

## Reflexões sobre um caso clínico de *stroke mimic* conversivo sob a perspectiva da Psicanálise

Vanessa Sajnaj Ferreira<sup>1</sup>

Claire Terezinha Lazzaretti<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista em Atenção à Saúde Cardiovascular, na modalidade Residência Multiprofissional, pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialização em curso em Psicologia Hospitalar pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e em Oncologia e Cuidados Paliativos pela Universidade Positivo. Psicóloga graduada pela Universidade Positivo (2017). Graduada em Psicologia pela Universidade Positivo. Atua no Hospital Marcelino Champagnat.

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica. Doutora e mestra em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) na linha de pesquisa Sociologia da Saúde. Especialista em Psicologia Clínica e Psicanálise pela UFPR. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Presidenta da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar no biênio 2009-2011. Membro-fundadora e presidenta do Centro de Estudos em Saúde Mental no Hospital Geral (1996-2004). Chefe do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas da UFPR (1990-1997). Colaboradora técnica no Instituto Federal do Paraná – Campus Palmas (2013-2016). Membro-fundadora e Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde UFPR/CNPq (2005-2019). Tem experiência na área de Psicologia Clínica com ênfase em Psicanálise, atuando principalmente nos seguintes temas: transplante, doador vivo, Cardiologia e Psicologia Clínica e Psicanálise no hospital, saúde e modernidade.

## 1 Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma disfunção neurológica ocasionada por doença vascular que pode comprometer as funções cognitivas e motoras, como a linguagem (afasia), memória (amnésia), atenção (desatenção), atos motores aprendidos (apraxia), motilidade (paresia) e deglutição (disfagia), configurando-se como uma das principais causas de morte no mundo. Os sinais clínicos dependem da artéria acometida, podendo suceder hemiparesia, alterações da sensibilidade, cefaleia, náusea, vômito, perda visual, perda de consciência e convulsões. Os fatores de risco são classificados em modificáveis e não modificáveis – nos primeiros estão incluídas a hipertensão, tabagismo, dieta e atividade física; no segundo encontram-se a idade, sexo e etnia (Barnett & Spence, 2013; Devinsky, Feldmann, Weinreb, & Wilterdink, 2001).

São identificados três subtipos de AVCs: isquêmico (AVCi), hemorragia intracerebral (HIC) e hemorragia subaracnoide (HSA), os dois últimos são agrupados como Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh) e apresentam diferentes sinais clínicos e etiologias. Os principais mecanismos fisiológicos do AVCi são a trombose (formação de coágulo no interior de um vaso cerebral); embolia (quando o coágulo é formado em outra parte do corpo, como coração e artéria aorta, e transportado para o cérebro); infarto lacunar (por bloqueio do fluxo das pequenas artérias que penetram no cérebro) e infartos limítrofes (pela redução do fluxo em áreas mais distais). Com relação ao AVCh, na HIC há rompimento de um vaso sanguíneo dentro do cérebro, enquanto na HSA isso sucede em torno da membrana que o circunda (Barnett & Spence, 2013; Batistella & Bichetti, 2018).

Para o manejo terapêutico, investiga-se se é um AVC isquêmico ou hemorrágico por meio de exames de neuroimagem. Ademais, é importante a avaliação da história clínica do paciente, sendo necessário coletar informações dos familiares, médicos e registros hospitalares prévios. Na sequência, identifica-se a etiologia do evento, a partir da qual será definido o tratamento. Nos AVCis, em geral, são administrados trombolíticos, os quais quebram os coágulos que obstruem o fluxo sanguíneo em um vaso ocluído. Em alguns casos, é feita a trombectomia, que consiste na remoção mecânica do coágulo por intermédio de um cateter cujo objetivo é recuperar o tecido ao redor da isquemia e restaurar a perfusão cerebral (Barnett & Spence, 2013).

Nos AVChs, por sua vez, a direção é evitar o aumento do hematoma e, assim, prevenir complicações. A craniectomia descompressiva, para aliviar a pressão intracraniana, é uma possível conduta cirúrgica, embora haja controversas. É importante salientar ainda que o AVCi pode sofrer transformação hemorrágica, quando há perda da integridade vascular, e que em ambos os quadros há o aumento da lesão cerebral com o avanço do tempo. Em vista disso, é necessário iniciar rapidamente o protocolo de identificação e tratamento para um melhor desfecho (Barnett & Spence, 2013).

Além dos eventos de etiologia isquêmica ou hemorrágica, há os simuladores de AVCs – denominados, na língua inglesa, *stroke<sup>3</sup> mimics*. Trata-se de quadros de origem não vascular com comprometimentos semelhantes aos dos AVCs. Alguns deles podem revelar outras condições neurológicas, como tumor cerebral e nas membranas que envolvem esse órgão (glioma e meningioma, por exemplo), assim como lesões metastáticas cerebrais. Outros podem ser derivados de disfunções fisiológicas e metabólicas, como sepse, meningoencefalite, hipoglicemia, crises de tireoide e encefalopatia hepática – a intoxicação por álcool e outras substâncias também pode ocasionar tais comprometimentos. Por fim, há ainda os quadros conversivos, sem etiologia orgânica, classificados como disfunções funcionais ou psicogênicas (Barnett & Spence, 2013; Hatzitolios *et al.*, 2008; Ifergan *et al.*, 2020).

Os estudos acerca dos *stroke mimics* parecem ter como principal objetivo o diagnóstico diferencial em relação aos eventos de etiologia vascular, para o correto manejo terapêutico, tendo em vista da necessidade de urgência do tratamento dos AVCs. A importância da identificação de fatores indicativos dos quadros não vasculares no intuito de agilizar o processo de triagem e priorizar o atendimento dos pacientes acometidos por AVCs é enfatizada em algumas produções teóricas (Ifergan *et al.*, 2020; Merino *et al.*, 2013).

Nas pesquisas que abordam especificamente os *stroke mimics* conversivos, verifica-se a referência à classificação psiquiátrica de Transtorno Conversivo (*Conversion Disorder*), também denominado Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais, descrito no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5* (Abdelnour & El-Nagi, 2016; Caruso & Manganotti, 2016; Segal, Lam, Dubrey, & Vasileiadis, 2012). Uma ou mais alterações na função motora ou

---

<sup>3</sup> De acordo com Barnett & Spence (2013), o termo *stroke* é agnóstico sobre a etiologia do AVC. A nomenclatura *stroke* pode fazer referência aos eventos de etiologia isquêmica ou hemorrágica, assim como aos simuladores de AVC (*stroke mimics*).

sensorial, incompatibilidade entre estas e os achados neurológicos e conseqüente prejuízo na vida do indivíduo são os critérios diagnósticos. As manifestações podem ocorrer na fala, deglutição, apresentar-se como fraqueza, paralisia, convulsões, anestesia ou perda sensorial, podendo suceder também sintomas mistos. Alguns fatores de risco são os temperamentais (traços de personalidade mal-adaptativa) e ambientais (histórico de abuso e negligência na infância, além de outros eventos estressantes de vida). A duração breve dos sintomas e a aceitação do diagnóstico são apontados como fatores prognósticos positivos; já os traços de personalidade mal-adaptativa, a presença de doença física comórbida e ganhos secundários estão relacionados ao prognóstico negativo (American Psychiatric Association, 2014)

Diante dessas considerações, despontam questionamentos acerca dos aspectos psíquicos envolvidos nos *stroke mimics* conversivos. Apesar de sua importância para o aperfeiçoamento do manejo terapêutico dos AVCs, as pesquisas que discutem os *stroke mimics* com enfoque no diagnóstico diferencial parecem abordá-los de forma excludente, apontando-os para então descartá-los. Com relação aos trabalhos que têm como enfoque as conversões, embora sinalizem a presença de aspectos subjetivos nesses quadros, o fazem a partir da perspectiva psiquiátrica, em que há a atenção às manifestações como fenômenos e descrições objetivas dos fatores de risco. Alguns desses estudos trazem contribuições quanto à terapêutica farmacológica, especificamente sobre a trombólise, que parece se tratar de uma prática segura nos eventos conversivos (Caruso & Manganotti, 2016; Segal et al., 2012).

Antes do uso da atual nomenclatura, Transtorno Conversivo, as afecções do corpo que escapavam aos achados orgânicos já eram investigadas por diversas áreas de produção e difusão de saber com o nome de “histeria”. Freud iniciou a elaboração da Psicanálise a partir do estudo das histerias, denunciando a insuficiência do método anatomoclínico diante desses quadros. O autor (1888/1996b), influenciado pelas asserções de Charcot, voltou-se inicialmente à descrição e evolução da sintomatologia histérica listando uma série de manifestações, como ataques convulsivos, distúrbios da sensibilidade, paralisias e contraturas, destacando também a mutabilidade dos sintomas. Essa característica foi ilustrada na *Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico* (1886/1996a). Esse paciente apresentava alterações na sensibilidade e um grau elevado de anestesia, a ponto de seu corpo parecer afetado por um acidente cerebral. Seus reflexos estavam presentes e os distúrbios da mobilidade eram instáveis. Essa sintomatologia sucedeu após a vivência de situações penosas, nas quais foi ameaçado pelo

irmão e acusado de roubo por uma mulher. Nesse caso clínico, Freud já estabeleceu relação entre os sintomas e a história subjetiva do indivíduo.

Alguns anos depois, Freud investigou os processos psíquicos envolvidos nos quadros histéricos. Em seus *Estudos sobre a histeria* (Breuer & Freud, 1893-1895/1996), elaborado em conjunto com Breuer, defendeu a existência de um ou mais traumas psíquicos na etiologia das conversões. Qualquer evento que possa evocar afetos aflitivos pode se constituir em um trauma psíquico, conforme esclareceu Freud. Os traumas psíquicos estariam, assim, relacionados ao conteúdo de uma ou mais lembranças, que, por sua intensidade, seriam capazes de provocar a irrupção da histeria. A partir da escuta de pacientes, Freud identificou o mecanismo de defesa psíquica na histeria, em relação a conteúdos que suscitariam angústia. Esse autor também nos informou que a etiologia desses sintomas deve ser buscada em fatores sexuais. Sobre estes, inicialmente Freud (1950[1892-1899]/1996c, 1950[1892-1899]/1996d) considerava as experiências sexuais prematuras ocorridas na realidade factual; posteriormente, passou a explorar as fantasias acerca dessas experiências, isto é, a realidade psíquica.

Freud (1894/1996e, 1905[1901]/1996h) também declarou haver complacência somática nas conversões, fornecida por algum processo em algum órgão do corpo, que proporciona aos conflitos psíquicos uma saída no corporal. Breuer e Freud (1893-1895/1996) também ressaltaram a conexão simbólica entre a causa precipitante e as manifestações corporais, como no caso clínico de Elizabeth Von. R., paciente que sofria de dores reumáticas e se deparou com conteúdos de natureza aflitiva e desenvolveu, posteriormente, sintomas conversivos envolvendo dores nas pernas e dificuldades na marcha. As representações patogênicas irromperam em sua consciência durante o período em que cuidava do pai enfermo, que apoiava a perna em sua coxa enquanto ela lhe renovava as ataduras. As pernas então se tornaram um símbolo mnêmico dessas representações e foram alvo da transposição do afeto (Breuer & Freud, 1893-1895/1996). Freud, assim, subverteu a ideia do corpo como um aparato orgânico, tratando-se de um corpo simbólico, marcado pelas experiências.

Nesse cenário, é possível introduzir o caso clínico a ser discutido, de um paciente atendido durante a Residência Multiprofissional em Psicologia, em um hospital público de alta complexidade. Em uma unidade de internação dessa instituição, verificou-se a admissão de indivíduos com sinais clínicos semelhantes aos de AVCs, cujas investigações etiológicas, porém, não revelaram a presença de disfunções vasculares. Com diagnóstico de *stroke mimics*, esses

pacientes apresentavam diferentes condições clínicas, entre as quais metástase cerebral de câncer de pâncreas, quadros funcionais ou conversivos e crises convulsivas, embora haja autores que as considerem uma manifestação clínica e não as incluam nas condições que simulam os AVCs (Hatzitolios *et al.*, 2008).

A partir do diagnóstico de *stroke mimic* conversivo, solicitava-se o acompanhamento da Psicologia e realizava-se encaminhamento para o ambulatório da Psiquiatria, uma vez que seriam ineficazes as terapêuticas voltadas ao orgânico, praticadas pela maioria dos profissionais da equipe. Destarte, o diagnóstico de *stroke mimic* conversivo anunciava a alta hospitalar do paciente. Realizados os devidos encaminhamentos, emergiu a seguinte pergunta: o que se tem a dizer e fazer diante dos quadros de *stroke mimics* conversivos?

O presente artigo consiste em uma produção acerca da relação entre a conversão e a história subjetiva de um paciente com diagnóstico de *stroke mimic* conversivo, com o qual foram realizadas nove consultas psicológicas, de maio a julho de 2021. Trata-se de um estudo de caso único. Após a finalização do acompanhamento psicológico, foi solicitada e obtida a autorização do paciente para a realização da pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão feitas reflexões acerca do presente caso clínico a partir da teoria desenvolvida por Sigmund Freud e de algumas elaborações do psicanalista Jacques Lacan. Justifica-se a realização deste trabalho como uma possibilidade de contribuição sobre os *stroke mimics*, tendo em vista a escassez de pesquisas sobre o tema, especificamente acerca dos *stroke mimics* conversivos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 55303822.9.0000.0096.

## **2 Apresentação do caso clínico: dados coletados em prontuário, nas reuniões multidisciplinares e por interconsultas com os profissionais da unidade**

João<sup>4</sup> tem 50 anos, é carpinteiro e mora com a esposa e dois filhos.<sup>5</sup> Em uma terça-feira, deu entrada a um hospital público em protocolo de AVC, transferido da Unidade de Pronto

---

<sup>4</sup> Para proteger a identidade do paciente, serão utilizados nome, idade e profissão fictícios.

<sup>5</sup> No início do acompanhamento psicológico, o paciente residia com a esposa e filhos. No decorrer das semanas, separou-se da esposa e passou a morar com apenas um dos filhos.

Atendimento (UPA) de sua região. O paciente chegou com dor torácica aguda e alterações funcionais (hemi-hipoestesia e hemiparesia), que regrediram em alguns dias, não apresentou deficit cognitivos e era previamente independente para as atividades da vida diária. Ex-tabagista, cessou o consumo de cigarro há 18 anos. Fazia uso de medicação antiagregante, para prevenir a formação de coágulos nos vasos sanguíneos, e de estatina, para redução de colesterol, embora não tenha diagnóstico de aterosclerose. Permaneceu hospitalizado durante oito dias no setor de AVC para a investigação da etiologia do evento e definição da conduta terapêutica.

Nos exames de neuroimagem e complementares não foram encontradas evidências de isquemia ou hemorragia e as análises laboratoriais não apontaram outra derivação orgânica para o evento. Ademais, pelo histórico médico do paciente, foi possível saber que há aproximadamente cinco meses esteve internado em outro hospital, ao qual chegou também em protocolo de AVC, igualmente sem indicativos nos exames. João não passou por trombólise, tendo sido realizada monoterapia antiagregante.

O caso clínico foi discutido nas reuniões multidisciplinares e a conclusão foi de se tratar de um quadro funcional, *stroke mimic*. João então recebeu alta, com discreta paresia de membro inferior esquerdo, sem orientação de uso de medicações e com retorno agendado em ambulatório da Neurologia, Psiquiatria e Psicologia. Enquanto estava hospitalizado, foi ofertada assistência psicológica ao paciente, tendo ele expressado interesse nos atendimentos e solicitado acompanhamento ambulatorial.

## 2.2 Atendimentos psicológicos

Ainda na enfermaria, João falou sobre a vinda para o hospital, relatando que foi pegar um prato e sentiu dor no peito, a qual se irradiou para o braço esquerdo; logo, todo o lado esquerdo de seu corpo amorteceu e paralisou. Disse que há alguns meses o mesmo problema havia acontecido, com a diferença de que a metade do corpo acometida foi a direita. Nesse período, ficou internado em outro hospital e a paralisia retrocedeu em três dias, permanecendo, porém, um tremor na mão direita. João correlacionou esse acontecimento ao estresse com o trabalho. Conforme relatou, a empresa na qual laborava estava falindo e seu filho, que trabalhava com ele, declarou a intenção de pedir demissão, pouco antes do início das manifestações corporais. Também contou que há aproximadamente 10 anos perdeu a sensibilidade e movimentos das

pernas, subitamente, e permaneceu oito meses em cadeira de rodas, tendo passado por diversos exames e não foi identificada evidência orgânica. Certo dia, recuperou os movimentos e voltou a andar. Ele disse que nesse período seus familiares o viram mexer as pernas, embora não conseguisse fazê-lo.

Além dos acometimentos do corpo, João falou sobre recente separação da esposa, expressando sofrimento e enfatizando vontade de mudar para reatar o relacionamento. Esse foi o tema principal da maioria das sessões. Descreveu-a como alguém que se dedicou a ele e lhe prestou cuidados quando esteve na cadeira de rodas, sendo sua “mulher e mãe”. Disse que a esposa é quem decidiu se separar por ele não conseguir dizer “não” às pessoas e devido a conflitos entre ela e uma das irmãs dele.

Ao longo das sessões, João relatou que sofreu violência sexual aos oito anos, cometido por um rapaz com o dobro de sua idade. Disse que na época não compreendeu o que havia ocorrido, embora soubesse que se tratava de algo errado. Falou que passou a ter medo que lhe fizessem mal, especialmente moços de idade próxima à desse rapaz. Depois disso, ficou “retido” nos relacionamentos interpessoais e na parte sexual, segundo afirmou. Revelou que teve poucas relações sexuais e não conseguiu conversar com o filho sobre mudanças no corpo durante a puberdade e orientá-lo sobre sexo e uso de preservativo. Quanto ao momento do estupro, disse ainda que na ocasião sentiu dor no corpo todo, “como uma surra”.

Contou que desde a adolescência sonha com o homem que o estuprou. No sonho, a cena do estupro se repete. Referiu incômodo com os sonhos e disse que, há aproximadamente oito meses, cogitou tentar suicídio, pois “se morresse acabaria com o sofrimento”. Esse homem, já falecido, sofreu um AVC e ficou com metade do corpo paralisada, conforme relatou o paciente. João falou que lembra de tê-lo visto na rua caminhando com a ajuda de uma bengala, mancando e com o braço torto. Disse que ao observá-lo com esses comprometimentos, pensou que ele “teve o que mereceu”, referindo-se à violência sexual cometida.

Em seu relato sobre outros acontecimentos da infância, João contou que foi informado por familiares de que foi jogado no lixo quando ainda era bebê, no hospital. Disse que lhe expuseram diferentes versões dessa história. Em uma delas, a mãe o fez por não querer um filho homem. João complementou que, no entanto, foi recolhido do lixo por seus pais e, oito meses depois, vivendo com eles, foi morar com a avó paterna e passou a ser criado por ela, embora ainda tivesse contato com os pais e irmãs, que residiam com os pais e recebiam mais atenção



deles, de acordo com a percepção de João, que morava com os avós. Conforme relatou, a avó o pegou para criar porque ele chorava demais, o que incomodava sua mãe. Sobre ter sido jogado no lixo, o paciente falou que, apesar de não saber sobre esse fato quando criança, ao ser estuprado se sentiu “como um lixo”. Declarou que ainda se sente dessa forma, o que associou a “ser descartado, jogado fora”.

### 3 Discussão do caso

A partir das descrições apresentadas por Freud (1886/1996a, 1888b/1996) acerca dos quadros histéricos, é possível situar o quadro clínico de João no campo das conversões, por sua apresentação clínica. Os distúrbios motores e da sensibilidade, assim como o caráter mutável das manifestações, estiveram presentes na história clínica desse paciente, cuja paralisia retrocedeu em poucos dias, nas duas hospitalizações, e em alguns meses, no período em que permaneceu em cadeira de rodas. A incompatibilidade entre a sintomatologia e os resultados dos exames evidenciam a etiologia não orgânica do quadro.

Freud (1888b/1996b) nos alertou de que os distúrbios histéricos não retratam a anatomia do sistema nervoso, diferentemente das enfermidades orgânicas. Foi possível verificar essa disparidade entre as manifestações corporais e as condições anatômicas no presente caso clínico pelo pedido de consulta psicológica recebido pela equipe multidisciplinar. Conforme descrito na solicitação, João apresentava dificuldade na mobilidade de membro superior esquerdo, embora sua força e coordenação estivessem preservadas.

Sobre o mecanismo de formação das conversões, Freud (1894/1996e) assinalou a existência de representações patogênicas, incompatíveis com a consciência, uma vez que produziriam angústia. Diante disso, há a separação entre essas representações e o afeto – soma de excitação no sistema nervoso, que anteriormente estavam vinculados. O afeto, então, é transposto para a inervação motora, convertido em algo somático. Dessa forma, as representações patogênicas são tornadas inócuas, na medida em que não estão mais ligadas ao afeto. A conversão, então, serve à resolução do conflito entre as ideias de ordem consciente e as representações pertencentes ao sistema inconsciente, capazes de despertarem a vergonha e autocensura (Breuer & Freud, 1893-1895/1996; Freud, 1894/1996e).

A conversão, assim, trata-se de um sintoma. Diferentemente da concepção da área médica, para a qual o sintoma consiste nas manifestações de uma determinada doença, sentidas e relatadas pelo paciente, o sintoma em Psicanálise consiste em uma forma de resolução de um conflito psíquico, conforme elucidou Freud (1916-1917/1996l). O afeto separa-se da representação à qual estava vinculado e procura outras vias para a satisfação. No percurso para obtê-la, toma o caminho da regressão e se fixa em determinados pontos do desenvolvimento sexual, marcados pelas experiências de satisfação. Os sintomas histéricos, portanto, trazem em si uma forma de satisfação autoerótica, pela transposição do afeto para o corpo, pelas conversões, como assinalou Freud (1905/1996i).

Diante do que foi exposto, considera-se que as conversões de João, por meio dos *stroke mimics* e da paraplegia relatada por ele, refletem sua construção sintomática, sua possibilidade psíquica de defesa em relação a conteúdos que produziram angústia se acessados pela consciência. Freud (1888b/1996b), inclusive, nos advertiu de que o tratamento das manifestações histéricas isoladamente não oferece perspectiva de êxito, já que em algum momento irão reaparecer ou ser substituídos por outras, o que foi possível verificar no caso clínico de João, que apresentou três episódios conversivos em diferentes ocasiões, nos quais há algo que persiste e se repete, valendo ressaltar que a repetição é um traço característico do sintoma, consoante observou Freud (1916-1917/1996l).

Lacan (1953/2008), por sua vez, abordou inicialmente o conceito de sintoma pela perspectiva da linguagem. Como esclareceu Lacan (1953/2008, p. 75), “O sintoma é, em si mesmo, fala [...] Ele o prova sendo aquilo de que o sujeito padece na sua carne mesma, embora não esteja ao alcance de sua consciência nem ao alcance de seu discurso. Ainda assim, é uma fala, porque é uma linguagem assumida por um sujeito”. Nesse contexto, é essencial destacar o conceito de Outro, proposto por Lacan. O Outro se trata de uma função, uma operação psíquica que denota a introdução da criança no mundo e às suas representações, aos símbolos, conforme elucidou Lacan (1957-1958/1999, 1964/2008). A linguagem, assim, sempre envolve o Outro. Destarte, o sintoma é algo expresso, comunicado pelo indivíduo, ainda que não o saiba: uma mensagem ao Outro.

Dör (1991) assinalou que na histeria há uma alienação do indivíduo ao desejo do Outro, uma tentativa de tornar-se o objeto ideal do Outro, que supõe jamais ter sido. A vinda de João às consultas psicológicas pareceu ser motivada pela busca de como ser o objeto de amor e

cuidados, de desejo do Outro. Pelas conversões, seu sintoma, João ficou sujeito aos cuidados da esposa, quando perdeu a sensibilidade e movimentos das pernas e esteve na cadeira de rodas, assim como das equipes multidisciplinares dos hospitais nos quais permaneceu internado após os *stroke mimics*. A assistência recebida, que se fez pela atenção e terapêuticas voltadas às suas funções motoras e sensoriais, bem como pelo auxílio em suas incapacidades, assemelha-se aos tratamentos recebidos pela criança em seu início de vida, aos cuidados iniciais recebidos pelo Outro, durante os quais ocupa um lugar fálico.

Nas sessões, João trazia como queixa recorrente o abandono pela esposa, em vista do pedido de separação. Essa queixa parece ser dirigida àquilo que vivenciou na relação com a mãe, que o jogou no lixo quando era bebê, de acordo com seu relato. O relacionamento com a esposa parece atualizar também o vínculo com a avó, que o criou e prestou cuidados. Como nos advertiu Dör (1991, p. 72), “Em todo sujeito histérico persistem, de forma mais ou menos invasora, os vestígios de uma queixa arcaica que se desenvolve sobre o fundo de uma reivindicação de amor concernente à mãe”. Isso posto, é possível pensar na relação conjugal de João a partir da escolha de objeto do tipo anaclítico, apresentada por Freud (1914/1996k), na qual o indivíduo tem como referência o cuidado e proteção recebidos pelas figuras parentais, sendo uma possibilidade de escolha a da mulher que o alimenta, que inicialmente pode ter sido a mãe, havendo sucessivos substitutos que tomam esse lugar. Ao falar sobre a esposa, o paciente a apresentou como alguém que lhe prestou cuidados e a descreveu como sua “mulher e mãe”, conforme já mencionado. Em um dos atendimentos, inclusive, definiu-se como um “esposo filho” para ela.

Ainda sobre o indivíduo histérico, Dör (1991) nos lembrou de que seus esforços estão a serviço da identificação fálica. João referiu, diversas vezes, sentir-se como um “lixo”, palavra utilizada para definir si mesmo e a forma de vivenciar as relações. Aqui, é possível pensar em uma identificação com o desejo da figura materna, posto que relatou ter sido jogado no lixo pela mãe quando bebê. Na narrativa do paciente, verificam-se desdobramentos de ter sido jogado no lixo, como a criação pela avó e demanda por cuidados. Como elucidou Lacan (1957-1958/1999, p. 197), “o que a criança busca, como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe, isto é, to be or not to be o objeto de desejo da mãe”. Ser jogado no lixo, como um acontecimento da realidade psíquica do paciente, parece ter sido compreendido por ele como uma mensagem bruta, como ato, do desejo da figura materna. Sentir-se como lixo, o que foi definido por ele

como alguém descartado, que foi jogado fora, pode configurar uma tentativa de ser o objeto de desejo da mãe.

Lacan (1953/2008) nos informou sobre a construção de um mito individual pelo neurótico, o qual consiste em um roteiro fantasístico, construído a partir da vivência subjetiva dos vínculos inaugurais com as figuras parentais. Trata-se de um cenário próprio, singular, produzido pelo indivíduo, a partir do qual irá se relacionar e estar no mundo. Miller (2010), a partir do mito de Hércules, assinalou duas vias de discurso, dois caminhos possíveis: a salvação pelos ideais ou a salvação pelos dejetos, sendo que estes consistem naquilo que desaparece, que declina quando um ideal se destaca. Um resto sem valor, o *caput mortuum*, nas palavras dos alquimistas, conforme explanou Lacan (1953/2008). Esses caminhos envolvem a dimensão do Outro, dos significantes a partir dos quais o indivíduo constituiu-se psiquicamente.

Perante essas considerações, é possível considerar o relato de João sobre sentir-se um lixo como seu mito individual, a narrativa a partir da qual se situa na vida. O caminho escolhido por ele, inconscientemente, é o de ser o dejetivo, o objeto desvalorizado. Não obstante, o dejetivo parece-lhe ser um representante fálico, aquilo que responde à falta do Outro. Dessa forma, ser o dejetivo, o lixo, seria a “salvação”, uma possibilidade de conseguir um lugar no desejo do Outro.

Além da identificação com o desejo materno, é possível considerar uma identificação de João com o homem que o estuprou, no *stroke mimic* conversivo. Ao discorrer sobre esse homem, já falecido, João relatou que ele sofreu um AVC e ficou com metade do corpo paralisada. Disse que o via na rua caminhando, com o braço torto, mancando e usando uma bengala para se locomover. O paciente revelou que soube desse acontecimento pela avó, quando ela relatou que o rapaz havia sofrido um AVC e que então ia “dar trabalho” para a mãe, referindo-se aos cuidados e assistência das quais iria precisar.

Freud (1921/1996n) apontou para a identificação na formação do sintoma conversivo, a partir da possibilidade ou desejo de se colocar na mesma situação da pessoa. A identificação, consoante explanou o autor (1921/1996n), consiste na mais remota expressão de um laço emocional com alguém e tem caráter ambivalente, podendo tornar-se expressão de ternura ou de anseio por afastamento. Posto isso, pode-se pensar em uma identificação de João com o homem que o estuprou, pelo desejo de se colocar também em situação na qual necessite de cuidados, a partir do que sua avó lhe disse. Assim como esse homem, João ficou com a metade do corpo paralisada, inicialmente a direita e, posteriormente, a esquerda. Recebeu, então,

assistência da esposa e da equipe multidisciplinar dos hospitais nos quais esteve internado. Freud (1900-1901/1996g) também observou que a identificação na formação dos sintomas, na histeria, geralmente ocorre para expressar um elemento sexual comum, observando que um indivíduo histérico pode se identificar mais rapidamente com pessoas com quem tenha tido relações sexuais, seja na realidade, seja na fantasia, o que pode ser verificado no caso de João.

Ainda sobre os sintomas conversivos de João, é possível estabelecer correlação com experiências de abandono relatadas por ele, uma vez que os *stroke mimics* sucederam em momentos de perdas, de separação. O primeiro foi em período de falência da empresa na qual trabalhava, com possibilidade de perda do emprego, e aviso do filho de que pediria demissão, consoante já apresentado; o segundo, pouco tempo depois que a esposa pediu divórcio. Freud (1905/1996i) já nos informou de que a neurose produz seus efeitos máximos quando a constituição e a vivência cooperam no mesmo sentido, de modo que um grande abalo na vida possa vir a provocar a neurose até mesmo em uma situação corriqueira. Freud (1905/1996i) também indicou que, assim como a criança, o adulto começa a sentir medo tão logo fica sozinho, sem a pessoa de cujo amor sinta-se seguro, e que nos casos em que uma pessoa sadia adocece após uma experiência amorosa infeliz, o adoecimento parece se tratar de uma regressão da libido para as pessoas preferidas na infância. Dessa forma, as experiências de separação, sentidas por ele como perda e abandono, podem favorecer o aparecimento dos sintomas conversivos.

Neste ponto, é válido mencionar o caso clínico de um pintor, descrito por Freud (1923[1922]/1996o), em *Uma neurose demoníaca do Século XVII*. Mediante manuscritos, Freud soube que esse homem padecia de convulsões e outras sensações penosas, como paralisia das pernas. Essa sintomatologia sucedeu nove anos após ele ter realizado um pacto com o demônio, conforme constava nos escritos, no qual se dispunha a ser seu “filho obrigado”. Em sua análise, Freud esclareceu que o motivo para o pacto, que se tratava de uma fantasia do indivíduo, era sua situação de desamparo depois da morte do pai, fazendo com que sofresse um quadro depressivo. O demônio, assim, era substituto da figura paterna, valendo assinalar que os sentimentos dirigidos inicialmente à mãe são deslocados para o pai. Suas conversões, consideradas uma possessão demoníaca, evidenciavam seu pedido por proteção, por cuidados, tendo em vista o desamparo ocasionado pela perda, sendo possível estabelecer correlação com os conteúdos relatados por João. Assim como no caso clínico supracitado, João parece encontrar-se também em situação de desamparo e convocar cuidados.

É possível ainda perceber a conexão simbólica entre os sintomas conversivos de João e pontos de sua história. Conforme relatou, permaneceu oito meses em cadeira de rodas, quando perdeu o movimento das pernas. Verifica-se que o número oito também apareceu no discurso do paciente enquanto discorria sobre outros acontecimentos: a avó o pegou para criar aos oito meses e foi estuprado aos oito anos. Esse número parece ter um valor simbólico para o paciente, uma relevância em sua constituição e funcionamento psíquico, tendo se manifestado em seu corpo como duração. Os *stroke mimics* também parecem ser símbolos mnêmicos de representações de João relacionadas ao estupro, uma vez que o homem que o fez padeceu de um AVC e ficou com metade do corpo paralisada, como descrito. Evidencia-se, aqui, o corpo simbólico, sobre o qual nos falava Freud.

Com relação ao estupro, assunto que foi recorrentemente abordado por João, é possível fazer algumas reflexões, a partir de alguns pontos de sua fala. Considera-se, aqui, essa violência sexual como experiência subjetiva, sem enfoque no factual. Esse acontecimento foi vivenciado tendo como gênese a constituição e possibilidades psíquicas do paciente. Freud, desde o início de sua obra, nos informou sobre a importância das experiências sexuais infantis, as quais não estão restritas às atividades genitais, incluindo as excitações sentidas já nas primeiras vivências de satisfação, como no chuchar, do período autoerótico. Freud (1896/1996f, 1905/1996i) salientou a importância dessas experiências no futuro desenvolvimento sexual do indivíduo e nos informou sobre os efeitos graves e duradouros que lesões sofridas por um órgão ainda imaturo, em processo de desenvolvimento, causam em época mais madura. Freud (1896/1996f) fez referência às experiências triviais na sexualidade do indivíduo e nos comunicou também sobre eventos considerados traumas mais graves, como tentativas de estupro, em que se revela a brutalidade do desejo sexual à criança, ainda imatura.

No caso clínico de João, é importante pensar sobre os efeitos do estupro em sua história. O paciente relatou que ficou “retido” nos relacionamentos interpessoais e sexuais e teve medo de moços de idade próxima à do rapaz que o estuprou. Ressaltou também a ferocidade com que vivenciou o acontecimento, sentido por ele “como uma surra”, levando-o a pensar em suicidar-se. Criança, João foi lançado a uma satisfação sexual para a qual não estava pronto, tanto em sua constituição anatômica como psíquica, uma vez que suas pulsões ainda tinham a predominância do autoerotismo, apesar da relação com os objetos das primeiras experiências

de satisfação. As pulsões sexuais a partir das excitações nas regiões genitais, que sucedem no Complexo de Édipo, são sublimadas, transformadas em identificação e ternura.

É possível que João tenha seguido com sentimento de culpa, pela forma de satisfação sexual, como descarga pelo aparelho psíquico, que não devia ter ocorrido, que lhe fora proibida no período edípico. Destarte, é possível considerar que as conversões de João também podem servir à autopunição, a qual foi apontada por Freud (1905[1901]/1996h) como uma das motivações internas nos sintomas conversivos, valendo lembrar que o paciente fez referência aos comprometimentos do AVC, dos quais o homem que o estuprou foi acometido, como uma forma de castigo, algo merecido.

Com relação ao sonho em que a cena do estupro se repete, fica evidente o impacto desse acontecimento na história do paciente. Freud (1920/1996m) apontou para a existência de sonhos traumáticos, que têm caráter repetitivo e trazem a pessoa novamente a alguma experiência aflitiva passada. Essa repetição evidencia a fixação no trauma e revela uma tentativa de elaborá-lo: repete-se, de modo ativo, aquilo que foi vivenciado de forma passiva, a fim de se obter uma melhor impressão. No caso clínico de João, a repetição do sonho com a cena do estupro denota a tentativa de elaboração dessa experiência, precoce, para a qual não tinha recursos anatômicos e psíquicos para lidar.

Neste ponto, é importante fazer alusão à temática do trauma psíquico. Freud (1920/1996m) o descreveu como uma excitação, provinda de fora, que excede o limiar psíquico de suportá-la. Nesse caso, sucede uma perturbação no aparelho psíquico, que fica submerso em uma grande quantidade de estímulos, tentando incorporá-los, o que coloca em movimento diversas medidas defensivas. Freud (1920/1996m) também mencionou o afeto de susto ao se referir ao trauma. Dessa forma, o trauma é algo que inaugura o psiquismo, sucedendo outros traumas ao longo da vida do indivíduo, conforme vivencia experiências e, conseqüentemente, recebe estímulos advindos do mundo. Lacan (1964/2008), em suas considerações, propôs pensarmos o trauma como o encontro com o real: o inassimilável. Mediante a ausência de recursos simbólicos diante do trauma, a repetição é uma via possível para o manejo dessa vivência.

É possível considerar a violência sexual sofrida por João como um trauma psíquico, cuja intensidade revela-se pela repetição da situação em seus sonhos. A repetição também se faz presente pelos sintomas conversivos. Ao versar sobre o tratamento analítico, Freud (1914/1996j),

1920/1996m) também nos informou que o indivíduo repete (*act it out*) conteúdos reprimidos, em vez de recordá-los em sua totalidade. Pode-se considerar que conteúdos relacionados à violência sexual sofrida são um fator contribuinte para seus *stroke mimics*, valendo lembrar aqui da identificação de João na construção de seu sintoma. Decerto que há outros conteúdos de sua história de vida relacionados aos *stroke mimics*, valendo assinalar que os sintomas conversivos podem servir para representar diversos cursos de pensamento, simultaneamente, conforme salientou Freud (1905[1901]/1996h). Dessa forma, a conversão não consiste em uma enfermidade a ser simplesmente suprimida, uma vez que se trata da saída encontrada pelo indivíduo para estar no mundo, atendendo às exigências de seu aparelho psíquico e da realidade.

Concluindo a discussão do presente caso clínico, é possível verificar que João está no lugar de dejetos, objeto rejeitado e que solicita cuidados. Sua constituição psíquica parece ser marcada pela pergunta “O que sou para o Outro?”, a partir da vivência de ter sido jogado no lixo, abandonado. Sua tentativa de obter a resposta se faz pelo corpo, ao qual concede valor fálico pelas conversões, que se repetem. Esta lhe parece ser uma forma de convocar os cuidados e, concomitantemente, obter satisfação, assim como de defesa psíquica. João queria ser reabilitado, recuperar seus movimentos e sensibilidade para prosseguir sua vida. Os atendimentos prestados a ele, porém, não foram voltados às suas manifestações clínicas, mas àquilo que ele construiu sobre seu corpo. Foram consideradas as marcas deixadas pelo infantil, que não se trata do passado, mas de algo constituinte que persiste e se apresenta na vida adulta. Deixou-se que falasse sobre esse corpo, fixado em uma modalidade de satisfação autoerótica, pela via das conversões, e sujeito ao Outro, alienado ao seu significante: jogado no lixo, estuprado e submetido a procedimentos, exames e terapêuticas.

João parou de vir às sessões repentinamente, sem aviso prévio, embora houvesse mencionado a possibilidade de mudanças em seu horário de trabalho. Na última vez que compareceu ao hospital atendendo ao chamado para receber esclarecimentos sobre a presente pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contou que não havia mais a possibilidade de reconciliação com a esposa. Relatou que a separação vai ocorrer, que não há mais retorno e “vida que segue”. Como ocorreu desde o primeiro atendimento, apresentou-se novamente a questão do abandono, da perda. O objeto abandonado, desvalorizado: *caput mortuum*. É o que persiste e se repete.



#### 4 Considerações finais

No presente estudo de caso, foi possível estabelecer diálogo entre os *stroke mimics* conversivos do paciente e sua história subjetiva. Para além de manifestações favorecidas por fatores de risco, as conversões revelam uma modalidade de defesa psíquica e, simultaneamente, de satisfação. Trata-se de sua possibilidade de lidar com conteúdos aflitivos, que suscitariam angústia, entre os quais estão reminiscências da violência sexual sofrida. Ademais, as conversões parecem ser uma forma de convocar os cuidados do Outro, o que denota a posição subjetiva do paciente. Nesse contexto, é possível que as experiências de separação, sentidas como perda e abandono, favoreçam o aparecimento dos sintomas conversivos. Como foi verificado, os *stroke mimics* conversivos sucederam após momentos de perdas: a possibilidade de perda do emprego, juntamente como o aviso do filho sobre a intenção de se demitir, e pedido de divórcio pela esposa, respectivamente.

A repetição dos *stroke mimics* conversivos do paciente evidencia a ineficácia do tratamento isolado das manifestações históricas, diante das quais foram empregadas terapêuticas pelas equipes multidisciplinares para sua remissão, em suas duas hospitalizações. Aqui se percebe a concepção objetiva e universal dos quadros conversivos, voltada aos fenômenos. Conforme assinalou Trillat (1991, p. 119): “o médico [...] se porá a interrogar o corpo do histórico, submetendo cada função, cada território a investigações objetivas e sistemáticas”. A partir dessa interrogação, são encontrados achados orgânicos, como a ausência de malefícios na realização da trombólise na maioria desses pacientes, por exemplo. Nas histerias, porém, trata-se de um outro corpo: pulsional, simbólico, passível de ser escutado apenas em transferência.

Nesse âmbito, a escuta pela profissional da Psicologia, orientada pela Psicanálise, operou como ferramenta de tratamento, como oferta de um espaço no qual o paciente pôde discorrer sobre sua história de vida, especificamente acerca de questões que lhe geram intenso sofrimento. Freud já nos alertava de que a fala pode substituir a ação, bem como de que o somático está articulado a representantes psíquicos (Breuer & Freud, 1893-1895/1996; Freud, 1905/1996i). É possível pensar nos atendimentos realizados como uma possibilidade de que o paciente colocasse em palavras aquilo que expressa pelas conversões.

A partir deste caso clínico, foi possível demonstrar que o *stroke mimic* conversivo é uma manifestação singular. Assim, a despeito de afecções corporais análogas entre os indivíduos com esse diagnóstico, como hemiparesias e anestésias, trata-se de uma construção sintomática individual, que expressa a forma de relação própria com aquilo de aflitivo que os habita. Assim sendo, é importante que o estudo da etiologia dos *stroke mimics* conversivos não seja negligenciado, seja pela desconsideração destes em primazia do orgânico, seja pela solidificação das possíveis causas, ditas psicológicas, em descrições objetivas e universais.

## Referências

- Abdelnour, L. H., & El-Nagi, F. (2017). Functional Neurological Disorder Presenting as Stroke: A Narrative Review. *Journal of Psychological Abnormalities*, 6(159), 1-10. Retrieved June 9, 2020, from <https://www.iomcworld.com/open-access/functional-neurological-disorder-presenting-as-stroke-a-narrativereview-2471-9900-1000159.pdf>.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – 5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barnett, H. J. M., & Spence, J. D. S. (2018). *Acidente Vascular Cerebral: prevenção, tratamento e reabilitação*. Porto Alegre: AMGH.
- Batistella, G. N. R., & Bichetti, D. (2018). *Manual de Neurologia* (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanarara Koogan.
- Breuer, J., & Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1893-1895).
- Caruso, P., & Manganotti, P. (2016). Psychogenic Stroke Mimics and Thrombolysis: Ready to Take the Risk?. *Medical Reports & Case Studies*, 1(4), 1-6. Retrieved November 2, 2020, from <https://www.iomcworld.org/open-access/psychogenic-stroke-mimics-and-thrombolysis-ready-to-take-the-risk.pdf>.
- Devinsky, O., Feldmann, E., Weinreb, H. J., & Wilterdink, J. L. (2001). *Manual do Residente em Neurologia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Dör, J. (1991). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre.
- Freud, S. (1996a). Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1886).

- Freud, S. (1996b). Histeria. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1888).
- Freud, S. (1996c). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 59. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1950[1892-1899]).
- Freud, S. (1996d). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 61. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1950[1892-1899]).
- Freud, S. (1996e). As neuropsicoses de defesa. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1894).
- Freud, S. (1996f). A etiologia da histeria. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1896).
- Freud, S. (1996g). A interpretação dos sonhos (I) e sobre os sonhos. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900-1901).
- Freud, S. (1996h). Fragmento da análise de um caso de histeria. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905[1901]).
- Freud, S. (1996i). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (1996j). Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise). In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1996k). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1996l). Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1916-1917).
- Freud, S. (1996m). Além do princípio de prazer. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).

- Freud, S. (1996n). *Psicologia das massas e análise do ego*. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1921)
- Freud, S. (1996o). *Uma neurose demoníaca do século XVII*. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1923[1922])
- Hatzitolios, A., Savopoulos, C., Ntaios, G., Papadidaskalou, F., Dimitrakoudi, E., Kosmidou, M., Baltatzi, M., & Karamitsos, D. (2008). Stroke and Conditions that Mimic It: A Protocol Secures a Safe Early Recognition. *Hippokratia*, 12(2), 98-102. Retrieved June 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464301/pdf/hippokratia-12-98.pdf>.
- Ifergan, H., Amelot, A., Ismail, M., Gaudron, M., Cottier, J-P., & Narata, A. P. (2020). Stroke-Mimics in Stroke-Units. Evaluation After Changes Imposed by Randomized Trials. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 78(2), 88-95. Retrieved November 2, 2020, from <https://www.scielo.br/j/anp/a/p7mbqHqBsXpMqJkTHSQk6q/?format=pdf&lang=en>.
- Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente proferido em 1957-1958).
- Lacan, J. (2008). *O mito individual do neurótico ou a poesia e verdade na neurose* (1a ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente proferido em 1953).
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente proferido em 1964).
- Merino, J. G., Luby, M., Benson, R. T., Davis, L. A., Hsia, A. W., Latour, L. L., Lynch, J. K., & Warach, S. (2013). Predictors of Acute Stroke Mimics in 8,187 Patients Referred to a Stroke Service. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 22(8), 1- 10. Retrieved November 2, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812364/pdf/nihms479957.pdf>.
- Miller, J-A. (2010). *A salvação pelos dejetos*. *Revista Correio: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 67, 19-26.
- Segal, J., Lam, A., Dubrey, S. W., & Vasileiadis, E. (2012). Stroke Mimic: An Interesting Case of Repetitive Conversion Disorder. *BMJ Case Reports*, 10(1136), 1-2. Retrieved November 2, 2020, from <https://casereports.bmj.com/content/casereports/2012/bcr-2012-007556.full.pdf>.
- Trillat, E. (1991). *História da histeria*. São Paulo: Escuta.

## Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma disfunção neurológica que pode comprometer as funções cognitivas e motoras, sendo uma das principais causas de morte no mundo. Nesse contexto, estão os simuladores de AVC, denominados *stroke mimics*, que são quadros de origem não vascular com comprometimentos semelhantes aos dos AVCs, entre os quais se encontram os quadros conversivos, sem etiologia orgânica. A maioria dos estudos sobre os *stroke mimics* parece ter como objetivo o diagnóstico diferencial e se pautar na perspectiva médica, sem aprofundamento nos aspectos subjetivos. O presente trabalho discute um caso clínico de *stroke mimic* conversivo a partir da perspectiva da Psicanálise. Trata-se de um estudo de caso. A amostra consiste em um paciente atendido em um hospital público de alta complexidade, durante Residência Multiprofissional em Psicologia. Pelo presente trabalho, foi possível produzir reflexões sobre o *stroke mimic* conversivo e a história subjetiva do paciente, com base nas teorias de Freud e Lacan.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral. Histeria. Psicanálise.

## Reflections on a Clinical Case of Psychogenic Stroke Mimic from the Perspective of Psychoanalysis

### Abstract

Cerebrovascular Accident (CVA) or Stroke is a neurological dysfunction that may affect cognitive and motor functions, being one of the main causes of death in the world. In this context, there are stroke simulators, so-called stroke mimics, which are clinical conditions with similar signs and manifestations to CVAs, of non-vascular aetiology. Among these simulators, there is the conversion disorder, of non-organic aetiology. Most studies about stroke mimics seem to have as objective the differential diagnosis and to be guided by the medical perspective, without deepening into subjective aspects. This article discusses a clinical case of psychogenic stroke mimic from the perspective of Psychoanalysis. It consists of a case study. The sample is a patient assisted in a high complexity public hospital, during a Multiprofessional Residence in Psychology.

Through this work, it was possible to produce reflections about the connection between the psychogenic stroke mimic and the patient's subjective history, based on Freud's and Lacan's theories.

**Keywords:** Cerebrovascular Accident. Stroke. Hysteria. Psychoanalysis.

## **Réflexions sur un cas clinique de *stroke mimic* hystérique par la perspective de la Psychanalyse**

### **Résumé**

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un dysfonctionnement cérébral qui peut compromettre des fonctions cognitives et motrices. C'est une cause importante de décès dans le monde. Dans ce contexte, il y a des simulateurs des accidents vasculaires cérébraux, appelés *stroke mimics*, qui sont des situations cliniques avec des manifestations similaires à celles des AVCs, dont l'étiologie est non vasculaire. Parmi ces simulateurs, se trouve la conversion hystérique, sans cause organique. La plupart des études sur les *stroke mimics* ont pour objectif le diagnostic différentiel et sont régies par une approche médicale, sans approfondissement dans les aspects subjectifs. Le présent travail discute un cas clinique de *stroke mimic* hystérique par la perspective de la Psychanalyse. C'est une étude de cas. L'échantillon de l'étude est un patient assisté dans un hôpital public de haute complexité, pendant une résidence professionnelle en Psychologie. Par ce travail, a été possible de produire des réflexions sur le *stroke mimic* hystérique et l'histoire subjective du patient, en partant des théories de Freud et Lacan.

**Mots clés:** Accident Vasculaire Cérébral. Hystérie. Psychanalyse.

## **Reflexiones sobre un caso clínico de *stroke mimic* conversivo desde la perspectiva del Psicoanálisis**

### **Resumen**

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es una disfunción cerebral que puede ocasionar perjuicios de las funciones cognitivas y motoras, siendo una importante causa de muerte en el mundo. En este contexto, están los simuladores de accidentes cerebrovasculares, denominados *stroke mimics*, que son cuadros clínicos de etiología no vascular, con manifestaciones similares a las de los ACVs. Entre estos simuladores, se encuentran los fenómenos de conversión, sin etiología orgánica. La mayoría de los estudios sobre los *stroke mimics* parece volverse hacia el diagnóstico diferencial y basarse en la perspectiva médica, sin profundización en los aspectos subjetivos. El presente artículo discute un caso clínico de *stroke mimic* conversivo desde la perspectiva del Psicoanálisis. Se trata de un estudio de caso. La muestra es un paciente atendido en un hospital público de alta complejidad, durante la realización de una Residencia Multiprofesional en Psicología. A partir del trabajo realizado, fue posible producir reflexiones sobre el *stroke mimic* conversivo en su correlación con la historia subjetiva del paciente, con base en las teorías de Freud y Lacan.

**Palabras clave:** Accidente Cerebrovascular. Histeria. Psicoanálisis.