

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PSICOLOGIA

LIVIA CARTEGNI

**UM MAPEAMENTO DA HISTERIA: DE DOENÇA À ESTRUTURA PSÍQUICA
FUNDADORA DA PSICANÁLISE**

Volta Redonda

2017

LIVIA CARTEGNI

**UM MAPEAMENTO DA HISTERIA: DE DOENÇA À ESTRUTURA PSÍQUICA
FUNDADORA DA PSICANÁLISE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
conclusão do curso Bacharel em
Psicologia.

Orientador:

Prof. Dr. Augusto Cesar Freire Coelho

Volta Redonda

2017

LIVIA CARTEGNI

**UM MAPEAMENTO DA HISTERIA: DE DOENÇA À ESTRUTURA PSÍQUICA
FUNDADORA DA PSICANÁLISE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Bacharel em
Psicologia, como requisito parcial para
conclusão do curso.

Aprovada em de de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Augusto Cesar Freire Coelho (Orientador) - UFF

Prof. Dr^a. Ana Paola Frare - UFF

Prof. Dr. Roberto de Oliveira Preu - UFF

Volta Redonda
2017

Dedico esse trabalho às minhas avós, que desde o início vibraram com a escolha dessa formação e a todos que tenho de mais precioso e fazem cada dia valer a pena.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmão, que estiveram sempre ao meu lado, me amando e apoiando em todos os momentos e conquistas.

À UFF e ao corpo docente incrível que compõe o curso de Psicologia de Volta Redonda, que tanto me ensinou pessoal e profissionalmente.

Ao meu orientador, por todo o suporte, colaboração e aprendizado.

À professora Ana Paola, por todo carinho e aprendizado dos últimos meses.

À Carol, por ter durante 5 anos dividido não só uma casa, mas a vida comigo, e a todas as amigas maravilhosas que me receberam tão bem nessa cidade, tendo sido essenciais para que cinco anos passassem voando e cheios de felicidade, fazendo da despedida algo ainda mais difícil.

E por último, agradeço a todos que de alguma maneira fizeram parte da minha formação.

Falar da identidade histórica é um desafio: é falar de uma ideia fixa diante do polimorfismo exuberante de suas manifestações

Charles Melman

RESUMO

Falar da histeria é um desafio, é uma tentativa de transformar em algo fixo e palpável, uma ideia capaz de assumir diferentes formas. Há mais de 2000 anos a histeria intriga pesquisadores. Já foi entendida e tratada como uma doença, bruxaria entre outros. Esse trabalho visa entender sua história e importância junto à psicanálise, sabendo-a gatilho para a fundação da mesma. Através de uma pesquisa bibliográfica em textos de Freud, Lacan e outros autores, foi realizado um recorte que tem como objetivo analisar sua importância e função histórica para fundação da psicanálise. Também, sua transformação de doença, desde os primeiros estudos de Freud, para a estrutura psíquica, compreendendo-a como tal e seus sintomas.

Palavras-chave: histeria; história; psicanálise; sintomas; estrutura.

ABSTRACT

Speaking of hysteria is a challenge, it is an attempt to transform into something fixed and palpable, an idea capable of taking on different forms. For more than 2000 years hysteria has intrigued researchers. It has already been understood and treated as an illness, witchcraft among others. This work aims to understand its history and importance with psychoanalysis, knowing it as a trigger for its foundation. Through a bibliographical research in texts by Freud, Lacan and other authors, a clipping was carried out that aims to analyze its importance and historical function for the foundation of psychoanalysis. Also, the transformation from disease, from the early studies of Freud, to the psychic structure, understanding it as such and its symptoms.

Keywords: hysteria; history; psychoanalysis; symptoms; structure.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	HISTÓRIA DO CONCEITO DE ESTRUTURA HISTÉRICA	11
2.1	UMA TENTATIVA DE DELIMITAR O QUADRO HISTÉRICO NA OBRA DE FREUD.....	13
3	UMA TENTATIVA DE DELIMITAR A HISTERIA DE MANEIRA ESTRUTURAL	21
3.1	FREUD E O SINTOMA NA PSICANÁLISE.....	21
3.2	A ENTRADA NA ESTRUTURA HISTÉRICA.....	23
3.2.1	<u>Diagnóstico Sintomático e Diagnóstico Estrutural</u>	27
3.3	A HISTERIA SOB O PONTO DE VISTA DA ESTRUTURA.....	28
4	CONCLUSÕES	32
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Há 2000 anos a histeria fez enigma, sendo entendida e tratada de diversas maneiras. Desde uma doença que acometia apenas as mulheres, por ser relacionada ao útero, até como bruxaria, tendo em sua história mulheres sendo queimadas vivas e acusadas de estarem possuídas. Seu estudo e entendimento foi se modificando de acordo com os avanços da medicina, e a partir do século XIX, com uma forte influência dos estudos de Charcot, a histeria começou a ser estudada por Freud.

Foi a partir dos estudos de Freud sobre a histeria, inicialmente junto a Breuer, que essa aos poucos pôde ir perdendo seu caráter de doença neurológica e uma nova prática se fundou para dar-lhe um lugar de discurso. Se há uma questão consensual sobre a psicanálise é que ela foi "feita" com ajuda das histéricas, para tratar a histeria. Foi com essas pacientes que Freud aprendeu a importância de ouvir e que a verdade acerca do sintoma de cada sujeito não está no saber do médico, propondo com isso uma cura através da palavra. Foi com elas que Freud fundou o inconsciente, criando assim, a psicanálise.

É a partir dessa escuta psicanalítica da histeria que esse trabalho se apresenta. Através de uma pesquisa bibliográfica e do estudo dos casos clássicos de Freud, será levantada a história da mesma, enquanto ainda vista como uma doença, até chegar às contribuições propostas por Freud e chegando à Lacan, já sendo entendida como uma estrutura psíquica.

Esse trabalho faz-se importante para todos que desejam entender melhor a história e etiologia da histeria, como doença e estrutura psíquica, assim como para quem deseja entender um pouco da história da própria psicanálise.

Na primeira parte desse trabalho, será apresentado um histórico geral da histeria, enquanto ainda vista como doença e estudada por Hipócrates, na Grécia Antiga, passando por nomes como Charles Lepois, Paul Briquet, Mesmer e Charcot, até chegar em 1895 quando foram publicados os Estudos sobre a Histeria por Breuer e Freud. Logo após esse histórico, na segunda parte do segundo capítulo, será realizada uma tentativa de delimitar o quadro histórico nas obras de Freud, onde será apresentado o caso de Anna O, como referência. Ainda nesse capítulo serão apresentadas as classificações da histeria como hipnoide, de defesa e de retenção e também serão discutidas as teorias da sedução e da fantasia.

No terceiro capítulo, inicialmente será abordada a questão do sintoma na psicanálise freudiana e sua importância para a clínica psicanalítica. Também será apresentado o caso

Dora, como um meio de exemplificar questões acerca do sintoma e da identificação na histeria. Na segunda parte desse capítulo discorreremos sobre a importância de um diagnóstico para o tratamento e sobre como essa estrutura se funda. Apresentaremos os conceitos de diagnóstico sintomático e diagnóstico estrutural e serão explicadas suas diferenças e importâncias. Por fim, na última parte desse capítulo, serão discutidos os traços estruturais da histeria.

2 HISTÓRIA DO CONCEITO DE ESTRUTURA HISTÉRICA

“Apresentar a histeria em Freud significa, portanto, retomar a própria história da psicanálise e de seu desenvolvimento teórico, seja diretamente, seja indiretamente.” (JUNIOR; AMBRA, 2014)

Desde a Grécia Antiga há relatos de mulheres que manifestavam comportamentos e sintomas histéricos, embora até então não houvesse uma denominação para tais comportamentos. Naqueles tempos, acreditava-se que era uma doença que acometia apenas mulheres, devido à suposição de que os sintomas teriam relação com seus úteros (do grego, histerus).

“A ideia segundo a qual o útero é um organismo vivo análogo a um animal dotado de uma certa autonomia e de possibilidade de deslocamento, remonta, com efeito, à mais alta antiguidade, cerca de 2000 a.c.” (TRILLAT,1991 p.17)

Há relatos da histeria sendo descrita como uma doença orgânica de origem uterina, que afetava os corpos femininos por “sufocações da matriz”. Tal era a suposição de Hipócrates, médico renomado da Grécia Antiga (460-377 a.C): devido a privação de relações sexuais, o útero se deslocava pelo corpo da histérica em busca de umidade, assim a doente tinha problemas para respirar e podia desenvolver convulsões caso o útero chegasse ao hipocôndrio. Se chegasse ao coração da histérica, a mesma poderia ter crises de vômito, opressão e ansiedade (BELINTANI 2003). Também é possível encontrar nas obras de Hipócrates, descrições, prognósticos e indicações terapêuticas sobre as sufocações da matriz e a sufocação uterina (TRILLAT,1991). Entre o século V e meados do séc. XV, a histeria foi colocada de lado pela medicina e passou a receber maior atenção religiosa, sendo vista como punição divina. Segundo ROUDINESCO e PLON

As convulsões e as famosas sufocações da matriz eram consideradas a expressão de um prazer sexual e, por conseguinte, de um pecado. Por isso, foram atribuídas a intervenções do demônio: um demônio enganador, capaz de simular doenças e entrar no corpo das mulheres para “possuí-las” (1998, p. 338)

Com essas suposições, tidas à época, como certas, muitas mulheres histéricas foram perseguidas e queimadas pela igreja católica, acusadas de bruxaria.

O século XVIII foi marcado pela abordagem de Mesmer da histeria. Visto com um grande milagreiro, Franz Anton Mesmer acreditava em um magnetismo animal e na comunhão do homem com o universo. Ele defendeu que a origem das doenças nervosas era um desequilíbrio na distribuição de um fluído universal, logo “bastava que o médico, transformado em magnetizador, provocasse crises nos pacientes (...) para curá-los mediante o reestabelecimento do equilíbrio do fluído” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 338).

É somente no século XIX, que uma interpretação neurológica acabada da histeria é possível. Atribuindo-se a Charles Lepois, “o mérito de ter sido o primeiro a formular a hipótese da sede cerebral da histeria” (TRILLAT, 1991, p.69)

Na articulação entre a medicina romântica e a hospitalar moderna, há um autor de grande importância para a história da histeria, Paul Briquet. A histeria se deve “à existência na mulher, dos sentimentos mais nobres e mais dignos de admiração, sentimentos, que somente ela é capaz de experimentar” (BRIQUET, 1859 apud TRILLAT), recusando-se, assim, por um tempo, o caráter sexual, uterino, da mesma. Para Briquet, a histeria era então uma neurose do encéfalo. Após algum tempo trabalhando como chefe de um departamento que tratava histéricos, ele muda sua posição, recusando à histeria o caráter romântico, passando a tratá-la como uma doença como outra qualquer, sem nenhum caráter vergonhoso.

“Briquet foi o primeiro a atribuir um sentido à crise, sentido que é dado pela história do histérico e que entra na sua economia pessoal” (TRILLAT, 1991 p. 122). Ele pôde perceber também a função da imitação na histeria, visto que trabalhava com um grande número de histéricos reunidos.

Deve-se a Charcot que o nome histeria tenha subsistido na memória coletiva por tanto tempo. Foi a partir de suas pesquisas e estudos que a histeria passou a ser tratada como uma neurose. Charcot pensava a histeria como uma doença que se originava em uma representação com uma grande carga de afeto, que pendia para o corpo, formando o sintoma somático. Em 1874 Charcot apresentou três lições sobre as manifestações neurológicas na histeria: paralisias, anestésias e contrações, em cima dessa fundação, foi acrescentando elementos, aos poucos, construindo sua conceituação da histeria. Desde o primeiro momento ele retorna à teoria uterina, criticando a interpretação de Briquet, que acreditava que as dores ovarianas eram puramente musculares. Charcot sustenta que as dores de fato possuem uma origem ovariana e suspeita que Briquet a tenha afastado, por pudor.

Sem intenções terapêuticas, Charcot hipnotizava as histéricas, com objetivos diagnósticos, podendo assim verificar seu caráter neurótico. A histeria era diagnosticada se

fosse possível a criação de sintomas reversíveis ao final da hipnose. A partir desses estudos, os sintomas histéricos ganharam um pouco mais de dignidade, deixando de ser vistos apenas como simuladores de outras doenças (RANGEL, 2008, p. 65).

Em 1885 Freud vai a Paris assistir um curso na Sapêtrière, ministrado por Charcot sobre histeria e hipnose. A partir de seus estudos com Charcot Freud entende que há uma origem sexual nos traumas vividos por histéricos. Em um primeiro momento, acreditava que a histeria era resultado de um abuso, uma forma de sedução sexual real vivenciada na infância; já num segundo momento, ele apresenta a noção da fantasia, entendendo os traumas relatados como produtos psíquicos, não diretamente decorrentes de acontecimentos reais.

Durante o verão de 1889, já decepcionado com a hipnose, Freud passou algum tempo em Nancy, estudando com Bernheim, que o conduziu a abandonar a técnica de hipnose e a se aprimorar no método catártico (TRILLAT 1991, p. 227). Bernheim, por sua vez, deve sua descoberta da hipnose a Liébeault em 1882. Bernheim acreditava que o estado hipnótico não era um privilégio das histéricas e que as manifestações histéricas são consequências exclusivas da sugestão, logo a histeria natural não existe. “Desde então trava-se uma batalha bastante confusa, onde nem de um lado, nem de outro, as coisas são muito claras. Certamente duas correntes de pensamento se chocam” (TRILLAT 1991, p. 178).

Para além da disputa de saberes entre Charcot e Bernheim, encontra-se Janet, que apesar de ter sido acolhido na Salpêtrière, por Charcot, propôs uma outra teoria acerca da histeria, também científica. Janet acreditava que os fenômenos histéricos eram de natureza psíquica, portanto o método para estudá-los deveria ser psicológico e não neurológico, como fazia Charcot. Acusando Bernheim de deixar a hipnose se perder e Charcot de um certo amestramento das histéricas, Janet enfrentou “a versatilidade das modas” e permaneceu “fiel à hipnose e à histeria que todo mundo abandonou em favor das ‘psiconeuroses’” (TRILLAT 1991, p. 192).

Em 1895 foram publicados os Estudos sobre a Histeria, por Breuer e Freud. Nesse livro são relatados cinco casos clínicos, entre eles o mais famoso, o caso de Anna O. Foi a partir desses casos iniciais que Freud pôde iniciar a construção da psicanálise, concluindo, nesse primeiro momento, que os sintomas neuróticos eram de fato de natureza sexual e conflitiva e iniciando com isso a chamada cura pela palavra.

2.1 UMA TENTATIVA DE DELIMITAR O QUADRO HISTÉRICO NA OBRA DE FREUD

Há doenças que falam e se fazem ser ouvidas. Com as histéricas a psicanálise aprendeu a ouvir e, ouvindo, criou seu método e, como consequência, seu objeto. Aprendeu que a verdade do sintoma do sujeito, está em si e não no saber médico, sendo então necessário ouvir a paciente, sem pré-julgamentos ou supostos saberes pré-definidos. Assim, para melhor entender esse percurso, recorreremos à própria escuta das histéricas, tal como apresentada na obra de Freud. Partimos, portanto, do caso considerado marco zero da psicanálise.

Anna O, pseudônimo de Bertha Pappenheim, era uma jovem muito inteligente e com grande imaginação, que havia crescido em uma família extremamente rígida e puritana, realidade da qual tentava escapar, através de seus teatros particulares, forma como denominava seus devaneios sistemáticos. Breuer chegou a dizer, inicialmente, que ela não tinha em nada, sua noção de sexualidade desenvolvida, embora o próprio desenvolvimento do caso o contradiga. Ele afirma também, que a excitação produzida pelo sistema nervoso das histéricas torna intolerável o tédio de uma vida monótona, como a que Anna O. levava, promovendo a doença.

O adoecimento do pai, em julho em 1880, pode ser entendido como episódio desencadeador dos sintomas histéricos de Anna O. Dedicada aos cuidados do mesmo, a moça começou a ficar com a saúde cada vez mais debilitada, aos poucos ficando fraca, sem apetite, com dores de cabeça e excessivamente agitada. Anna O. apresentou uma sintomatologia exuberante, iniciada por um estrabismo convergente e crises de tosse nervosa e se agravando a ponto de apresentar paralisias e alucinações, dificuldade para se comunicar e perda da realidade. Tais sintomas eram bem comuns da histeria à época.

Breuer, que começou a atendê-la todos os dias, a partir do início de dezembro de 1880, percebeu em Anna O. dois estados de consciência, que se intercalavam frequentemente. Em um dos estados ela reconhecia seu ambiente e ficava angustiada, porém relativamente normal, já no outro, tinha alucinações e se tornava agressiva. Suas dificuldades para se comunicar também foram piorando. Em dado momento, apresentou uma mudez que durou duas semanas. Breuer ouviu em seu sintoma que ela provavelmente havia se sentido ofendida com alguma coisa e, portanto, não desejara mais falar, para não precisar elaborar sobre determinado assunto. Com isso em mente, obrigou-a a falar sobre o assunto, e assim ela foi voltando a se comunicar.

A primeira “cura pela palavra” de Anna O. foi reconhecida quando, tendo ficado seis semanas sem conseguir beber líquidos, em seu estado hipnoide fala sobre sua dama de

companhia, por quem não nutria os melhores sentimentos. Conta ter ido ao quarto da mesma e surpreendido um cachorro bebendo água em seu copo. A cena causou profunda impressão na moça, que não denunciou ou confrontou a tal dama. Ao colocar esse sentimento para fora, descrevendo os detalhes da cena, pediu a Breuer um copo de água e despertou de seu estado bebendo-a. Esse sintoma tinha cessado.

Ainda outro exemplo da cura de seus sintomas pode ser encontrado no tratamento de sua *tussis nervosa*, que aparecia toda vez que ouvia músicas para dançar. Nesse caso Anna conseguiu descrever a primeira vez em que o sintoma apareceu: um dia em que estava cuidando de seu pai ouviu uma música na casa vizinha. A paciente reconheceu ter sentido vontade de estar fora de casa, se divertindo, ao invés de presa cuidando do pai doente. Pensar nisso, no entanto, lhe causou uma série de repreensões internas, associadas ao início de sua tosse.

Claramente esse não foi um processo fácil. Muitas vezes a lembrança de Anna O. não era suficiente para chegar às origens dos sintomas. Além disso, médico e paciente tinham dificuldades para entrar em algumas questões, cabendo a Breuer forçá-la o máximo a falar, principalmente das coisas sobre as quais ela não queria pensar.

Anos depois, em 1893, no texto *Predisposição Inata – Desenvolvimento da Histeria*, Breuer escreve sobre o que acredita, na época, ser pertinente ao desenvolvimento da histeria. Tratava-se de uma patologia raramente encontrada em pessoas ignorantes, a maioria dos histéricos tinha muitos interesses intelectuais quando adolescentes. Breuer acreditava que havia uma certa “capacidade para se adquirir histeria” em pessoas com predisposições particulares e individuais para reagir de determinadas maneiras a agentes externos.

Durante a puberdade, com o excesso de atividades mentais que desejam ser saciadas, uma quantidade excessiva de energia fica livre para a geração de fenômenos patológicos que podem surgir como histeria. Tal quadro dependeria largamente da suscetibilidade do indivíduo, visto que a maioria das pessoas nessas situações não se torna histérica, o que deixava claro que até esse momento a histeria ainda não era vista como uma estrutura, mas como uma doença contingente.

Naquele momento Breuer pensava que a energia excedente à excitação liberada pelo sistema nervoso das histéricas era o que fazia intolerável o tédio de uma vida monótona. Assim, a necessidade de adoecer foi entendida como um desejo da paciente convencer a si e a outras pessoas sobre sua doença. Por isso, Anna O., quando enferma, tinha a tendência de desenvolver cada vez mais sintomas. Segundo Dubois (1904, p.214, apud Trillat 1991, p. 172)

“A histérica é uma atriz em cena, uma comediante; mas nunca a repreendamos, pois ela não sabe que atua; ela acredita sinceramente na realidade de suas atuações”.

Freud (1893) pontua, na época, que causa e desenvolvimento dos sintomas histéricos devem ser buscados na esfera da vida psíquica. Nessa época ele já havia voltado de seus estudos com Charcot e trabalhava com Breuer há algum tempo. Eles propunham uma divisão entre o que chamavam de histeria traumática e histeria comum, trabalhando com a técnica da hipnose, com a qual produziram todas as formulações sobre o desenvolvimento dos sintomas, do período. Acreditavam que os pacientes deveriam ser colocados em estado hipnótico e indagados sobre seus sintomas, pois dessa maneira, informações inacessíveis na vida de vigília poderiam ser acessadas. Freud conclui disso que por trás da maioria dos sintomas dos histéricos existem experiências afetivamente marcantes, que permitem a decifração do sintoma.

Assim, todo sintoma histórico é determinado pela natureza do trauma, porém suas origens podem não ser sempre tão visíveis como no exemplo de Anna O. Quando a mesma parou de beber líquidos e saciava sua sede com frutas, seu tratamento demonstrou a origem desse sintoma na repugnância que sentiu ao ver sua governanta servir água em um copo ao cachorro. Mas como os pacientes histéricos nada sabem sobre seus sintomas, o método para chegar à raiz dos mesmos consistia em questioná-los em estado hipnótico. Em uma grande parte das vezes só se conseguia encontrar o que parecia uma relação simbólica entre a causa determinante e o sintoma histórico. Os fenômenos histéricos, até então, podiam ser descritos como traumas psíquicos que não foram “completamente tratados”, reminiscências.

Sendo assim, a única diferença que se encontrou entre sintomas como a paralisia traumática e a paralisia na histeria comum, é que enquanto na paralisia traumática há um grande trauma em ação, que pode ser considerado um desencadeador, na histeria comum raramente encontra-se um único evento responsável, ocorrendo, antes, uma história de sofrimentos. O interessante é que mesmo no caso da histeria traumática o que produz o sintoma não é o fator mecânico do trauma, mas o trauma psíquico que foi causado, um “afeto de terror”, e é esse afeto que determina a natureza dos sintomas emergentes. Sendo assim, toda histeria pode ser considerada traumática.

Com isso, Freud (1894) introduz o conceito de defesa, como um mecanismo de proteção que o ego utiliza para lidar com algo, alguma representação que seria insuportável de lidar e nos apresenta também o conceito de conversão. Logo no início, temos uma apresentação de três formas de histeria, que em comum têm o fato da divisão da consciência

ser algo secundário. Em primeiro momento ele resgata uma posição proposta por Breuer em sua obra conjunta (1893) para falar sobre o que chamava de “histeria hipnoide”, condicionada aos “estados hipnoides”. Sendo assim, a divisão da consciência é secundária e adquirida, já que as representações que afloram nos estados hipnoides não se associam ao conteúdo consciente. Na segunda forma, denominada “histeria de defesa” ele nos traz a divisão do conteúdo da consciência como resultante de algum ato natural do próprio histérico, causa da divisão de sua consciência, mesmo essa não sendo sua intenção. A última forma é denominada “histeria de retenção”, pois a divisão da consciência não desempenha um papel importante. Nesses últimos casos não costumam ocorrer reações a eventos traumáticos.

Focando nas histerias de defesa, Freud indica que até o momento em que sofriam uma incompatibilidade em suas vidas representativas, as histéricas possuíam uma boa saúde mental. Tal incompatibilidade na vida representativa decorre do embate entre o eu e algum sentimento ou experiência que contradiz os pensamentos conscientes, gerando um conflito com o qual o eu não é capaz de lidar. Nas mulheres as representações incompatíveis são frequentemente de ordem sexual e os esforços defensivos para afastar tais pensamentos são facilmente localizáveis.

Freud descreve duas características sexuais da histeria: o desprazer e a contradição interna de sua sexualidade (...) O resultado é a insatisfação, cujo exemplo encontramos no caso da Bela Açogueira, que cria um desejo não realizado pedindo a seu marido que a prive daquilo de que mais gosta. (QUINET, 2005, p. 104)

A defesa do eu, que pretende a eliminação da incompatibilidade psíquica, é buscada pela retirada da soma de excitação da representação incompatível, enfraquecendo-a. A carga de excitação, assim tornada livre, se desloca, localizando-se no corpo. É possível que a excitação que foi forçada a se deslocar reencontre a representação à qual estava originalmente ligada. Essa situação obrigaria a pessoa ou a elaborar sua representação, ou a se livrar da mesma através de ataques histéricos. O método catártico de Breuer, inclusive, pode ser descrito como uma forma de reconduzir a excitação da esfera somática para a psíquica, produzindo a lembrança e a descarga daquela excitação através da fala. Com isso percebemos que o fator peculiar da histeria é, na verdade, a disposição à conversão e não a divisão da consciência.

A conversão seria então um mecanismo da histeria, em que uma representação incompatível é tornada inofensiva pela “transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática”. Ela pode ser total ou parcial e

opera ao longo da linha de inervação motora ou sensorial relacionada - intimamente ou mais frouxamente - com a experiência traumática. Desse modo o ego consegue libertar-se da contradição com a qual é confrontado; em contrapartida, porém, sobrecarrega-se com um símbolo mnêmico que se aloja na consciência como uma espécie de parasita, quer sob a forma de uma inervação motora insolúvel, quer como uma sensação alucinatória constantemente recorrente, que persiste até que ocorra uma conversão na direção oposta. Consequentemente, o traço mnêmico da ideia recalçada não é, afinal, dissolvido; daí por diante, forma o núcleo de um segundo grupo psíquico. (FREUD, 1894. p. 56-57)

No caso da histeria de defesa, então, a conversão é precedida “de uma clivagem entre o que é físico (o afeto, soma de excitação) e o que é psíquico (a representação). Não há passagem do psiquismo para o somático” (TRILLAT, 1991, p.236) o que ocorre é uma transferência de excitação que passa para o inconsciente e uma excitação liberada para os nervos. Essa transferência é a causa dos sintomas de inervação corporal nos histéricos. Essa forma de entender os sintomas histéricos, mais tarde, seria modificada. Era, porém, necessária nesse momento para dar conta da histeria como conversão e deslocamento de cargas energéticas.

Dois anos depois, em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”, Freud afirma que, para a histeria eclodir, não basta que traumas psíquicos da vida sexual ocorram em qualquer período da vida. É preciso que tais traumas tenham ocorrido na infância, antes da puberdade e “seu conteúdo deve consistir numa irritação real dos órgãos genitais (por processos semelhantes à copulação)” (FREUD, 1896, p.164). Segundo ele, não são as vivências que causam um trauma, mas a lembrança destas quando o sujeito já está maduro sexualmente. “O “recalcamento” da lembrança de uma experiência sexual aflitiva, que ocorre em idade mais madura, só é possível para aqueles em quem essa experiência consegue ativar o traço mnêmico de um trauma da infância” (ibid. p.167).

Ele suspeita, nesse momento, que o que diferencia a histeria da obsessão é que ambos sofreram um primeiro incidente sexual na infância, porém, a histérica o vivenciou com desgosto e terror, enquanto o obsessivo teve a mesma vivência com prazer. Como isso a

histeria se articula a uma passividade feminina, já que acomete muito mais as mulheres (TRILLAT, 1991).

Interessado em elaborar sua teoria sobre a etiologia da neurose, e na tentativa de melhor entender e definir a histeria, Freud adotou a investigação anamnésica proposta por Breuer: interrogar o paciente, e às vezes seus familiares, sobre o que creem ser as influências que lhe fizeram adoecer. Claramente com esse método deveria existir um grande cuidado para que a crença do paciente não fosse imediatamente aceita. Tal procedimento, no entanto, o tornava dependente das opiniões dos pacientes sobre a etiologia de sua doença. Discordando da hipótese charcotiana de que apenas a predisposição hereditária poderia ser considerada causa da histeria, Freud supõe ser possível investigar a etiologia a partir da sintomatologia.

Os sintomas histéricos, como visto acima, se determinam não por uma experiência real específica, mas pelas lembranças das experiências traumáticas do paciente que são agora reproduzidas em forma de símbolos mnêmicos na sua vida psíquica. Utilizando-se o método de Breuer, o que deve ser feito é levar o paciente a retroagir a partir de seu sintoma até conseguir localizar a cena que o produziu, acreditando que assim, reproduzindo essa cena inicial, o sintoma seria eliminado. O caminho que leva aos sintomas histéricos é, porém, mais complexo que parecia a princípio.

A ligação de um sintoma histérico com a cena traumática inicial só pode auxiliar na compreensão de sua etiologia quando tal cena atende a duas condições:

- 1 – Possui uma adequação favorável para funcionar como determinante,
- 2 – Carrega uma força traumática.

Quando se descobre uma cena que não responde a tais condições deve-se supor que, por trás da mesma, oculta-se uma experiência ainda anterior que seja significativa. Assim, com o uso da mesma técnica, seguindo o fio associativo que liga as duas lembranças, a descoberta pode se revelar. Não é impossível, no entanto, que uma cena inócua possa gerar sintomas, caso aconteça da pessoa encontrar-se em um estado psíquico que se descreva como estado hipnoide.

As cenas traumáticas nunca formam uma corrente simples, mas “se ramificam e se interligam como árvores genealógicas” (FREUD, 1896 p 194). Uma mesma cena pode ser evocada muitas vezes em uma mesma cadeia, assim como as próprias cadeias associativas de diferentes sintomas podem se relacionar, criando pontos nodais encontráveis durante a análise. Um fato considerado muito importante por Freud em “A Etiologia da Histeria”, é que quando uma análise é bem conduzida é possível perceber que “qualquer que seja o caso e

qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual” (1896, p. 196).

Em 1897, em uma carta (N. 69) escrita a Fliess, há mudanças importantes em seu pensamento sobre as neuroses e os sintomas. Freud reconhece, então, que não pode crer na realidade dos conteúdos inconscientes apresentados por seus pacientes, admitindo que “o inconsciente nunca supera a resistência do consciente, então também abandonamos nossa expectativa de que o inverso aconteça no tratamento, a ponto de o inconsciente ser totalmente domado pelo consciente”. (FREUD, 1886 - 1889, p. 310)

É com isso que Freud modifica sua teoria da sedução e, a partir de 1900, passa a situar a origem da histeria em uma fantasia inconsciente e não mais no ato de um adulto sobre uma criança inocente. Nesse momento propõe a teoria da fantasia. Tal teoria justifica que o analista não mais investigue o trauma em eventos reais, mas nas fantasias infantis angustiantes, visto que desde muito cedo o corpo de uma criança já é erógeno e produtor de eventos psíquicos (RANGEL, 2008). É nesse período, também, que Freud relaciona a histeria à angústia de castração (SIMÕES, 2007).

O fato da fantasia, tomada pelo histérico como realidade, conseguir criar um sintoma é prova da força e do poder da realidade psíquica (TRILLAT, 1991). Na concepção freudiana a histeria pode então ser caracterizada por uma defesa que tenta combater um evento traumático de cunho sexual que ocorreu (e a realidade aí, é a psíquica) na infância. De uma experiência sexual na infância cuja carga de afeto é insuportável para o sujeito, resulta que a lembrança seja recalçada, permanecendo ativa no inconsciente. Quando, em algum momento da vida adulta, a lembrança é despertada por algum acontecimento, é convertida em um sintoma no corpo. A partir disso a abordagem freudiana da histeria vai deixando de pensá-la como uma patologia, aproximando-a de uma forma específica de estar na normalidade. Isso lhe dá contornos do que viria a ser conhecido como estrutura clínica, onde a realidade psíquica pode ser de alguma maneira, mais real que a realidade fatural (TRILLAT, 1991).

3 UMA TENTATIVA DE DELIMITAR A HISTERIA DE MANEIRA ESTRUTURAL

3.1 FREUD E O SINTOMA NA PSICANÁLISE

Para ficar mais clara a discussão sobre a etiologia e início da psicanálise através do estudo da histeria, faz-se importante compreender o que significa um sintoma dentro do campo psicanalítico. Visto que o mesmo se distingue das concepções médicas e psicológicas, onde se aspira sua eliminação.

Como dito anteriormente, os eventos traumáticos dos quais o sujeito não consegue se recordar na vida de vigília são incompatíveis com suas vidas e seus ideais pessoais. Por isso o afeto ligado a essas ideias é retirado, forçando que sua satisfação aconteça por outra via, qual seja, o sintoma.

Para avançar na questão do sintoma, será apresentado o caso de Dora, que foi atendida por Freud em outubro de 1900.

Ela tinha 18 anos quando iniciou seu tratamento, a pedido de seu pai, que encontrou escondido no quarto da filha um bilhete de suicídio. Ao pedir o tratamento, o pai relatou também a hostilidade de Dora em relação ao casal K, íntimo da família. O pai disse à Freud que não poderia cortar essa relação, tendo uma dívida de gratidão com a Sra. K e pediu a Freud que tirasse essa animosidade da cabeça de sua filha.

O círculo familiar de Dora é composto por um irmão, uma mãe que Dora descrevia como uma típica dona de casa da época e por seu pai, por quem Dora nutria um grande amor. Devido a problemas de saúde do pai a família se mudou para o interior e na nova cidade ficou muito amiga do casal K. A Sra. K, inclusive, ajudou a cuidar do pai de Dora, fortalecendo assim a amizade entre as famílias. Dora até determinado momento também nutria grande afeição pelo casal, viajando com eles e tomando conta de seus filhos, muitas vezes.

Dora confessara a Freud que de fato não queria mais que seu pai fosse amigo da família K, pois acreditava que ele e a Sra. K tinham um caso. Ela denuncia um acordo tácito entre seu pai e o Sr. K, no qual Dora figurava como uma espécie de compensação ou prêmio pela tolerância à relação extraconjugal. Pelo que Dora apresentou, mesmo que não houvesse um acordo formal entre seu pai e o Sr. K a família de Dora aceitou muitas situações que poderiam ser vistas como impróprias na relação entre o Sr. K e Dora.

Duas situações ilustram a relação desses dois personagens. A primeira aconteceu quando Dora tinha 14 anos. Ela havia ido à loja da família K encontrá-los para assistir um festival religioso, chegando lá, o Sr. K estava sozinho e após fechar toda a loja, antes de saírem, a beijou. Tal seria, segundo Freud “justamente a situação que numa mocinha virgem de quatorze anos, despertaria uma nítida sensação de excitação sexual” (1905 p.37), porém Dora saiu da loja no mesmo instante, sentindo uma violenta repugnância. Freud nos aponta também que “tomaria por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderante ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos” (ibid).

A segunda situação acontece alguns anos depois da cena da loja, em uma casa de campo do casal K Dora e o Sra. K estavam a sós, caminhando em frente a um lago quando o mesmo lhe faz uma oferta romântica. Em sua fala, disse não ter mais nada com a esposa. A reação de Dora é mais enfática: esbofeteia-o e foge. O que a paciente mais sublinha é sua irritação com a família que, tendo recebido seu relato, continua a amizade com o casal K.

Dora termina seu tratamento pouco tempo após essas revelações e Freud, alguns anos depois, conclui o quanto ele deixou de ver nesse caso. Ao focar na paixão entre Dora e o Sr. K e tendo ligado a isso suas reações e sintomas, deixou de prestar atenção no que mais tarde nomeou como um vínculo homossexual dirigido à Sra. K.

Dora também foi muito estudada por Lacan, que observou a questão da identidade em Dora. Como será visto adiante, a questão da identidade é um fator central na estrutura histérica. Segundo Lacan, o valor da Sra. K para Dora é “de um mistério, o mistério de sua própria feminilidade, quer dizer, de sua feminilidade corporal” (1951, p. 220). É através da Sra. K que Dora pode se reconhecer como mulher e causadora de desejo. Isso também é visto na cena do lago, quando o Sr. K tira a esposa de cena, dizendo não ter mais nada com a mesma, ele deixa de ser interessante, pois é necessário que o desejo dele passe pela Sra. K, afinal “Se o Sr. K só se interessa por ela, é porque seu pai só se interessa pela Sra. K, e a partir daí ela não pode mais tolerá-lo. (LACAN, 1956-1957, p.146).

Nesse momento os sintomas são considerados realizações de desejos. Segundo Rangel (2008), a significação do sintoma é então “sexual, apresenta valor simbólico, e expressa a realização de um desejo. Lembremos que o evento traumático não necessariamente é vivido e sim fantasiado, mantendo de qualquer forma sua carga traumática” (p. 75). Freud faz uma análise das estratégias utilizadas para a distorção das representações do desejo na histeria: condensação, deslocamento, simbolismo, dramatização e processo de elaboração secundária.

Lembremos que o ano em que Freud atendeu Dora, 1900, é considerado o ano da criação da psicanálise com a publicação de “A Interpretação dos Sonhos”. Nesse texto Freud propõe uma nova técnica para abordar o inconsciente: a análise de sonhos, propondo que estes sejam entendidos como realizações de desejos.

Os sintomas, assim, aparecem como uma representação do desejo distorcido a ponto de ser aceitável ao neurótico, como uma mensagem mascarada que dá lugar para uma interpretação em análise.

Freud inicia a primeira década do século XX pensando os sintomas como resíduos, símbolos, como se a crise ou a sintomatologia histérica fossem uma transposição do trauma inicial para uma outra cena e linguagem. Diferentemente de uma mera reprodução, no entanto o sintoma operaria como um memorial que a histérica porta, mesmo sem saber a que ele remete. Em 1909, o sintoma histérico se transforma então em objeto de um trabalho de tradução, onde é função do analista ser intermediário e tradutor, fazendo com que o eu possa admitir o sentido escondido do sintoma. O sintoma, quando finalmente tem seu sentido desvelado, desaparece.

Após algum tempo, a experiência clínica mostrou que, por mais elaboradas que sejam as interpretações, alguns pacientes não conseguem abrir mão de seus sintomas. É assim que, a partir de 1920, o sintoma começa a ter duas facetas: o sintoma como uma mensagem, suscetível a interpretações e como uma satisfação pulsional, que é a face que pode não sucumbir ao tratamento analítico.

3.2 A ENTRADA NA ESTRUTURA HISTÉRICA

A entrada em uma estrutura psíquica, qualquer que seja, ocorre a partir dos amores edipianos, do desenvolvimento da relação do sujeito com a função paterna. “O complexo de Édipo desempenha um papel fundamental na estruturação da personalidade e do desejo humano” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1970 p. 116). É um fator extremamente importante para a teoria psicanalítica, por ser o momento crucial da constituição do sujeito. O Édipo pode ser considerado como uma porta de entrada na estrutura clínica e ponto decisivo da sexualidade humana. É a partir dele que o sujeito tem a possibilidade de organizar-se frente à diferenciação entre os sexos e à angústia de castração.

Apesar de muito frequente nos escritos de Freud, o mesmo nunca dedicou um texto exclusivo para expô-lo sistematicamente. Abordaremos o Édipo em Freud em seus momentos iniciais como em “A Interpretação dos Sonhos” (1900), “A Sexualidade Infantil” (1905), “Romances Familiares” (1909) entre outros, para demonstrar que só depois da articulação entre Édipo e a castração e a identificação que o complexo ganha uma dimensão que permite tratar de sua relação com a entrada na estrutura histórica.

Em outubro de 1897, Freud envia uma carta (N. 71) a Fliess, baseado em sua própria autoanálise, estabelece para o amigo a importância e validade de uma lenda grega (Édipo Rei) para compreensão do psiquismo humano. “Verifiquei, também no meu caso, a paixão pela mãe e o ciúme do pai, e agora considero isso como um evento universal do início da infância (...) Sendo assim, podemos entender a força avassaladora de *Oedipus Rex*” (FREUD, 1886-1889 p. 316). O caráter essencial da primeira aproximação freudiana ao Édipo se fundamenta no pressuposto de que as crianças em um momento posteriormente conhecido como fase fálica, se sentem atraídas pelo seu progenitor de sexo oposto.

Essa é a perspectiva que orienta o caso Dora e também aparece em “A Interpretação dos Sonhos” (1900). No capítulo V Freud trata do sonhar com a morte de um dos pais, e aponta tratar-se de um desejo que não necessariamente é atual, mas sim resquício de algum momento da infância. Nesse trecho o Édipo é localizado nos sonhos, considerando-se que é mais frequente meninas sonharem com a morte das mães e meninos com a dos pais. Isso ocorre porque o desejo da morte dos pais remete à primeira infância e a conflitos na relação dos pais com os filhos. Com isso é visível que os desejos sexuais de uma criança se iniciam bem cedo, sendo o primeiro amor do menino a mãe e da menina, o pai. A partir disso, as crianças tendem a ver o progenitor de sexo oposto como um rival.

Em “A Sexualidade Infantil” (1905) Freud reafirma a importância desses estudos e a naturalidade da sexualidade na infância. A capacidade de recepção e produção dos seres humanos tem seu auge na infância e ainda assim quase todos passam sofrem de uma amnésia que atinge a vida anterior aos oito anos de idade. Apesar disso, são essas mesmas impressões esquecidas, as responsáveis pelos rastros mais profundos deixados na vida anímica que são determinantes para todo o desenvolvimento.

Foi apenas em “Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens” (1910) que a expressão “complexo de Édipo” apareceu pela primeira vez (BLEICHMAR, 1984). Nesse texto Freud supõe que esse processo seria derivado da fixação infantil e carinhosa na figura materna. Porém é importante ressaltar que nesse momento o termo “complexo de Édipo” é

atribuído ao campo da escolha de objeto, situação emocional vivida pelo menino em sua puberdade, e não aos desejos primordiais da infância.

Em “Totem e Tabu” (1913) o outro na cena edípica finalmente aparece em uma dimensão ativa, ao contrário do primeiro momento onde o Édipo, apesar de aparecer em uma triangulação, diz respeito apenas ao eu do sujeito. Nesse texto Freud associa o mito da horda com o totemismo e o complexo de Édipo. Na estrutura totêmica o Totem geralmente é um animal que incorpora uma lei à qual todos devem obedecer, determinando os privilégios e tarefas de cada grupo e entre grupos. É proibida a relação entre membros do mesmo totem, logo o tabu vem desse Totem, que expressa o proibido. Há também uma celebração da união dos membros de todos os totens, comemorada através de um banquete em que o animal é devorado em sacrifício. Nesse sentido, Freud assimila esse animal totêmico ao pai edípico, sendo ambos responsáveis por promulgar a lei da proibição do incesto.

Para além da identificação entre o pai e o animal totêmico Freud também tematiza o pai da horda primeva. Esse pai é autoritário e violento, suscitando em determinado momento, medo e inveja no grupo. A partir dessa situação os filhos o matam e o devoram em um banquete, o que resulta em uma espécie de introjeção da lei paterna, através do canibalismo. Com essa construção, Freud conclui que “os começos da religião, da moral, da sociedade e da arte convergem para o complexo de Édipo” (1913, p. 158).

Totem e tabu (1913) permite pensar esse início do Édipo em Freud, porém o pai totêmico, apesar de autoritário e violento, não interroga ninguém, logo, é apenas com a sua morte que passa a haver a possibilidade de uma relação com a alteridade, quando os irmãos começam a questionar uns aos outros sobre suas devidas responsabilidades. Os irmãos se reconhecem agora como iguais entre si, essa identificação é reforçada por um ideal comum: o pai introjetado.

Com a introdução dos conceitos de identificação, qualificada como “a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” (FREUD, 1921, p. 115), e de narcisismo, o Édipo passa a ter um maior destaque e novos contornos, sendo localizado como elemento central da sexualidade humana. A escolha narcísica de objeto reflete-se sobre o eu, enquanto a identificação introduz a possibilidade de desenhar a gênese do eu, na qual as condições subjetivas e edípicas se colocam como estímulos fundamentais. O supereu surge então como consequência dessas identificações (BLEICHMAR, 1984), é um mediador entre o eu e o isso, podendo ser lido como um herdeiro do complexo de Édipo, da proibição do incesto, a lei que foi introjetada psiquicamente no sujeito.

Na leitura lacaniana essa organização é extremamente importante, visto que é em cima dela que o sujeito “negocia sua relação com o falo, isto é, sua adesão à conjunção do desejo e da falta” (DOR, 1991 p. 25). Mais que isso, ele amplia esse conceito, “quando afirma que o menino é o falo da mãe, ele já está dizendo que o menino é para a mãe, mas, além estar nos falando sobre a mãe, apresenta-nos esta constituindo-se na relação com o menino” (BLEICHMAR, 1984 p. 14). A mãe deixa de ser um ser e figura-se como em uma interdependência com o menino. “O Édipo lacaniano é a descrição de uma estrutura e dos efeitos de representação que essa estrutura produz nos que a integram” (ibid p. 20). O que circula nessa relação é o falo, como determinante das posições no Édipo.

A direção do Édipo é regulada pela mãe, o pai, a criança e o falo. A organização das estruturas psíquicas se constitui nessa dialética edipiana, onde a criança se inscreve então na função fálica, sendo essa, marcada pela passagem do ser ao ter (o falo). Essa passagem se inicia no momento em que a criança parece experimentar uma completude, estando identificada como o falo da mãe, o objeto único de desejo da mesma. Essa situação se manterá até a entrada da figura paterna enquanto instância mediadora. Lacan introduz essa figura paterna como a função fálica, que “atravessando” a relação de completude entre mãe e criança, sendo a responsável pela castração simbólica, onde a criança deixa de ser o falo da mãe e se percebe como não sendo seu objeto único de desejo

Nessa circulação do falo, é possível entender como os personagens se posicionam visto que através de sua posse, atinge-se a satisfação narcísica. No primeiro tempo do Édipo a mãe tem o falo, logo, a criança o é e o pai (real) quase não aparece. No segundo tempo, quando a mãe perde a posse do falo, a criança deixa de sê-lo e o pai começa a aparecer como privador e onipotente. No terceiro tempo o pai é suposto possuir o falo, porém, não o sendo, é possível que o mesmo seja então reinstaurado na cultura (BLEICHMAR, 1984). O falo é então uma referência que concede ao sujeito a possibilidade de “regular seu desejo com referência ao desejo de um outro”. (DOR, 1991, p. 26).

O estruturante para a criança “é que ela possa fantasmear um pai, isto é, elaborar a figura de um pai imaginário, a partir da qual ela investirá, ulteriormente a dimensão de um pai simbólico” (DOR, 1991, p. 29), visto que é com um pai imaginário que a criança se encontra no Édipo. Há uma distinção, atribuída à Lacan, sobre o papel do pai no Édipo, que se faz importante para entender melhor essa relação. Essa distinção do papel do pai se dá em pai simbólico, imaginário e real.

O pai real nunca é quem intervém na relação edípiana, ele é o pai em sua realidade, podendo ou não ser o genitor da criança, o pai o imaginário, é a figura do pai, de maneira como a criança o concebe e a partir do discurso sobre o qual a mãe o sustenta. Na dimensão entre a figura do pai real e do pai imaginário está o pai simbólico que tem a função estruturante e supõe sua intervenção na castração. O Édipo então, “consiste em superar o falo como aquilo que se é, para chegar ao falo como aquilo que se tem” (BLEICHMAR, 1984 p. 25).

3.2.1 Diagnóstico Sintomático e Diagnóstico Estrutural

Faz-se extremamente necessário em um tratamento psicanalítico, o estabelecimento de um diagnóstico, pois é só a partir do mesmo que se pode ser pensada a orientação do tratamento. É muito importante que esse diagnóstico seja estrutural e não sintomático, pois como veremos a seguir, sintomas histéricos podem, por exemplo, se misturar com os obsessivos, assim como a histeria também pode ter uma máscara perversa.

A única maneira dessa investigação diagnóstica ser feita é através da fala, mesmo que o paciente muitas vezes dê um “testemunho de sua própria cegueira” (DOR, 1991 p. 14). É no dizer que algo se estrutura, é no encontro da fala com a escuta subjetiva do analista que estão os materiais para construir um diagnóstico. Ainda que seja muito difícil determinar com propriedade uma avaliação diagnóstica com pouco tempo de análise, é também para isso que servem as entrevistas preliminares, pois é apenas determinando uma posição diagnóstica, que é possível decidir quanto à orientação do tratamento.

É comum que se procure avaliar os sintomas que o sujeito apresenta para estabelecer o diagnóstico. O problema se dá em não ser possível afirmar relações estáveis entre a causalidade psíquica e as manifestações sintomáticas, já que a subjetividade do paciente incide na constituição dos sintomas. Assim sendo, o que se buscará é da ordem da estrutura, e não da sintomatologia, “é no dizer que algo da estrutura do sujeito é localizável” (ibid.).

Pegemos, por exemplo, a atividade sintomática da ordem e da arrumação, que podem tomar proporções bem graves em algumas pessoas, tornando-se uma enfermidade do agir. Essa sintomática do comportamento pode ser vista como relacionada ao componente erótico anal, que é uma disposição da neurose obsessiva. Porém a imprudência em definir alguém a

partir desse sintoma se dá visto que também podemos encontrá-lo muitas vezes, em histéricas. Esse sintoma, na histeria, pode ser lido em sua disposição para agradar o outro, por exemplo. Ou ainda, uma histérica pode tomar emprestado esse sintoma de um companheiro obsessivo, em função de um processo de identificação.

A descrição do sintoma é, assim, apenas um recurso acessório, é no desdobramento do que é dito que se manifestam as referências diagnósticas estruturais. A especificidade da estrutura de alguém se configura por um perfil predeterminado da economia de seu desejo. Essas referências são os indícios que demarcam o funcionamento da estrutura subjetiva. É disso que o trabalho tratará, agora.

3.3 A HISTERIA SOB O PONTO DE VISTA DA ESTRUTURA

Como vimos anteriormente, a passagem do ser ao ter é extremamente importante para a estruturação psíquica do sujeito. É justamente nessa passagem que o pai aparece como imaginário, intervindo como privador, proibidor. O reconhecimento que a mãe supõe nesse pai, como aquele que dita a lei, é o que se faz necessário para que a criança possa supor a mãe como desejante. Se ela deseja, está localizada na falta e com isso a criança se percebe não sendo seu objeto único de desejo, sua completude. É com a ameaça representada pelo pai imaginário no desejo da criança, a de ser (o falo da mãe), que leva a criança ao registro da castração.

O movimento histórico se dá em questão ao “passo a dar” na conquista do falo, que Freud chamava “declínio do complexo de Édipo”. “É através dessa conquista que a criança subtrai a rivalidade fálica na qual ela se instalara tão bem que havia, até imaginariamente, alojado o pai”. (DOR, 1991 p. 66). É na necessidade de que em algum momento o pai dê ao histórico uma prova de sua condição fálica, que se instaura sua economia desejante

Na constituição da estrutura histérica a criança caiu da posição de falo da mãe. Sendo a mãe desejante, nenhuma das duas é ou possui o falo e é daí que advém a suposição de que este esteja depositado no pai, objeto de desejo da mãe. Advinda dessa inscrição de atribuição fálica, onde não é um falo, passa a ser então uma “militante do ter” (DOR, 1991 p. 67) com a constante reivindicação de tentar apropriar-se do atributo fálico do qual acredita ter sido injustamente desprovida. Com isso, o sujeito histórico não tem como interrogar seu desejo

senão junto ao Outro, que é sempre suposto ter a resposta da incógnita de seu desejo. Esse lugar do Outro é um lugar de Senhor, colocado pelo histórico como suposto saber aquilo que o próprio se esforça por desconhecer sobre a questão do seu desejo. Assim, um dos elementos mais constitutivos do funcionamento histórico é uma alienação do sujeito em relação ao desejo do Outro.

Para tratar dessa questão dos traços estruturais da histeria, utilizaremos o caso da Bela Açogueira, paciente de Freud, citada em “A Interpretação dos Sonhos” (1900), cujo “nome” foi dado por Lacan, posteriormente. Esse caso foi utilizado para reafirmar a teoria dos sonhos como realizações de desejos e como “porta de entrada” para o inconsciente. Também retrata a questão da insatisfação, que como será visto a seguir, figura como traço estrutural da histeria. Além disso, foi através desse caso que Freud fala sobre desejo pela primeira vez.

A Bela Açogueira conta que há muito tinha vontade de comer caviar no café da manhã, tendo, porém, dito a seu marido que não lhe desse caviar. Ela narra um sonho em que desejava oferecer um jantar, mas não havia nada em sua casa além de um pequeno salmão. Considera sair para comprar comida, mas logo se lembra que tudo estará fechado por ser domingo. Por fim, colaborando com as impossibilidades impostas ao jantar ela tenta ligar para alguns fornecedores, porém seu telefone está mudo. Com tudo isso precisa desistir de seu desejo de oferecer uma ceia (FREUD, 1900).

Como o sonho sempre se vale de restos diurnos, Freud solicita associações. A paciente, contextualizando brevemente o sonho, diz que o marido havia comentado na noite anterior o desejo de emagrecer. Ele estava planejando não aceitar mais convites para jantar e começar um regime. Paralelo a isso havia uma amiga, a quem visitara na véspera do sonho, a quem seu marido sempre fez elogios, deixando-a com ciúmes. Essa amiga não representava grande perigo devido a ser muito magra e a seu marido gostar de mulheres mais cheinhas. No dito encontro essa amiga lhe perguntara quando ofereceria outro jantar.

O sonho apresenta, assim, muito material a ser interpretado e trabalhado. Focando, porém, numa resolução de seu enredo principal, a paciente realizou o desejo de não engordar a amiga, dando um jantar (pois a paciente havia sido alertada por seu marido que jantares engordam), para que assim ela não se tornasse desejável a seu marido. Para além dessa interpretação há também no sonho uma identificação com a amiga que muito gostava de salmão, que fora no sonho uma representação de seu desejo por caviar. Sua renúncia ao caviar na vida real corresponde a um sintoma que denuncia a identificação histérica com a amiga.

A paciente possuía um marido que não deixaria que nada lhe faltasse, se vendo obrigada a criar uma demanda que não fosse respondida, podendo assim, manter-se insatisfeita. A histérica confunde seu desejo com demanda, enchendo o Outro de queixas, para manter-se insatisfeita.

Pelo que foi visto anteriormente podemos compreender por que os sujeitos históricos costumam se colocar em cena como estando a serviço de um outro, frequentemente como defensores ferrenhos de ideias e convicções desse. Esse caráter sacrificial em que se colocam é uma maneira de tentar aparecer através do desejo de um outro, assim, essa dependência se traduz em abdicar de seu próprio desejo para atender ao do outro. Há também outra característica que persiste na estrutura histórica: devido à queixa arcaica de não ter sido amada o suficiente pelo outro, remetida à mãe, sua identidade é sempre insatisfatória. Para manter o seu desejo, portanto, o sujeito histórico esforça-se para que esse desejo não seja satisfeito. Como podemos ver no caso da Bela Açougueira, ela pode ter o que quiser, qualquer coisa o marido lhe dará, logo ela pede a ele que não lhe dê a única coisa que deseja.

A questão, justamente, é saber por que, para que uma histérica mantenha um relacionamento amoroso que a satisfaça, é necessário, primeiramente, que ela deseje outra coisa, e o caviar não tem aqui outro papel senão o de ser outra coisa, e em segundo lugar, que, para que essa outra coisa desempenhe bem a função que tem a missão de desempenhar, ela justamente não lhe seja dada. (LACAN, 1999, p. 376)

A histérica não pode reconhecer que seu desejo é marcado pela castração enquanto não reconhecer que o desejo do Outro também é barrado. Um dos artifícios que usa para evitar ver-se como castrada é colocar-se no lugar de ser/ter o falo. Enquanto tenta ser o objeto de satisfação do outro evita se defrontar com uma demanda sem resposta.

Portanto, se a satisfação representa ao histórico o perigo de gozar em satisfação plena, levando-o à morte psíquica, ele cria fantasias que provem para si mesmo que só existe a insatisfação. Essa fantasia incide sobre o real e o psíquico do histórico. A recusa ao gozo e à satisfação refletem sobre o sujeito em vários âmbitos: nas constantes queixas de insatisfação com a vida amorosa, com os relacionamentos interpessoais, e, inclusive, com seus próprios corpos. Porém todas essas formas de insatisfação, não causam uma ausência de gozo, a histérica goza de uma privação: goza-se de não gozar.

[...] o histérico se viu frequentemente como não tendo sido amado o bastante pelo Outro, como não tendo recebido todas as provas de amor esperadas da mãe. Esta frustração de amor inscreve-se sempre em referência ao jogo fálico. O histérico investe-se assim, nesta frustração, como um objeto desvalorizado e incompleto, ou seja, como um objeto derrisório para o desejo da mãe face ao que poderia ser, pelo contrário, um objeto completo e ideal: o falo. (DOR 1991, p. 72)

Na relação da histérica na vida amorosa, com o sexo, é a dimensão da falta que predomina. É o falo que a histérica supõe encontrar no homem a que se dirige e o homem se relaciona com aquilo que ela não é, alçando-a a uma posição fálica. Servir como falo do outro, de alguma forma, é não querer aceitar o encontro com a falta, visto que esse encontro é um reconhecimento da castração. “A histérica é o juiz mais tirânico desta ascensão pelo lado do ideal perfeito” (DOR 1991, p. 72). Para elas, os defeitos e imperfeições deixam traços tão fortes, que nada será belo o suficiente para encobrir essa exigência de perfeição ideal.

É também isso que convoca uma sintomatologia de indecisão permanente sobre qualquer assunto, qualquer que seja o objeto escolhido. Essa busca infundável da perfeição é uma maneira de tentar tapar sua convicção permanente da imperfeição, não apenas física, mas também moral e intelectual. A histérica se abate com a sensação de não ser culta ou inteligente o suficiente, para o olhar do outro, o que costuma gerar uma certa mania de perseguição pelo lado do intelecto. Como forma de tentar resolver esse impasse a histérica passa a se comportar como uma espécie de porta voz do saber de um outro, preenchendo sua falta, porém “Ela faz, à sua maneira uma certa greve. Não entrega seu saber. No entanto desmascara a função do mestre com quem permanece solidária” (LACAN, 1991, p. 88). Com essa posição, voltamos à sua questão de querer agradar, ser o objeto de desejo que preencheria a falta do outro.

A questão central da histeria pode ser definida como a busca da identidade feminina, que podemos observar à luz do caso Dora, onde a Sra. K é o modelo que lhe dá um lugar. Essa questão da identificação se dá na histérica pela suposição de que a outra mulher, escolhida como modelo, pode responder sua questão essencial: o que é ser uma mulher. A lógica fálica é algo que dá lugar, ancora equivalências, então, o se define pela possibilidade de se exercer falicamente, mas a mulher não se define dessa maneira, a feminilidade escapa disso, logo a mulher não se define. Embora seja possível a mulher se exercer falicamente, existe um gozo outro que não se captura no feminino. Se não é então possível alcançar o feminino inteiramente no falo, a questão da identidade feminina vai estar sempre por se definir, tendo a ver com uma demanda do falo, da qual ela se julga injustamente privada.

4 CONCLUSÕES

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma ampla visão da história do conceito de histeria, do início da psicanálise, através das histéricas, assim como de uma retomada da mesma, por Lacan, que impulsionou uma releitura de Freud, que encaminha questões que por vezes ficaram incompletas ou enigmáticas na obra freudiana. Notou-se que em um primeiro momento - Estudos sobre a Histeria 1893-1895 - Freud categorizava a histeria apenas por seu aspecto patológico, mas, com o aprofundamento do tema, a histeria começa a ser alçada à categoria de forma específica de estar no mundo, de relação à castração, ao desejo e à lei.

Também decorreu desse trabalho o encontro com a relevância da leitura lacaniana para o tema da histeria. É em sua colaboração que a questão da identificação no caso Dora permite pensar a questão da identidade feminina na histeria. É também com sua leitura que o complexo de Édipo toma uma feição estrutural e que o conceito de falo aparece como operador da constituição da estrutura psíquica do sujeito.

É notável, o quanto a histeria ainda se mantém presente nos consultórios hoje em dia, o que torna as leituras de Freud e Lacan ainda atuais. Mesmo que hoje as histéricas apareçam com máscaras diferentes, sua estrutura ainda é fundamental e o uso do corpo como objeto, por exemplo, mostra que apesar de não serem mais predominantemente conversivas, a histérica ainda fala com seu corpo, ainda encarna seus sintomas. Outro aspecto da relação com o corpo aparece na pressão de ter o corpo perfeito, impondo-se que seja desejável e admirável. Essa imposição impossibilita o questionamento da relação entre o histérico e seu corpo e isso surge, na clínica, apenas com um viés reivindicatório. É como se as histéricas supusessem, assim, que o impeditivo para a assunção da feminilidade é a imperfeição do corpo. Como é sabido que reivindicação não resolve essa experiência da imperfeição, isso se estende a todos os quesitos: a carreira que nunca será tão bem-sucedida quanto poderia, o parceiro que será sempre menos que satisfatório, a própria maternidade que não silencia a insatisfação. São máscaras que ajudam a evitar lidar com a castração como necessária.

Livros e artigos científicos muito diversos forneceram material para esse trabalho. Trabalhar referências bibliográficas clássicas e com material mais recente enriqueceu a apreensão de nosso tema e permitiu localizar aquilo que são os invariantes da condição

histórica e aquilo que sofreu mutações em suas manifestações, como por exemplo a relação da histórica com o corpo.

Acreditamos que o objetivo geral desse trabalho foi alcançado quando ao seu final pudemos ver esboçado o caminho da histeria, de seus primeiros registros históricos até sua teorização na bibliografia atual.

REFERÊNCIAS

BELINTANI, G. Histeria. *PSIC – Revista de Psicologia*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 56-69, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142003000200008 Acesso em 20 de janeiro de 2017

BLEICHMAR, H. *Introdução ao Estudo das Perversões: Teoria do Édipo em Freud e Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

DOR, J. *Estruturas e Clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores, 1991.

DUNKER, C. A Histeria entre discurso e sexuação. In: AMBRA, P; Jr, N. (Orgs). *Histeria & Gênero: Sexo como desencontro*. São Paulo: nVersos, 2014. p. 133-169.

FREUD, S. (1886-1889) *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006. 495 p. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.1).

FREUD, S. (1893-1895) *Estudos sobre a histeria*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006. 350 p. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.2).

FREUD, S. (1893-1899) *Primeiras Publicações Psicanalíticas*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006. 344 p. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.3).

FREUD, S. (1900) *A Interpretação dos Sonhos*. Edição Comemorativa 100 anos. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

FREUD, S. (1901-1905). *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre Sexualidade e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006. 329 p. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.7).

FREUD, S. (1910). *Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006. 329 p. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.11).

FREUD, S. (1913-1914). *Totem e Tabu e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006. 277 p. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.13).

FREUD, S. (1921) Psicologia de grupo e a análise do ego. In: _____. *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 2006. p. 79-154. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.18).

JR., N; AMBRA, P. Histeria, patologia de gênero. In: _____. (Orgs). *Histeria & Gênero: Sexo como desencontro*. São Paulo: nVersos, 2014. p. 269-282.

LACAN, J. (1951) Intervenção sobre a transferência. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 214-225.

LACAN, J. (1956-1957) *O Seminário, Livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. (1957-1958) *O seminário, Livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. (1969-1970) *O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 3ª ed. Santos: Livraria Martins Fontes, 1970.

MELMAN, C. *A prática psicanalítica hoje: Conferências*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2008.

NASIO, J-D. *A criança magnífica da psicanálise o conceito de sujeito e objeto na teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NASIO, J-D. *A Histeria: Teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1991.

QUINET, A. *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

RANGEL, M. *Histeria e Feminilidade*. 2008. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SIMÕES, R. A recusa histérica à satisfação do desejo. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 11, 2007.

TRILLAT, E. *História da Histeria*. São Paulo: Editora Escuta, 1991.