico. Nesse contexto, é importante ressaltar que pessoas com neurose

obsessiva compulsiva, embora seja difícil o tratamento, podem ter uma boa qualidade de vida com ajuda profissional.

6. REFERÊNCIAS

BARROS, Glória. O setting analítico na clínica cotidiana. **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte, n. 40, p. 71-78, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n40/n40a08.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

FARIAS, Camila Peixoto; CARDOSO, Marta Rezende. Compulsão e domínio na neurose obsessiva: a marca do pulsional. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 117-128, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v25n1/08.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

FREUD, Sigmund, A Disposição à Neurose Obsessiva. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A Natureza e o Mecanismo da Neurose Obsessiva. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As Neuropsicoses de Defesa. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Atos Obsessivos e Práticas Religiosas. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: “Gradiva” de Jensen e outros trabalhos (1906-1908)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Notas sobre um Caso de Neurose Obsessiva. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: Duas Histórias Clínicas (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”) (1909)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. 1856 - 1938. Conferência XXXI: A Dissecção da Personalidade Psíquica. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise II). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Sobre a Psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud: O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Uma Nota sobre o Inconsciente na Psicanálise. In: FREUD, Sigmund. Obras completas de Sigmund Freud: **O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

QUINET, Antonio. **As 4+1 condições da análise**. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

SOARES, Aline Pollyane Batista, et al. O Conceito de Fantasia na teoria freudiana e na obra: “Homem dos Ratos”. **Rede PSI**. mai. 2008. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2008/05/12/o-conceito-de-fantasia-na-teoria-freudiana-e-na-obra-homem-dos-ratos/>. Acesso em: 27 de outubro de 2018.

SUAREZ, Esthela Solano. O Homem dos Ratos. **Opção Lacaniana online**, v. 2, n. 5, jul. 2011. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_5/o_homem_dos_ratos.pdf. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

VIVIANI, Alejandro Luis. Lacan e o Édipo freudiano. In: **Revista de Psicanálise Textura**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1985.