

CRISES CONVERSIVAS: UM ESTUDO DE CASO

Juliana Rohde¹

Dulce Grasel Zacharias²

RESUMO

Com o surgimento dos manuais diagnósticos e da busca por uma linguagem comum na psiquiatria e demais especialidades médicas, algumas doenças com características que dificultavam a realização de um diagnóstico nosológico foram, aos poucos, rejeitadas pela psiquiatria moderna. É o caso da histeria, que deu lugar aos transtornos dissociativos, conversivos, e tantos outros. Partindo deste entendimento, o estudo de caso a seguir busca propôr um diálogo entre os manuais diagnósticos e o entendimento mais clássico de algumas sintomatologias, trazendo também para a discussão aspectos da abordagem sistêmica. A paciente que empresta sua história para este estudo chegou ao Serviço Integrado de Saúde (SIS) encaminhada pelo CAPS II, com a hipótese de que tinha crises de ansiedade. Os sintomas da crise incluíam perda da consciência, espasmos, agitação psicomotora, tremores, taquicardia e dificuldade para respirar. A paciente normalmente não conseguia lembrar-se dos instantes que precediam a crise, tampouco do que se passava à sua volta enquanto a crise estava ocorrendo. Também trazia como dificuldade lidar com a morte do pai, falecido há quase dois anos. A Hipótese inicial foi descartada, e a hipótese atual, construída em conjunto com o psiquiatra, mediante visualização e busca por compreensão do seu histórico e contexto de vida, bem como do acompanhamento de duas crises, passou a ser de que não se tratava de crises de ansiedade, mas sim crises conversivas e dissociativas.

Palavras-chave: histeria; transtorno dissociativos; abordagem sistêmica.

INTRODUÇÃO

Com o surgimento dos manuais diagnósticos e da busca por uma linguagem comum na psiquiatria e demais especialidades médicas, algumas doenças com características não tão fechadas e que dificultavam a realização de um diagnóstico nosológico foram, aos poucos, rejeitadas pela psiquiatria moderna. É o caso da histeria, que deu lugar aos transtornos dissociativos, conversivos, e tantos outros. Corre-se o risco de perderem-se os ensinamentos clássicos, principalmente em relação à etiologia da histeria, passando a operar uma lógica que propõe procedimentos invasivos e nem sempre eficazes, em uma busca por cessar os

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiária do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Sistêmica.

² Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul; Orientadora de estágio curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na Abordagem Sistêmica.

sintomas. Muitas vezes o sintoma é ouvido, e o sujeito que adoece e sofre psiquicamente é silenciado. (BURSZTYN, 2008).

Partindo deste entendimento, o estudo a seguir, que é uma produção teórico-analítica, desenvolvida a partir de um caso real atendido em psicoterapia individual, durante a realização do Estágio Integrado I e II do curso de Psicologia da UNISC, busca propôr um diálogo entre os manuais diagnósticos e o entendimento mais clássico de algumas sintomatologias, trazendo também para a discussão aspectos da abordagem sistêmica.

Para tanto, será apresentado o relato de um caso, composto por histórico, genetograma, hipóteses diagnósticas, entendimento dinâmico e evoluções, sobre o qual discorrerá um breve aprofundamento teórico a respeito de transtorno conversivo, histeria e aspectos de dinâmica familiar.

RELATO DO CASO

Identificação da paciente

Nome: D.D³.

Idade: 18 anos

Município em que reside: Santa Cruz do Sul/RS

Grau de instrução: cursando o terceiro ano do Ensino Médio.

Histórico

D.D. tem 18 anos, cursa o terceiro ano do ensino médio em uma escola estadual no município de Santa Cruz do Sul, onde reside desde que nasceu. É filha de G. e N., que também têm uma filha mais velha, B., de 26 anos. G. faleceu há dois anos, por complicações da cirrose hepática. De acordo com a mãe, a gestação de D.D. ocorreu quando já haviam desistido de ter um segundo filho, não havia mais desejo de ter outra criança. A gestação foi acompanhada por algumas intercorrências, como diabetes gestacional, e no nascimento D.D. correu sério risco de não sobreviver, nascendo com problema respiratório e com a clavícula

³ Tanto a paciente quanto seus familiares serão identificados pelas iniciais, para que não se comprometa o sigilo.

fraturada. Quando a mãe revelou tais questões em atendimento junto com a filha, D.D. chorou muito, pois não tinha conhecimento destas informações.

A mãe da paciente relata que a criação das duas filhas foi completamente diferente: ao passo que com B. eram mais duros e rígidos, com D.D. eram superprotetores, buscando “*protegê-la das coisas ruins da vida*” e “*preservá-la*”. A mãe ainda relata: “*mimei muito*”, mas contrapõe que após a morte do marido tem feito uma tentativa de “*preparar ela para a vida*”, compartilhando mais responsabilidades e permitindo que a filha tenha conhecimento dos problemas e dificuldades da família, sem atenuá-los.

Quando G. adoeceu, ele e a esposa não revelaram para as filhas seu real estado de saúde, elas não tinham dimensão da gravidade da situação, de forma que na ocasião da sua morte houve muito desespero, incompreensão e mágoa com os pais. Somou-se ainda à situação, o adoecimento da avó materna de D.D., que também estava no hospital no mesmo período em que se soube da doença de G., falecendo um pouco antes.

A paciente vivenciou os dois lutos de formas muito distintas: sobre falecimento da avó refere que sentiu muita tristeza, pois a acompanhou no hospital boa parte do tempo, mas que foi uma morte que estava sendo esperada, pois era idosa e seu estado de saúde apontava para esta direção. Diz que houve uma preparação, bem como sensação de alívio mediante este falecimento, pois entende que, para a avó, foi uma cessação do sofrimento, entende que ela “*descansou*”.

Quando falava da morte do pai, D.D. narrava de forma completamente distinta, afirmando que foi “*imprevista*” e “*injusta*”, bem como se sentiu desapontada por não ter sido informada pelos genitores a respeito do real estado de saúde do seu pai. Refere que sentiu muito desespero, bem como não conseguia falar para as pessoas que seu pai havia morrido. Costumava pensar que ele estava viajando, para ela era muito difícil verbalizar “*meu pai morreu*”. Esta dificuldade ainda estava presente quando D.D. iniciou a psicoterapia no SIS, apesar de que logo depois do falecimento do pai também teve acompanhamento psicológico (doze atendimentos, na UNIMED), referindo que foi importante e que a auxiliou naquele momento.

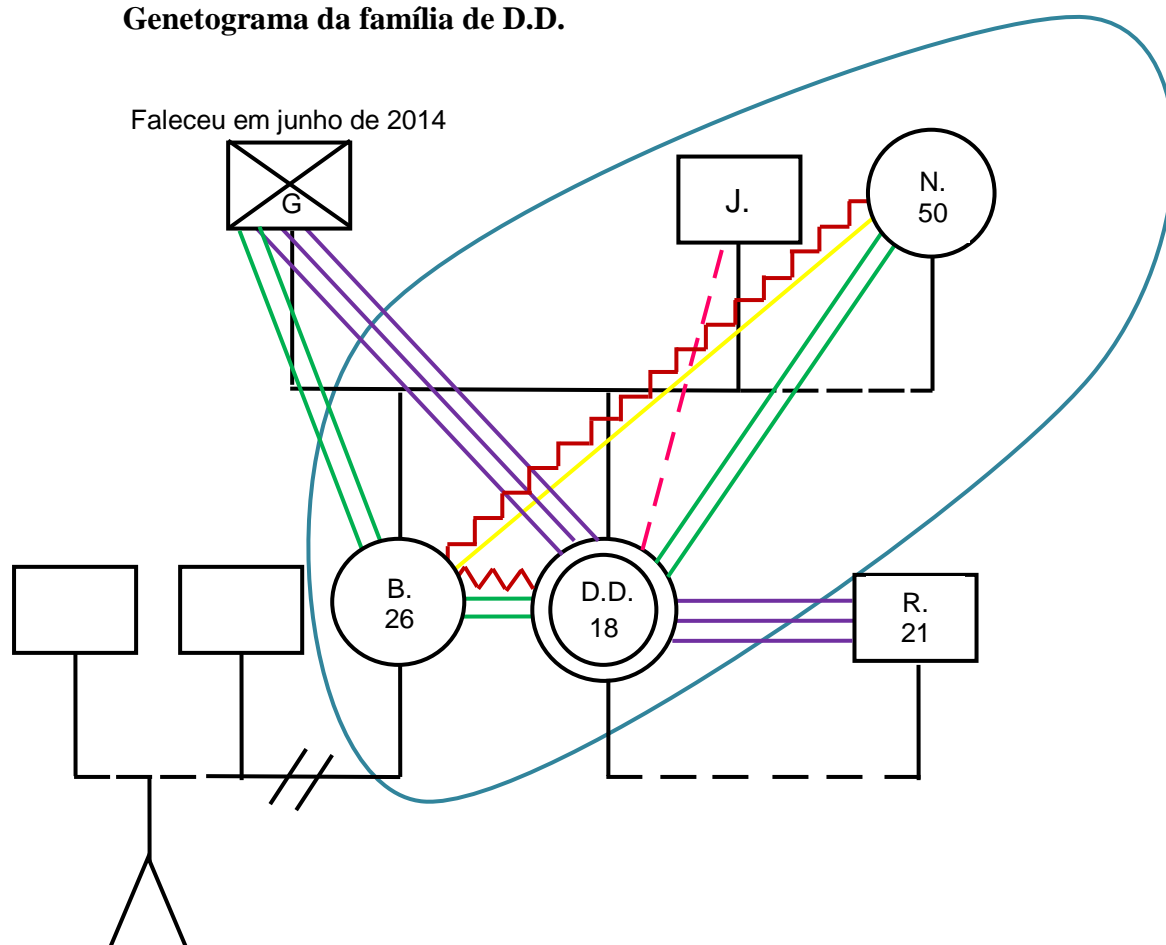
D.D. namora com R. desde os 15 anos, destacando muitos aspectos positivos neste relacionamento. Diz que o namorado é compreensivo, dando apoio e tentando acalmá-la após as crises, bem como “*dá bons conselhos*” para que ela se relacione da melhor forma possível com a mãe e com a irmã, que têm uma convivência conflituosa.

A configuração e as relações familiares da paciente sofreram algumas mudanças ao longo dos últimos dois anos, desde a morte do seu pai. Inicialmente moravam ela e os genitores na mesma casa, mas com o falecimento de G., sua irmã passou a morar com D.D. e N., trazendo junto seu marido. A partir daí surgiram conflitos na família: B., irmã da paciente, tinha conflitos com o marido, com a irmã e com a mãe (na relação entre B. e a mãe já havia conflitos desde antes de ela se casar). Seu marido assumiu uma postura de dar ordens na casa, o que era reprovado por D.D.. Esta, por sua vez, assumiu um papel que antes era do seu pai, de mediar as brigas entre a mãe e a irmã, “tarefa” que a fazia se sentir pressionada e sobrecarregada.

Outro aspecto que modificou a dinâmica familiar foi que N., mãe de D.D. iniciou um novo relacionamento em outubro de 2015, com J., que passou a morar com a família em novembro. D.D. apontava que “*aceitava por fora*” esta relação, para não entrar em conflito com a mãe, mas que “*por dentro*” nunca aceitaria. Sua relação com J. era amigável e distante, tolerando o novo morador em consideração à felicidade que a mãe demonstrava.

No decorrer dos meses (abril à setembro) em que aconteceu a psicoterapia de D.D., outras mudanças foram se processando em sua família. Sua irmã divorciou-se do marido, se relacionando com o filho do namorado da mãe por algumas semanas logo após o divórcio, o que gerou conflituosas na família. Sua mãe e seu padrasto (ao longo do processo ele deixou de ser o “*namorado da mãe*” para ser “*padrasto*” de D.D.) separaram-se, retomando em seguida a relação; e sua irmã entrou em um novo relacionamento, que resultou em uma gravidez. No último atendimento a paciente referiu que a irmã estava organizando-se com o novo namorado para em seguida morarem juntos, em outra casa.

Genetograma da família de D.D.



Legenda:

	Homem		Relação muito forte e fusionada
	Mulher		Relação muito forte/intima
	Paciente identificado		Relação forte
	Casamento		Relação conflituosa
	Filhos		Relação distante
	Relação não oficial		Moram na mesma casa
			Falecimento
			Divórcio/separação

Motivo da procura

D.D. chegou ao SIS (Sistema Integrado de Saúde) encaminhada pelo CAPS II, com a queixa de crises de ansiedade. Os sintomas da crise incluíam perda da consciência, espasmos, agitação psicomotora, tremores, taquicardia e dificuldade para respirar. A paciente normalmente não conseguia lembrar-se dos instantes que precediam a crise, tampouco do que se passava à sua volta enquanto a crise estava ocorrendo. Também trazia como dificuldade lidar com a morte do pai, falecido há quase dois anos.

Número de atendimentos

D.D. Passou por um atendimento (acolhimento no serviço) com outra colega. Nosso primeiro atendimento ocorreu em 01 de abril, e o último em 14 de setembro, totalizando 22 atendimentos. Não houve nenhuma falta à terapia durante todo o processo.

Impressões iniciais

Inicialmente a paciente apresentava-se cabisbaixa e com aparência cansada, relatava muitas dores no corpo em função das crises, sua fadiga era evidente. No entanto parecia disposta e inclinada para o processo psicoterápico, referindo que buscou atendimento psicológico principalmente porque não tinha interesse em fazer uso de medicação. D.D., na ocasião da sua busca por atendimento já havia levantado algumas hipóteses para explicar sua sintomatologia, apesar de ainda não ter clareza sobre elas e aparentemente não desejar falar sobre isso, mas sim desejosa por pensar em soluções.

Também foi possível observar que neste momento de sua vida ela passava por várias situações tensoras, como o último ano da escola, a tomada de consciência de que seu pai não estaria presente na sua formatura, a mãe com um novo relacionamento, conflitos na família e pressão por parte da mãe para conseguir um emprego.

Entendimento dinâmico

O entendimento do caso foi pautado a partir de alguns aspectos: D.D. sempre foi “*protegida*”, “*mimada*” e sempre havia alguém para dar atenção e segurança, ajudando-a a tomar decisões (seus pais). Também sempre foi muito próxima ao pai, era o membro da família com quem tinha mais identificação e, segundo ela, eram “*muito companheiros*”.

Diante da morte do pai, da mãe ter tomado a iniciativa de “*parar de proteger e mimar*” a filha, e ter iniciado um novo relacionamento pouco antes do início das crises, D.D. sentiu-se desamparada, sem atenção e com raiva, por a mãe ter conseguido de certa forma preencher o espaço que G. havia deixado na vida dela e, para D.D. isso ser impossível de fazer. É interessante que, ao não ter - naquele momento - recursos para lidar com isso, seu corpo tenha produzido uma sintomática que assustava, preocupava e chamava a atenção de todos que estavam à sua volta, fazendo com que se voltassem para ela, buscando resolver tudo aquilo que pudesse perturbá-la, para que não se sentisse ansiosa e nervosa, desencadeando uma crise.

Hipóteses diagnósticas

Transtorno conversivo com sintomas mistos (F44.7)

Especificação: Episódio agudo (sintomas há menos de 6 meses), acompanhado de estressor psicológico (mudanças no contexto familiar, ocorridos após falecimento do pai). Comumente é acompanhado por sintomas dissociativos. Em caso de estarem presentes o transtorno conversivo e o dissociativo, ambos diagnósticos devem ser feitos (APA, 2014).

Outro transtorno dissociativo especificado (F44.89)

Especificação: Transe dissociativo (APA, 2014).

Percurso diagnóstico

Inicialmente pensou-se que D.D. tivesse desenvolvido algum transtorno de ansiedade, o que inclusive constava no documento de referência fornecido pelo CAPSII, onde ela foi inicialmente acolhida. Esta hipótese foi descartada. A hipótese atual, construída em conjunto com o psiquiatra, mediante visualização e entendimento do seu contexto, bem como do

acompanhamento de duas crises, passou a ser de que não se tratava de crises de ansiedade, mas sim conversivas e dissociativas.

Evolução

D.D. chegou ao SIS no final de março. Seu primeiro atendimento, após ter passado pelo acolhimento, foi em primeiro de abril. Naquela ocasião ela relatou que havia tido 15 “crises de ansiedade” nas três semanas anteriores. Quando veio para o terceiro atendimento teve uma crise na portaria do SIS. A partir daí houve o encaminhamento para o psiquiatra e D.D. passou fazer uso de medicação (sertralina e rivotril), apresentando melhora na sua sintomatologia por alguns períodos, mas voltando a ter crises severas em alguns momentos.

Durante esse tempo trabalhamos questões relacionadas diretamente às crises, mas também aspectos relacionais e da sua família, de forma que ela conseguiu sair do papel de “ponte”, parou de triangular-se com tranta frequência com a mãe e a irmã, papel que ela exercia, mas que gerava sofrimento. Também conseguiu assumir uma postura mais madura a respeito do falecimento do seu pai, falando sobre esta questão com mais tranquilidade e naturalidade. D.D. compreendeu que este assunto nunca deixará de ser dolorido, mas conseguiu desenvolver recursos para lidar melhor com ele.

Na semana em que a paciente chegou ao atendimento relatando 9 crises nos últimos 7 dias, e teve uma crise durante o atendimento, o psiquiatra acrescentou carbamazepina à medicação que já tomava. Houve melhoras significativas, inclusive com essa medicação e o rivotril sendo retirados, permanecendo apenas a sertralina pela manhã. Houve remissão total das crises conversivas e dissociativas cerca de 2 meses antes da alta. Optou-se pela alta em função de D.D. referir não ter outras questões que gostaria de trabalhar em terapia no momento, bem como considerarmos que houve mudanças significativas e que o processo terapêutico poderia ser concluído.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A família é entendida como um sistema que se autorregula, se controlando baseada em regras externas e internas, estabilizando-se e equilibrando-se por meio delas. O sistema familiar, pensado a partir da sua circularidade, oferece resistência à mudança, em busca da manutenção da homeostase. Esse sistema mantém relações com o que é externo a ele como

receptor (espaço em que as intervenções do terapeuta vão se inserir), mas opera de maneira mais fechada, de forma que a troca de informações dá-se com prioridade entre os membros. Esse fechamento é o que determina os padrões de interação da família. O sintoma, a partir deste entendimento, é sempre uma disfunção originada por alguma perturbação no sistema que venha a comprometer a homeostase da família, tendo função de estabilizar e permitir o retorno ao equilíbrio do sistema. (ESTEVES DE VASCONCELOS, 1995 apud ROMAGNOLI, 2004, p. 42).

A partir deste entendimento, será feita uma busca por visualizar, contrapor e dialogar a partir de alguns pontos de vista a respeito dos sintomas, que no caso da paciente D.D. eram muito evidentes e exerciam grande influência no seu dia a dia. Serão abordadas a seguir a temática do transtorno conversivo, bem como o transtorno dissociativo, buscando utilizar conceitos psicanalíticos e da abordagem sistêmica para pensá-los e discutí-los. Também se falará sobre os “triângulos”, conceito da abordagem sistêmica, que é muito evidente no contexto familiar da paciente.

Transtorno conversivo: histeria?

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014) os critérios diagnósticos para Transtorno Conversivo são os seguintes:

- A. Um ou mais sintomas de função motora alterada.
- B. Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas.
- C. O sintoma ou déficit não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou médico.
- D. O sintoma ou déficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do indivíduo ou requer avaliação médica (p. 319).

Na especificação dos sintomas, consta que é possível haver “fraqueza ou paralisia; movimentos anormais, como tremor ou movimentos distônicos; anormalidade da marcha; e postura anormal de membro” (p. 319). Os sintomas também podem incluir sensações cutâneas, alteração ou perda da visão/audição, tremores generalizados com prejuízo perda da consciência, de forma que podem ser muito semelhantes a uma convulsão, não raro sendo denominadas convulsões psicogênicas ou não epiléticas. Muitas vezes está associado à

sintomas dissociativos, como amnésia dissociativa, despersonalização e outros, principalmente durante os ataques. (APA, 2014).

Paula (2014) traça um paralelo bastante interessante entre as *crises não epiléticas* ou *conversivas* e a histeria e, para tanto, fala um pouco sobre as descrições da histeria clássica. Cita os autores Rocca (1984), Ávila e Terra (2010) para explicar que normalmente os sintomas histéricos são divididos em três grandes grupos: manifestações agudas, que são as crises histéricas maiores, semelhantes a ataques e convulsões, com turvação da consciência, amnésias, agitação psicomotora e desmaios; sintomas funcionais duradouros, que compreendem paralisias, espasmos e alteração da sensibilidade; e os sintomas viscerais, que envolvem sintomas dolorosos, gastrointestinais, do trato urinário, genital ou respiratório.

O diagnóstico de *histeria*, para a psiquiatria é sinônimo de imprecisão, tanto pela etiologia incerta quanto pela apresentação clínica múltipla, que dificultam um diagnóstico nosológico. Estes pontos fizeram e fazem com que a histeria passasse a ter seus sintomas inclusos nos critérios diagnósticos de várias doenças. Desta forma, observadores diferentes passam a visualizar histerias diversas, nomeando-as conforme seus campos de atuação. (PAULA, 2014).

A partir destas contextualizações fica evidente o quanto o *Transtorno Conversivo* e a *histeria* caminham lado a lado, se é que não se misturam. Pode-se entender que a histeria não desapareceu, apenas adotou novas representações e novas nomenclaturas. (PAULA, 2014).

Em relação à histeria, Freud (1894 apud ALONSO, 2004) diz que seus sintomas são consequência de uma defesa exercida pelo eu como tentativa – falida – de resolver um conflito psíquico, que é desencadeado pela presença de ideias carregadas intensamente de afeto, que entram em conflito com as representações do eu. A defesa irá operar separando a representação da sua carga afetiva, e cada uma terá destinos diferentes. Na histeria, especificamente, a representação se desaloja da consciência, deixando ali uma lacuna, enquanto que a carga afetiva é transposta para o corporal, mecanismo que é chamado de *conversão*.

A conversão, no entanto, não se restringe apenas à descarga por meio do sintoma. Há significação simbólica: os sintomas exprimem representações recalcadas, e por meio destes sintomas as representações falam. Também há custo subjetivo para os histéricos, resultante da luta contra os afetos. O sintoma é anestesia e remédio, ao mesmo tempo em que é a enfermidade. “A dor não é sentida, mas a enfermidade também não pode ser curada”. (ALONSO, 2004, p. 92; DUNKER, 2001).

Alonso (2004) ainda esclarece que o fenômeno da conversão dá provas do conflito histórico, entre o desejo que está sempre presente, e alguma coisa que se opõe a ele. O sintoma, de forma parcial, realiza o desejo e satisfaz a pulsão, é uma forma substitutiva de realização.

A paciente D.D. manifestava sintomas histéricos, convertia seu conflito psíquico, seu sintoma dizia sobre aquilo que desejava. D.D. sofria por não conseguir preencher novamente o lugar do pai falecido, que a protegia, amparava, dava atenção. Ao mesmo tempo, a mãe da paciente conseguiu preencher o espaço que este homem ocupava em sua vida, o que, inicialmente, não era bem visto por D.D. Ela perdeu a atenção daqueles que anteriormente a dedicavam cem por cento a ela, por isso, seu sintoma cumpria essa função: fazia com que todos a olhassem, a cuidassem, se preocupassem e fornecessem a atenção da qual ela julgava necessitar e ser merecedora. Quando D.D. verbalizou que não precisava mais das crises, porque havia descoberto que não precisava “*chamar atenção*”, os sintomas “foram embora”.

Também é possível estabelecer diálogo entre produção de sintoma, como na histeria, e o contexto da abordagem sistêmica e de família. Romagnoli (2004) afirma que o sintoma é “expressão do impedimento da motilidade da vida quando, a partir de uma ruptura de sentido, a família não consegue criar um modo para se expressar e atualizar os afetos que a perturbam em determinado momento” (p. 56).

Este fluxo fica então encapsulado, alimentando-se de pesar e angústia, e criam-se no grupo interações tão repetitivas que até mesmo as relações entre as subjetividades ficam prejudicadas e a potência do grupo familiar fica impedida. Quando esta família, destituída de poder-potência, é conduzida pela vida a rupturas de sentido e desterritorializações que a fragilizam, ela insiste em trazer o “como era”, tentando conter o tempo, a história e aquilo que as afetou. Esta família, no entanto, fracassa, pois não é mais possível existir pautada em antigas referências, uma vez que foi atravessada por novas questões, mas estas foram contidas, presas e imobilizadas. É aí que se encontra a via para intensificação do sintoma. (ROMAGNOLI, 2004).

Romagnoli (2004) aponta que, na impossibilidade de ser o que era, e entendendo como muito arriscado experimentar novas formas de ser, surge o sintoma. É preciso então que aconteça uma reorganização, uma alteração nos padrões comunicacionais e de interação para que não seja mais necessário produzir um sintoma para que este grupo sobreviva.

O sistema familiar de D.D. não conseguiu reorganizar-se depois da saída de um dos membros (pai falecido), esta morte foi por um tempo negada, e a família tentava manter-se no

mesmo padrão de funcionamento que tinha antes, no entanto não foi possível. D.D. tentou assumir – assim como foi convocada a fazer - o papel de mediadora, de ser o equilíbrio entre as relações muitas vezes conturbadas, função que antes pertencia ao seu pai, numa tentativa de que tudo permanecesse “como era”. No entanto não havia possibilidades de que ela, assim como sua família, continuassem existindo e se produzindo a partir do que eram antes deste acontecimento, que foi desestruturante para todos.

Pensando nesta tentativa de que D.D. assumisse um novo papel no sistema familiar, é importante que tenhamos em mente o que o entendimento sistêmico fala sobre o assunto, a partir de teorizações a respeito dos triângulos e papéis.

Triângulos e papéis

Triangulação refere-se a um sistema inter-relacional entre três pessoas, estando envolvidos sempre uma díade e um terceiro elemento, que será chamado para participar quando o nível de desconforto e de ansiedade aumentar entre as duas pessoas. Os triângulos aparecem nas interações emocionais estabelecidas no sistema familiar. (MARTINS; RABINOVICH; SILVA, 2008).

Bowen (1979 apud SANTOS, 2008, p. 15), afirma que os triângulos fazem parte da vida das pessoas, pois geram estabilidade no processo relacional, o que pode ser mantido por muito tempo, através dos processos de repetição. O motivo pelo qual é acionado esse mecanismo consiste no fato de que as díades experimentam desejos e necessidades que o outro não satisfaz. Diante disso ou o indivíduo afasta-se, procurando um terceiro que alivie a tensão, ou aceita o controle e as exigências do outro.

Em situações de menor tensão, os triângulos permanecem latentes, ressurgindo quando os conflitos emergem novamente. Portanto são influenciados pela ansiedade, tornando-se mais ativos ou menos ativos conforme as situações tensoras. Em um sistema familiar é possível observar triângulos que se formam e se desfazem de forma repetitiva, nos dando o entendimento de que não são fixos nem estáticos, deslocando-se conforme o nível de ansiedade e dinâmica interna da família. (MARTINS; RABINOVICH; SILVA, 2008).

Guerin, Fogarty, Fay e Kautto (1996 apud SANTOS, 2008, p. 14) afirmam que o membro aprisionado por relações triangulares começa a expressar, através de uma conduta sintomática, seus sentimentos, sendo o sintoma uma tentativa de encobri-los. A partir deste aspecto pode-se pensar que este seja um fator que influencie a sintomática de D.D.

Na família da paciente fica nítido o quanto ela é convocada a triangular-se com a irmã mais velha e a mãe, diante das situações de conflito desta díade, uma vez que ambas têm dificuldade de ouvir uma à outra, necessitando que D.D., como ela mesma refere, atue como “*ponte*” nessa relação. A paciente refere sentir-se cansada e chateada com esta situação.

Esta questão da sua vida veio à tona quando ela chegou à terapia e referiu que achava que isso poderia estar contribuindo para suas crises, pois ficava muito nervosa e sentia-se desrespeitada com a situação, apesar de dizer que “*não conseguia*” deixar de “*interferir*” nos conflitos. Interessante também é pensar que este papel era exercido pelo seu pai antes de falecer, de forma que, na ocasião da sua morte, fez-se necessário que outra pessoa assumisse essa função.

Tendo em vista que o trabalho de psicoterapia não era realizado com a família, pode-se pensar que tais questões não podem ser alcançadas. Santos (2008) ressalta que trabalhar em psicoterapia individual, não significa perder de vista as tríades como unidades de observação. O profissional deve atentar-se às diversas possibilidades que poderão apresentar os triângulos e suas conexões. “A configuração dos relacionamentos, assim como a mútua influência dos indivíduos para a manutenção do sistema necessita da atenção cuidadosa do terapeuta” (p. 17). Ou seja, é possível produzir mudanças no sistema familiar através da psicoterapia individual, tendo em vista que uns influenciam aos outros de forma recíproca, contribuindo para a forma como acontecem os padrões de interação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem decide mexer com clínica não pode perder a capacidade de produzir territórios existenciais, a capacidade de fazer a vida respirar, de gerar atmosferas. A atmosfera da vida é a invenção de maneiras da vida passar, e de maneiras de ser passando. (ROMAGNOLI, 2004, p. 57).

O trabalho em psicoterapia com D.D. seguiu nesta direção, tentando fazer com que ela encontrasse novas formas de ser, novas formas de existir sem precisar do seu sintoma, e novas formas de se relacionar com sua família sem colocar-se no papel de mediadora nas relações. Durante seu processo psicoterápico a paciente conseguiu produzir mudanças significativas nos seus modos de ser e pensar a si mesma, refletindo acerca dos seus processos relacionais e do papel das crises na sua vida, bem como o espaço que elas estavam ocupando.

Quando D.D. deu-se conta da função que o sintoma tinha na sua vida, começou a pensar outras formas de existir. Certo dia disse: “*acho que não preciso mais das crises para chamar atenção*”. Questionei-a respeito de que outros recursos ela usaria para fazê-lo, e ela continuou: “*não preciso mais chamar atenção*”. A partir daí D.D. deu-se conta de que tinha conseguido encontrar uma nova forma de estar no mundo e nas suas relações. Como ela mesma disse: “*Parei de viver as crises. Agora vou viver minha vida*”.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Silvia Leonor. *Histeria: clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

APA – American Psychiatric Association. Trad. Maria Inês Correa Nascimento et. al. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BURSZTYN, Daniela Costa. O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: um desafio para a psicanálise. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2016.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. A identificação na formação e sustentação de sintomas na família. *Temas em psicologia da SBP*. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 145, 154, 2001. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v9n2/v9n2a07.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

MARTINS, E. M. A.; RABINOVICH, E. P.; SILVA, C. N. Família e o processo de diferenciação na perspectiva de Murray Bowen: um estudo de caso. *Psicol. USP*. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 181-197, abr-jun 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v19n2/v19n2a05.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.

PAULA, Marília Barroso de. Modificações no conceito de histeria: de Freud aos manuais de psiquiatria. 197p. *Dissertação de mestrado*. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1364/1/mariliabarrosodepaula.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O sintoma da família: excesso, sofrimento e defesa. *Interações*, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 41-60, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTOS, Nara Elisete Bender dos. A triangulação e seus múltiplos aspectos no contexto familiar: um olhar relacional-sistêmico. 33 p. *Trabalho de conclusão de curso* (especialização em terapia relacional sistêmica) – Familiar Instituto Sistêmico, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.institutofamiliar.com.br/download_anexo/nara-elisete-bender-dos-santos.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.