



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE

DANIELA COSTA BURSZTYN

O TRATAMENTO DA HISTERIA:
UM ENIGMA PARA A PSIQUIATRIA, UM DESAFIO PARA A
PSICANÁLISE

Dissertação de Mestrado

RIO DE JANEIRO, AGOSTO DE 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

O TRATAMENTO DA HISTERIA:
UM ENIGMA PARA A PSIQUIATRIA, UM DESAFIO PARA A
PSICANÁLISE

DANIELA COSTA BURSZTYN

“Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Psicanálise”

Orientadora: Doris Luz Rinaldi

RIO DE JANEIRO, AGOSTO DE 2007

*Aos meus pacientes,
por seus preciosos ensinamentos.*

Agradecimentos

Agradeço...

À Doris Rinaldi, por partilhar os desafios e as conquistas que atravessaram essa pesquisa com suas orientações cuidadosas e enriquecedoras.

À Ana Cristina Figueiredo, pela riqueza de suas contribuições e incentivos, por sua amizade e gentileza.

Ao Luciano Elia, por ter acolhido o convite para a banca, pela aposta e pelas observações sensíveis dirigidas ao tema que me propus desenvolver.

Ao amado Ivan Bursztyn, pela cumplicidade em todos os momentos e pelo cuidado afetuoso nas etapas desse percurso.

Aos amigos de turma do mestrado, pelo apoio e pelos alegres momentos de aprendizado e de diversão.

Aos meus colegas e parceiros do campo da saúde mental, pelas delicadas e dedicadas contribuições.

A todos os meus amigos, pelo suporte e pela alegria contagiante de nossos encontros.

À cara Estrella Bohadana pela beleza de suas contribuições nos campos da filosofia e da psicanálise, pelo carinho e generosidade.

À minha família, que se amplia com a chegada de adoráveis membros, por acreditarem em meu empenho e, em especial, aos meus pais pelo apoio imprescindível em cada conquista.

Resumo:

Essa pesquisa pretende abordar o desaparecimento do diagnóstico de histeria nos atuais manuais diagnósticos e os resultantes impasses clínicos apresentados na condução do tratamento de sujeitos histéricos nas instituições médicas e nos serviços de saúde mental. Diante da supressão do diagnóstico de histeria na clínica psiquiátrica, o trabalho clínico com esses sujeitos limita-se ao estabelecimento de condutas terapêuticas que se revelam ineficazes ao longo do tratamento. Nesse contexto, um psicanalista deve assumir o desafio da interlocução com as equipes clínicas, sustentando a importância da escuta analítica ao acolher o sintoma histérico não apenas como sinal de doença, mas como expressão do sujeito do inconsciente.

Résumé:

Cette recherche aborde la disparition du diagnostic de l'hystérie dans les manuels diagnostiques actuels et les impasses cliniques qui en résultent et qui apparaissent lors de la conduite du traitement de sujets hystériques dans les institutions médicales et les services de santé mentale. Face à la suppression du diagnostic d'hystérie dans la clinique psychiatrique, le traitement de ces sujets se limite à l'établissement de conduites thérapeutiques que se révèlent inefficaces durant le traitement. Dans ce contexte, un psychanalyste doit assumer le défi de l'interlocution avec les équipes cliniques et soutenir l'importance de l'écoute analytique en accueillant le symptôme hystérique non seulement comme signe de maladie, mais comme expression du sujet de l'inconscient.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1. A histeria e a descoberta do inconsciente	07
1.1. O que a histeria ensinou à teoria freudiana	10
1.2. O que o sintoma histérico ensina sobre o saber inconsciente	18
1.3. O que a histeria ensina na sua relação com o significante	22
CAPÍTULO 2. A função diagnóstica nas investigações clínicas	26
2.1. As novas classificações diagnósticas como referente das investigações clínicas	31
2.2. O sujeito como referente absoluto nas investigações diagnósticas	36
CAPÍTULO 3. O tratamento da histeria nos novos serviços de saúde mental	42
3.1. A clínica da histeria no ambulatório da reforma	47
3.2. Das quatro paredes aos quatro discursos: a clínica da histeria na rede de saúde Mental	52
3.3. Os quatros discursos e os dispositivos presentes nos serviços de saúde mental	54
CAPÍTULO 4. A clínica da histeria e o encontro com um analista	70
4.1. Fragmento de caso clínico	71
4.2. O que o caso Ruth ensina sobre a clínica da histeria na rede de saúde mental	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

INTRODUÇÃO

O interesse por estudar o tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas se configurou como temática de pesquisa e de orientação clínica quando iniciei o Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica no IPUB/UFRJ no ano de 2003. Desde então, vem crescendo a necessidade de refletir sobre as diferenças diagnósticas das clínicas psiquiátrica e psicanalítica, pois os fenômenos apresentados no cotidiano dessa instituição exigiam intervenções que demandassem uma aproximação entre essas duas clínicas para o manejo no tratamento da histeria.

Acompanhando atividades clínicas e acadêmicas, como as supervisões de equipe clínica e o Centro de Estudos, ocorridas semanalmente no Instituto de Psiquiatria/UFRJ, verificou-se que o diagnóstico de histeria foi rejeitado pela comunidade científica dando lugar às novas classificações diagnósticas dos transtornos dissociativos, transtornos de personalidade, transtorno bipolar ou síndromes psicóticas. Os argumentos de diferentes profissionais da instituição legitimavam essas classificações e, conseqüentemente, o tratamento medicamentoso adequado para cada diagnóstico. No entanto, os resultados de tais condutas empregadas para o tratamento da histeria eram, frequentemente, considerados como ineficazes pela equipe clínica que acompanhava esses pacientes.

Ao observar os efeitos dessa problemática evidenciados na cronificação de sujeitos histéricos nas atuais instituições médicas e psiquiátricas, uma aposta clínica foi lançada. Esse período de formação profissional foi marcado, então, pela escolha de alguns casos para atendimentos psicanalíticos no ambulatório da instituição, possibilitando novas construções do tema no trabalho ético da supervisão psicanalítica. Investigada pela psiquiatria clássica, a histeria inaugurou a clínica psicanalítica com as descobertas freudianas sobre o tratamento de sujeitos histéricos. Apoiada nas recomendações da vasta literatura freudiana sobre o estudo da histeria, a aposta na escuta clínica de sujeitos histéricos orientou novas descobertas sobre a direção do tratamento desses pacientes na instituição. Ao sustentar nas discussões clínicas os aspectos etiológicos de cada caso, orientados pela nosografia diagnóstica da psicanálise, o discurso analítico assumiu um lugar operante frente à negligência do sujeito do

inconsciente perpetuada pelo discurso médico. Com isso, a necessária ratificação do diagnóstico de histeria possibilitou um novo posicionamento na interlocução com as equipes clínicas dessa instituição, tal como a defesa de um trabalho monográfico submetido para obtenção de título do curso de especialização do IPUB/UFRJ.

No ano de 2005, as investigações teórico-clínicas fomentadas nas discussões acadêmicas do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE - UERJ inauguraram um novo lugar para o avanço e o enriquecimento do tema estudado sob a ética da psicanálise. Entre as atividades desenvolvidas neste programa, destaca-se a participação na pesquisa *“Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da Saúde Mental”*, orientada pela Prof^a. Dr^a Dóris Rinaldi, como a atividade acadêmica que vem possibilitando uma depurada investigação sobre o lugar do discurso analítico na prática terapêutica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dessa vez, novas elaborações acerca do atravessamento dos efeitos discursivos de uma psiquiatria “reformada” por novas diretrizes de cuidado, possibilitaram a reflexão sobre a prática de psicanalistas nos serviços públicos de saúde. As ricas contribuições extraídas dessa pesquisa ampliaram o estudo sobre o percurso clínico e o tratamento de sujeitos histéricos nos atuais dispositivos de assistência em saúde mental. Diferenciando-se do formato medicalizante das instituições psiquiátricas, os ambulatórios de saúde mental em parceria com os CAPS`s assumem novas condutas para o tratamento da histeria fundamentados na importância da interlocução clínica.

Iniciado o ano de 2006, o desafio da escrita dessas experiências começa a se desenrolar sob um novo contexto. Inserida no quadro profissional dos trabalhadores de saúde mental da região da Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro¹, minha experiência clínica com sujeitos histéricos continua ampliando-se em um dos serviços ambulatoriais da mesma região. A escolha dessa unidade de trabalho foi também atravessada pelo interesse na temática dessa dissertação. Ao observar a crescente demanda de atendimentos ambulatoriais para casos de “neurose graves”² oriundas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) daquele território, foram estabelecidas novas parcerias de encaminhamentos de alguns casos que serão discutidas ao longo desse trabalho.

A importância desta pesquisa consiste, portanto, no exame da possibilidade de contribuição do discurso psicanalítico a este campo, ao assegurar a clínica do sujeito do

¹ Referência ao trabalho que venho desenvolvendo em um posto de saúde no bairro de Campo Grande da cidade do Rio de Janeiro como psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde.

² Termo referido pelas diretrizes de assistência em Saúde Mental que traçam o perfil de usuários para os dispositivos de CAPS em território nacional.

inconsciente na prática dos dispositivos de saúde mental. A reforma psiquiátrica motivou o aumento da produção bibliográfica sobre os variados campos de saber que permeiam o novo formato de assistência para ambulatórios, CAPS e hospitais psiquiátricos³. Ao colocar em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico sobre o tratamento das psicoses e neuroses graves na assistência pública, a reforma psiquiátrica permitiu que novas formas de abordar o sofrimento psíquico pudessem ser construídas através da conjugação de diferentes saberes e práticas. No entanto, esse crescimento parece ainda insuficiente diante da complexidade que envolve a experiência psicanalítica nessas instituições, onde uma acentuada referência ao discurso médico, entre outros discursos produzidos pela reforma psiquiátrica, vem problematizando o manejo do tratamento de sujeitos histéricos.

Para investigar a problemática do **tratamento de sujeitos histéricos nas instituições psiquiátricas e nos novos serviços de saúde mental**, priorizamos, nessa dissertação de mestrado, uma reflexão acerca do lugar ocupado pelo discurso médico-psiquiátrico nos atuais dispositivos clínicos do campo da saúde mental. Torna-se da maior relevância contribuir com elementos clínicos que ajudem a problematizar a preponderância do saber médico sobre os “transtornos mentais” para indicar, por sua vez, a contribuição do discurso analítico aos dispositivos clínicos que hoje se ocupam do tratamento de sujeitos histéricos nos novos serviços de assistência em saúde mental.

Na clínica psiquiátrica contemporânea, o diagnóstico de histeria foi suprimido entre outras categorias nosológicas inauguradas pela psiquiatria clássica. A função clínica do diagnóstico, tão essencial ao psiquiatra e à equipe que se ocupa do paciente, tende cada vez mais a ser centrada radicalmente nos manuais de diagnósticos como o DSM IV e o CID-10. Assim, o próprio conceito de doença tem desaparecido na medida em que já não se espera conhecer o processo e a dinâmica do paciente que adocece. Os procedimentos terapêuticos comprometidos com esta lógica se limitam ao uso de novas medicações indicadas para a suspensão de alguns sintomas, tornando-se inaudível o dizer do sujeito sobre seu adoecimento, sobre o sofrimento psíquico. Na medida em que a histeria desaparece do discurso médico-psiquiátrico, *como são tratados esses casos nas instituições psiquiátricas e nos novos serviços de saúde mental?* Apesar de se situar na interface entre neurologia e psiquiatria, as crises histéricas, ou crises dissociativas como classificado pelos manuais da CID-10 e DSM-IV, costumam não

³ Citados apenas os três tipos de instituições de onde se extraem os elementos clínicos desta pesquisa.

responder aos efeitos de muitas medicações e com isso torna-se notável a ineficácia deste tratamento para alguns pacientes.

Nessa perspectiva, essa dissertação de mestrado indica os possíveis percursos, diagnósticos e condutas terapêuticas observados nos últimos anos para o tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas e nos serviços de saúde mental, visando, diante da diversidade de posições e discursos, viabilizar uma discussão sobre a prática psicanalítica na rede pública de saúde. Cabe salientar que essa reflexão foi amadurecida nos encontros de orientação de mestrado e de supervisão que priorizam a discussão sobre a clínica no processo de elaboração dessa dissertação.

A pesquisa inicia-se com uma reflexão teórica, tendo como eixo a teoria freudiana sobre alguns casos de histeria, as formulações propostas por Lacan sobre o sujeito histórico e uma revisão da literatura psiquiátrica que situe indicativos históricos sobre o tratamento da histeria.

No primeiro capítulo, intitulado *A histeria e a descoberta do inconsciente*, procuro trazer um breve histórico sobre os métodos de pesquisa e tratamento da histeria postulados pelo paradigma da psiquiatria clássica, que indicaram, por meio de um método descritivo e nosológico, os fenômenos observados na neurose histórica. No panorama científico do século XIX, a sugestão hipnótica empregada por Charcot se propagou como principal método de tratamento para os casos de histeria, suscitando o interesse dos médicos de sua época pelos procedimentos terapêuticos indicados para esses pacientes. Investigada pela psiquiatria clássica, a histeria inaugurou a clínica psicanalítica com as descobertas freudianas sobre o sujeito histórico. Os métodos da sugestão e da hipnose, até então, desenvolvidos no tratamento da histeria puderam ser subvertidos por meio do método da associação livre, constituindo um novo paradigma para a clínica da histeria. Imersa neste contexto histórico, a clínica psicanalítica advém das indagações freudianas sobre o sujeito histórico a partir da escuta dos fenômenos inconscientes e da causalidade psíquica revelados no dizer de seus pacientes.

No segundo capítulo dessa dissertação, *a função diagnóstica nas investigações clínicas* é discutida a partir das estruturas clínicas indicadas pelos paradigmas diagnósticos da psiquiatria clássica e da psicanálise, considerando, ainda, as novas formas de classificação psicopatológica empregadas pelo paradigma da psiquiatria contemporânea. Uma leitura crítica sobre o tema é realizada por meio de observações sobre as controvérsias e divergências diagnósticas entre as clínicas médica e psicanalítica e dos impasses encontrados atualmente no tratamento da histeria nas

instituições psiquiátricas. Nesse cenário, as condutas terapêuticas desenvolvidas para os casos de histeria dirigem-se ao uso medicamentoso ou, ainda, retomam o uso do método hipnótico na visada de suspensão dos sintomas histéricos. Diante do desaparecimento do diagnóstico de histeria na clínica psiquiátrica atual formula-se o desafio, assumido pelos psicanalistas, de sustentar um sintoma histórico como marca do sujeito do inconsciente nas discussões clínicas com a clínica médica.

No terceiro capítulo, abordo a temática do *tratamento da histeria nos novos serviços de saúde mental* acentuando a importância da proposta da desmedicalização, inaugurada pelo movimento da reforma psiquiátrica, para sustentar a escuta analítica de sujeitos históricos nas instituições públicas. O novo paradigma de assistência criado pela reforma psiquiátrica descentralizou a referência única dirigida ao saber médico sobre o tratamento das doenças mentais redimensionando-o para um trabalho em equipe multidisciplinar. Diante disso, torna-se relevante discutir os impasses e as apostas no que tange ao tratamento de sujeitos históricos na rede de serviços de saúde mental contrapondo aos procedimentos terapêuticos indicados para esses pacientes nas instituições psiquiátricas. No cotidiano dos serviços de saúde mental, a função diagnóstica vem se articulando à imprescindível ferramenta clínica da escuta – nos atendimentos individuais, nos acolhimentos de recepção, nas oficinas terapêuticas e nas visitas domiciliares - como capazes de considerar a demanda apresentada por cada paciente no estabelecimento de ofertas terapêuticas. Nesse contexto, o dispositivo médico-psiquiátrico, os dispositivos de atenção psicossocial⁴ e o dispositivo psicanalítico são indicados como dispositivos clínicos que norteiam as ofertas de acompanhamento para os casos de histeria nesse novo formato de assistência. A influência do discurso médico nesses dispositivos clínicos é sublinhada, então, considerando a contribuição lançada pelo dispositivo analítico na conjugação de saberes e discursos que circundam a prática clínica com sujeitos históricos nos serviços de saúde mental.

No quarto capítulo, essa pesquisa é enriquecida por um fragmento de caso clínico de histeria atendido nos serviços ambulatorial e de atenção psicossocial. O caso apresentado, nesse último capítulo, evidencia a importância do *encontro com um analista para a clínica da histeria* na rede pública de saúde mental. Descartada das categorias diagnósticas dos atuais manuais psiquiátricos, a histeria e as proposições

⁴ Dispositivos de cuidados constituídos pelo movimento da reforma psiquiátrica.

freudianas para o trabalho clínico com esses sujeitos podem desaparecer, ainda, das discussões diagnósticas que orientam a prática de psiquiatras e de outros profissionais que compõem as equipes de saúde mental. Também nos CAPS's e nos ambulatórios de saúde mental os casos graves de histeria podem ser diagnosticados e tratados como quadros de psicose ou de outros "transtornos", comprometendo, assim, a eficácia das ofertas terapêuticas dirigidas a esses pacientes. Nesse sentido, o encontro com um analista possibilita não somente a oferta de tratamento psíquico capaz de acolher o saber inconsciente que esse sujeito revela de forma sintomática, mas a ratificação do diagnóstico de histeria para nortear o trabalho da equipe que se ocupa desses casos. Por fim, a aposta na interlocução com os profissionais que acompanham os casos de histeria deve ser sustentada como um importante desafio assumido pelo psicanalista no estabelecimento de ofertas terapêuticas que se alinhem ao desejo de cada sujeito histérico.

CAPÍTULO 1

A histeria e a descoberta freudiana do inconsciente

A fim de analisar o processo que envolve o nascimento da clínica psicanalítica, tornou-se necessário examinar as inovações epistemológicas do século XIX sobre o tratamento da histeria. Nas formulações teóricas e nos atravessamentos clínicos que Freud revela em sua obra, é notável a importância da teoria de Jean-Martin Charcot para a história da histeria e para a constituição da psicanálise.

O trabalho clínico de Charcot se propôs a definir exhaustivamente um tipo de histeria observada em mulheres, homens e crianças. Charcot defendia a manifestação do fenômeno histérico assemelhando-o às patologias neurológicas, e revelando as regras e leis da histeria que podiam ser obtidas de uma observação atenta. Desse modo, suas investigações clínicas inauguram procedimentos de tratamento da histeria e a eleva ao mesmo nível de interesse acadêmico de toda e qualquer doença neurológica, referindo-lhe sintomas de paralisias, convulsões, espasmos e anestésias.

Antônio Quinet, na recente tradução de sete aulas de Charcot no hospício da Salpêtrière, assim o comenta:

“Seu gesto libertador - Freud o compara a Philippe Pinel – trouxe dignidade ao tema da histeria, pois afirmou a autenticidade e a objetividade dos fenômenos históricos contra os preconceitos e a suposição de que era apenas uma simulação dos doentes.” (QUINET, 2003: 09)

O método charcotiano retira os históricos do estigma de “simuladores” na medida em que é permeado por um estilo descritivo e nosológico, seguindo o modelo empregado na investigação das doenças neurológicas. Por isso, os fundamentos para o diagnóstico da histeria não eram estabelecidos pela etiologia, mas eram relacionados ao tipo previamente estabelecido e descrito por esse método. Mesmo desconsiderando a importância dos fatores etiológicos para a classificação diagnóstica, as descrições dos fenômenos históricos foram fundamentais para o entendimento dos mecanismos da histeria e, ainda, para a constituição de novos métodos de tratamento para a histeria.

Algumas inovações no tratamento da histeria foram inauguradas no final do século XIX com as descobertas clínicas de Freud. Atento ao método introduzido por

Charcot, Freud começa a formular conceitos embaixadores de uma nova metodologia que inaugura o tratamento psicanalítico. Nesse período, a terapêutica da hipnose possibilitava uma escuta dos relatos destes sujeitos acerca de sua história e de seu sintoma, suscitando, ainda, o interesse dos médicos de sua época pelos tipos diversos de tratamento indicados para histeria.

A entrada da hipnose na Academia de Ciências em 1882 motivou Charcot a retomar as lições de 1878 e a fixar definitivamente os diferentes quadros dos estados nervosos provocados pela hipnose nos histéricos. Em 1885, Freud chega a Sapêltrière e nesse momento, Charcot já dirigia sua pesquisa sobre a histeria traumática.

As demonstrações do “hipnotismo” impressionavam muitos médicos na Salpêtrière, motivando Freud na escolha dos fenômenos da hipnose e da histeria traumática como ponto de partida de sua investigação clínica. Portanto, desde 1880, Freud utilizava com seus pacientes o método hipnótico e o associava às massagens, aos regimes alimentares e à eletroterapia, como uma conduta terapêutica orientada por Breuer. No artigo sobre “*A história do movimento psicanalítico*”, Freud assim resume a evolução de suas práticas clínicas:

“Eu comecei a me fiar no tratamento fisioterapêutico, mas não tardei a me encontrar impotente e desarmado diante das decepções que me causou a eletroterapia de W. Erb (...). Se na época não cheguei por conta própria à conclusão que Moebius estabeleceu depois – de que êxitos do tratamento elétrico em doentes nervosos são efeitos de sugestão – foi, sem dúvida, apenas por causa da total ausência desses prometidos êxitos. O tratamento pela sugestão durante a hipnose profunda, que aprendi através das demonstrações impressionantes de Liébault e Bernheim, pareciam então oferecer uma grande compensação ao abandono do tratamento elétrico. Mas a prática de investigar pacientes em estado hipnótico, na qual eu havia sido iniciado por Breuer – prática que combinava um modo de agir automático com a satisfação da curiosidade científica – era, sem dúvida, incomparavelmente mais atraente do que as proibições monótonas e forçadas usadas no tratamento da sugestão, que criavam um obstáculo a qualquer pesquisa.” (FREUD, S. [1914] 1996: 20)

Segundos dados históricos (TRILLAT, 1995: 223) durante o ano de 1889, Freud decepciona-se com o método da sugestão sob hipnose, em proveito do método catártico utilizado por Breuer. Defende o mérito de médicos como Bernheim e Janet, ao mostrar que a hipnose se articula com fenômenos normais da vigília e do sono e ao fornecer uma explicação psicológica à sugestão hipnótica. Nesse contexto, o método hipnótico foi questionado na medida em que se verificava que seus efeitos terapêuticos não se aplicavam somente aos casos de histeria, mas também a outros estados patológicos.

Freud recusou, com isso, a oposição psicológico-fisiológica, já que os tipos clínicos apontados por Charcot negligenciavam alguns fatores psicológicos, mas continuou sustentando a necessidade de se estabelecer com objetividade a sintomatologia histérica para que a histeria fosse concebida como doença naquele cenário científico.

No início de sua experimentação, o método catártico estava estreitamente ligado à hipnose. O hipnotismo, no entanto, deixou de ser usado por Freud como processo destinado a provocar diretamente a supressão do sintoma e passou a ser utilizado para induzir a rememoração. Por meio do método catártico, Freud percebeu a possibilidade de reintroduzir no campo da consciência experiências subjacentes aos sintomas e deu início às suas investigações psicanalíticas, trazendo à baila o conceito de recalque para fundamentar os acontecimentos esquecidos pelo sujeito histérico.

“A teoria do recalque é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e, todavia, nada mais é senão a formulação teórica de um fenômeno que pode ser observado quantas vezes se desejar se empreendida a análise de um neurótico sem recorrer à hipnose.” (FREUD, S. [1914] 1996: 26)

A dificuldade de superar a amnésia histérica era, para Freud, a comprovação de que existia um mecanismo impeditivo para as lembranças se tornarem conscientes. Na base do processo psíquico da histeria, Freud supôs a presença de uma “resistência” que testemunha a existência de um evento traumático e que, com isso, se opõe à reintegração da lembrança no campo da consciência; provocando um estado de esquecimento de incidentes patogênicos que foram recalcados no inconsciente. A hipnose, ao passar diretamente por cima da resistência e ao induzir o paciente à revelar os elementos inconscientes recalcados não permitia-lhe captar essa resistência nem, tampouco, reintegrar à história de sua doença as representações psíquicas que surgiam em estado hipnótico. Com isso, Freud advertiu que *“o uso da hipnose ocultava essa resistência”* (FREUD, S. [1914] *op.cit.*), marcando o início da história da psicanálise a partir da introdução de uma inovação metodológica que consistiu no abandono da hipnose como procedimento clínico para o tratamento da histeria.

Por meio dessa reformulação teórica, Freud renunciou rapidamente à hipnose e à sugestão, fiando-se simplesmente nas associações livres do doente. Em 1889, o dizer de Emmy von N. já indicava a Freud a importância dessa “regra fundamental” no tratamento analítico em detrimento do método hipnótico:

“Aproveitei também a oportunidade para pergunta-lhe por que sofria de dores gástricas e de onde provinham. Sua resposta, dada a contragosto, era de que não sabia. Solicitei-lhe que se lembrasse até amanhã. Disse-me, então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar o que tinha a dizer-me” (FREUD, (1893-1895) 1996: 107).

Constitutivo da teoria psicanalítica, como é demonstrado pelos *Estudos sobre a histeria*, o método da associação livre evidenciou a aposta de Freud no papel desempenhado pelo paciente na direção de seu tratamento. Ao renunciar a procedimentos clínicos como o da hipnose e o da sugestão, Freud funda o método analítico cuja regra não seria outra senão a de convocar seus pacientes a associarem livremente. Nos relatos dos sintomas e sonhos, chistes, lapsos e atos falhos, Freud encontrou a via de acesso ao inconsciente e, ao mesmo tempo, a relação que o sujeito do inconsciente estabelece com a palavra falada.

Desapropriando o saber que o sujeito produz no dizer dos sintomas, a hipnose mantinha a figura do médico como a de um guardião do saber sobre a doença. Convém ressaltar, entretanto, a influência do método hipnótico como ferramenta clínica que possibilitou a Freud escutar os relatos de sujeitos histéricos, vislumbrando a trilha da rememoração e da associação livre em detrimento do uso clínico da sugestão. Ao abandonar o método hipnótico, Freud supôs que algum saber havia do lado do sujeito e que os elementos inconscientes que constituem esse saber, emergidos na fala do analisante, também supõem o sujeito por eles representado. Ao instituir a associação livre, Freud lançou sua aposta para o saber que o sujeito atribui sobre o sintoma e suas causas, e viu, aí, uma nova direção clínica para o tratamento da histeria. Por isso foi levado, cada vez mais, a seguir seus pacientes no caminho que as associações livres lhe indicavam, inaugurando um método que definiu a descoberta da psicanálise.

1.1. O que a histeria ensinou à teoria freudiana

Marcado pelos ensinamentos de Charcot, Freud considerava a histeria como uma doença psíquica bem definida que exige uma etiologia específica na qual se preocupou em descrever. Com esse intuito, procurou estabelecer o funcionamento do mecanismo psíquico dos sintomas histéricos, contribuindo para as descobertas médicas que consideravam a histeria como uma “doença por representação”. Os fundamentos de

Charcot para o diagnóstico da histeria não foram estabelecidos pela etiologia ou pelo mecanismo de formação dos sintomas, estando seu interesse centrado unicamente para os aspectos descritivos e nosológicos dos quadros histéricos. Embora Freud tenha se referido à afirmativa de Charcot de que na histeria “*c’est toujours la chose genitale*” (FREUD, S. [1914] 1996: 24), fez-se necessário ao próprio Freud elaborar uma teoria sobre a etiologia sexual da histeria no intuito de comprovar essa idéia dirigida, informalmente, por Charcot a um de seus colegas médicos. Influenciado pelos estudos de Charcot sobre a histeria traumática⁵, Freud teorizou, inicialmente, a origem traumática da histeria inclinando-se nas declarações de pacientes que atribuíam o desencadeamento dos sintomas às experiências sexuais originárias da sedução de adultos nos primeiros anos da infância. No final do século XIX, a teoria freudiana dos fatores etiológicos da histeria apresenta avanços e modificações significativos, dentre os quais a mais decisiva consistiu em considerar a idéia de conteúdo sexual como gerador do sintoma histérico.

No início de sua obra, Freud estava convencido de que o doente histérico havia sofrido, durante sua infância, uma experiência traumática, como vítima de uma sedução perversa de um adulto. A primeira teoria freudiana sobre a formação de um sintoma histérico conduziu à afirmativa de que uma neurose histérica, como, aliás, qualquer neurose, era “*provocada pela ação patogênica de uma representação psíquica inconsciente carregada de afeto*” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1998: 216). A violência do trauma provocava a emergência de uma carga de afeto sexual, não recebida de forma consciente, mas inconscientemente. A partir daí, instalava-se no inconsciente um excesso de tensão inassimilável e errante, que passaria a subsistir como um sintoma histérico, sob forma de uma representação inconsciente sobrecarregada de energia sexual e fonte de uma dor psíquica intolerável pelo sujeito.

Na passagem dos anos de 1905-1906, em “*Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses*”, Freud apresentou modificações no bojo de sua teoria sobre o *trauma sexual* diante da nova concepção que afirmava a origem da neurose histérica a partir de uma fantasia inconsciente, desconsiderando, assim, o desencadeamento de um sintoma provocado por um evento traumático real na história

⁵ Tipo de histeria descrito por Charcot em que os sintomas somáticos, em especial as paralisias, desenvolvem-se após um período de “incubação”, consecutivo a um traumatismo físico, mas sem que este possa explicar, do ponto de vista neurológico, os sintomas em questão. Charcot comprovou que os sintomas eram causados não pelo choque físico, mas pelas representações ligadas a ele e que surgiam no decorrer de um determinado estado psíquico. (*apud* LAPLANCHE & PONTALIS, 1998: 216)

do paciente. A partir dessa reformulação teórica, o termo *trauma* já não se referia a um evento externo, mas designava um acontecimento psíquico carregado de afeto como uma ficção de uma cena traumática, nomeada de *fantasia* na obra freudiana.

Freud revelou, com isso, que diante de um sintoma histérico o psicanalista não deveria buscar um acontecimento traumático datável e real, mas o *trauma* de uma fantasia angustiante pertencente à história do sujeito. Uma nova contribuição para o tratamento da histeria foi, então, traçada em sua obra: “*O interesse de quem estuda a histeria logo se desvia dos sintomas para se voltar para as fantasias de que eles resultam*” (FREUD, (1908a) 1996: 151).

No breve e importante artigo sobre as *Fantasias Históricas e sua relação com a bissexualidade*, Freud se utiliza da análise condensada e resumida de alguns de seus casos para transmitir novas descobertas sobre a relação das fantasias históricas com fatores de constituição sexual. A originalidade dessa publicação sustenta-se na afirmativa da presença de mecanismos psíquicos análogos nas estruturas clínicas da neurose, da psicose e da perversão, no que tange à relação da fantasia com a formação dos sintomas e seus mecanismos de satisfação sexual. Freud ressalta que mesmo nas idéias delirantes típicas da paranóia ou nos numerosos relatos de desempenhos pelos quais certos perversos encerram sua satisfação sexual, é possível situar uma correspondência com as fantasias inconscientes e conscientes de sujeitos históricos.

As construções de fantasia têm sua fonte comum, e seu protótipo, no que o autor nomeia de *devaneios da juventude* (FREUD (1908a) *op.cit.*: 149) ocorridos com igual frequência em ambos os sexos, sendo invariavelmente de natureza erótica nas mulheres e nos homens. Essas fantasias, também denominadas de *devaneios*, são tentativas de obter satisfações de desejos originários de privações. A fim de ilustrar tal formulação, Freud utilizou-se do exemplo comum de pessoas que tomadas por um devaneio ao caminharem nas ruas falam sozinhas, sorriem subitamente distraídas ou apressam o passo no momento em que a situação imaginada atinge um ponto máximo de tensão psíquica. O autor apresentou considerações, ainda, sobre o caso de uma de suas pacientes que, em tratamento analítico, revelou ter se surpreendido em lágrimas na rua e, ao refletir no mesmo instante sobre o motivo deste pranto, conseguiu capturar a fantasia de envolvimento amoroso e abandono que a fizera irromper em lágrimas. Ao indicar esses exemplos, Freud formulou que algo semelhante ocorria com todo ataque histérico, pois ao demonstrarem a irrupção involuntária de tais devaneios, confirmavam que as fantasias históricas tanto podem ser inconscientes como conscientes. Essa

formulação freudiana indica que as fantasias seriam inicialmente fantasias conscientes – devaneios – tornadas deliberadamente esquecidas e inconscientes através do processo de recalque. Com isso, as fantasias inconscientes expressadas através de sintomas e ataques eram tratadas pelo método analítico, cuja direção clínica possibilitava ao sujeito apreender tal fantasia de modo consciente.

Ao afirmar que uma fantasia inconsciente tem uma conexão relevante com a vida sexual do sujeito, Freud traça uma relação análoga da fantasia com o período masturbatório, e sustenta que nessa fase “*uma fantasia serviu para obter satisfação sexual*” (FREUD (1908a) 1996: 150). Como um “*composto de duas partes juntamente soldadas*” (*op.cit.*: 150), o ato masturbatório inicialmente apresenta-se com a evocação de uma fantasia e posteriormente com um comportamento ativo para, no momento culminante da fantasia, obter satisfação. Originalmente, esse ato era um processo puramente auto-erótico que visava obter prazer de uma determinada parte do corpo. Mais adiante, o ato masturbatório funde-se a uma idéia plena de desejo pertencente à esfera do amor objetual, e serve como realização parcial da situação em que culminou a fantasia. No momento em que o sujeito renuncia a esse tipo de satisfação, composto de masturbação e fantasia, o ato masturbatório é abandonado e a fantasia passa de consciente a inconsciente. Se não obtém outro tipo de satisfação sexual, o sujeito não consegue defletir sua excitação sexual para fins mais elevados, assegurando a condição para que sua fantasia inconsciente reviva e se desenvolva sob a forma de sintoma. O sujeito, portanto, começa a atuar por meio de seu sintoma, desvelando parte de seu conteúdo fantasmático com todo o vigor de sua necessidade de amor.

Desse modo, Freud afirma que “*as fantasias inconscientes são os precursores psíquicos imediatos de toda uma série de sintomas histéricos*” (*op.cit.*: 150). Como observado nos casos de histeria analisados por Freud, os sintomas somáticos eram frequentemente retirados do conjunto de sensações sexuais e inervações motoras que originalmente acompanhavam as fantasias inconscientes. Para assegurar a valiosa contribuição desse artigo no âmbito da clínica psicanalítica, Freud indica àqueles que estudam a histeria, que transfiram seu interesse nos sintomas para as fantasias que lhes deram origem. Como tópico principal desse artigo, o autor aponta o método psicanalítico, como capaz de conduzir os relatos dos sintomas ao das fantasias inconscientes. Inferindo dos sintomas o que as fantasias inconscientes representam, o método empregado por Freud possibilitou torná-las conscientes ao paciente no curso de seu tratamento.

Por meio do interesse teórico-clínico nos casos de neurose histérica, Freud descobre que o conteúdo das fantasias inconscientes do histérico corresponde em sua totalidade às situações nas quais os perversos e os psicóticos obtêm conscientemente satisfação. Tomando novos exemplos para situar essa questão, evoca as mundialmente famosas proezas dos imperadores romanos, cujos selvagens excessos eram determinados, naturalmente, pelo enorme e irrestrito poder dos autores das fantasias. Sustenta, ainda, os delírios dos paranóicos como fantasias da mesma natureza, embora se tenham tornado diretamente conscientes. Dependendo dos componentes sádicos e masoquistas da pulsão sexual, Freud assinala uma possível correspondência de certas fantasias inconscientes de sujeitos histéricos, principalmente nos casos em que os histéricos não dão expressão às suas fantasias sob a forma de sintomas, mas como realizações conscientes, tramando e encenando estupros, ataques ou atos de agressão sexual.

Diante das dificuldades que as fantasias inconscientes encontram em seus esforços de expressão, a relação das fantasias com os sintomas torna-se algo complexo. Freud assinala que um determinado sintoma pode não corresponder a uma única fantasia inconsciente, mas às várias fantasias desse gênero, não sendo essa correspondência arbitrária, mas desenvolvida num padrão regular.

Para esclarecer sua proposição, Freud indica uma série de fórmulas que tentam oferecer uma visão progressiva da natureza dos sintomas histéricos. Adverte, ainda, que as afirmativas dessas fórmulas não se contradizem, mas enquanto algumas examinam os fatos de forma cada vez mais completa e precisa, outras representam a aplicação de pontos de vista diferenciados.

A primeira delas sustenta que os sintomas histéricos são *símbolos mnêmicos* (FREUD (1908a) *op.cit.*: 152) de certas impressões e experiências traumáticas operativas. Na segunda fórmula, indica que os sintomas histéricos são substitutos, *produzidos por conversão* (*op.cit.*), para o retorno associativo dessas experiências traumáticas. Na terceira, revela que os sintomas histéricos são — como outras formações do inconsciente — uma *expressão da realização de um desejo* (*op.cit.*). Na quarta fórmula acrescenta que os sintomas histéricos são a *realização de uma fantasia inconsciente que serve à realização de um desejo* (*op.cit.*).

A partir da quinta fórmula, desenvolve a relação do sintoma histérico com a vida sexual, já que *os sintomas histéricos estão a serviço da satisfação sexual* (*op.cit.*) e representam uma parcela da vida sexual do sujeito que corresponde a um dos

componentes constituintes da pulsão sexual. Sendo assim, a sexta fórmula ratifica que *os sintomas histéricos correspondem a um retorno a um modo de satisfação sexual* (FREUD (1908a) *op.cit.*: 152) que era real na vida infantil e que desde então vem sendo recalçado.

Na sétima definição conclui, portanto, que *os sintomas histéricos surgem como uma conciliação entre dois componentes pulsionais opostos (op.cit.)*, um dos quais tenta expressar o mecanismo inconsciente da constituição sexual, enquanto o outro tenta suprimi-lo. E na oitava fórmula acrescenta que *os sintomas histéricos podem assumir a representação de vários impulsos inconscientes que não são sexuais (op.cit.: 153)*, mas que possuem sempre uma *significação sexual*.

Dessas diversas definições, o autor acentua a sétima por descrever de modo mais completo a natureza dos sintomas histéricos como sendo a realização de uma fantasia inconsciente, e à oitava concede ao fator sexual a sua devida importância. Cabe ressaltar que algumas das fórmulas anteriores conduzem a essas duas últimas, estando claramente nelas contidas.

Como demonstrado nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, (1905b) 1996: 117), a conexão entre os sintomas e as fantasias levou Freud ao conhecimento dos componentes da pulsão sexual. No entanto, alguns casos revelam a presença de sintomas onde a exposição de uma fantasia sexual - ou de várias fantasias, uma das quais, a mais significativa e primitiva, é de natureza sexual - não é suficiente para efetuar a resolução dos sintomas. Para responder a isso, Freud lança a proposição de que *é necessário ter duas fantasias sexuais, uma de caráter feminino e outra de caráter masculino* (FREUD (1908a) *op.cit.*:153). Uma dessas fantasias origina-se de um *impulso homossexual, e não altera absolutamente sua sétima fórmula*. Ao contrário, corrobora a definição de que um sintoma histérico deve necessariamente representar uma conciliação entre um componente libidinal e um repressor, podendo representar ainda a união de duas fantasias libidinais de caráter sexual oposto.

E por isso expõe uma nona fórmula para explicar sua nova conclusão: *os sintomas histéricos são a expressão, por um lado, de uma fantasia sexual inconsciente masculina e, por outro lado, de uma feminina (op.cit.)*. Todavia resalta cuidadosamente, que para essa fórmula não se pode reivindicar a mesma validade geral atribuída às anteriores, já que esta não se aplica a todos os sintomas de um caso e tampouco a todos os casos. Indicando a freqüente presença de casos em que os impulsos pertencentes a sexos opostos encontraram expressão sintomática

independente, Freud afirma que os sintomas que ocorrem em uma condição heterossexual e homossexual podem ser claramente diferenciados entre si como as fantasias ocultas por trás deles.

A natureza bissexual dos sintomas histéricos que pode ser demonstrada em numerosos casos de histeria⁶ é o que constitui uma interessante confirmação da concepção freudiana. Desde 1905, o conceito de bissexualidade começou a recobrir a dualidade da oposição atividade-passividade compreendida como dois modos diferentes para a libido única – masculina – encontrar satisfação. Quando Freud utiliza a palavra bissexualidade não visa a oposição dos sexos, mas uma polaridade masculino-feminino assumida na diferença entre os sexos. Da análise dos neuróticos, Freud retira as evidências da pressuposta exigência de uma disposição bissexual inerente ao aparelho psíquico. Uma situação análoga ocorre no mesmo campo quando uma pessoa que se masturba tenta em suas fantasias conscientes ter tanto os sentimentos do homem quanto os da mulher na situação por ela concebida. Encontrados outros correlatos, o autor destaca certos ataques histéricos nos quais o paciente desempenha simultaneamente ambos os papéis na fantasia sexual subjacente. Como no caso observado de uma paciente que pressionava o vestido contra o corpo com uma das mãos (como mulher), enquanto tentava arrancá-lo com a outra (como homem), Freud apresenta uma simultaneidade de atos contraditórios que serve, em grande parte, para obscurecer a situação retratada no ataque histérico e ocultar a fantasia inconsciente revelada em cena.

Cabe ressaltar aqui o valor que se deve dar ao termo bissexualidade, pois como o significativo original empregado ao longo de sua obra, Freud o situa na essência da fantasia histérica. Como o ilustram as fantasias de violação tão frequentes no discurso e nos sonhos da histérica, o sujeito histérico se apresenta como dividido, conflitado entre duas representações que procura identificar como um e outro sexo. O sintoma histérico, portanto, encena uma guerra dos sexos, cujo cenário não visa uma divisão material dos sexos ou uma oposição fisiológica masculino-feminino, mas o lugar da diferença dos sexos formulado pela fantasia e “interpretado” através da linguagem.

Ao supor uma disposição bissexual, Freud mantém o postulado da unidade da libido masculina, entretanto, altera a afirmação de que esta conheceria dois modos opostos de satisfação: ativa (nos homens) e o passiva (nas mulheres). Para responder ao

⁶ Indicação de leitura FREUD, S. (1905). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Em: *Obras Completas*, vol. VII, Rio de Janeiro, Imago, 1996. O “caso Dora” receberá novos comentários ao longo dessa dissertação.

enigma da sexualidade feminina, essa formulação freudiana evolui dessa noção de modo de satisfação para o da escolha do objeto sobre o qual se apoiará a satisfação. Desse modo, as saídas para essa questão sexual se darão na via da identificação e da escolha objetual. A fantasia, então, assume sua função de formular o impossível de significar da relação sexual na tentativa de preencher a falta radical causada pela diferença sexual. O sintoma histérico, por sua vez, destaca a fantasia inconsciente, a coloca em cena, em busca de satisfação pulsional.

Ao finalizar esse trabalho de reformulação de sua teoria sobre o sintoma histérico, Freud adverte que no tratamento psicanalítico é extremamente importante estar preparado para encontrar sintomas com *significado bissexual*. Além de destacar o papel da fantasia na formação dos sintomas, Freud ainda lança sua atenção para o que apreende dos fenômenos de linguagem no manejo do tratamento analítico.

“Como numa trilha paralela, durante a análise de um dos significados sexuais o paciente se utiliza da possibilidade de constantemente passar suas associações para o campo do significado oposto”. (FREUD (1908), 1996:154).

Retomando a importância da fantasia inconsciente na dinâmica dos fenômenos que constituem a experiência clínica da psicanálise, vale ressaltar sua particularidade na articulação entre a linguagem e as formações do inconsciente. Se a histeria ensina que a *“sexualidade humana não está ligada, originalmente, a uma diferenciação entre os sexos sobre o qual o inconsciente permanece mudo”* (ANDRÉ, 1998: 15) com Freud aprendemos que o trabalho de uma análise deve conduzir o sujeito a enunciar a fantasia inconsciente representada sob forma de sintoma, o que ressalta o valor da operação analítica no tratamento da histeria.

Uma análise conduz inevitavelmente o sujeito pelo desfiladeiro de suas demandas a se confrontar com sua falta de saber a respeito da feminilidade, e isso, revela que o inconsciente é um saber que orbita em torno de um não-saber sobre a diferença sexual. Para comentar esta última citação de Freud, a releitura lacaniana da obra freudiana apontará, adiante, novas articulações da relação da linguagem com o saber inconsciente revelado no sintoma histérico. A princípio, da *oposição de significados* destacada no texto freudiano, sublinhamos o saber inconsciente revelado no discurso da histérica, que funda o sujeito da psicanálise. Como dividido e polarizado entre duas representações que procuram identificar como um e outro sexo encontram satisfação sexual, o sujeito histérico se apropria da fala para revelar que os elementos

simbólicos recalcados constituem um estado sintomático que escapa ao saber. O discurso da histérica, assim, inaugura o estatuto do sujeito do inconsciente marcado pelo não-saber inscrito na linguagem.

1.2. O que o sintoma histérico ensina sobre o saber inconsciente

Na tentativa de corresponder ao método clínico que utilizara no século XIX, a teoria etiológica da neurose histérica formulada por Freud não deixou de acompanhar o que sua experiência clínica lhe trazia. Ao escutar as histéricas, Freud foi impulsionado a refletir sobre a estreita relação entre a linguagem e o sintoma no terreno da transferência. Como mencionado anteriormente, a teoria etiológica da neurose originou-se a partir da interrogação de Freud sobre os sintomas histéricos no encontro com Charcot, levando-o a postular uma causalidade psíquica e indicar o papel da representação mental no inconsciente atuando no corpo. O avanço nessa teoria constituiu um rompimento com os estudos da psiquiatria clássica, e possibilitou descobrir a origem psíquica do sintoma histérico, sustentando a determinação simbólica e sexual figurada na fantasia histérica.

Em *Estudos sobre a histeria* (FREUD, (1893-1895) 1996: 161), Freud demonstra que o sintoma histérico não é o negativo do orgânico⁷, como considerado no campo científico. A propósito do caso de Elizabeth von R., Freud afirma a existência de uma interseção entre a dor física e a palavra falada, emitida pela própria paciente. O sintoma da paralisia da perna de Elizabeth von R. surgiu quando ela caminhava sozinha com o cunhado, marido de sua irmã, e mais adiante essa dor se tornou uma paralisia. Em tratamento analítico, Freud a diagnostica com uma expressão precisa: “*Trata-se de uma paralisia funcional baseada na simbolização*” (*op.cit.*: 177), revelando a descoberta do significado da palavra *Alleistehen* que o sintoma simbolizava: “ficar só, ficar de pé”. A solidão de que sua analisante tanto se queixava e da qual tanto sofria, estaria inscrita na paralisia das pernas: Elizabeth não conseguia ficar só, não conseguia ficar de pé nem caminhar. Daí Freud retira mais um ensinamento precioso para o tratamento analítico da histeria: “*Uma simbolização como essa pode gerar sintomas somáticos na histeria.*” (*op.cit.*: 200), ratificando que a conversão histérica não obedece

⁷ Essa expressão indica que não há uma oposição psicológica-fisiológica na sintomatologia histérica, ou seja, que os mecanismos inconscientes se inscrevem no corpo sob a forma de sintomas. O reducionismo científico, no entanto, insiste em considerá-lo “um nada” na medida em que não se encontra causas orgânicas que justifiquem seu desencadeamento.

à anatomia, mas a um excesso de simbolização inscrita no corpo capaz de lhe retirar a função orgânica. Ao longo do tratamento de Elizabeth, Freud esclarece: “*a dor foi desfeita pela fala*” (FREUD, (1893-1895) 1996: 161), ratificando a importância do tratamento analítico da histeria, como dispositivo clínico que assume a função de fazer o sujeito falar a palavra que foi recalcada.

A teoria freudiana sobre o sintoma histérico, indicada no caso de Elizabeth von R, esclarece dois relevantes aspectos acerca da conversão histérica. O primeiro aspecto revela que o sintoma é tecido de linguagem, e o segundo, que os órgãos - ou partes do corpo - anexados pelo sintoma são conduzidos a desempenharem um papel de zona erógena para o qual não foram destinados. Esclarecendo a idéia de que uma cena traumática deixa uma marca mnêmica impressa no corpo histérico através de uma representação simbólica recalcada, a teoria freudiana possibilita considerar a função orgânica do corpo como submetida ao campo de linguagem: quando algo “não anda” ao nível do pensamento inconsciente, o sujeito histérico não consegue mais dar um passo com suas pernas.

Através da releitura dos textos freudianos, Lacan demonstra que a apreensão freudiana do fenômeno analítico dirige-se ao plano da estrutura da linguagem, como observado nos relatos dos sonhos, dos chistes, dos lapsos, dos atos falhos e dos sintomas. Retomando os escritos de Freud, Lacan elaborou a proposição de que *o inconsciente é estruturado como uma linguagem*, indicando que como ser de linguagem, o sujeito se constitui no campo da linguagem por meio de elementos simbólicos – significantes - que não portam um sentido em si constituído. O sujeito está entre os significantes e é representado de um significante para outro. Diante disso, a experiência analítica estrutura seu dispositivo clínico na fala do analisante e apropria-se metodologicamente da associação livre como via de acesso ao inconsciente.

No seminário sobre *As psicoses*, Lacan nos apresenta a psicanálise como “*uma nova abordagem para tratar a economia da linguagem*” (LACAN, (1955-1956) 2002: 186), em contraposição às demais abordagens clínicas que se ocupam em tratar o sofrimento psíquico. A propósito do tratamento empregado nas abordagens psicológicas, Lacan demarca a diferença ética e metodológica entre estas e a experiência psicanalítica. Podendo estabelecer uma relação “*de ego a ego*”, as práticas psicológicas dirigem suas intervenções para o reforço do eu, e conseqüentemente, para o sentido oposto ao da dissolução dos sintomas como sustentado na proposição freudiana sobre a relação da formação dos sintomas com a fantasia inconsciente.

No capítulo sobre *a questão histórica* do mesmo seminário, Lacan destaca que nos entrecruzamentos funcionais do simbólico e do imaginário reside a função do eu na estruturação da neurose. Sobre a teoria freudiana do eu em relação com o caráter fantasmático do objeto, Lacan comenta:

“O eu tem o privilégio do exercício da prova da realidade, ele atesta para o sujeito a realidade: o eu está como uma “miragem” (ideal do eu) e sua função de ilusão é fundamentalmente narcísica, a partir dela o sujeito dá a nota da realidade”. (LACAN, (1955-1956) 2002: 199)

Diante dessa afirmativa, evidencia-se o risco de tomar a questão histórica pela rasa análise do eu, e com isso, acentuar a relação fantasmática correlativa do eu com o *“imaginário do sintoma”* (*op.cit.*: 187). Tomando o exemplo da prática diagnóstica, priorizada na clínica psiquiátrica⁸, percebemos equívocos relacionados à atenção dirigida aos fenômenos imaginários do mundo subjetivo, os quais Lacan nos alerta que *“não foi nesse nível que a psicanálise produziu a sua descoberta essencial”* (*op.cit.*: 187). Em 1951, Lacan esclarece que a clínica psicanalítica não deixou de se referir às indagações freudianas acerca da questão da linguagem. Ao formular a articulação da linguagem com o saber inconsciente enunciado no dizer da histórica, a teoria lacaniana ressalta a função do eu na articulação entre imaginário e simbólico.

“O caso Dora é privilegiado em se tratando de uma histórica, a tela do eu é tão transparente que em parte alguma, como disse Freud, é mais baixo o limiar entre o inconsciente e a consciência, ou seja, entre o discurso analítico e a palavra do sintoma”. (LACAN, (1951) 1998: 225)

No caso Dora, Freud demonstra que o analista não deve se deixar apreender pelo saber ligado pelos significantes que se articulam coerentemente. Tomando o exemplo do quadro sintomático de Dora, percebemos a importância de uma escuta atenta à duplicidade revelada na relação do sujeito com o significante.

Em *Intervenções sobre a transferência*, Lacan caracteriza a psicanálise como uma *experiência dialética* (*op.cit.*: 214). Experiência marcada por um encontro que, privilegiando a verdade do analisante, se inicia com a fala do sujeito e o silêncio do analista. Esse encontro deve ser apreendido a partir de uma dinâmica não dogmática, ocorrendo de maneira dialética⁹ no processo do tratamento. Desta forma, ao caracterizar

⁸ Exemplo retirado de nossas considerações. Lacan dirige seu comentário, em particular, para a abordagem da Psicologia do Ego.

⁹ Cabe lembrar que, os elementos básicos da dialética hegeliana são a tese, a antítese e a síntese. A tese é uma afirmação ou situação inicialmente dada. A antítese é uma oposição à tese. Do conflito entre tese e

a psicanálise como uma *experiência dialética*, Lacan afirma que o tratamento analítico deve permitir o reconhecimento do lugar que o sujeito ocupa em sua queixa por meio de uma retificação subjetiva. Não importando o que a incoerência ou as convenções de regra venham instaurar no discurso, o movimento dialético sustentado na experiência analítica deve permitir a formulação da verdade do sujeito no terreno da transferência.

“*Qual é a sua parte na desordem de que você se queixa?*” (FREUD, 1905a apud LACAN, (1951) 1998: 218). Por meio dessa pergunta, Lacan identifica, no relato que Freud faz do caso Dora uma, série de “inversões dialéticas” que possibilitam o desenvolvimento da verdade no discurso de Dora, percebendo, assim, a posição subjetiva que sua analisante ocupava na relação com seus objetos de identificação. Como efeito dessa primeira intervenção, “*um segundo desenvolvimento da verdade*”¹⁰ (*op.cit.*) se apresenta quando Dora revela sua participação na corte de que ela é objeto por parte do Sr. K e suas relações com os outros do “quarteto” por ela indicado. Diante dos enunciados de Dora, Freud lança mão de uma “*segunda inversão dialética*” (LACAN, *op.cit.*: 219) no discurso de sua analisante, chegando ao “*terceiro desenvolvimento da verdade*” (*op.cit.*) que aponta para o interesse de Dora pela Sra. K, até então, mascarado pela rivalidade de Dora na relação com a mesma. Lacan observa, então, que “*se numa terceira inversão dialética*” (*op.cit.*) Freud conduzisse Dora ao reconhecimento de que a Sra K encarnava para sua analisante uma figura misteriosa sobre sua própria feminilidade, essa inversão a teria conduzido ao objeto de seu interesse real: a Sra K. Freud reconheceu que, durante muito tempo, não pode deparar-se com essa tendência homossexual na histeria, impossibilitando-o a intervir quanto a esse ponto a partir da interpretação. E enfatizou, ainda, que na transferência são aparentes os modos permanentes em que o sujeito constitui seus objetos: “*O investimento libidinal introduzirá o médico em uma das séries psíquicas que o paciente já formou*” (FREUD, (1912a) 1996: 100), demonstrando que as intervenções realizadas sob o terreno da transferência analítica produzem importantes avanços no tratamento de sujeitos histéricos.

antítese surge a síntese, que é uma situação nova que carrega dentro de si elementos resultantes desse embate. A síntese, então, torna-se uma nova tese, que contrasta com uma nova antítese gerando uma nova síntese, em um processo em cadeia. Nessa perspectiva, todo movimento, transformação ou desenvolvimento opera-se por meio de contradições ou mediante a negação. A dialética é a negação da negação, ou seja, uma nova afirmação.

¹⁰ Lacan identifica “*um primeiro desenvolvimento da verdade*” (LACAN, (1951) 1998: 217) no caso Dora, quando esse sujeito revela a Freud seu “dossiê de lembranças” sobre a trama na qual ela afirma estar envolvida junto ao seu pai e ao casal Sr e Sra K.

Com essa leitura do caso Dora, é possível depreender que a verdade do sujeito vai se desvelando no transcorrer de cada inversão dialética, na qual se apresentam modulações de verdade correlatas às elaborações do próprio sujeito analisante. Assim, é possível compreender a relação que Lacan estabelece entre inversão dialética e transferência. Ao afirmar que *“a transferência não é nada de real no sujeito senão o aparecimento, num momento de estagnação da dialética analítica, dos modos permanentes pelos quais ele constitui seus objetos”* (LACAN, *op.cit*: 224), Lacan indica os momentos em que um certo elemento de verdade do sujeito ainda não cedeu o seu lugar a construção de uma nova verdade. Em seguida lança a pergunta: *“o que é, então, interpretar a transferência?”* (*op.cit*: 225), ao que responde: é *“nada além de preencher com um engodo vazio desse ponto morto”* (*op.cit*). Como *“ponto morto”* entendemos os momentos não dialéticos, que não é outra coisa senão a própria transferência. A interpretação da transferência ao propiciar uma retificação possibilita preencher, com um engodo, o vazio desse ponto morto, *“mas esse engodo é útil, pois mesmo enganador, reativa o processo”* (*op.cit*: 225) possibilitando novas inversões dialéticas.

Considerando, então, que a psicanálise se caracteriza como uma experiência dialética é relevante discutir a articulação da linguagem com o saber inconsciente a fim de sustentar a importância das intervenções analíticas como modo reativar o processo de elaboração do sujeito analisante. Ao permitir que o sujeito histórico se apropriasse do saber que ele mesmo produz no dizer dos sintomas, Freud instaurou um movimento dialético que o retirou da posição de mestre e lançou para o lado do saber inconsciente o lugar de mestria. Subvertendo o modo como o saber era produzido no cenário científico de sua época, Freud mostrou que o analista não deveria encarnar a figura do mestre, mas apontar para a sentença que o inconsciente enuncia no discurso da histórica.

1.3. O que a histeria ensina na sua relação com o significante

Retomando o Seminário sobre *As psicoses*, Lacan revela que o elemento determinante de uma neurose está no Outro da fala *“onde o sujeito se reconhece e se faz reconhecer”* (LACAN, (1955-1956) 2002: 193). A fim de discutir a relação da estrutura histórica com a lógica do significante, voltaremos aos apontamentos lacanianos sobre a função do eu no seu caráter simbólico.

O sujeito encontra o seu lugar num aparelho simbólico pré-formado que instaura a lei na sexualidade e ocasiona o reconhecimento de sua posição sexual apenas no plano simbólico. A posição sexual do homem e da mulher passa a ser simbolizada na medida em que é retirada do plano imaginário para se situar no plano simbólico. No nível imaginário, onde há uma *gestalt* fálica prevalente, apenas uma ausência é fornecida para o sexo feminino.

Antes de prosseguir nas contribuições que Lacan traz à leitura da teoria freudiana, se faz necessário um retorno à obra de Freud para embasar tais avanços conceituais. Se o gênio de Freud foi o de notar que as considerações anatômicas não servem para apreender a etiologia da neurose histérica, foi por supor que a questão histérica não se trata da diferença entre órgãos genitais, mas de uma diferença sexual constitutiva do simbólico.

No artigo de 1908 “*Sobre as teorias sexuais das crianças*”, Freud designa o primado do falo, reconhecendo o pênis como um único órgão sexual sempre presente, mesmo que não aparente, desenvolvido no menino e na menina. Nesse trabalho, descreve o complexo de castração pela primeira vez e o relaciona com o primado do pênis nos dois sexos a fim de explicar a diferença anatômica dos sexos pela castração. Após quinze anos, na pesquisa sobre “*A Organização Genital Infantil*”, Freud modifica sua tese de um sexo único, constatando que a unidade do complexo de castração nos dois sexos só pode ser concebida com a base do objeto comum da castração: o falo. Com isso, Freud acentua a importância da fase fálica no menino e na menina que igualmente diante da falta, inscrita pela castração, são tomados pela questão de “ter ou não o falo”. O menino vê a falta do pênis na menina e concebe essa ausência como resultado de uma castração, porque ele mesmo, já viveu a ameaça da castração que atribui ao sexo feminino. A falta é, assim, reconhecida enquanto falo e concebe a idéia do pênis “*enquanto podendo faltar*” (ANDRÉ, 1998: 23).

A organização significativa apresenta a mesma característica que forma a base freudiana da castração: falta um significante que daria conta do sexo feminino como tal. “*O que é ser uma mulher? O que é um órgão feminino?*”, o caso Dora apresenta de modo transparente a questão histérica acerca de seu sexo. Na tentativa de simbolizar o órgão feminino como tal, o pênis lhe serve de instrumento imaginário para apreender o que não é possível de simbolizar na identificação com o homem. Ora, só há um significante da sexuação (o falo) ao nível do inconsciente e, conseqüentemente, não há relação formulável entre os dois sexos opostos. Essa problemática se sustenta na teoria

de Lacan sobre uma “*dissimetria*” (LACAN, (1955-1956) 2002: 197) no nível simbólico, da realização do sexo feminino comparado com o sexo masculino.

Considerando o falo como um significante no qual não há correspondente, no sexo feminino é instaurado uma ausência. Onde não há material simbólico, falha a realização da identificação essencial à realização da sexualidade do sujeito. Essa falta de simbolização do sexo feminino funda uma dissimetria no significante que determina as vias por onde passará o complexo edípico: “*a realização simbólica do homem pode ser empírica, mas a da mulher passa pela metafísica.*” (POLLO, 2003: 102).

As conseqüências dessa dissimetria são comentadas por Lacan: “*o que seria uma desvantagem para a mulher, na histeria transforma-se em vantagem graças à identificação imaginária com o pai*” (LACAN, (1955-1956) *op.cit.*: 197), à qual ela teve acesso em virtude de sua posição na trama edípica. Outro efeito desta dissimetria significante é considerado quando a realização sexual da mulher torna-se uma questão enigmática no que tange ao sexo feminino.

A relação que a histeria estabelece com o significante já começa a se apresentar na indagação do “*que é ser uma mulher*” obtida no plano simbólico. O tipo clínico da histeria relacionado ao simbólico ensina que como um “*rastro que existe mesmo sem ninguém para olhá-lo*” (*op.cit.*: 192), o significante é um sinal que não remete a um objeto, mas é o sinal de uma ausência. Assim, a histérica demonstra que o significante é impotente para dar conta do gozo feminino e que a relação complementar de um sexo com outro é interdita ao ser falante.

A falta de saber a respeito da feminilidade traça as vias por onde o sujeito histórico tentará desvendar o enigma sobre a diferença sexual. Ao indicar que os sintomas históricos baseiam-se em **simbolizações** inscritas no corpo, tal como, na expressão de uma fantasia inconsciente de **significação bissexual**, Freud encontrou no mecanismo da identificação histórica uma saída para essa impotência significante de nomear a feminilidade.

Em “*Psicologia das massas e a análise do eu*”, Freud assinala o papel da identificação no mecanismo dos sintomas distinguindo-o da escolha de objeto de amor. Ele situa a mãe como o primeiro objeto amoroso e ao pai dá o lugar do primeiro objeto de identificação para o menino e para a menina. Em seguida, lança mão de três possibilidades de identificação para o sintoma histórico: uma identificação pré-edípica marcada pela forma originária do laço afetivo com o objeto de amor; uma identificação como substituto de uma escolha de objeto que se apresenta de um modo parcial ao

tomar emprestado um só traço da pessoa que é o objeto - como a identificação de Dora com a tosse de seu pai – e, ainda, uma outra identificação como forma de laço ou ligação com um objeto de desejo, que o levou a explicar o mecanismo da crise histérica como fenômeno coletivo. Freud chama a esta última, de identificação pelo objeto ou pelo sintoma como o caso das moças do internato que desejam estar no lugar daquela que recebera a carta do namorado.

Com o caso Dora, é possível compreender que pela via da identificação com o objeto de desejo, a histérica pode percorrer essa realização enigmática do plano simbólico. O mecanismo da identificação na histérica revela a complexidade da bipolaridade sexual arranjada na fantasia inconsciente. Se, por um lado Dora se alinha do lado da Sra. K. para capturar a encarnação de uma misteriosa feminilidade diante da qual seu pai se sensibilizara, por outro, Dora adota a posição masculina, na medida em que ela se identifica à posição de doente do pai e à posição viril do Sr. K para formular uma questão referente à feminilidade: “como uma mulher pode ser amada?”. Como a relação da histérica com o significante revela a falta de um significante do feminino, o sujeito é incitado a fazer uma divisão imaginária, pela qual se situa ao mesmo tempo num e noutro lugar de parceiros de uma relação sexual. Uma identificação histérica, portanto, não se restringe ao que é da ordem do sentido, mas com a falta significante apreendida como objeto que comanda seu desejo.

Como formação do inconsciente, o sonho e o sintoma histérico visam à realização do desejo. O mecanismo da identificação histérica traz à tona a impossibilidade de satisfação do desejo, já que este é tomado pela falta significante como causa para torná-lo sempre insatisfeito. Tal como o sonho que havia relatado em 1900¹¹, Freud estabelece a articulação da identificação histérica com o desejo insatisfeito na formação de um sintoma. Do sonho citado, ressalta uma função: “*a paciente estava preocupada em criar para si um desejo insatisfeito*” (FREUD, (1900) 1996: 182), cuja satisfação de um anseio era o de preservar seu desejo como insatisfeito.

A propósito deste relato do “*sonho da bela açougueira*” (LACAN, (1958) 1999: 367), Lacan lança novas contribuições relativas à particularidade da estrutura histérica na dialética do desejo e da demanda, advertindo que: “*na relação do homem com o significante, a histérica é uma estrutura primordial, porque não sabe que não pode satisfazer-se na demanda*” (op.cit.: 378). Em sua relação com a demanda, o

¹¹ FREUD, S. (1900) A interpretação dos sonhos. Em: Obras Completas de Sigmund Freud, volume IV, Ed. Imago, 1996, p.182.

sujeito histórico é marcado em lugar próprio pela relação com o significante. Tomando a falta marcada pelo significante como causa para o sujeito encontrar seu desejo, no caso específico da histórica, o desejo cumpre seu papel de insatisfeito, revelando que sempre existe algo que resta além do que pode ser satisfeito pela demanda.

Considerando que “*O desejo é o desejo do Outro*” (LACAN, (1958) *op.cit.*: 371), a leitura lacaniana possibilita perceber na questão histórica a clara função do desejo, e o mecanismo dos sintomas articulado à identificação histórica via desejo do Outro. No caso Dora e no “sonho da bela açougueira”, a identificação é feita com um Outro que teria condições de satisfazer o desejo, para que nesse desejo encontrassem seu ideal. No percurso significativo em que se desenrola a solução do enigma histórico, a histórica testemunha, do lugar de um sujeito desejante, a função do desejo insatisfeito na relação com a demanda.

A histeria ensina que a cadeia significativa se articula a partir do real do corpo, como um núcleo impossível de simbolização onde localiza a causa do desejo. Interrogando a potência do pai e sua capacidade de desejar e recusando-se à posição de objeto sexual que lhe destina a fantasia masculina, a histórica protesta contra a divisão subjetiva que lhe impõe a impossibilidade de nomear o feminino como tal. Assim, a histórica produz um discurso capaz de revelar como o inconsciente elabora suas saídas em face do impossível de dizer que o sexo feminino, encarnando e fundando o sujeito da psicanálise como sujeito do desejo.

CAPÍTULO 2

A função diagnóstica nas investigações clínicas

Como Freud já havia considerado em 1888, a histérica continua a fazer de seu sintoma uma “*bête noire*” (FREUD, (1888) 1996: 77) da Medicina. O capítulo anterior indicou as contribuições dos médicos do século XIX no tange ao tratamento da histeria. Ao se debruçarem na descrição minuciosa dos fenômenos relatados pelo próprio paciente, esses médicos conseguiram captar os mecanismos subjetivos referentes à enigmática sintomatologia histérica para sustentá-la como categoria nosológica. Imerso nesse cenário científico, Freud avançou na pesquisa dos fatores etiológicos da neurose histérica subvertendo a lógica terapêutica empregada nesses casos e inaugurando uma prática clínica que situa o sujeito do inconsciente como referente absoluto na direção do tratamento.

A clínica psiquiátrica contemporânea, no entanto, vem se desapropriando do que foi pesquisado pela psiquiatria clássica do século XIX a respeito da histeria. Verifica-se em manuais de diagnósticos, como o DSM IV e o CID-10, que o diagnóstico de histeria foi rejeitado pela comunidade científica dando lugar às novas classificações diagnósticas dos transtornos dissociativos, transtornos de personalidade, transtorno bipolar ou síndromes psicóticas. A radical supressão do diagnóstico de histeria nos atuais manuais diagnósticos já demonstra o risco de abandono dos ensinamentos da psiquiatria clássica e da psicanálise, principalmente no que tange à etiologia dos sintomas histéricos. Nos serviços psiquiátricos em que se desenvolvem pesquisas e novos métodos de tratamento para os transtornos mentais, o tratamento da histeria continua sendo um enigma para a ciência. O desaparecimento do diagnóstico de histeria no discurso médico, aliado ao reducionismo “biologizante” empregado nas condutas clínicas orientadas pelo paradigma da psiquiatria atual, vem ocasionando graves conseqüências clínicas para o sujeito histérico que busca tratamento nas instituições psiquiátricas.

A primeira delas advém do abandono das proposições conceituais que fundamentam uma prática clínica para a histeria no campo da medicina. Destituída das atuais categorias nosológicas, pouco se aprende sobre a sintomatologia da neurose

histérica no âmbito da formação médica. O discurso médico deixou de reconhecer a importância dos fatores etiológicos da neurose histérica no estabelecimento de condutas terapêuticas como o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica. Como efeito disso, observamos nas instituições psiquiátricas a prevalência da prescrição medicamentosa como terapêutica orientada pela classificação diagnóstica dos novos transtornos mentais ou das doenças neurológicas e, ainda, do uso de técnicas como as cognitivo-comportamentais e a hipnótica como condutas que visam suprimir a quadro sintomático da histeria.

Das discussões clínicas ocorridas nas instituições, podemos retirar um exemplo que evidencie tal problemática. Nas sessões clínicas conduzidas por médicos observa-se a dificuldade de investigar um quadro clínico partindo da história do adoecimento de cada paciente como referência para a construção de um caso clínico. Tais apresentações, entretanto, são embasadas por uma variedade de nomenclaturas que visam reduzir o desencadeamento dos sintomas histéricos a uma fenomenologia classificada pelos novos manuais diagnósticos. Cabe salientar a polêmica gerada nesses encontros onde se faz notar a insuficiência do tratamento medicamentoso para sujeitos histéricos ou o risco de cronificação desses pacientes tratados com altas doses de psicofármacos, com longas e recorrentes internações e, até mesmo, com sessões de eletroconvulsoterapia.

Uma segunda consequência indica à neurologia o destino de tratamento para os sujeitos histéricos, uma vez que os estados de crise ou ataque histérico ainda são associados a uma crise de epilepsia. Com as pesquisas de Charcot, a relação direta entre histeria e epilepsia foi desconsiderada, ainda assim, alguns hospitais psiquiátricos, empregam o termo “histeroepilepsia” ou já o substituem por “pseudocrise”. Certa vez, uma psiquiatra que investigava casos de “pseudocrise” revelou-me sua preocupação quanto à ineficácia da conduta medicamentosa administrada para esses casos e comentou: *“tinham que inventar um anti-histeriótico, com a eficiência dos anti-psicóticos”*. Na tentativa de encontrar uma causa orgânica para o sintoma histérico, novos recursos tecnológicos de mapeamentos cerebrais também são empregados como terapêutica e pesquisa com esses pacientes.

A constatação de outra consequência é flagrada nas instituições psiquiátricas onde é visível a incompreensão e a intolerância da equipe médica em relação ao ataque histérico. Na primeira de suas *“Cinco lições de psicanálise”* (FREUD, 1910 [1909], 1996: 29) Freud já apresenta as dificuldades dos médicos diante das particularidades dos fenômenos histéricos, na medida em que *“todo seu saber e todo seu preparo em*

anatomia, fisiologia e patologia deixam-no desamparado” (op.cit.) em sua prática clínica com a histeria. A propósito dessa incompreensão do ataque histérico por parte dos médicos, Freud considera que esses pacientes passaram a ser reconhecidos como *“transgressores das leis de sua ciência, tal como os crentes consideram os hereges: julga-os capazes de todo mal, acusa-os de exagero e de simulação, e pune-os por lhes retirar seu interesse”*. (FREUD, 1910 [1909], 1996: 29). Ainda considerada uma “simulação”, a encenação histérica, atualmente, continua suscitando a perplexidade e a impotência daqueles que a desqualificam como sintoma no cotidiano das instituições médicas.

Um último impasse clínico refere-se ao uso recorrente do método hipnótico como instrumento terapêutico para os casos de histeria. Como nomenclatura diagnóstica inscrita dos novos manuais, o “transtorno dissociativo” é reconhecido pelo discurso médico como o transtorno psiquiátrico que mais se aproxima do quadro sintomatológico da neurose histérica. Se enquadrados nessa categoria diagnóstica, os casos de histeria recebem uma clara direção clínica. A terapêutica empregada nesses casos, quando não se limita ao uso abusivo de benzodiazepínicos e antidepressivos, amplia-se da associação de tais psicotrópicos às indicações das psicoterapias ou da metodologia pré-psicanalítica de hipnose e “regressão”. Em oposição às recomendações freudianas, à utilização do método hipnótico ratifica a negligência das descobertas do século XIX e a ineficácia de um método clínico que assegura apenas a “posição de sujeito que sabe sobre a doença” assumida pelo discurso médico.

Desde Freud, a psicanálise vem propondo uma maneira de tratar o sujeito histérico, no campo clínico, com a eficácia que se reconhece nos relatos de seus casos. Em função do advento da psicanálise, o tratamento da histeria deixou de ocupar o campo das doenças médicas para que fosse concebida como resposta do sujeito falante aos impasses de sua sexualidade e de sua posição como sujeito desejante.

Sustentando o rigor metodológico de sua experiência, Freud dirige suas *recomendações* para o lado oposto de uma lógica terapêutica de caráter universal e adverte: *“a cada novo paciente, esqueçam tudo o que aprenderam até ali, cada caso é um novo caso e traz consigo o dantes jamais visto”* (FREUD,(1912b) 1996: 130). Com isso, reintroduz a cada encontro clínico a singularidade que cada sintoma revela subvertendo a lógica científica de seu tempo. Ainda que nascida no seio da ciência, a psicanálise veio acrescentar-lhe uma teoria transversal sobre o tratamento da histeria. E

foi introduzindo o sujeito na ciência, ainda que esta já o tivesse inventado e o excluído, que clínica freudiana o sustentou e o tratou como o sujeito do inconsciente.

A fundação da ciência moderna, constituída com Galileu Galilei e formulada por Descartes, produziu uma elaboração filosófica que consistiu no estabelecimento de uma correspondência entre a ciência – a física moderna, empírica e matematizada – e o pensamento moderno. Ao inaugurar o *Cogito*, Descartes trouxe a baila a dúvida do sujeito conflitado entre o saber e a verdade abalados pelas evidências científicas. O discurso da ciência moderna é constituído pela invenção do sujeito cartesiano - que toma o “*pensamento sem qualidades*” (MILNER, 1996:32) como modo de pensar - e, no entanto, deve ser extraído de seu campo para que ela opere. Ou seja, a ciência estabelece condições de invenção do sujeito, mas não opera com ele nem sobre ele, ao contrário, o exclui de seu campo no mesmo ato em que o supõe para constituir este campo.

Em “*A ciência e a verdade*” (LACAN, (1960) 1998: 855) Lacan demonstrou que a psicanálise constitui um saber derivado, porém não integrante, do campo científico. Ao formular a equação “*o sujeito com o qual operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência*” (*op.cit.*: 873), o autor questiona a noção da ciência desenvolvendo uma teoria sobre o sujeito cartesiano que nos permite vincular a uma noção de constituição de sujeito. Não se tratando de um sujeito empiricamente qualificável, sujeito das qualidades sensoriais ou psíquicas da psicologia, mas de “*algum qualquer sujeito, distinto de toda forma de individualidade empírica*” (MILNER, 1996: 33), a teoria lacaniana esclarece que o sujeito do inconsciente é o sujeito da ciência. Entretanto, essa afirmativa não evidencia uma equivalência metodológica nos campos psicanalítico e científico. A incidência subversiva operada pela psicanálise na ciência, implica no que Lacan indica como sendo uma *subversão do sujeito* (LACAN, (1960) 1998: 807). Se psicanálise opera sobre o mesmo sujeito que é o sujeito da ciência, ela só o faz por meio de uma subversão onde o sujeito da ciência atinge à condição de sujeito do inconsciente.

Afastado da intenção de criar um sistema filosófico ou uma filosofia setorial, Freud reconhecia que o “*real implicado na experiência da análise exigia ser tratado pelo simbólico de sua teoria*” (ELIA, 2001: 42), em convergência com toda *praxis* científica. As indagações freudianas começam por confrontar um determinado real de doença, exatamente à maneira da ciência, fazendo algo inédito diante disto. A original operação metodológica da clínica psicanalítica consistiu em captar, nesse real, o efeito

do sujeito excluído da ciência para situá-lo como referente real absoluto. Com isso, Freud funda um campo que não é mais o campo da ciência. O campo psicanalítico torna-se, então, um campo *êxtimo* à ciência justamente por ter sido criado a partir de uma operação feita no próprio corpo científico.

A problemática trazida nessa dissertação evidencia a exclusão do sujeito operada pelo discurso médico ao ejetar a histeria das discussões diagnósticas, o que não é sem conseqüências para o trabalho clínico. Ao admitir as histéricas nos serviços de saúde, a equipe médica supõe um sujeito ao tratamento, mas no mesmo golpe, as exclui radicalmente do campo científico. Não podemos desconsiderar, por outro lado, os avanços facultados no campo científico que fundamentam intervenções clínicas imprescindíveis ao longo de um tratamento. *O que esperar, então, da clínica médica em relação ao tratamento da histeria?* Nossa aposta se lança ao estabelecimento de uma direção clínica que considere as contribuições teóricas, clínicas, éticas e metodológicas da psicanálise, levando em conta a importância da descoberta freudiana do inconsciente, em especial, para o acompanhamento de casos de histeria. Suprimindo os aspectos etiológicos fundamentais para uma aposta no sujeito do inconsciente, a medicina desconsidera a clínica da diferença para preservar uma clínica universalista inscrita em seus manuais. Como no século XIX, a psicanálise retoma o desafio de produzir uma subversão diante desse sujeito, excluído pela ciência, operando a partir da inclusão que só é possível pela via do inconsciente.

Orientado por uma interrogação, esse capítulo se remete a um anseio freudiano de sustentar uma prática diagnóstica sob a referência ética da psicanálise nas discussões clínicas com o campo da medicina. O interesse pelo tema do *tratamento da histeria nas instituições de saúde* traz a tona o questionamento acerca do lugar que o discurso analítico assume frente à impotência do discurso da ciência diante da alteridade de cada caso.

Enquanto os diagnósticos médicos se alteram e se ampliam, a psicanálise mantém as mesmas referências diagnósticas empregadas por Freud, a partir das categorias nosográficas formuladas pela psiquiatria clássica. Perdendo os referenciais etiológicos que fundamentaram, outrora, a prática clínica da função diagnóstica, o que se reconhece na clínica psiquiátrica atual é uma mudança de paradigma científico que se volta para um tipo de descrição que seja compartilhada mundialmente pela comunidade médica e que exclui radicalmente a singularidade manifesta sob a forma de sintomas.

2.1. As novas classificações diagnósticas como referente das investigações clínicas

O termo diagnóstico está ligado à idéia de reconhecimento. Na medicina, sua significação é o “*reconhecimento de uma doença*” (NUNES *et al*, 2000: 25), sendo ainda, um instrumento cognitivo com finalidade de reconhecer um objeto, acontecimento ou estrutura, através de características ou signos evidentes. Um diagnóstico pode ser descritivo ou explicativo, tendo que se utilizar de uma linguagem específica “*universal que possua características transculturais, não podendo depender de ideologias*” (*op cit.*). Por seu caráter gnossológico, o diagnóstico deve ser uma categoria de conhecimento e, ainda, um instrumento de comunicação e de previsão.

Os manuais diagnósticos médicos caracterizam-se por indicar sinais funcionais, físicos, biológicos, objetivos, referidos ou não a uma etiologia conhecida, que permitem referenciar um doente numa categoria específica. Desse modo, a doença é uma diferença em relação a um estado definido como saúde. Sem sinal objetivo, a “patologia mental”, como nomeada pela comunidade médica, se inscreve em um distúrbio de comportamento em relação a uma norma, situando novas categorias diagnósticas no campo da especialidade psiquiátrica. Questão que, tendo em vista a natureza do acontecimento psicopatológico, faz diferir o diagnóstico médico, tanto em relação ao seu objeto quanto em relação às suas funções e objetivos.

A psiquiatria atual ao se referenciar no modelo médico-científico, aparta algo valioso que a medicina inaugura com sua tradição clínica. Em busca de certa “neutralidade” científica e de um rigor exigido para os avanços da ciência, alguns psiquiatras tentam exaustivamente reduzir o seu objeto à doença, priorizando a pesquisa científica em detrimento da clínica. Na busca de uma cientificidade, a psiquiatria, cada vez mais, exclui a subjetivação, já que o discurso da ciência ejeta o sujeito sem se questionar sobre os efeitos do desejo inconsciente. Em nome de tal “neutralidade”, as pesquisas em psiquiatria se inscrevem em um movimento amplo de objetivação na construção dos fenômenos observados no campo dos transtornos mentais. Trata-se de um movimento veiculado pelas classificações portadoras de um projeto da psiquiatria de reafirmar sua identidade médica e sua adesão à idéia de uma medicina científica.

A evolução recente dos sistemas de pesquisa e a própria prática da psiquiatria estão sob a referência do modelo americano *Diagnostic and Statistical Manual Disorders* (DSM-IV), sistema de classificação diagnóstica que acentua as referências e influências do atual paradigma técnico-científico na identidade médica da psiquiatria.

De acordo com esse sistema de classificação, o diagnóstico médico se resume a uma enumeração de transtornos, sob uma perspectiva que se considera a-teórica e não etiológica. Se o diagnóstico psiquiátrico sempre foi fenomenológico, cabe salientar que atualmente, assistimos a uma tendência da psiquiatria de substituir as grandes categorias clínicas por descrições especificadas de fenômenos objetivos. Uma das conseqüências indisfarçáveis dessa “evolução” reduz a prática clínica à excessiva prescrição medicamentosa o que caracteriza fortemente o modelo médico atual.

A *Classificação Internacional de Doenças* (CID), da Organização Mundial de Saúde, transformou-se significativamente na décima versão atual, aproximando-se dessa lógica descritiva do DSM. Em relação à versão anterior, as categorias nosográficas da CID-10 são cada vez mais descritivas e detalhistas em detrimento das grandes categorias que já caracterizaram a psicopatologia psiquiátrica. É suficiente indicar o capítulo sobre “Transtornos mentais e de Comportamento”, da CID 10, para encontrarmos mais de 360 subcategorias diagnósticas, algumas das quais ainda podem ser mais especificadas, elevando o número final de diagnósticos possíveis a cerca de 800 diferentes classificações.

Ainda na introdução desse manual diagnóstico, os editores enfatizam essa ampliação como uma vantagem, tratando-se das mudanças em relação à versão anterior. Uma delas é a abolição do uso da divisão entre psicose e neurose: “(...) *os transtornos são agora arranjados em grupos de acordo com os principais temas comuns ou semelhanças descritivas*” (CID-10/OMS, 1993: 03), e o termo neurose é reduzido a um “*uso ocasional*” (*op.cit.*). Isso indica uma tendência diagnóstica da OMS de se aproximar da fragmentação que já caracterizava o norte-americano DSM. Longe de evocar as categorias de sujeito e estrutura, o que se reconhece é um empobrecimento interno à própria lógica psiquiátrica ao privilegiar a descrição dos sintomas e a síndrome no lugar da categoria de doença. A síndrome é o conjunto de sinais e sintomas, mas não a doença de fundo. O diagnóstico sindrômico, portanto, descreve o conjunto de sinais e sintomas sem definir a doença, e o nosológico abrangeria a descrição das doenças. Como indicado pelos editores do CID-10, as descrições e diretrizes diagnósticas do manual “*não contém implicações teóricas*” (CID-10/OMS, 1993:02), o que torna o diagnóstico nosológico um descritivo diagnóstico sindrômico.

O termo neurose que nos remete a uma teoria é banido dos manuais diagnósticos, ainda que estes continuem descrevendo os sintomas neuróticos. É relevante indicar que até o CID-9, a nosologia e a nosografia freudianas influenciaram a

psiquiatria em suas classificações. A versão atual do CID-10, portanto, marca justamente o abandono do modelo freudiano, fragmentando as estruturas clínicas nas entidades dos transtornos. E os sintomas, que são significativos para identificar um diagnóstico, são retidos na objetividade descrita nos manuais desconsiderando a importância dos fenômenos de linguagem que a psicanálise desvela.

Como efeito disso, verifica-se que os casos de histeria mais polêmicos nas discussões clínicas das instituições, os quais muitas vezes o tratamento medicamentoso torna-se insuficiente, são diagnosticados sem considerar a possibilidade de aparecimento de sintomas psicóticos mesmo no campo de uma estrutura neurótica. Sobretudo na história da psiquiatria, afirmaram-se a existência de fenômenos como o delírio e a alucinação em pacientes histéricos pela importância de indicar um diagnóstico que conduzisse os métodos de tratamento mais eficazes para os pacientes da época. Desde o início dos estudos sobre a histeria, Freud discute com Janet, Charcot e Breuer o uso da terminologia de delírios e alucinações para a histeria. Nos escritos freudianos, como *Sonhos e Delírios na Gradiva de Jansen* encontra-se a palavra *delírio* associada a esta análise literária remetida aos seus estudos sobre a histeria. Outros estudos clínicos de Freud sobre a histeria, como o caso de Ana O, indicam a existência dos delírios histéricos. Na concepção freudiana, o delírio, tal como o sonho, é entendido como formação do inconsciente e uma realização de desejo. Ainda que apresentando fenômenos típicos das psicoses, uma neurose histérica deve ser reconhecida e tratada a partir das contribuições teóricas originadas da experiência freudiana no tratamento da histeria.

Quadros histéricos como os descritos no século XIX: a histeroeplesia, os delírios de possessão demoníaca, as alucinações visionárias, as contraturas, paralisias, cegueiras, amnésias e, além dessas, as novas classificações de anorexia e bulimia, tornam-se cada vez mais enigmáticos aos psiquiatras. Ao mostrar que tais sintomas podem regredir subitamente sem qualquer intervenção médica ou, por outro lado, se mostram inarredáveis mesmo após terem sido esgotados todos os recursos “mais modernos” da medicina, o sujeito histérico revela que seu quadro sintomático não se remete ao discurso médico, mas ao seu próprio discurso. Embasados no paradigma científico atual, os métodos diagnósticos, no entanto, pretendem cada vez mais apreender o sintoma em sua exterioridade, e isolá-lo a partir de grades e critérios que visam eliminar os efeitos subjetivos da função diagnóstica cara à tradição clínica da psiquiatria.

Desde Hipócrates, a medicina tem procurado desenvolver uma prática baseada no modelo científico. Entretanto, pensadores como Khun e Foucault nos convidam a criticar as reivindicações de que fatos médicos são *verdades objetivas*. Além de ceder seu espaço para campos como as neurociências e a epidemiologia, a psiquiatria, na função de articular a complexidade dos fenômenos humanos, também delega esta função a outros campos da medicina que vêm considerando as interações somatopsíquicas na evolução das doenças somáticas. No entanto, observamos que o desaparecimento da entidade clínica da histeria dos manuais de diagnósticos, vem dificultando a interlocução entre os campos da psiquiatria e o da psicanálise.

A recomendação freudiana que eleva a importância da escuta analítica dos aspectos etiológicos da histeria é radicalmente afastada, já que a operação clínica do discurso médico reduz o sentido dos ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito em seus manuais. Visando o estabelecimento da identidade em detrimento da alteridade, da pluralidade de sentido à univocidade de sentido, o discurso médico se apropria do discurso do sujeito, transformando os significantes de sua fala em signos médicos. Ao ser ouvida, a fala do sujeito é descartada, no mesmo ato, para que a função silenciadora do discurso da ciência se constitua. Ao avesso, a função silenciosa do analista faculty e promove a proliferação da fala do sujeito histérico e o restitui ao seu lugar na direção de um tratamento. O desafio da prática psicanalítica nas instituições médicas implica a necessidade de interlocução entre essas duas clínicas mesmo diante dessa constante mutação da nosografia psiquiátrica.

Diferentemente de outras especialidades médicas, a psiquiatria não dispõe de marcadores biológicos para a identificação de casos embora a evidência científica tenha se resumido às respostas positiva ou negativa à medicação. Cria-se assim, uma psiquiatria que se afasta dos princípios da clínica, desconsiderando completamente o sujeito e suas particularidades. Nesse sentido, Paoliello afirma que “*o rigor que a ciência empresta à psiquiatria é um rigor mortis, à medida que corresponde à morte do sujeito*” (PAOLIELLO, 2001: 90). Trata-se de um rigor científico mortal que poderia resultar no próprio extermínio da clínica psiquiátrica.

No artigo sobre “*O problema diagnóstico em psicopatologia*”, a mesma autora aponta para as sérias conseqüências que esse rigor científico impõe para o campo da psiquiatria. Considerando o corpo apenas como um sistema homeostático, **a medicina exclui o sujeito** - o sujeito do inconsciente - para tratar o doente apenas como máquina neuronal, “*desconhecendo que ele é, sobretudo um organismo desejante e gozoso*”

(*op.cit.*: 92) Com isso, **o próprio psiquiatra é excluído**, já que os instrumentos fundamentais do trabalho clínico, principalmente as entrevistas diagnósticas, já não são considerados seguros e valorizados sem o apoio dos recentes manuais. Outra evidência é recolhida no *Tratado de Psiquiatria de Kaplan e Saddock*, quando sugerem que a entrevista seja feita por um psicólogo. Encantados com a tecnologia, os jovens psiquiatras já não se preocupam em sustentar a escuta nas entrevistas clínicas. Mas por meio dos parâmetros normativos a serviço da adaptação social, a psiquiatria dita científica vem “avançando” por meio de emprego das escalas de valores, das entrevistas estruturadas e dos protocolos de conduta médica.

Uma última conseqüência deste *rigor mortis*, apontada por Paoliello, revela o risco de **exclusão da clínica**. Com a substituição da figura do clínico pelo “pesquisador-científico” instaura-se uma ameaça de negligência dos aspectos subjetivos revelados sob transferência, o que poderia corresponder ao desaparecimento da própria clínica. O que a autora aponta nesse artigo demonstra o risco da psiquiatria se afastar cada vez mais de um rigor clínico que considere a singularidade no sofrimento psíquico no âmbito de suas pesquisas.

Mesmo encontrando em si mesma os fundamentos de seus princípios e métodos, a psicanálise nasce no seio da ciência partir do ato de fundação de um cientista orgulhoso desta condição. Como cientista capturado por seus ideais, Freud pretendia uma aproximação entre sua nova ciência e seu *ideal de ciência* (MILNER, 1996: 30.) retomando o modelo científico para derivar o método da psicanálise. Em suas pesquisas sempre empregou uma dimensão da *práxis* analítica, uma vez que “*a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem*” (FREUD, (1912b) 1996: 152).

Como vimos, a psicanálise constitui um saber inteiramente derivado, porém não integrante da ciência, de onde resulta uma “subversão” pelo viés do sujeito. O modo peculiar de conceber e fazer pesquisa em psicanálise é estritamente clínico, uma vez que seu rigor metodológico necessita do terreno da transferência para que lógica do saber inconsciente se apresente. Qualquer que seja a problemática investigada, as exigências metodológicas impõem ao “analista-pesquisador” a direção de sua escuta para o saber inconsciente, e por isso, sua intenção clínica sempre visará se desprender da verificação ou da refutação de um saber previamente estabelecido. Se o inconsciente é uma forma de saber que não se deixa apreender por todo e qualquer método científico, reconhecemos neste método a razão da ineficácia do tratamento oferecido ao sujeito

histórico. Afinal, foi a partir do dito desse sujeito que Freud chegou ao estabelecimento de um novo “objeto” de pesquisa – o inconsciente – para fundar um método clínico eficaz para o tratamento da histeria.

2.2. O sujeito como referente absoluto nas investigações diagnósticas

Ainda que tenha se referido sistematicamente às categorias psicopatológicas da psiquiatria de sua época, Freud produziu uma nomenclatura própria da psicanálise fazendo, com isso, uma ruptura com a nomenclatura psiquiátrica. Contemporâneo de Krafft-Ebing, Freud tomou deste autor o termo **perversão**, assim como utilizou, segundo Kraepelin o diagnóstico de **paranóia**, de Bleuler resgatou a **esquizofrenia** e de Charcot retirou a noção de **neurose**.

O estabelecimento das categorias diagnósticas da psicanálise não se restringiu apenas à delimitação das estruturas clínicas da neurose, psicose e perversão, além disso, Freud pôs em evidência o aspecto etiológico na formação dos sintomas sob o referencial da nosografia psiquiátrica. Ao ampliar a nomenclatura diagnóstica de seu tempo, Freud introduziu categorias nosológicas inexistentes no corpo clínico da psiquiatria clássica empregando, por exemplo, termos como os da **neurose obsessiva**, da **neurose de angústia** e da **neurose atual**, além de apresentar a proposta de ordenar entre si os quadros clínicos da **neurose narcísica** e da **neurose de transferência** no âmbito do conceito de psicose, o que demonstra sua preocupação de preservar um intercâmbio de saber com o campo da psiquiatria.

Ao deslocar a loucura histórica do registro da dissimulação, a invenção freudiana não deixou de se situar em relação ao saber psiquiátrico. Na conferência em que aborda a relação entre “*Psicanálise e Psiquiatria*” Freud nega uma oposição entre essas duas clínicas, chegando a perguntar aos médicos: “*Não é o caso de uma complementar a outra?*” (Freud, (1916-1917) 1996: 261). A relação entre a psicanálise e a psiquiatria por ele proposta foi aproximada da relação do campo da histologia com o da anatomia: uma ocupa-se do estudo das formas internas dos órgãos e a outra das formas exteriores. Reconhecendo a importância dos avanços da medicina científica de sua época, Freud expõe à comunidade científica a contribuição que clínica psicanalítica traz no que se refere aos “*esclarecimentos dos mecanismos inconscientes da vida psíquica*” (FREUD *op.cit.*: 262). Nesta conferência, não por acaso, ressaltou o sentido singular que os sintomas apresentam independente da classificação diagnóstica que cada caso receba.

Freud demonstra que as leis do inconsciente estão presentes em todos os sujeitos: neuróticos, psicóticos e perversos, apontando a semelhança entre a formação dos sonhos e a formação dos sintomas como mecanismos inconscientes, esvaziados de significação, que portam em si um valor extremamente significativo para cada sujeito. Com isso, a teoria freudiana esclarece que a análise dos sintomas deve ser tomada como uma forma particular do sujeito dizer a sua verdade, criando condições para se reconhecer na “loucura” o estatuto de um sujeito cuja fala tem positividade.

A psicanálise propõe, desde Freud, uma maneira de fazer diagnóstico que se distingue do diagnóstico da medicina. Enquanto a lógica diagnóstica da psiquiatria se baseia na fenomenologia, a psicanálise pretende “*ir além*” (FREUD *op.cit.*: 259) dos fenômenos para buscar, através da etiologia das doenças, a estrutura de cada sujeito. A concepção freudiana da função diagnóstica não se resumiu ao agrupamento de sinais e sintomas para classificar as doenças, ao invés disso, Freud toma o diagnóstico no sentido estrutural para perceber a posição em que o sujeito se coloca frente à castração.

No texto “*Sobre o início do tratamento*”, Freud descreve a função diagnóstica salientando a importância do estabelecimento do diagnóstico diferencial para o trabalho analítico.

“Estou ciente de que existem psiquiatras que hesitam, menos do que eu, em fazer um diagnóstico diferencial, mas pude convencer-me de que eles também se enganam com frequência. No entanto, é preciso notar que, para o psicanalista, o erro comporta consequências mais graves do que para o dito psiquiatra clínico, pois o último simplesmente corre o risco de cometer um erro teórico e seu diagnóstico não tem mais que um interesse acadêmico. Num caso difícil em que o psicanalista cometeu tal erro de ordem prática, provocando muitas despesas inúteis, ele põe em descrédito seu método de tratamento.” (FREUD, (1913) 1996:141).

O diagnóstico em psicanálise assume sua função clínica ao traçar a direção do tratamento, por isso só deve ser empregado como uma orientação para a condução de uma análise no terreno da transferência. No texto citado, Freud apresenta sua preocupação em separar as psicoses, às quais não acreditava que o método analítico pudesse ter alguma eficácia, em relação às neuroses. Para tanto, contrapõe o uso do diagnóstico diferencial no sentido classificatório ao uso empregado em psicanálise, que não teria outra função senão a de auxiliá-lo na condução do tratamento de pacientes neuróticos, comumente “classificados” como psicóticos. A atenção que Freud dirige a essa função nos alerta quanto à importância de se detectar a estrutura clínica do sujeito ao longo dos atendimentos.

A teoria lacaniana nos auxilia a compreender a existência das diferentes estruturas clínicas estabelecidas por Freud. Utilizando as categorias psiquiátricas, Lacan tentou extrair dos tipos descritivos a estrutura do sujeito, cernindo no discurso de cada paciente o modo como o sujeito lida com a castração. Seguindo as orientações de seu seminário sobre *As Psicoses*, a concepção de estruturação psíquica deve ser abordada no registro simbólico. É a partir do simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural, ao se estabelecer uma correspondência entre os três modos de negação da castração do Outro e as três estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Estas se diferenciam a partir de mecanismos psíquicos nos moldes freudianos, ou seja, na neurose temos o recalque (*Verdrängung*), na psicose a foraclusão (*Verwerfung*) e na perversão o desmentido (*Verleugnung*). No recalque, o elemento inconsciente que é negado no simbólico retorna no próprio simbólico sob a forma de sintoma. No desmentido, o elemento negado é concomitantemente afirmado, retornando no imaginário sob forma de fetiche. E na foraclusão, o que é negado no simbólico retorna no real sob a forma de automatismo mental, cuja expressão mais evidente é a alucinação.

A temática desta dissertação aborda a relevante tarefa de indicar a direção do tratamento de sujeitos histéricos no cotidiano das instituições. Como apresentado anteriormente, a estrutura da neurose histérica pode ser confundida com uma psicose quando a presença de sintomas delirantes é incorporada à lógica fenomenológica empregada nas classificações dos transtornos mentais. Os resultados dramáticos dessa controvérsia diagnóstica são observados na cronificação de pacientes atendidos nas instituições psiquiátricas e em algumas instituições orientadas pela reforma. Diante disso, se faz necessário discutir o diagnóstico diferencial como uma ferramenta importante para indicar, e não concluir, a direção de um tratamento. Tomando o sujeito na sua singularidade como ponto de partida para o estabelecimento de toda e qualquer conduta clínica, abordaremos a seguir alguns elementos que sustentem um diagnóstico diferencial entre as estruturas da neurose e da psicose seguindo as formulações lacanianas.

A travessia do complexo de Édipo ordena a inscrição do Nome-do-Pai no Outro, como efeito da operação da metáfora paterna, que definirá o sujeito neurótico como marcado pela lei simbólica da castração. Como consequência dessa operação simbólica, a função fálica se apresenta como diretriz do destino do sujeito que o condena a localizar suas questões subjetivas em torno da falta imposta pela castração. Para Freud,

a castração é o ponto a partir do qual o neurótico se estrutura, ainda que dela o sujeito “nada queira saber”. Um exemplo disto retira-se do fato do neurótico não se recordar do que aconteceu em sua infância – a amnésia infantil – como efeito da operação do recalque sob um saber que o sujeito produz sobre o real. Desse modo, o recalque apresenta-se como o modo do sujeito neurótico lidar com o real de sua experiência, sobrando dessa operação um resto que constitui o sintoma. O sintoma neurótico é, por sua vez, algo a ser decifrado na medida em que este resto comporta uma mensagem do inconsciente. O diagnóstico de uma neurose, portanto, se faz pela busca no discurso do paciente de elementos nos quais há um saber recalcado e, com isso, “não sabido”, aparentados sob a forma de sintomas.

Na psicose, o mecanismo operado é a forclusão do Nome-do-Pai caracterizado por uma impossibilidade de deciframento daquilo que do real não foi recalcado. Na neurose, o retorno do recalcado aparece nos sintomas, enquanto que, na psicose aquilo que não foi simbolizado aparece sob a forma de alucinações, de reproduções do real. Esta impossibilidade de simbolização decorre da forclusão de um significante específico, o Nome-do-Pai, que possibilita ao sujeito se fazer significar por um nome na cadeia significante. Diante da necessidade de se fazer representar por um significante, o sujeito psicótico atribui uma significação enigmática a um determinado evento sem conseguir explicitá-la, conforme observado nos casos de sujeitos que ouvem seus pensamentos repetidos e atribuem a alguém essa ressonância. Uma maneira de se estabelecer um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose pode ser formulada, então, analisando o modo em que o sujeito tenta atribuir um sentido para situações que vivencia na sua relação com o Outro. O sujeito neurótico responde com uma dúvida, se mostra dividido entre os possíveis significantes que poderia tomar para se representar. O sujeito psicótico, por sua vez, toma o Outro como consistente e faz dele seu algoz. Aquilo que produziria um enigma para o neurótico, para o psicótico produz uma certeza. No discurso do paciente psicótico a impossibilidade de se fazer significar se faz presente sem intermediação simbólica.

É importante salientar que o modo de Lacan pensar as estruturas clínicas em psicanálise foi se modificando a partir do desenvolvimento de suas articulações sobre os três registros real, simbólico e imaginário, através dos quais concebe a estrutura subjetiva. A partir da década de 70, Lacan começa a fundamentar a noção de forclusão como um dado de estrutura que está colocada para todo o ser falante na medida em que sempre falta um significante no campo do Outro que dê conta de representar-se a si

mesmo. Partindo do conceito de *foraclusão* do Nome-do-Pai, Lacan chega ao conceito da *foraclusão* na linguagem para sustentar a idéia de que não há sentido prévio na linguagem, e por isso, o uso da língua deve ser tomado como objeto para a reprodução de sentidos. Assim, a castração opera na linguagem e é entendida como uma lei da estrutura que está posta para todo e qualquer sujeito, seja ele neurótico ou psicótico.

Não entraremos aqui nesses desenvolvimentos teóricos por demais complexos, que exigiriam um estudo mais aprofundado da obra lacaniana. Cabe enfatizar, apenas, que no final de seu ensino Lacan não mais opõe a neurose à psicose, mas as apresenta como formas diferentes de responder à falta no campo do Outro da linguagem, a que todo sujeito está submetido. Esses avanços da teoria de Lacan não se apresentam em oposição à concepção da clínica estrutural, ao contrário, expõem um contínuo rigor teórico marcado por atravessamentos conceituais que asseguram o rigor ético da psicanálise ao tomar a fala do sujeito como referente absoluto nas investigações clínicas.

A prática diagnóstica da psicanálise implica na escuta dos ditos dos sujeitos como efeitos da estrutura para que, a partir desse discurso, as leis que regem a lógica significante de cada sujeito sejam apreendidas na dimensão de uma posição subjetiva. Se o diagnóstico psiquiátrico visa uma *classificação*, em psicanálise o diagnóstico visa uma *construção* do caso que não se interessa à causa da doença, mas à causa do sujeito analisante. O que nos leva a considerar uma prática diagnóstica como algo a ser construído a partir da ética da diferença e a ser indicado na particularidade de cada caso.

A partir da experiência analítica, Freud e Lacan, buscaram situar as estruturas clínicas para afirmar um método clínico que opera a partir da singularidade. Para fundar este método, as históricas foram porta-vozes para Freud o que destaca a estrutura clínica da histeria como a que traz única a tona o saber inconsciente. A psicanálise designa na feminilidade a figura maior do saber “não-todo” com o qual ela opera e na teoria da castração a resposta que o inconsciente elabora diante do impossível de dizer que o sexo feminino encarna. A histeria, portanto, coloca em cena o próprio sujeito do inconsciente e revela de modo transparente a posição do sujeito frente ao sintoma.

A histórica protesta contra o imperativo do discurso da ciência que descarta sua fala e tenta suprimir radicalmente seu sintoma, sustentando em suas queixas a reivindicação de um tratamento que acolha sua singularidade. Com isso, este sujeito produz a especificidade de um trabalho clínico onde o diagnóstico não incide sobre o sintoma, mas sobre a implicação de cada sujeito no sintoma onde se determina uma

fantasia. Ao contrário da tendência da psiquiatria atual de introduzir novos procedimentos para abolir os sintomas, no tratamento analítico este sintoma é acolhido como algo que faz uma função importante para o sujeito que ainda precisa se apresentar aos médicos através de uma queixa.

Ameaçada pelo triunfalismo atual da psiquiatria biológica, a clínica psiquiátrica tende a se reduzir à mera aplicação *apriorística* de condutas, prescindindo do sujeito e de suas circunstâncias. Estaríamos inseridos num contexto diferente do cenário científico de Freud onde “o que se opõe a psicanálise é a própria psiquiatria e não mais os psiquiatras”? Ao mesmo tempo, o campo da psiquiatria hoje testemunha o surgimento e o amadurecimento de inúmeras iniciativas de uma clínica psiquiátrica reformada, onde a doença mental é considerada em sua dimensão subjetiva. *Trata-se de uma psiquiatria atravessada pela questão do sujeito?* Neste cenário, o dispositivo analítico vem reencontrando seu lugar contribuindo com suas referências éticas na construção de um novo campo terapêutico.

Como sinalizado anteriormente a partir da obra freudiana, “*o que se opõe a psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras*” (FREUD, (1916-1917) 1996: 262), o que revela a relação de *extimidade* entre esses dois campos. Embasados nisso, a psiquiatria pode ser entendida como um campo de saber e de práticas diversas, inaugurado pelo gesto pineliano, ao qual a psicanálise não está em oposição, ainda que nele introduza cortes significativos. Enquanto a psiquiatria empresta à psicanálise a tradição clínica de suas categorias nosológicas, a psicanálise empresta à psiquiatria sua ética: uma ética que aponta para o particular do desejo do sujeito, que privilegia a diferença, a singularidade, o caso a caso, ensinando a entrever nas malhas das estruturas clínicas o sujeito do inconsciente.

Sabemos que Freud sempre apostou nos avanços da pesquisa médica em relação ao tratamento dos quadros psicopatológicos. No entanto, não deixou de acreditar que a função da psicanálise sempre estaria preservada em sua proposta de investigar a função do inconsciente e suas conseqüências sobre a vida psíquica. Por isso, é possível acreditar na psiquiatria “reformada” e implicada na responsabilidade de resgatar a clínica do sujeito, denunciado os imperativos de um discurso unificador e tirânico. Deixando de considerar *a priori* alguém inapto à subjetivação, a clínica psiquiátrica deve reafirmar sua interlocução com a psicanálise em, com isso, apostar na manifestação dos sintomas como condição clínica para fazer emergir um sujeito.

CAPÍTULO 3

O tratamento da histeria nos novos serviços de Saúde Mental

A construção de novas formas de abordar a loucura vem reconfigurando a arquitetura dos cuidados em saúde mental a partir da desconstrução do formato de assistência centrado no paradigma médico-psiquiátrico e no modelo asilar de tratamento das doenças mentais. No Brasil, essas transformações tiveram início na década de 80 com o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Santos, tendo se desenvolvido com a formulação do projeto de Lei nº. 3657/89, ampliado na virada do século com a aprovação da Lei 10.216. A partir dos anos 90, novos serviços de atenção psicossocial foram implantados marcando, assim, a reformulação do campo de assistência em saúde mental em território nacional.

Considerado um processo histórico de reformulação prática do sistema nacional de saúde mental, esse movimento teve como objetivo o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico das instituições psiquiátricas e do paradigma da psiquiatria. Nessa perspectiva, a crítica ao modelo asilar não visou o seu aperfeiçoamento ou humanização, como sustentados pelos próprios pressupostos da psiquiatria na condensação de seus efeitos de normatização e controle. A reforma psiquiátrica propõe, de forma mais radical, um afastamento da figura médica da doença, que não leva em conta os aspectos subjetivos de cada paciente assistido, demarcando um campo de práticas e saberes que não se restringe ao saber médico e aos saberes psicológicos tradicionais.

Como principais propostas, a reforma psiquiátrica brasileira traz o reclame da cidadania do louco e a consideração da loucura como uma questão de existência para o âmbito das exigências políticas, administrativas, técnicas, teóricas e clínicas, na tentativa inovadora de dar à loucura *“uma outra resposta social”* (TENÓRIO 2001: 93), como substituta da resposta manicomial. No cumprimento desse objetivo, esse movimento vem reorganizando o campo de práticas e de instituições de tratamento das psicoses e neuroses graves tornando-se, cada vez mais, referência no que se oferece como tratamento clínico e cuidados institucional e social para esses casos nos serviços públicos de saúde.

Entre os diversos movimentos de transformação que marcam o campo atual da psiquiatria¹², a reforma psiquiátrica recebe destaque nessa dissertação por sua importante tarefa de denunciar os imperativos do discurso unificador e segregador, sobre o qual vem se apoiando tradicionalmente a psiquiatria. Esse movimento considera a doença mental como um problema que concerne à *“existência global dos sujeitos assistidos”* (TENÓRIO, 2001: 95), procurando intervir nos percalços ocasionados pela doença na vida cotidiana de cada paciente. A lógica de assistência e tratamento denunciada pela reforma psiquiátrica, portanto, refere-se às *“instituições de abandono”* (op.cit.: 94), sejam elas os asilos ou o antigo modelo ambulatorial, onde os sujeitos são induzidos à internação e à demissão subjetiva. Nesse cenário, a reforma situa, ainda, a crítica ao reducionismo da psiquiatria biológica que aprisiona o trabalho clínico ao modelo classificatório dos atuais manuais diagnósticos, à prescrição excessiva de psicofármacos e à prática indiscriminada da internação hospitalar.

Ao descentralizar a referência única do saber médico-psiquiátrico sobre o tratamento das doenças mentais, *“a reforma psiquiátrica abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico”* (RINALDI & BURSZTYN, 2006) propondo um trabalho multidisciplinar que reformule o antigo formato de assistência e que reorienta a prática clínica das psicoses e neuroses nos serviços públicos de saúde. A fim de reduzir os efeitos de cronificação ocasionados pelo formato de tratamento empregado nas instituições médicas e psiquiátricas, as apostas clínicas da *“desinstitucionalização”* e da *“desmedicalização”* vêm sendo lançadas nos novos serviços de saúde mental. Ainda que uma acentuada referência ao discurso médico compareça em alguns serviços, por meio da forte demanda de tratamento medicamentoso por parte dos pacientes e seus familiares, o novo formato de assistência criado pela reforma psiquiátrica vem redimensionando o trabalho clínico, promovendo, com isso, a presença de variados dispositivos clínicos. Sob essa nova lógica de assistência, o tratamento de sujeitos históricos na rede pública não mais se restringe aos procedimentos clínicos *“prescritos”* pelo modelo médico, como indicado no capítulo anterior. Ao contrário do que ocorre nas instituições médicas, onde a presença de diversas abordagens clínicas é ofuscada pela pregnância do novo discurso técnico-científico, no campo da saúde mental *“o dispositivo analítico vem se inserindo, com sua ética própria, junto ao dispositivo psiquiátrico redimensionado e aos dispositivos de*

¹² Alguns deles foram descritos no capítulo anterior, como a transformação dos manuais diagnósticos orientados pelo atual paradigma médico-psiquiátrico.

atenção psicossocial trazidos pela reforma psiquiátrica.” (RINALDI, 2005:88). É por esse viés de propostas e reformulações no âmbito da clínica, que considero importante a contribuição da reforma psiquiátrica para o tratamento da histeria nas instituições públicas, pois isso abriu espaço para a inserção do discurso psicanalítico nos debates sobre a condução desses casos no cotidiano dos serviços. Enquanto as instituições psiquiátricas excluem radicalmente o sujeito histórico e, conseqüentemente, uma discussão clínica atravessada pela lógica do inconsciente, evidentes nesses casos, no campo da saúde mental esses sujeitos podem ser acolhidos preservando a importância da escuta analítica na interlocução entre vários profissionais que tentam apreender “*uma outra resposta*”¹³ clínica à tendência medicalizante da clínica psiquiátrica.

A criação de uma rede de serviços de atenção psicossocial, entretanto, não garante, por si só, a discussão das questões clínicas que dizem respeito ao tratamento da histeria. Organizadas na perspectiva de oferecerem os cuidados necessários para cada sujeito no cotidiano das diversas esferas do viver - como trabalho, lazer e moradia - as práticas da atenção psicossocial não visam um trabalho clínico, no seu sentido estrito, podendo, com isso, reeditar a problemática reducionista criticada no modelo médico ao se “*reduzir a clínica às práticas de atenção psicossocial*” (TENÓRIO, 2001: 95). Se, por um lado, a reforma psiquiátrica promove os agenciamentos sociais e uma prática de cuidados como uma resposta para a antiga ordem asilar, por outro, nem sempre fica clara a função clínica exercida pelos dispositivos da atenção psicossocial na condução de cada caso.

No artigo “*Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental*”, Doris Rinaldi acentua “*a dupla referência à política e à clínica presente no movimento da reforma psiquiátrica*” (RINALDI, 2005: 90) na qual se orientam os serviços e os profissionais do campo de saúde mental. O paradigma da desinstitucionalização e da desmedicalização se apoiou, historicamente, na crítica à própria instituição da clínica – referida à clínica psiquiátrica tradicional – chegando a fundamentar propostas como de eliminação da clínica no campo da atenção psicossocial. Desse modo, a autora salienta a ênfase na dimensão política dada pelo movimento da reforma que, não sem conseqüências, “*ofuscou por um tempo a discussão sobre as questões clínicas que dizem respeito ao sujeito*” (op.cit.).

¹³ Parafrazeando a primeira citação desse capítulo.

Do artigo citado é importante enfatizar o desafio assumido pelos psicanalistas ao sustentarem sua prática clínica no espaço público das novas instituições criadas a partir da reforma psiquiátrica. Diante da posição de diversos trabalhadores do campo da saúde mental que visam uma redução das questões clínicas às de âmbito político, a posição dos psicanalistas vem assegurando a interlocução necessária entre essas duas dimensões a fim de orientar o tratamento de sujeitos assistidos nesses novos serviços.

A incidência da prática analítica na orientação política da saúde mental resulta da intervenção de psicanalistas no sentido da valorização da clínica, indicando a importância de inserção da dimensão do sujeito do inconsciente nas discussões realizadas pelas equipes. Desse modo, a aposta na clínica do sujeito assume uma dimensão política importante ao nortear o acompanhamento de pacientes inseridos nessa rede de serviços. É na direção de um trabalho clínico que o discurso psicanalítico lança suas contribuições aos dispositivos que hoje se desenvolvem nas instituições de assistência em saúde mental, transmitindo o que, da particularidade de um sujeito, pode ser apreendido por diversos profissionais na promoção de ofertas institucionais e sociais disponíveis na rede de cuidados da atenção psicossocial. O engajamento de psicanalistas neste campo de assistência, portanto, fortalece a discussão contínua sobre uma prática clínica que leva em conta as questões da cidadania, essencialmente, no que tange à inserção desses sujeitos no laço social.

Seguindo as “*Linhas de progresso no tratamento psicanalítico*” previstas por Freud em 1919, a prática psicanalítica nos serviços públicos vem se ampliando na sua importante tarefa de tratar pacientes de “*camadas sociais mais amplas, que sofrem de neurose de maneira extremamente grave*” (FREUD, (1919) 1996:180). Com o desafio de buscar “*novas condições*” (*op.cit.*:181) de trabalho para que a ética da psicanálise atravesse uma prática norteadada por várias orientações, os analistas são convidados, cada vez mais, a se deslocarem de seu consultório tradicional, para assumirem uma prática clínica entre vários - profissionais e usuários – que compõem a rede pública de saúde mental.

Desde Freud, o tratamento analítico da histeria se caracterizou como uma prática clínica realizada no consultório privado do analista. No início do século passado, porém, Freud já previa a inserção de psicanalistas em “*instituições ou clínicas de pacientes externos*” (*op.cit.*:180) cujos tratamentos oferecidos gratuitamente à essa clientela seriam atributos do Estado. O autor ainda indica, para uma perspectiva futura de seu tempo, a importância de conciliar a prática da psicanálise com um “*certo apoio*

material” (*op.cit.*) para aqueles pacientes que necessitem de assistência na esfera pública. A propósito da aposta freudiana e das recentes transformações políticas e institucionais, o tratamento da histeria se concentra¹⁴ hoje, em grande escala, em serviços públicos de saúde mental como os ambulatórios e os centros de atenção psicossocial.

A ampliação da atual rede de serviços de saúde mental disponibiliza seus atendimentos em dispositivos variados como hospitais gerais e psiquiátricos, ambulatórios, centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e serviços residenciais terapêuticos. Dessa rede de serviços, os CAPS’s e os ambulatórios recebem destaque no que tange ao tratamento da histeria na medida em que esses sujeitos, frequentemente, dirigem aos profissionais dessas instituições seus pedidos de assistência e acompanhamento clínico continuado. Cabe salientar a diferença estabelecida para esses dois formatos de assistência: o primeiro, onde se desenvolve uma prática diária de cuidados e acompanhamentos terapêuticos variados; e, o segundo, onde se concentra parte considerável dos encaminhamentos para atendimentos individuais.

A tendência observada nos encaminhamentos recebidos da rede pública de saúde mental, contudo, é a de indicar para atendimentos ambulatoriais de “psicoterapia”¹⁵ os casos de sujeitos histéricos inicialmente acolhidos pelas equipes dos CAPS’s, das emergências de hospitais gerais e das especialidades médicas também inseridas em unidades ambulatoriais. Nota-se, com isso, que a prática clínica “indicada” para o tratamento da histeria não se afasta do anseio freudiano de uma proposta de tratamento na assistência pública, nem, tampouco, da proposta de desmedicalização inaugurada pela reforma psiquiátrica.

A clínica da histeria realizada nos serviços públicos não se restringe ao trabalho solitário do analista com seu paciente, propiciando a interlocução entre vários profissionais sobre os manejos possíveis e necessários para a condução de cada caso. Alguns fenômenos clínicos como os de passagens ao ato, de graves estados de sofrimento psíquico e de adoecimento físico necessitam da intervenção de dispositivos de assistência mais complexos - como os CAPS’s e os leitos de internação - para que esse sujeito seja acolhido e assistido considerando seu depauperamento físico e seu

¹⁴ Refiro-me aos casos de histeria que demandam atendimento na rede pública.

¹⁵ Nas páginas seguintes estão indicadas algumas considerações sobre o emprego deste termo na rotina dos atendimentos ambulatoriais.

cotidiano social e familiar. Como vimos, antes de visar um trabalho clínico, novos serviços se constituíram pela necessidade de traçar uma resposta social efetiva a certos estados clínicos que levam esse sujeito à exclusão social e até a morte. Não obstante, a prática clínica com sujeitos histéricos vem revelando a importância de incorporar às ofertas dessa rede de cuidados o trabalho clínico de subjetivação de um sofrimento “irremediável”. Esse sujeito, que é por si só desmedicalizante¹⁶ em suas reivindicações de tratamento, vem ensinando aos profissionais da atenção psicossocial sobre a importância da escuta clínica e da oferta analítica de tratamento psíquico.

Nesse capítulo, apresento uma discussão sobre a proposta da desmedicalização como norteadora da prática clínica realizada nos serviços de saúde mental, salientando a importância desse novo paradigma de assistência para a oferta de tratamento analítico aos sujeitos histéricos que buscam atendimento, em geral, nos ambulatórios públicos. A conjugação dos preceitos da reforma psiquiátrica com as proposições freudianas de tratamento para casos de histeria será acentuada, assim, como modo de indicar as contribuições que o discurso psicanalítico lança aos novos dispositivos que se ocupam desses casos na rede pública de saúde mental. Caberá discutir, ainda, a articulação - imprescindível para o processo da reforma psiquiátrica - entre os serviços ambulatoriais e de atenção psicossocial, a fim de identificar as diferenças e os limites intrínsecos à estrutura de cada serviço na condução do tratamento desses sujeitos.

3.1. A clínica da histeria no ambulatório da reforma

A criação de uma rede de serviços que substitui o antigo modelo do hospital de internação e do ambulatório tradicional de consultas decorre da constatação de que o antigo formato ambulatorial, fechado nos “especialismos” de cada profissão, foi insuficiente para impedir o destino da internação e da cronificação de pacientes acometidos por estados clínicos graves. A evidência de que as dificuldades concretas da vida desses pacientes devem ser tomadas como objeto das ações de cuidados de diversos profissionais mobilizou a construção de novos dispositivos de atenção psicossocial, em articulação com os serviços ambulatoriais e de internação.

¹⁶ Mais adiante essa idéia será retomada, articulando-a ao discurso da histérica.

Originalmente, o ambulatório foi constituído como uma alternativa ao hospital de internação; entretanto, o sistema iatrogênico característico do modelo asilar não deixou de reproduzir suas práticas nas unidades ambulatoriais: “*sua expansão acabou por criar um outro circuito de cronificação da clientela, marcado pela indução à fármaco-dependência*” (FAGUNDES & LIBÉRIO 1997: 35). Diante disso, a concepção de doença e tratamento centrada na intervenção médica e no monitoramento dos sintomas pode, ainda hoje, marcar os ambulatórios por um esquema de tratamento semelhante ao dos hospitais psiquiátricos.

A fim de minimizar os efeitos de iatrogenia na condução dos casos assistidos, a reforma psiquiátrica formulou novas propostas para o formato da assistência ambulatorial. O ambulatório, em parceria com o CAPS, tornou-se uma “porta de entrada” importante cuja conduta pode ser decisiva para o tratamento continuado do caso, ainda que este não se dê na própria instituição ambulatorial. A tarefa do ambulatório no processo da reforma dirige-se, com isso, à recepção e ao acompanhamento do fluxo de pacientes que podem prescindir de estruturas mais complexas de assistência como a dos serviços de atenção diária.

Os serviços de atenção psicossocial se organizam, desde sua implantação, limitando a introdução de “consultórios” em sua dinâmica institucional para evitar o risco de transformá-la numa “sala de espera” de consultas, cabendo às unidades ambulatoriais a realização da maior parte dos atendimentos individuais contínuos. A articulação entre esses dois serviços representa uma significativa proposta no que tange às ofertas de tratamento para os casos de histeria que não necessitam de todos os dispositivos disponíveis no CAPS. A crescente demanda de atendimentos ambulatoriais para casos de neurose histérica oriundas dos CAPS’s reafirma, portanto, a importância dessas parcerias de encaminhamentos estabelecidas a partir da interlocução entre as equipes desses serviços na sustentação de uma oferta clínica desmedicalizante.

A prática clínica empregada no CAPS’s vem articulando a função diagnóstica e o tratamento medicamentoso à imprescindível ferramenta da escuta – nos atendimentos, nas oficinas terapêuticas e nas visitas domiciliares - como capazes de considerar a demanda apresentada pelo paciente no estabelecimento de um projeto terapêutico. O ambulatório de saúde mental, por sua vez, vem reconfigurando a recepção de seus pacientes, ocupando-se do tratamento continuado e dos encaminhamentos adequados para cada caso, na perspectiva de um trabalho clínico que convide o sujeito a se interrogar sobre seu sintoma e, com isso, implicá-lo na direção de seu tratamento.

A tendência observada de encaminhar para serviço ambulatorial o acompanhamento dos casos de histeria acentua, contudo, o desafio assumido pelos profissionais inseridos nos ambulatórios públicos, na oferta de um tratamento que descentralize a ação medicamentosa como principal conduta clínica. Nessa mesma direção, problematizo, no segundo capítulo, a ineficácia do tratamento ambulatorial de sujeitos histéricos centrado no paradigma da psiquiatria biológica, indicando a contribuição do método analítico para a clínica da histeria, ao conduzir a fala desse sujeito, através da transferência, a um trabalho clínico sem dúvida mais eficaz para esses casos, como mostrou Freud. A escuta analítica para o tratamento da histeria vem sendo incorporada no campo da saúde mental, em especial, a partir da abertura propiciada pela proposta da desmedicalização. Diante das transformações provocadas pelo movimento da reforma psiquiátrica e da inserção de psicanalistas nesse novo campo de assistência, alguns ambulatórios de saúde mental vêm reunindo suas ofertas terapêuticas sob influência das orientações clínicas da psicanálise, tanto para o tratamento continuado de sujeitos histéricos, quanto para a *recepção* desses pacientes nas unidades ambulatoriais.

O termo *recepção* passou a ser empregado para designar o primeiro atendimento de pacientes de modo diferenciado ao modelo anterior da *triagem*, fortemente caracterizado como uma intervenção burocrática e pouco acolhedora de atendimento. A introdução de uma nova forma de receber os pacientes na “porta de entrada” de cada unidade possibilitou à equipe rever as concepções clínicas que decidiriam o encaminhamento e o tipo de tratamento oferecido para cada caso; tendo como efeito de suas intervenções, principalmente, a redução do vasto fluxo de pacientes nos ambulatórios de especialidades médicas. Nesse cenário, a incidência da psicanálise nas transformações propostas para um ambulatório da reforma revelou-se fundamental pela contribuição de uma escuta que visasse o sujeito desde os primeiros passos da chegada de um paciente ao serviço de atendimento.

As publicações dos *Cadernos IPUB*¹⁷ que fundamentam a proposta dos primeiros atendimentos no formato de *grupos de recepção* evidenciam a importância dos referenciais psicanalíticos na sustentação de um trabalho em equipe multiprofissional. A fim de superar a posição medicalizante que exclui o sujeito e, não sem conseqüências, reproduz o formato de uma triagem burocrática e expedita, esse

¹⁷ Cadernos IPUB: nº 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

dispositivo de recepção inaugurou um espaço de fala onde os pacientes compareciam, quantas vezes fossem necessárias, para construir ou clarificar sua demanda de tratamento. O atendimento da recepção designou, com isso, um ato terapêutico que visava “*desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa*” (TENÓRIO, 2000: 82) como ponto de partida para acolher e implicar os pacientes nas rotinas terapêuticas que lhes fossem indicadas.

A proposta de “desmedicalização da demanda” não implica uma recusa à medicina; ao contrário, a inserção da avaliação e da intervenção psiquiátrica é mais uma ferramenta somada às demais ofertas discutidas em equipe. A estratégia de não subordinar à intervenção médica, ou qualquer outra, o trabalho subjetivo, possibilita ao sujeito retificar sua demanda inicial de “medicalização do sofrimento” ao mínimo de elaboração sobre seu pedido de tratamento. Ao “desmedicalizar e subjetivar” as falas desses sujeitos, as equipes de saúde mental vêm resgatando os referenciais da psicanálise - ainda que alguns profissionais não sejam referidos aos seus fundamentos clínicos - no sentido de convidar o sujeito a se interrogar sobre seu sintoma e a se implicar no tratamento psíquico.

As intervenções clínicas sustentadas nos encontros de *recepção* se relacionam, portanto, ao modo de operação do dispositivo analítico. A concepção do sintoma como algo que detém um sentido vinculado à experiência do sujeito, e não aos signos classificatórios do saber médico é, sobretudo, um desígnio freudiano. Não seria essa a lógica de tratamento fundada por Freud para o tratamento da histeria? A posição assumida por Freud diante das histéricas que intrigavam os médicos, todavia, afirmou a formação do sintoma histérico como algo inexplicável pelo campo de saber da medicina, atribuindo-lhes um sentido que se ligava ao desejo inconsciente. Como ressaltado anteriormente, a descoberta do inconsciente e a construção do saber psicanalítico por Freud subverteram a exclusão do sujeito promovida pelo discurso médico, redirecionando o manejo da clínica da histeria a partir da suposição da existência de uma razão inconsciente e de uma implicação do sujeito em seu sintoma.

As formulações freudianas influenciam, assim, as modificações introduzidas pela reforma psiquiátrica no âmbito da clínica que se realiza nos serviços ambulatoriais. A proposta clínica da desmedicalização interessa, sobretudo, ao tratamento analítico de sujeitos histéricos por retomar a relação entre a doença e a existência do sujeito do inconsciente, suprimido pela psiquiatria atual. Se, desde Freud, foram constadas a

insuficiência e a ineficácia da oferta única de tratamento médico para os casos de histeria, não poderíamos indicar, com base em seus fundamentos, que *o tratamento desses sujeitos deve se dar a partir do encontro com um analista?* Acolher o saber produzido pelo sujeito acerca de seu sintoma, sob o terreno da transferência analítica, não seria a oferta de tratamento mais eficaz para os sujeitos histéricos?

Em seu livro *“Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público”*, Ana Cristina Figueiredo indica o ambulatório como *locus* privilegiado para a prática da psicanálise, uma vez que *“faculta o ir-e-vir, mantém uma certa regularidade no atendimento pela marcação das consultas, preserva um certo sigilo e propicia uma certa autonomia de trabalho para o profissional”* (FIGUEIREDO, 1997:10). Nesse sentido, considero relevante a tendência de encaminhamentos recebidos da rede de saúde mental para que o tratamento de sujeitos histéricos se realize a partir do método e da ética da psicanálise, em seu sentido estrito, nos serviços ambulatoriais. Convém esclarecer que alguns desses casos vêm sendo conduzidos por psicanalistas e também por psiquiatras nos CAPS’s, o que não se desvia da aposta de um tratamento eficaz para a histeria. O que defendo nessa dissertação, portanto, é a importância do encontro com um analista como norteador do tratamento desse sujeito, seja realizado no CAPS ou no ambulatório, seja acompanhado ou não por especialidades médicas. No entanto, diante das numerosas indicações para acompanhamento ambulatorial, tornou-se necessário destacar a especificidade dessa modalidade de atendimento na condução do tratamento analítico da histeria.

A propósito das considerações de Figueiredo, é importante sublinhar, ainda, a especificidade da psicanálise e a função exercida por psicanalistas no trabalho que realizam entre outros profissionais no ambulatório público. Mesmo incluída na categoria das psicoterapias, a especificidade ética e metodológica da psicanálise a diferencia de outras orientações clínicas empregadas nas instituições públicas. Retomando a leitura do primeiro capítulo, nota-se que o tratamento da histeria, por Freud, jamais se alinhou à uma lógica “imaginarizada” do sintoma histérico, como apreendida nos campos das psicoterapias e da medicina. As recomendações freudianas para a clínica da histeria, portanto, não devem ser confundidas com as condutas empregadas por outras práticas terapêuticas na instituição. Diferenciar a especificidade da escuta analítica é, sobretudo, um modo de preservar a interlocução com outros profissionais e de contribuir na condução dos casos de histeria que circulam errantes,

por meio de “indas e vindas”, às consultas de médicos e psicoterapeutas no espaço público.

Ao discutir a prática clínica da psicanálise desenvolvida fora dos consultórios privados, a autora defende o exercício dessa prática transportada para um *locus* de trabalho que “*não é um simulacro do consultório; é o próprio consultório tornado público*” (FIGUEIREIDO, 1997:11). Nesse sentido, a abertura, conquistada nos órgãos públicos de assistência, para a inserção da experiência analítica no trabalho clínico que se desenvolve nos serviços de saúde mental não possibilita, apenas, o acesso de muitos pacientes ao tratamento psicanalítico, mas promove, ainda, a transmissão da ética¹⁸ analítica entre os profissionais inseridos no cotidiano desse serviço.

Para enriquecer essa discussão, abordaremos o desafio que se apresenta aos psicanalistas da rede pública no que tange ao tratamento da histeria. Ressaltando a importância da interlocução como proposta para esse trabalho clínico, serão apontadas, adiante, as contribuições trazidas pelo discurso analítico à prática clínica que se configura no campo da saúde mental junto ao discurso médico-psiquiátrico e ao discurso da cidadania postulado pela reforma psiquiátrica.

3.2. Das quatro paredes aos quatro discursos: a clínica da histeria na rede de saúde mental

O tratamento da histeria na rede de saúde mental, como discutido anteriormente, vem promovendo uma articulação necessária entre os serviços disponíveis nessa rede. Em função do enigma que a sintomatologia histérica representa, ainda hoje, para o campo da psiquiatria, acentuado pela supressão desse diagnóstico dos atuais manuais de classificação psicopatológica, o encontro com um analista se torna fundamental para a condução clínica desses casos. Pulverizado entre diversos transtornos psiquiátricos, também nos CAPS's e nos ambulatórios de saúde mental os casos de histeria podem ser diagnosticados e tratados por psiquiatras como quadros de psicose ou de outros quadros clínicos. Nesse sentido, a presença do psicanalista possibilita não somente a ratificação do diagnóstico de histeria para orientar o trabalho da equipe que se ocupa desses casos, mas a oferta de tratamento psíquico capaz de tomar o saber inconsciente que o sintoma histérico detém para nortear o estabelecimento de ofertas de assistência na rede pública.

¹⁸ Proposição lacanianiana desenvolvida em O seminário, livro 7 que fundamenta a ética da psicanálise como a “ética do desejo” despreendida, absolutamente, de uma concepção moral e universalizante.

A contribuição do discurso analítico aos demais dispositivos clínicos que hoje se ocupam da condução de casos de histeria é possibilitada pela discussão contínua sobre a clínica com sujeitos histéricos, levando em conta os discursos que circulam o espaço público das instituições de saúde mental. A prática analítica com sujeitos histéricos atendidos na rede pública não raro exige que o psicanalista não restrinja sua prática clínica às “**quatro paredes**” do consultório das unidades ambulatoriais, mas que aceite o desafio de fazer circular os “**quatro discursos**” nas instituições públicas.

No cotidiano do ambulatório público, o psicanalista é convocado a situar sua posição ética na convivência com pacientes, familiares e profissionais que compõem a equipe ou o quadro técnico de outras instituições. Essa convivência, contudo, evoca a questão da transmissão da psicanálise, não restrita à prática clínica com cada sujeito histórico, mas estendida ao debate dos impasses e apostas que circundam o cotidiano de profissionais que se apóiam em outros discursos.

Como apresentado por Jacques Lacan na “*Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*”, o lugar da psicanálise no liame social é designado pela prática da “*psicanálise em extensão*” (LACAN, (1967) 2003: 251) que diz respeito à transmissão dos fundamentos psicanalíticos no âmbito das instituições¹⁹, articulada à prática da “*psicanálise em intensão*” (*op.cit.*) sustentada pelo desejo do analista no tratamento oferecido a cada sujeito. Inserido no trabalho entre “vários”, o analista deve privilegiar essa articulação proposta por Lacan, entre as práticas em “*extensão e intensão*”, marcando seu posicionamento ético diante dos discursos que sustentam diferentes práticas no campo da saúde mental.

Elaborada por Lacan nos anos seguintes, a teoria dos quatro discursos apresenta de forma original um modo de pensar o laço social que permite identificar as diferenças entre o discurso do analista e outros discursos presentes nos serviços de saúde mental. A importância dessa abordagem para discutir a direção do tratamento analítico da histeria no campo da saúde mental será ressaltada, nessa dissertação, a partir de algumas reflexões sobre as posições discursivas que atravessam o trabalho em equipe multidisciplinar. A discussão dessa temática, entretanto, não visa uma síntese da teoria lacaniana dos quatro discursos, nem tampouco esgotar a leitura complexa acerca da pluralidade de saberes constitutivos do campo da saúde mental. É, pois, para fixar

¹⁹ Na proposição de 9 de outubro de 1967, Lacan discute a prática da “psicanálise em extensão” voltada, em especial, para as instituições psicanalíticas.

alguns pontos sobre a função do discurso do psicanalista na rede pública de saúde que serão apropriadas as formulações sobre os “quatro discursos” de Lacan.

3.3. Os quatros discursos e os dispositivos presentes nos serviços de saúde mental

Desde o início de seus trabalhos, Lacan se ocupou da transmissão da psicanálise no intuito de resgatar a especificidade e rigor da teoria freudiana, até então, diluídos pela interferência dos discursos médicos e psicológicos em seu campo. A fim de avançar na problemática questão da transmissão da psicanálise, Lacan buscou reduzir os discursos à lógica matematizável de “*um discurso sem palavras*” (LACAN, (1969-1970) 1992:11), regido por letras, posteriormente nomeados matemas, visando apresentar uma estrutura mínima para abordar o laço social. O lugar ocupado pelos matemas na obra lacaniana foi, ainda, o “*de apresentar as duas faces interligadas e dependentes da relação problemática do simbólico com o real*” (JORGE, 2003:20), constituindo, assim, um ponto mínimo de ancoragem teórica que nos permite a leitura sobre o modo de operação do discurso analítico frente ao real da clínica.

No seminário intitulado “*O avesso da Psicanálise*”²⁰, pronunciado entre 1969-70, Lacan desenvolve a teoria dos quatros discursos, sendo eles os discursos do mestre, da histórica, do psicanalista e do universitário, como estruturas que sustentam todo laço social fundado na linguagem. O discurso é definido por Lacan como “*o que funda e define cada realidade*” (LACAN, (1972-1973) 1982: 45) e tem sua inscrição no mundo humano a partir dos significantes do campo do Outro. Assim, todo discurso se define como uma forma de laço social, que articula o campo do sujeito ao campo do Outro. Cada discurso, portanto, inclui nele mesmo um único sujeito implicado intrinsecamente a referência ao Outro. Entretanto, na tentativa de estabelecer uma ligação entre o campo do sujeito e o campo do Outro, o discurso ratifica que um impossível radical vigora entre esses dois campos.

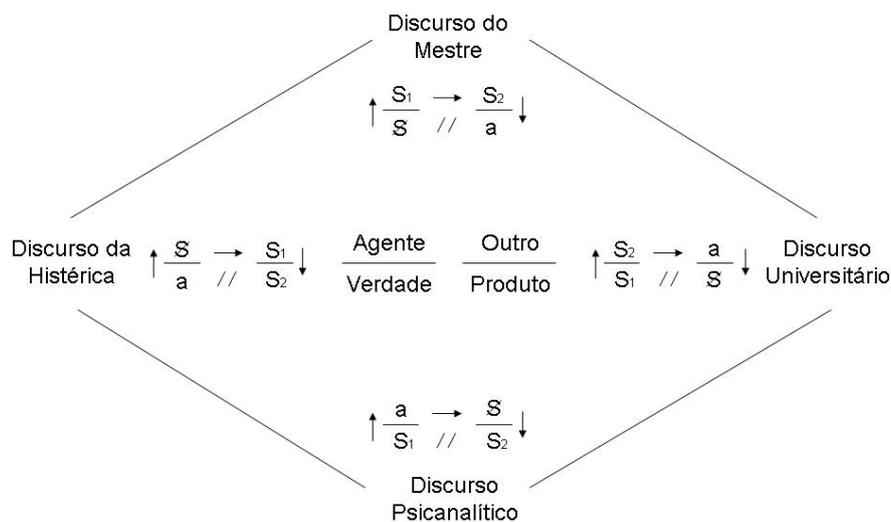
Lacan designa quatros elementos para constituir a estrutura de todo discurso: ***S1*** apreendido como o **significante mestre** em sua necessária conexão com a cadeia significante (*S2, S3, S4...*) e com o sujeito que ele representa (***\$***); ***S2*** representado na **abreviação dos significantes** que se inscrevem na cadeia dos significantes (*S2, S3, S4...*) constituídos como saber; ***α*** como inscrição do **mais-de-gozar** e ***\$*** que designa o **sujeito**

²⁰ LACAN, J (1969-70) O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: JZE,1992.

barrado do significante que o constitui, uma vez que o sujeito, na definição lacaniana, é representado entre dois significantes: “*um significante é o que representa um sujeito para outro significante*” (LACAN, (1964) 1973: 232). Assim, o discurso compreende o Sujeito ($\$$) em sua relação com o objeto (objeto a), e se inscreve na cadeia significativa ($S_2, S_3, S_4\dots$), uma vez que, o significante que representa o sujeito (S_1) ocupa um lugar privilegiado na cadeia dos significantes constituídos (representada pela abreviação S_2).

Esses quatro elementos fundamentais de todo discurso permite caracterizar quatro diferentes discursos, dependendo de que um ou outro destes elementos tome primeiro o lugar em torno do qual os outros três elementos se organizam. Existem, ainda, quatro lugares que esses elementos podem ocupar: **o agente** que desempenha o papel de organizador do discurso; **a verdade** que fundamenta o discurso; **o outro** ao qual esse discurso se dirige e **a produção** que determina o produto que esse discurso comporta. A rotação dos quatro elementos nos quatro lugares configura, portanto, a estrutura de cada discurso e fornece as seguintes possibilidades discursivas:

Figura 1. Os quatro discursos de Lacan



É a partir do **discurso do mestre** que o sujeito entra no campo da linguagem. Como um significante é o que representa um sujeito para outro significante, e não há nenhum significante que possa representar o sujeito integralmente, nesse discurso, temos no lugar do outro o saber produzido pelo mestre e no lugar da verdade um sujeito dividido. O lugar do produto do discurso é preenchido pelo objeto a , que por estar perdido para sempre não se faz representar.

Lacan privilegiou a dominante do discurso do mestre como sendo aquilo que marca o estilo discursivo. Nesse discurso, o agente é S1, o significante que marca uma posição fálica, revelada no dito do mestre, portador da lei que constitui o direito. Na fala do mestre não há o sujeito dividido, e com isso, o significante mestre se dirige rumo a um saber do outro, a fim de produzir mais-de-gozar.

No livro intitulado “*A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*”, Jean Clavreul propõe uma aproximação do discurso médico em relação ao discurso do mestre²¹. Enquanto representante do discurso da ciência, o saber médico toma o outro a quem se dirige - o paciente - como objeto, caracterizando-o, fundamentalmente, pela doença que o atinge. A redução da pluralidade de sentidos enunciados pelo paciente acerca de seu adoecimento aos signos médicos caracteriza “*o discurso médico como um discurso totalitário*” (CLAVREUL, 1983: 84), cuja operação só é possível pela exclusão da subjetividade de cada paciente. Ao promover uma cisão entre o homem e sua doença, o discurso médico torna homogêneo tanto a nomeação das doenças, por meio de seus diagnósticos, quanto suas intervenções sobre os sintomas, descartando, no mesmo ato, as diferenças subjetivas intrínsecas ao sujeito que lhe demanda tratamento.

“O doente é convidado, assim, a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre. Está convidado a se olhar como um outro, a desconfiar do que sente, pois tudo o que sente deve ser interpretado em função desta doença que não pode conhecer e que só o discurso médico pode interpretar”. (CLAVREUL, 1983:97)

Ao afirmar que “*não existe relação médico-doente*” (CLAVREUL, 1983: 210), o autor ressalta o apagamento da subjetividade do médico ao sustentar uma prática clínica baseada em verdades objetivas que, não sem conseqüências, ratifica a mestria do discurso médico. Nesse sentido, o modelo asilar e o exercício das prescrições e das experimentações médicas noticiam uma lógica de intervenções, na qual as interpretações subjetivas do médico e do doente ficam suspensas para vigorar o saber constituído pela medicina sobre as doenças.

²¹Seguindo a proposta de Jean Clavreul apresentamos esta aproximação, não pretendendo, com isso, “demonizar” o discurso do mestre privilegiado na teoria lacaniana pelo fato de ser este o discurso primeiro do qual todo discurso é constituído; aquele que dá primazia ao significante S1 que funda o inconsciente. Torna-se necessário, portanto, lançar mão de uma reflexão crítica sobre as instituições médicas cujo funcionamento é regrado pelo discurso do mestre, podendo, ainda, ser subsumido pelo discurso do capitalista dominante na atualidade. Não aprofundaremos aqui a operação do discurso do capitalista, tendo em vista os objetivos dessa pesquisa de fundamentar as graves conseqüências clínicas ocasionadas pela supressão da histeria nos atuais manuais diagnósticos da medicina.

No discurso médico, a relação entre o homem e a doença passa a ser definida, então, pela relação entre “*instituição médica - doença*” (op.cit.: 49). Uma vez destituídos de sua subjetividade, os médicos acentuam a prevalência da instituição médica sobre a doença como o lugar onde seu discurso é empregado com toda preeminência. Ao homem resta, contudo, a designação de um anônimo terreno onde a doença - o caro objeto constituído pelo discurso da medicina – encontra-se instalada. Desse modo, nunca acontecerá o encontro entre o médico e o doente; este cenário servirá, apenas, para o encontro do “*médico com seu próprio discurso*” (op.cit.: 17), onde se instaura a função silenciadora do discurso do mestre, que, “*ao se valer apenas dos elementos de seu próprio discurso, abole tudo o que nele não pode se inscrever.*” (op.cit.).

O diagnóstico médico é, portanto, um “*ato de mestria*” (op.cit.: 169) que fornece ao clínico o poder de agrupar os sintomas e de colocá-los numa ordenação simbólica, isto é, numa cadeia significante, de onde se extrai uma significação única sobre a doença e a terapêutica. Com isso, o discurso médico suprime a divisão do sujeito, na visada normativa de “*nada querer saber*” do que não é articulável ao sistema conceitual da medicina, marcando a impossibilidade desse sujeito se fazer representar pelos significantes que enuncia em seu próprio discurso. Ao afirmar: “*Você está com a síndrome do pânico, isto é uma doença que se trata com medicamentos.*”²², o discurso médico só faz atribuir uma significação universalista ao estado enigmático e subjetivo que provoca sofrimento ao sujeito. Seu poder advém das respostas que ele dirige aos pacientes; no entanto, é também aí que se revela sua impotência quando, diante dos quadros enigmáticos de histeria, ele só encontra uma resposta: “*Você não tem nada, vai para casa e tome esse remédio para se acalmar.*”.

A fim de discutir a presença do discurso do mestre no campo da saúde mental, problematizaremos a proposta da reforma psiquiátrica como um movimento de crítica ao discurso médico. A ordem médica, como assinala Clavreul, constitui-se como uma “*ordem jurídica*” (op.cit.: 224) capaz de fundamentar, em nome da ciência, a prescrição medicamentosa, os experimentos laboratoriais e a internação hospitalar como uma *norma* ou uma *ordem* ao qual todo paciente deveria se submeter. Como vimos, o movimento da reforma propõe um afastamento da figura médica da doença que orientou, por muitos anos, as condutas terapêuticas de normatização e controle dirigidas

²² Os comentários destacados no final desse parágrafo exemplificam alguns relatos de pacientes atendidos na rede pública.

aos pacientes acometidos por doenças mentais. Esse movimento, no entanto, não deixou de formular e fixar seus preceitos terapêuticos, em nome de um projeto político, para fundamentar uma nova proposta de assistência.

Como mostrado no início desse capítulo, a partir da reforma um novo sentido é atribuído à prática clínica. Seu campo de ação terapêutica inclui pressupostos e iniciativas que se associam, originalmente, aos procedimentos de atenção psicossocial e à proposta da clínica ampliada. A orientação terapêutica postulada pelo paradigma da desinstitucionalização desenvolve-se, portanto, por meio de uma forte tendência em relação aos procedimentos regidos pela lógica de uma *reabilitação psicossocial*. Nessa perspectiva, os usuários dos serviços de atenção psicossocial vêm sendo acompanhados a partir da indicação de ofertas de cuidados diários que visam o resgate dos direitos e da cidadania daqueles que os perderam no confinamento asilar.

Ainda que o movimento da reforma psiquiátrica represente uma importante proposta de assistência para seus pacientes, diferente do que lhes impõe o discurso médico, algumas de suas propostas podem se desenvolver como uma reprodução da operação do discurso do mestre. Ao reduzir a prática clínica, que leva em conta o saber produzido pelo sujeito sobre seu adoecimento, às ofertas de cuidados regidas pelos princípios dos direitos e da cidadania, os dispositivos da atenção psicossocial podem sustentar um “*saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito.*” (RINALDI, 2006: 145). Enquanto o saber médico exclui a subjetividade daquele que adocece para lhe impor “*o que precisa: medicamentos*”, o discurso da atenção psicossocial pode, também, promover uma operação discursiva a partir do apagamento do saber do sujeito sobre seu estado sintomático para lhe oferecer “*o que precisa: direitos, cidadania*”.

O discurso do mestre tem como visada “*alienar o outro de seu próprio desejo*” (CLAVREUL, 1983: 20) e, por isso, opera por meio de normas, ou seja, de imperativos categóricos que fundam a ordem médica. Diante disso, o discurso da cidadania poderia incorporar essa operação discursiva ao empregar a “*prescrição*” de oficinas e de benefícios financeiros, ao invés de recolher da fala de cada sujeito o sentido por ele atribuído para essas ofertas de cuidados. Esse questionamento nos leva a tecer novas considerações sobre os efeitos do discurso do mestre refletidos nos variados discursos presentes no cotidiano das instituições.

Além do discurso do mestre, Lacan destaca um outro discurso que também pode nos ser bastante útil para precisar os discursos que circulam no campo da saúde mental.

Como um prolongamento do discurso do mestre, o **discurso universitário** privilegia o saber constituído (S_2) que ao incidir sobre o outro, tomado como objeto, produz um sujeito “formatado” por este saber. Na universidade, onde o discurso universitário é dominante, propaga-se o saber produzido pelo discurso do mestre. Desse modo, os professores convocam os alunos a recolherem o produto do trabalho de seus “mestres”, no intuito de transmitir um saber formalizado por meio de uma informação organizada e cumulativa. A transmissão desse saber, no entanto, só pode se dar parcialmente, uma vez que, ao ser retransmitido aos estudantes, esse saber necessariamente sofre uma alteração ocasionada pelos desvios que cada educador emprega em seu exercício de ensino. Não obstante, a academia se dedica à organização dos significantes ($S_2, S_3, S_4...$) entre si, sem lhes dar outro privilégio senão o de recolher, dessa cadeia, um novo significante que se adeque à ordem de um discurso constituído. O discurso universitário, assim, provoca impedimentos à emergência de novos significantes, por parte dos aprendizes, que possam deturpar ou, até mesmo, subverter a ordem por ela estabelecida.

Para a discussão que nos interessa, buscaremos aproximar alguns elementos desse discurso aos aspectos institucionais que se apresentam na dinâmica das instituições médicas e dos novos serviços de saúde mental. Convém esclarecer que não se pretende, nessa discussão, enquadrar os discursos médicos e da atenção psicossocial, de modo rígido em um desses quatro discursos, uma vez que a interdependência entre eles assegura a impossibilidade de um desses discursos se manter sem a existência dos outros três. A análise proposta visa, portanto, designar os pólos de atração em direção ao qual todo discurso é deslocado, acentuando os discursos médicos e o da atenção psicossocial enquanto modulações discursivas que possibilitam aproximações aos discursos aqui apresentados.

No discurso universitário, o saber constituído dirige-se ao gozo dos bens que o saber obtém. Apropriando-se da ligação matemizada de $S_2 - a$, Jean Clavreul afirma que “*a ciência capitalizada em saber prolonga-se nos bens que obtém*” (CLAVREUL, 1983:171) a fim de sublinhar a ingerência do saber científico nos bens de consumo por ele constituído. Como porta-voz dos efeitos desse discurso, um paciente já advertia no espaço de seu tratamento: “*a psiquiatria que me inventou, me viciou!*”²³, explicitando a pregnância do discurso científico sob o saber de seu adoecimento. Assim, a sociedade

²³ Afirmativa de um paciente assistido em um dos CAPS’s selecionado para a pesquisa “Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da Saúde Mental”, coordenada pela Prof^a.Dr^a Dóris Luz Rinaldi.

científica – como variante do discurso universitário - estende seus interesses aos bens de consumo que resultam do saber por ela constituído, legitimando a prolongação do discurso do mestre, como produtor do saber científico, no discurso universitário como detentor desse saber. Cabe observar que o tratamento da histeria nas instituições médicas atesta esse circuito discursivo no qual o saber médico, enquanto saber que constitui os signos diagnósticos, estende-se ao discurso universitário por meio das indicações terapêuticas fornecidas, essencialmente, sob a forma de bens de consumos medicamentosos. Suprimida dos atuais manuais diagnósticos, a histeria só se faz reconhecer no meio acadêmico médico a partir dos “novos transtornos”, e, conseqüentemente, a terapêutica empregada nesses casos é reduzida aos “novos medicamentos” indicados para cada classificação diagnóstica.

Na instituição médica, o saber do mestre é reproduzido por uma série de condutas normativas e excludentes, e qualquer outro saber que não provenha do campo da medicina é descartado imediatamente. As novas instituições de saúde mental, inauguradas a partir da reforma psiquiátrica, ainda que baseadas no paradigma da desmedicalização e da desinstitucionalização, não deixam de apresentar pontos de enlace entre os discursos do mestre e do universitário.

A partir da análise das questões trabalhadas na pesquisa *“Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da Saúde Mental”*²⁴ é possível apresentar considerações relevantes sobre o trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os impasses clínico-institucionais que se desenrolam no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial indicam a problemática questão da transmissão do saber que fundamenta o trabalho dos profissionais inseridos nesses serviços. Sem negligenciar a imprescindível função do saber médico para o acompanhamento dos casos, e tampouco, do saber produzido pelo discurso da cidadania, os profissionais inseridos nessa rede de serviços vem assumindo o desafio de construir um saber sobre a clínica que considere a demanda de cada paciente no estabelecimento de um projeto terapêutico.

Como vimos, o campo da saúde mental comporta diversos profissionais orientados por diferentes saberes que norteiam as intervenções realizadas nos serviços

²⁴ Pesquisa desenvolvida no Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro desde outubro de 2003, sob a coordenação da prof^a Dr^a Doris Luz Rinaldi, cujo objetivo volta-se à análise dos discursos e práticas vigentes nos novos dispositivos de assistência à saúde mental, criados a partir da Reforma Psiquiátrica.

de atenção psicossocial. Nesse cenário, o dispositivo do *técnico de referência*, introduzido pela reforma, assume um papel fundamental ao descentralizar a referência de um “saber especializado”, tal como tínhamos nas antigas instituições de tratamento. Muitas perguntas, contudo, ainda cercam o exercício dessa função incorporada pela diversidade de saberes que orientam o acompanhamento clínico e o agenciamento de ofertas de âmbito institucional e social para cada paciente.

O predomínio nesse campo, dos dispositivos de atenção psicossocial, pode resultar, como já dissemos, na redução da prática clínica às ofertas de cuidados regidas pelos princípios dos direitos e da cidadania. Muitas vezes as atividades são desenvolvidas como condutas burocráticas e normativas que podem se tornar, porque não dizer, cronificadoras para o acompanhamento de alguns casos. Nessa perspectiva, a proposta dirigida aos técnicos de referência de providenciarem oficinas e entretenimentos para a atenção diária envolve riscos como o de um “enquadramento” dos sujeitos assistidos no cardápio de ofertas institucionais que, como efeito, produz um atropelamento do trabalho clínico direcionado para cada sujeito. O estabelecimento de propostas como essa, no entanto, vem sendo freqüentemente questionadas pelas equipes de alguns CAPS’s, uma vez que, isto pode reeditar o antigo formato do tratamento moral que se servia dos mesmos propósitos: “ocupar os pacientes”, sem, contudo, fazer com que cada paciente se ocupe de seu tratamento. Se esses procedimentos se desenvolvem a partir de um “saber” estabelecido *a priori* sobre os direitos do paciente, o saber que próprio sujeito produz sobre seu quadro sintomático pode se desviar das ofertas terapêuticas a ele dirigidas. Aqui podemos situar, então, a visada do discurso universitário como a de, justamente, fixar o exercício desses profissionais sobre os fatos constituídos pelo paradigma da reforma, resultando na exclusão dos outros fatos clínicos que aí não se inscrevem. Diante disso, notamos que muitos sujeitos históricos não só resistem à esse tipo de “enquadramento”, mas questionam, frequentemente, o saber estabelecido pelas diretrizes de cuidados da atenção psicossocial.

A partir dessa observação podemos introduzir o discurso da histórica que está em íntima relação com os mandamentos do mestre. A rotação das letras do discurso do mestre produz o **discurso da histórica** que traz no campo do sujeito a barra que fora recalçada pelo mestre, assim como o objeto *a*, causa de desejo, no lugar da verdade. A histórica toma o Outro como S_1 , como mestre a quem dirige sua demanda insatisfeita de cura do sintoma e de decifração.

Ao longo da história, o contínuo deslocamento da histeria em torno de determinados desdobramentos do saber está relacionado ao fato de que “*a histórica quer um mestre sobre o qual ela reine e ele não governe*” (LACAN, (1969-1970) 1992: 122). Portanto, onde há histórica, há mestre uma vez que no campo do Outro desse discurso estão situados S_1 como dominante do mestre e S_2 como registros simbólicos. No campo do sujeito estão o sujeito dividido, no lugar do agente do discurso, reconhecido pelo sintoma onde “*se situa e se ordena tudo o que é do discurso da histórica*” (*op.cit.*: 41) e a falta radical, como causa de desejo, no lugar da verdade. Embora a histórica se dirija ao mestre pedindo que ele produza um saber sobre seu sintoma, ela se fixa no lugar de objeto *a* - causa de desejo -, impedindo que o saber produzido pelo mestre escanda sua verdade. Assim, se o Outro responde do lugar de mestre, ela o destitui, já que seu discurso denuncia sistematicamente a castração do mestre, como é explicitado no dito do sujeito histórico. O discurso histórico, portanto, elide a falta no campo do Outro, visando “*fabricar, como pode, um homem – que seria movido pelo desejo de saber*” (LACAN, (1969-1970) 1992: 31).

O discurso da histórica, em oposição ao discurso universitário, sustenta uma posição de contestação diante do mestre, evidenciando que seu poder falha. Enquanto o mestre produz o saber consumido pelo universitário, o sujeito histórico desvela a incompletude desse saber que exclui a dinâmica de sua verdade. O discurso histórico, portanto, presta-se a denunciar sistematicamente a castração do mestre, em especial, por meio de uma produção sintomática.

Os sintomas históricos revelam de modo transparente a reivindicação de um sujeito que não se deixa aprisionar pelo significante mestre e pelas articulações da cadeia significante que constituem um saber capitalizado e um “bem medicamentoso” que pode lhe curar. Desse modo, a sintomatologia histórica pode se assemelhar a uma gama de patologias sem, jamais, corresponder a nenhuma delas; pelo simples fato desse sintoma não se situar no saber constituído pelo campo da medicina. Conseqüentemente, os tratamentos médicos experimentados em outros quadros sintomáticos fracassam, absolutamente, na condução dos casos de histeria. Nesse sentido, pode-se afirmar que esse sujeito é por si só, “desmedicalizante”, uma vez que sua posição discursiva é, justamente, a de denunciar os imperativos do discurso médico que visam alienar esse sujeito de sua condição subjetiva.

Apoiada nessas considerações, a função do discurso da histórica pode, ainda, ser introduzida na regência dos efeitos discursivos expressos no campo da saúde mental

diante da recusa do poder totalitário do discurso do médico. Ao denunciar a castração do mestre, o discurso da histérica provoca uma retificação subjetiva do sujeito com seu ato. Essa posição discursiva, contudo, aproxima-se do paradigma da desmedicalização proposto pela reforma psiquiátrica. Diante da recusa do saber hegemônico da psiquiatria sobre as psicopatologias, tal como, da exclusão social e subjetiva de pacientes acometidos por doenças mentais, o movimento da reforma se lançou ao laço social como “*invectivo*” (LACAN *apud* JORGE, 2002: 31) em relação ao discurso médico. Nessa perspectiva, até o século passado, a psiquiatra tradicional ocupava seu lugar de mestria, e a resposta dada por meio de seus métodos clínicos excludentes, só fez sentenciar à posição histórica esse lugar de denúncia do regime médico e, concomitantemente, de invenção de um novo formato de assistência assumido pela reforma psiquiátrica.

No exercício cotidiano de seu trabalho, os profissionais dos serviços de saúde mental não raro adotam o discurso histórico na circulação de outros discursos presentes nesse campo. Interrogando o que se estabelece *a priori* para o acompanhamento de cada caso, esses profissionais assumem um posicionamento discursivo capaz de fomentar um questionamento que, não só promove mudanças significativas no âmbito da clínica, como ainda produz um novo saber a partir de sua prática institucional. Diante da falta de recursos, da “cientificização” dos discursos, dos corporativismos que dificultam o trabalho em equipe e dos interesses políticos e econômicos que, muitas vezes, descartam o sujeito e, não sem conseqüências, geram efeitos terapêuticos negativos; o discurso da histérica afirma uma militância pela constituição de um campo que tome o saber sobre a clínica como algo a ser, constantemente, reinventado.

Um quarto de giro no discurso da histérica produz o **discurso do psicanalista**. Como indica a experiência clínica de Freud, uma outra posição discursiva deve se apresentar na demanda de um mestre que produza saber para a histérica. Por não responder a partir da posição do mestre, mas sim da posição de não-saber própria ao psicanalista, isto é, da posição de objeto causa de desejo, Freud convocou o sujeito a dizer o que ele próprio sabe, e, sem saber que sabe, a revelar sua própria verdade. Nesse sentido, Lacan afirma: “*é com o discurso da histérica que se desenha o discurso do psicanalista*” (LACAN (1969-1970) 1992: 188), ratificando o valor do discurso da histérica para constituição do dispositivo analítico.

Em *O seminário, livro 17* Lacan desenvolve aspectos centrais sobre o discurso do psicanalista no laço social, designando o discurso do mestre como *o avesso da*

psicanálise, idéia que já se apresenta na abertura de seu seminário. Como vimos, o mestre tem a posição própria daquele que marca o estilo discursivo, e por isso, o matema do discurso do mestre é considerado como o “*ponto de partida*” (LACAN (1969-1970) 1992:12) do qual, fazendo uma rotação entre seus elementos obtêm-se os outros três discursos. O discurso do mestre deve, então, ser privilegiado pelo fato de ser este o discurso primeiro, aquele que dá primazia ao significante S_1 , do qual todo discurso é constituído.

Ao fundar a psicanálise, Freud abandona o método hipnótico desenvolvido sob a operação do discurso do mestre. Esse discurso se evidencia, essencialmente, no emprego da sugestão hipnótica que opera a partir de um saber produzido pela medicina sobre o tratamento do sujeito histérico ($S_1 - S_2$). Subvertendo essa posição discursiva, a descoberta freudiana do inconsciente promove uma passagem da utilização da sugestão para a escuta do saber que o sujeito histérico produz sobre seus sintomas no terreno da transferência analítica.

A partir da descoberta freudiana, portanto, o discurso do psicanalista veio não só introduzir uma nova forma de laço social, como também permitir que os outros discursos pudessem ser isolados como tal. Ao avesso da “*mestria constituída por todo uso da linguagem*” (JORGE, 2002:30) o discurso do analista situa, na dominante discursiva, o objeto *a* (causa de desejo) em sua relação com o sujeito. Desse modo, o discurso do psicanalista, cuja dominante é a falta que se traduz pelo apagamento da subjetividade do analista, dá lugar ao dito do sujeito do inconsciente. Esse discurso, portanto, é o único que favorece a inscrição do desejo, uma vez que só o próprio sujeito pode produzir saber sobre si mesmo. Enquanto o mestre se dirige ao outro tomado como saber, o psicanalista se dirige ao outro tomando-o como sujeito capaz de “*produzir significantes que lhe possibilitem ascender ao lugar de autor de sua própria história, mestre de seu próprio desejo*” (BLANC, 2002:117).

Uma das características fundamentais do discurso do psicanalista, portanto, é a de que ele é o único discurso que considera o outro como sujeito, de modo oposto ao discurso universitário, que se dirige ao outro como objeto a ser dominado por um saber constituído e capitalizado. Desse modo, o saber articulado à *verdade* de cada sujeito analisante é o que constitui o campo de saber do psicanalista. Este campo desabitado pela subjetividade do analista, representado pela inscrição do objeto *a* ($a - \$$), envolve o saber produzido pelo sujeito do inconsciente a partir dos significantes que o representam.

A operação do dispositivo analítico se ancora, justamente, nos elementos inconscientes emergidos na fala do sujeito analisante ao ser convocado pelo analista à associar livremente e a produzir uma ultrapassagem de determinadas referências para partir do desejo como motivação legítima de onde o sujeito assume seu destino. Foram as histéricas que prontamente responderam à regra fundamental da associação livre, e é nessa direção que Lacan sustenta a *histerização* do sujeito na experiência de uma análise: “*faz dele um sujeito a quem se solicita que abandone qualquer referência.*” (LACAN (1969-1970) 1992: 32).

“Não estará aí, afinal, o próprio fundamento da experiência analítica? Pois digo que ela dá ao outro, como sujeito, o lugar dominante no discurso da histérica, histeriza seu discurso, faz dele um sujeito a quem se solicita que produza significantes que constituam a associação livre soberana.”
(LACAN (1969-1970) *op.cit.*)

A psicanálise surge a partir do desejo de Freud de escutar os histéricos, e de se deixar ensinar pela histeria sob o formato de uma nova ética de tratamento. Como condição do ato analítico, o dispositivo da psicanálise promove a *histerização* do sujeito. A partir do que Freud aprendeu com as histéricas, confirma-se na experiência analítica que a função analisante é sempre histérica.

Diante da discussão acerca do tratamento da histeria na rede de serviços de saúde mental, podemos situar a função do discurso analítico, como laço social determinado pela prática de uma análise, em sua relação com o discurso da histérica e com outros discursos presentes no campo da saúde mental. Causado pelo enigma da histeria, Freud funda o campo da psicanálise sustentando o saber produzido por esse sujeito como fundamento ético para seus avanços clínicos e teóricos. Nessa via, indicaremos a importância do discurso inaugurado por Freud para o tratamento de sujeitos histéricos que se inserem em diferentes instituições públicas de saúde.

Ao contrário das condutas adotadas no tratamento psiquiátrico atual, que introduzem novos procedimentos para abolir os sintomas, no tratamento analítico este sintoma é acolhido como algo que faz uma função importante para o sujeito. Com o desafio de promover uma interlocução entre os profissionais que se inserem nas **instituições médicas**, o dispositivo analítico vem operando nessas instituições sustentando a escuta do sintoma histérico como algo que representa o sujeito, e trazendo suas contribuições na apreensão do sintoma não necessariamente como “*sinal de doença, mas como a marca do sujeito do inconsciente*” (ALBERTI, 2001: 06).

Comprometidos com esse desafio, o dispositivo analítico não deve ceder às condutas silenciadoras do saber médico, mas promover a proliferação da fala do sujeito histórico para implicá-lo na direção de seu tratamento.

Diferenciando-se das intervenções “objetivadas” que fundamentam a clínica médica, o rigor ético e metodológico empregado pelo psicanalista constitui uma prática clínica que é, sobretudo, subjetivante. Nesse sentido, é possível afirmar que o tratamento de sujeitos históricos deve se dar pelo *encontro com um analista*, uma vez que, outras abordagens clínicas podem apenas promover um *encontro do profissional com seu próprio discurso*, obliterando, assim, a subjetivação que cada paciente produz sobre o adoecimento. Enquanto os procedimentos médicos para o tratamento da histeria se desenvolvem sob o *terreno da doença*, o dispositivo analítico opera sob o *terreno da transferência* que marca, justamente, a possibilidade de um encontro do sujeito histórico com os significantes que o representam, sustentado pelo desejo do analista. Desse modo, a eficácia do encontro com um analista para o tratamento da histeria, está na importância do desejo do analista na sustentação de uma análise, promovendo a emergência do saber sobre o sintoma histórico a partir do dizer do sujeito analisante. Subvertendo o imperativo emudecedor do discurso do mestre, a posição do analista nas instituições médicas pode acolher a reivindicação do discurso histórico, ao invés de classificar e medicalizar excessivamente esse sujeito compreendido por Lacan como “*o próprio sujeito do inconsciente*” (apud QUINET, 2003).

Como forma de tratamento capaz de acolher esses sujeitos possibilitando-lhes a passagem da denúncia e da demanda ao *bem-dizer* de seus sintomas, o dispositivo analítico vem operando nos **serviços de saúde mental** em sua prática cotidiana “entre vários”. A especificidade da prática de psicanalistas nesse novo formato de assistência é entendida como um “*campo teórico-clínico autônomo e, ao mesmo tempo, passível de um intercâmbio com diferentes práticas clínicas dentro de um serviço de saúde*” (ALBERTI & FIGUEIREDO, 2006:13). Desse modo, o discurso do psicanalista promove avanços significativos no trabalho clínico, ao sustentar a palavra de cada sujeito assistido, por meio da interlocução entre os profissionais que se ocupam dos pacientes desses serviços.

A instrumentalização de várias práticas para assistência psicossocial não raro negligenciam o saber produzido pelo sujeito nas ofertas de cuidados que se empregam no trabalho institucional e social. As propostas e os impasses políticos, administrativos e assistenciais que cercam o campo da saúde mental podem fomentar, ainda mais,

diretrizes de cuidados em que a singularidade do sujeito é excluída, tal como ocorre nas instituições psiquiátricas. No entanto, “*não é porque a resposta a essa clínica se inscreve no discurso do mestre que ela deve ser abandonada pelos analistas.*” (ZENONI, 2000:16). Diante dessas dificuldades, os psicanalistas não devem recuar de sua aposta de um trabalho clínico com o sujeito, ao contrário, é necessário que o psicanalista compareça com seu discurso no intercâmbio com outros saberes.

A operação do discurso analítico deve ser sustentada no trabalho em equipe, tendo em vista que a função desse discurso, como apresenta Lacan, é a de permitir a rotação dos outros discursos. A importância do discurso do analista na conjugação com as diversas formas discursivas que se apresentam na rede de saúde mental dirige-se, em especial, ao acompanhamento de cada sujeito nessas instituições. Nessa perspectiva, “*o discurso do analista pode orientar uma cura a dois ou se pode orientar uma prática feita por muitos.*” (op.cit.). Atento ao percurso que o sujeito indica para seu tratamento, a posição silenciosa do psicanalista coloca em suspenso qualquer saber que não derive da fala do paciente, obtendo, assim, sempre um novo aprendizado sobre a clínica.

“Ao contrário de uma postura moral que tem em seu horizonte um ideal de cura como ideal de bem, e que parte dos modelos prévios sobre o que é melhor para o paciente, a ética da psicanálise dirige-se ao sujeito na sua diferença radical para que ele mesmo trace o caminho possível para a sustentação do seu desejo”. (RINALDI & LIMA, 2006:59)

A contribuição do discurso do psicanalista no campo da saúde mental encontra-se na possibilidade de convocar a equipe a uma posição de *aprendizes da clínica*, partindo da destituição de saberes prévios para o acompanhamento de cada paciente no caminho por ele mesmo trilhado na direção de seu tratamento. Este é, afinal, um dos desígnios freudianos para o trabalho clínico, quando recomenda ao analista que esqueça tudo o que sabe ao se debruçar na particularidade de cada caso.

Desse modo, é interessante que os profissionais não “saibam” medir a priori os efeitos de suas intervenções, ou como inseri-las no cotidiano do serviço, pois seus questionamentos podem se apresentar como proposta de um trabalho em equipe que ocasiona sempre novas descobertas sobre a clínica que se realiza na atenção psicossocial. Procura-se, aí, criar condições para que o discurso analítico lance suas contribuições seja na relação individual com o paciente, seja no agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo clínico partilhado entre vários profissionais.

A apresentação de um fragmento de caso clínico, no próximo capítulo, conduzirá a discussão sobre a importância do *encontro com um analista* para o tratamento de um caso de histeria acompanhado em diferentes serviços da rede territorializada de saúde mental. Partindo da idéia de que um analista não deve restringir sua prática clínica com sujeitos histéricos às “*quatro paredes*” de um consultório ambulatorial, a tarefa da interlocução será acentuada na condução desse caso como um posicionamento ético do psicanalista frente aos “*quatro discursos*” que circundam esse campo de assistência.

CAPÍTULO 4

A clínica da histeria e o encontro com um analista

Enquanto as recomendações freudianas para o tratamento da histeria são descartadas pelo paradigma atual da psiquiatria biológica, dificultando a interlocução entre médicos e psicanalistas; no campo da saúde mental o dispositivo analítico vem se inserindo no trabalho clínico e institucional entre vários profissionais. Diferindo-se das condutas empregadas nas instituições psiquiátricas de supressão dos sintomas pela ação medicamentosa, os CAPS's e os ambulatórios vêm estabelecendo novos arranjos terapêuticos fundamentados na importância da escuta clínica do sintoma histérico. Por meio de intervenções que visam uma direção *desmedicalizante* para o tratamento da histeria, a conjugação dos preceitos clínicos da psicanálise com as propostas políticas e institucionais da reforma psiquiátrica possibilitam a escuta do sujeito histérico como algo fundamental para a formulação de ofertas na assistência pública.

O desafio da interlocução deve, então, ser sustentado pelos analistas para que seu trabalho clínico compareça no debate com diferentes profissionais promovendo, ainda, uma articulação entre os serviços ambulatoriais e de atenção psicossocial a partir da demanda de tratamento apresentada por cada sujeito. Nessa perspectiva, o dispositivo analítico vem operando junto ao dispositivo médico-psiquiátrico e aos dispositivos de cuidados postulado pela reforma psiquiátrica, trazendo contribuições fundamentais para a construção e a condução dos numerosos casos de histeria que se inserem nesses serviços.

Nesse capítulo, apresento experiências vivenciadas no serviço de saúde mental de um ambulatório público, localizado na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, cujo funcionamento vem sendo reformulado a partir das propostas clínica e institucional da reforma psiquiátrica para as unidades ambulatoriais. Nesse cenário, indico os possíveis percursos, diagnósticos e condutas terapêuticas empregadas no tratamento da histeria, visando, diante da diversidade de posições e discursos que atravessam o campo da saúde mental, viabilizar uma discussão sobre a contribuição do discurso psicanalítico lançada aos novos dispositivos que se ocupam desses casos na rede pública de saúde mental. A partir da apresentação de um caso clínico será sublinhada a importância do

encontro com um analista, não apenas para nortear o trabalho clínico individualizado com sujeitos histéricos nos ambulatorios de saúde mental, mas para fomentar, ainda, ofertas e condutas clínicas nessa rede de serviços pautadas no desejo inconsciente que esses sujeitos revelam sob forma sintomática. A construção desse caso possibilitará, ainda, avançar na discussão sobre a conjugação necessária entre o tratamento analítico ambulatorial, os dispositivos de cuidados e a terapêutica medicamentosa para o tratamento do sujeito histérico.

4.1. Fragmento de caso clínico

Iniciado o ano de 2006, recebo no ambulatório um caso encaminhado pelo CAPS de referência da unidade ambulatorial onde estou inserida. Nesse período, a articulação entre o serviço ambulatorial e o CAPS se estreitava, não somente pela construção de um trabalho com a rede de serviços de saúde mental da região, mas, ainda, pela minha inserção como pesquisadora nesse serviço. O engajamento na pesquisa “*Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da Saúde Mental*”²⁵ possibilitou, assim, a análise e a discussão sobre as práticas clínicas que atravessam o campo da atenção psicossocial e, ainda, o estreitamento dos laços de parcerias importantes para o tratamento de sujeitos histéricos que não se inseriam no cotidiano da atenção psicossocial. Convém salientar que o CAPS em questão é fortemente influenciado por uma orientação clínica na condução dos casos assistidos, fomentado, principalmente, pelas intervenções empregadas nos encontros de supervisão da equipe desse serviço.

O caso de uma paciente, que aqui chamarei de Ruth, foi trazido para discussão no encontro de supervisão da equipe do CAPS, onde estive presente com a tarefa de desenvolver um trabalho de observação participante para a pesquisa referida. Durante a supervisão, a técnica de referência que acompanhava essa paciente solicitou a construção do caso que fora atendido, até então, somente por uma psiquiatra não mais inserida no serviço. A técnica de referência revela que Ruth foi encaminhada ao CAPS por um dos agentes do PSF²⁶ da região e que em seu prontuário não constava nenhuma hipótese diagnóstica; restando poucos relatos colhidos da fala da paciente acerca de sua

²⁵ Pesquisa desenvolvida em três CAPS’s do município do Rio de Janeiro sob a coordenação da prof^a Dr^a Doris Luz Rinaldi.

²⁶ Agentes do PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA que promovem assistência às comunidades de determinados sítios territoriais.

sintomatologia caracterizada como “*crises carnis*” pela própria paciente, e como “*surtos psicóticos*” pela antiga psiquiatra. Ao introduzir alguns relatos sobre a paciente como “*ela agarra o pai e o irmão quando está em crise e fala dos delírios como alterações hormonais*” (SIC), a técnica de referência questionava o tratamento de Ruth no serviço, uma vez que a paciente não aceitava participar de nenhuma oficina, comparecendo ao CAPS apenas para retirar os medicamentos prescritos pela psiquiatra. Diante dessas informações, a supervisora do CAPS levanta uma dúvida diagnóstica entre histeria e psicose para orientar a condução do caso. A fim de esclarecer a hipótese diagnóstica e a indicação para tratamento ambulatorial, a equipe decidiu que a paciente poderia continuar sendo acompanhada pela técnica de referência aproveitando a chegada de um novo psiquiatra no serviço para reforçar essa avaliação. A propósito de minha presença na supervisão da equipe, fui questionada sobre a disponibilidade de atender a paciente no ambulatório.

Nas semanas seguintes desse encontro de supervisão, a técnica de referência de Ruth me procurou para combinarmos o início dos atendimentos ambulatoriais justificado pela falta de interesse da paciente em participar das atividades do CAPS. Ruth afirmava “*não ser maluca*” (SIC) ao ponto de ter que realizar as atividades junto aos demais pacientes do serviço, e por isso, negava-se à qualquer oferta institucional proposta pela equipe de profissionais. O meu interesse pela clínica da histeria, uma das hipóteses diagnósticas levantadas para o caso, fomentou, assim, a passagem desse caso por parte da técnica de referência que não deixou de ressaltar suas dificuldades na condução do caso: “*eu escuto o que ela diz, mas não sei mais como conduzir esse atendimento no CAPS*” (SIC). Combinamos, então, um encontro com a paciente no serviço de atenção psicossocial a fim de consolidar o encaminhamento para o serviço ambulatorial. Nessa ocasião, a técnica me apresentou à Ruth e pudemos, pessoalmente, estabelecer a data e o horário de seu primeiro atendimento no ambulatório.

Nas primeiras entrevistas realizadas com a paciente no ambulatório, Ruth revela ter 41 anos e que tem um problema “*hormonal*” (SIC) diagnosticado pelos médicos que tratam de seu caso “*desde os 08 anos de idade*” (SIC), chegando a sofrer uma internação psiquiátrica de 16 dias na fase da adolescência. Assim, Ruth descreve suas “*crises*”: “*em me enrolava toda na cama, tentava enfiar objetos e lençóis na vagina, agarrava meu pai, meu irmão e qualquer homem na rua*” (SIC); e com 11 anos de idade as *crises* se acentuaram: “*eu desmaiava, sentia uma pontada na cabeça, me entortava toda no chão*” (SIC). Durante a adolescência, sua mãe que “*era mais do que*

uma mãe, era a única amiga” (SIC) também adoeceu após sofrer um “*derrame*” (SIC) que comprometeu severamente suas atividades domésticas e familiares, ocasionando seu falecimento há, aproximadamente, seis anos atrás. Diante dos percalços ocorridos na vida de sua mãe, Ruth enfatiza que “*piorou muito*” (SIC); e em função do agravamento de suas *crises hormonais e carnais*, viu-se impelida a fazer um “*propósito com Deus*” (SIC) de que permaneceria virgem até “*a hora que Deus escolhesse um varão*” (SIC) para com ela se casar.

No início do tratamento, Ruth conhece um “*varão*” (SIC) com quem afirma estar namorando: “*gosto dele, mas não posso continuar me encontrando com ele porque senão vou dar logo, e isso é pecado da carne, fiz um propósito de me casar virgem*” (SIC); acrescentando que sua mãe a ensinou que “*mulher tem que ser de um homem só*” (SIC), mostrando-me um pano que sua mãe também a ensinou a usar, muito cedo, entre as pernas para esconder as curvaturas femininas. Sobre sua virgindade associa ser esta a causa de seu “*problema hormonal*” (SIC) o que a retira do problema de ser “*maluca*” (SIC), como é caracterizada pela vizinhança e pela família, ressaltado na afirmativa: “*eu não sou louca, tenho muito hormônio*” (SIC). Desse modo, Ruth confirma o prognóstico de alguns psiquiatras que a atenderam ao longo desses anos “*os hormônios se acumulam e sobem para a cabeça, mas se eu arrumar um marido isso tudo passa*” (SIC). Entretanto, todo o esforço empregado pela paciente para conquistar um relacionamento conjugal fracassava quando ela se vê diante dos homens: “*eu fico louca pra dar, os hormônios acumulados sobem tudo pra cabeça e acabo tendo mais crise*” (SIC). Quando a convoco a falar sobre seu interesse por um casamento, Ruth começa a produzir deslizamentos importantes em sua fala que indicam um desesperado medo de ficar só: “*eu me preocupo, meu pai está velho e está morrendo, quem vai cuidar de mim?*” (SIC). A partir desse desespero, já experimentado com a morte da mãe, a paciente pôde falar do desejo de ter uma casa, descrevendo uma série de dificuldades na relação com o pai e com alguns irmãos aos quais mantém distância desde o falecimento de sua mãe.

Ruth vive, atualmente, com o pai idoso e com um dos irmãos que “*também tem problemas de cabeça e não se casou*” (SIC) numa casa “*que pode cair qualquer dia desses*” (SIC) sem nenhuma fonte de renda; o que a torna absolutamente dependente da renda do pai “*até para comprar modess e remédio*” (SIC), objetos de consumo que indicam o mínimo necessário para seus cuidados femininos. A propósito do uso medicamentoso, a paciente afirmou nas primeiras entrevistas: “*eles funcionam como um*

marido, me faz companhia quando estou em crise, me faz melhorar” (SIC); embora encontrasse dificuldade de discernir os remédios prescritos: o *“falo-tal (fenobarbital) me ajuda, mas os de cor azul e amarelo (antipsicóticos) me dão crise*” (SIC). Nesta fala pode-se observar a constituição de uma série de equivalências significantes: pai – dinheiro - modess/remédio – marido - fato-tal, que nos permite aventar a relação edipiana desse sujeito com seu pai, tomado como seu objeto de desejo portador do *“falo-tal: o único que a ajuda a melhorar”*.

No que tange ao seu cotidiano familiar, Ruth denuncia sofrer agressões físicas por parte do irmão quando seu pai não está em casa: *“ele me bate, me chama de maluca, me manda chupar o pau dele e depois me manda arrumar um homem”* (SIC) o que reforça seu desejo de *“ter a própria casa, ter o próprio dinheiro, ter um marido”* (SIC). Nas semanas seguintes que dirige essa denúncia à analista, Ruth retorna ao atendimento revelando um novo feito: *“fui sozinha à polícia, fiz o corpo delito e denunciei meu irmão para o delegado”* (SIC) após apanhar severamente desse irmão sem nenhuma interdição por parte de seu pai. E, ainda, acrescenta: *“o delegado chamou meu irmão e disse que se ele me encostar a mão de novo vai preso!”* (SIC).

Na ocasião em que Ruth começa a falar desses “problemas” de sua família, ela chega sozinha no ambulatório *“enganada”* (SIC) com a data do atendimento já realizado nos dias anteriores: *“eu achei que você ia me atender hoje”* (SIC) e, com isso, combinamos de aumentarmos a frequência de atendimento para duas vezes na semana. Ruth, que *“nunca podia sair sozinha porque passava mal na rua”* (SIC) e, por isso, tinha que, obrigatoriamente, circular pelo bairro acompanhada de seu pai, começou a comparecer todas as terças e sextas-feiras ao ambulatório; o que pude sinalizar como um avanço significativo em seu tratamento ao dizer-lhe: *“você já consegue cuidar de algumas coisas sozinha”*. A aposta lançada dirigia-se ao desejo de Ruth de ter uma vida própria que lhe permitisse sobreviver ao desamparo familiar. Falar sozinha sobre sua doença também não era fácil, pois todas as descrições referidas às suas *crises* e às respectivas formas de tratamento estabelecidas para seu caso eram, todavia, acompanhadas pela seguinte frase: *“pergunta só ao meu pai, você deve achar que é mentira, que eu invento”* (SIC). Não obstante, foi nesse contexto que Ruth começou a denunciar as falhas de seu pai: *“ele não sabe conversar, me deixa sozinha em casa e só quer saber de arrumar mulher na rua e trazer para casa”* (SIC) afirmando seguramente: *“por isso minha mãe morreu”* (SIC).

A paciente revela que ao longo de sua infância e adolescência presenciou muitas brigas entre seus pais provocadas, em geral, por um único motivo: *“meu pai tinha relação com a minha tia e com outras mulheres na rua”* (SIC). Diante do envolvimento declarado de seu pai com a irmã de sua mãe, Ruth exclama: *“ele é safado até hoje, é um velho que não pode ver mulher!”* (SIC). Em seguida, revela que seu pai teve uma *“crise de coração”* (SIC) que o deixou *“impotente”* (SIC), no mesmo período em que a mãe e ela adoeceram e, em função disso, Ruth constatou que *“ele nunca mais pôde ter relação com mulher”* (SIC).

Como no caso Dora, a trama edípica desse sujeito revela-se constituída por uma identificação imaginária com o pai, favorecida pela impotência sexual deste: *“ele não pode ter relação, porque ficou doente”* (SIC), *“não sei como ele pode fazer para ter relação”* (SIC). Essa *“impotência”* vivenciada também por Ruth diante da impossibilidade de *“ter relação com um varão”* demarca uma clara identificação com sintoma do pai que transparece, com efeito, no desencadeamento dos ataques histéricos manifestados na presença de um *“varão”*, e ainda por meio de um sintoma conversivo apresentado nessa mesma sessão. Enquanto revela esse aspecto enigmático sobre a *“relação”* de seus pais, Ruth interrompe seu relato com queixas de dores; sente um lado do rosto paralisar e afirma: *“doutora, é muito problema... começo a falar e meu olho cái”* (SIC), em seguida à denúncia que fizera anteriormente sobre seu pai: *“ele não pode ver uma mulher”* (SIC). Aqui podemos situar o enigma da feminilidade revelado por esse sujeito diante da ambivalência enunciada: *“ele é impotente mas é um safado que não pode ver mulher”*. Esse ponto do caso Ruth traz à tona, então, a pergunta desse sujeito histérico apresentada de modo sintomático: *“O que é uma mulher? Como um(a) doente que não pode ter relação pode ser amado?”*. Interrompo a sessão, e apenas pontuo *“esses são os seus problemas”* sustentado o deslocamento que fizera dos *“problemas hormonais”* para os *“problemas de relação”* que circundam sua dinâmica familiar. Na sessão seguinte, Ruth retorna retificando-se quanto ao estado sintomático apresentado no último atendimento: *“saio daqui tão leve... chego em casa bem melhor”* (SIC).

Ao longo desses atendimentos, Ruth continuava freqüentando o CAPS para realizar tratamento com o novo psiquiatra e, com isso, obter seus medicamentos. Dessa vez, a paciente vinha sendo atendida por um psiquiatra que se ocupava de seu caso sustentando a importância de uma discussão sobre os manejos empregados nos tratamentos realizados no ambulatório e no CAPS. A paciente queixava-se,

constantemente, do uso de antipsicóticos que lhe provocavam novas “crises” assim que eram ingeridos: “*fico longe, eu sei que você está aqui mas é como se você não estivesse. Esses dias queimei a comida... eu esqueço das coisas*” (SIC), convocando-me a intervir em sua conduta de medicamentos junto ao seu médico. Ao notar que o psiquiatra resistia em suspender tal fórmula medicamentosa, Ruth encontrou uma nova forma de anunciar o efeito medicamentoso sobre seus sintomas: “*esses dias tive uma crise na frente do médico para ele ver que eu não falo mentira!*” (SIC). Nessa ocasião, começo a receber algumas chamadas telefônicas de seu médico, que, dessa vez, tentava reformular a conduta medicamentosa prescrita para a paciente. Em função do pedido de discussão do caso por parte do psiquiatra, levei notícias dos atendimentos realizados no ambulatório ao encontro de supervisão do CAPS. Para orientar a discussão clínica desse caso na supervisão da equipe foram traçados os seguintes propósitos: repensar o diagnóstico polarizado entre as hipóteses de histeria e psicose e, ainda, partilhar com os técnicos da equipe as dificuldades sociais desta paciente, solicitando-lhes o acompanhamento de algumas questões de âmbito social.

Os elementos colhidos de sua fala foram, então, expostos à equipe do CAPS a fim de sustentarmos uma hipótese diagnóstica de histeria. Tratava-se, a princípio, de um caso de “loucura histérica”, acometido por uma série de fenômenos clínicos que vinham mascarando tal hipótese diagnóstica, ao passo que, poderiam facilmente ser confundidos com os sintomas alucinatórios típicos da psicose. Como estratégia para indicar ao psiquiatra minha hipótese diagnóstica, resolvi retirar o termo “loucura” de nossa discussão, aprendendo com Ruth a importância de tratá-la sem essa “classificação” para evitar maiores controvérsias diagnósticas que comprometiam, principalmente, as prescrições medicamentosas as quais vinha se submetendo. O termo diagnóstico de “loucura histérica” foi, portanto, abandonado ao longo dos relatos sobre os atendimentos, uma vez que, Ruth retificava algumas “certezas” que obtinha sobre seu “*problema hormonal*”, passando a designá-lo como “*problemas de casa [ou] de relação*” que, em sua fala, a retiravam, sobretudo, do estigma de uma “loucura”: “*eu não sou louca, tenho muito hormônio, tenho muito problema em casa*” (SIC). Sua escolha em não freqüentar o serviço de atenção psicossocial, por ela caracterizado como “*um lugar para loucos*” (SIC), corroborava, ainda, o uso do termo diagnóstico de neurose histérica em detrimento de um termo diagnóstico cujo significante “loucura” vinha sobrepunhando a concepção dos sintomas e dos ataques histéricos descritos pela paciente. Nesse sentido, foi necessário ratificar o diagnóstico de histeria, justamente,

para sustentar a revisão da conduta medicamentosa prescrita para os estados de “loucura” descritos pelos psiquiatras que a acompanharam clinicamente.

A importância da afirmação de um diagnóstico de histeria para a condução de um caso clínico tornou-se evidente ao longo desse encontro de supervisão. Enquanto os dados etiológicos do estado sintomático de Ruth eram relatados à equipe do CAPS, o psiquiatra, engajado na construção desse caso, levantou alguns questionamentos importantes para o tratamento dessa paciente. O médico introduziu alguns relatos de Ruth, questionando-se sobre a presença de alguns “sintomas psicóticos”: “*ela vê hormônios descerem e sente gosto de sangue na boca*” (SIC). Nesse momento, a supervisora da equipe intervém ressaltando: “*vamos ter cuidado em diferenciar o que pode ser uma significação fantasiosa ou uma ideiação delirante*” (SIC), o que ratifico, prontamente, acrescentando novas informações sobre a sintomatologia descrita pela paciente. Esse quadro sintomático interrogado pelo psiquiatra é, em geral, reconhecido por Ruth no início de seu período menstrual quando, freqüentemente, ela “*acorda de noite querendo fazer relação, sente dormências no corpo e dor na vagina, desmaia e cáí muito*” (SIC) acarretando, em seguida, o aparecimento de sintomas como “*dor de cabeça, gosto de sangue na boca*” e a percepção de “*hormônios que saem da cor de clara de ovo como depois de ter relação*” (SIC). A propósito do relato de tais sintomas, seguidos, todavia, pelo questionamento: “*o que é isso, doutora?*” (SIC), revelo ao médico de Ruth os manejos empregados para as demandas trazidas pela paciente na tentativa de desvendar “a dor” que sente no período menstrual.

Uma intervenção clínica significativa para localizar algumas respostas para tantas “perguntas” sobre seu período menstrual originou-se por meio de um encaminhamento para setor de ginecologia do ambulatório. Após a discussão de seu caso com a enfermeira que se ocupa da realização de preventivos, a paciente comparece à consulta e retorna satisfeita do atendimento ginecológico: “*a doutora disse que a dor é normal [cólicas menstruais] e me deu um remédio para aliviar*” (SIC). Nesse período, Ruth continua falando muito dos “*aborrecimentos*” (SIC) e dos “*problemas*” (SIC) familiares, diminui as queixas “*hormonais e carnais*” (SIC), não leva mais o “*pano da mãe*” para as sessões e tenta renomear essas crises como provocadas pelos “*problemas de casa*” (SIC). Sobre os medicamentos que ingere diariamente, Ruth deixa de afirmar que esses funcionam “*como um marido*” (SIC), passando a enfatizar o efeito dos anticonvulsivantes como o que a “*ajuda a melhorar*” (SIC) em detrimento dos antipsicóticos, recentemente retirados por “*aumentarem suas crises*” (SIC). Ainda

assim, o psiquiatra permaneceu intrigado com as queixas que Ruth lhe apresentava sobre “*os hormônios que vê e que sobem para a cabeça*”, e por isso, propõe: “*eu posso tratar do sintoma como psicótico, da síndrome, e você como histeria*” (SIC). A proposta dirigida pelo médico foi, então, discutida pela supervisora do CAPS, passando a convocá-lo a indicar sua hipótese diagnóstica para o caso. Diante disso, o psiquiatra ressalta uma descrição indicada pela paciente, que eu ainda não havia incluído na discussão: “*ela diz que tem duas crises: uma ela cá e não vê, não ouve e nem lembra de nada; a outra ela cá e não consegue levantar mas não perde a consciência*” (SIC). A descrição sintomatológica exposta pela própria paciente esclarece por um lado, a manifestação de um quadro de ataque histérico e, por outro, das crises epiléticas que a acometem desde sua infância. O diagnóstico de histeria foi, então, corroborado pelo acréscimo de uma relevante informação diagnóstica que nos permitiu aproximar as descrições de Ruth aos casos clássicos de histereoepilepsia. A partir da indicação desse quadro sintomático, traçamos em equipe a necessidade de um novo encaminhamento para o serviço de neurologia da área territorial dessa paciente, a fim introduzir um acompanhamento mais depurado das crises epiléticas.

Como efeito dessa discussão, Ruth foi recebida pela neurologista de outra unidade ambulatorial para realização de novos exames, levando consigo uma carta, redigida por mim, cujo conteúdo indicava um breve relato sobre a discussão realizada no CAPS como modo de situar a investigação clínica solicitada. Convém ressaltar o interesse manifestado por Ruth de “*uma ajuda para explicar os problemas*” (SIC) para a neurologista na ocasião desse encaminhamento; o que resultou na escrita dessa carta a ela entregue. A assistente social do serviço de atenção psicossocial, por sua vez, recebeu o caso da paciente em atendimento para organizar, juntamente com o pai da paciente, um pedido de benefício do LOAS²⁷ como aposta clínica para a condução de seu caso desprovido, em absoluto, de qualquer recurso de autonomia na complexa rotina familiar. Ruth afirmava sua impossibilidade de trabalhar diante das “crises” constantes que sempre a afastara de qualquer experiência laborativa, e, ainda, seu desinteresse pelo trabalho protegido ou qualquer outra oferta de atividade realizada no CAPS. A técnica de referência no CAPS, contudo, permaneceu com a importante função de acompanhar a paciente junto aos atendimentos do psiquiatra e da assistente social do serviço de atenção diária.

²⁷ Recurso financeiro disponível pela Lei Orgânica de Assistência Social para pacientes acometidos por alguns transtornos psiquiátricos.

Além da assistência recebida no CAPS, Ruth produzia uma enxurrada de demandas de assistência na rede pública e a partir da escuta analítica, foi sendo, aos poucos, encaminhada para alguns tratamentos nos setores de odontologia, clínica médica e ginecologia. Esses tratamentos, portanto, vem sendo realizados no mesmo ambulatório onde comparece semanalmente para os atendimentos analíticos e, não raro, contam com a minha participação, ora para os agendamentos das consultas, ora para esclarecimentos sobre o caso. Ruth demanda, constantemente, o deciframento sobre os sintomas apresentados em seu corpo, convocando vários profissionais à exercerem um trabalho clínico, em rede, de investigação sobre outros fenômenos clínicos que a acometem severamente: dores, inchaços nos pés, diarreias, processos inflamatórios e edemas na pele.

Ao longo da realização desses tratamentos, Ruth retorna aos atendimentos analíticos, enfatizando a alteração na conduta medicamentosa, a realização de exames físicos e as dificuldades burocráticas do sistema público de saúde como principais acontecimentos experimentados nas consultas médicas. Suas denúncias e reivindicações se ampliam, então, ao que ocorre fora da dinâmica familiar quando a paciente protesta pela demora dos atendimentos, pela falta de medicamentos e de profissionais na assistência pública. Não raro, Ruth conta com o apoio de pacientes presentes nas filas dos ambulatórios públicos que com ela protestam por um atendimento “*sério, eu não estou aqui de brincadeira*” (SIC), e percebe que tal atitude vem se configurando uma estratégia resolutiva para essas situações. Como efeito dessa posição discursiva “histericizante” no laço social, a paciente vem conseguindo realizar sozinha seus tratamentos, inventado, com isso, uma solução para falta de companhia do pai que, dessa vez, a acompanha apenas para conduzi-la aos endereços mais afastados de sua rotina de tratamento. A denúncia por ela empregada produz, no entanto, incômodo e resistências por parte de alguns clínicos do ambulatório que ao me sinalizaram: “*Não agüento mais essa paciente!*” ou “*Acalme sua paciente, ela é muito nervosa.*” (SIC), puderam escutar tais construções clínicas sobre seu caso a fim de esclarecermos as atitudes de Ruth no espaço de seu tratamento.

Ainda nesse contexto, a paciente revela outras formas de “responder” sozinha aos impasses no laço social originados pelos conflitos com uma de suas vizinhas: “*ela me provocou e me chamou de maluca, aí eu disse: Você acha que eu sou maluca, e você? Melhor ser maluca do que cheia de filhos e sem marido! Olha pra sua vida antes de falar da minha!*” (SIC). Ruth tem uma irmã que reside com o marido e dois filhos,

numa casa ao lado de onde a paciente vive com o pai e com o irmão. Com essa irmã, claramente identificada com a “vizinha”, Ruth também mantém um relacionamento conturbado por brigas freqüentes, acentuadas após o falecimento de sua mãe: “*ela era uma prostituta, dava para um monte de homem e meu pai não fazia nada*” (SIC). Ainda que, atualmente, sua irmã seja “*uma mulher casada*” (SIC), Ruth não deixa de questionar as “relações” da mesma com seu filho e seu marido: “*ela espanca o filho e xinga o marido, eu vejo isso e tenho crise*” (SIC). Após esses episódios ocorridos na “vizinhança”, Ruth chega ao atendimento decidida: “*Não quero mais me casar! É melhor ficar sozinha e virgem do que com um marido igual ao dela... não vou me perder com um homem e passar por isso tudo cheia de filhos... a minha vida Deus proverá!*” (SIC). A partir dessa “decisão” que retifica o “propósito” que fizera com Deus de permanecer virgem até o casamento, Ruth começa a reformular a problemática espera por um “varão”, questionando-se sobre os “problemas” que uma “relação” conjugal poderia trazer-lhe, como denuncia por meio dos sintomas histéricos que a acometem e a partir da história que, atualmente, vem podendo revelar sobre sua família.

O deslizamento significativo dos “*problemas de casar aos problemas de casa*” vem configurando a principal temática de seus atendimentos. Ainda que as queixas de “*desmaios provocados pelos hormônios, gosto de sangue na boca e branco na cabeça*” (SIC) compareçam em sua fala, Ruth não as relacionam somente ao seu período menstrual ou à ausência de um “*companheiro*” (SIC), mas às dificuldades que vem observando ao ter que “*ficar no lugar da minha mãe: cuidar da casa, do meu pai e do meu irmão. Eu, não me casei, mas parece que sou casada*” (SIC), que evoca, como apresentado anteriormente, o aspecto enigmático sobre a feminilidade: qual o papel de uma mulher na relação com o homem? Desse modo, Ruth revela a experiência de um casamento sem “varão”, que não lhe oferece o risco de agravamento de suas crises, tal como experimentado no encontro com seu último namorado. Diante da decisão de “*não se casar e permanecer virgem*” (SIC), Ruth vem tentando organizar seus “problemas de casa” de modo diferenciado: “*meu irmão me provoca o tempo todo, mas não me encosta mais a mão. Ele é maluco porque não tem responsabilidade*” (SIC), “*eu não sou louca porque tenho responsabilidade, cuido da casa e das minhas coisas*” (SIC). Convém salientar que o benefício solicitado no CAPS, geralmente, é associado a essa “responsabilidade” que possibilita uma separação dos problemas do pai e dos irmãos para que Ruth trace um novo destino na via de seu desejo: “*se eu tiver meu dinheiro vou poder separar minhas coisas das deles, vou ter uma vida de solteira*” (SIC).

4.2. O que o caso Ruth ensina sobre a clínica da histeria na rede de saúde mental?

O caso apresentando nos possibilita tecer alguns comentários sobre a importância do encontro com um analista para o tratamento da histeria, articulando essa idéia à discussão empregada ao longo dessa dissertação. Nessa perspectiva, as descobertas freudianas para o tratamento da histeria atrelada à função diagnóstica nas investigações clínicas²⁸ serão retomadas a fim de situar algumas contribuições do dispositivo analítico na condução desse caso assistido, atualmente, pela rede de serviços de saúde mental.

O longo histórico de tratamento nas instituições médicas relatado por Ruth, de saída, evoca a cronificação experimentada por essa paciente ao receber diferentes diagnósticos que desconsideravam, radicalmente, os aspectos etiológicos de seu adoecimento. O prognóstico indicado “se casar melhora” depõe, ainda, sobre a negligência da clínica médica em relação à causalidade psíquica revelada nos sintomas histéricos que, não sem conseqüências, provocou o agravamento de seu estado clínico, em especial, nas tentativas de consolidação de um casamento “prescrito”. Esse ponto nos faz lembrar da “prescrição” irônica de Chrobak a uma de suas pacientes “*Penis normalis dosim repetatur!*” (FREUD, S. [1914] 1996: 25), que Freud repudiou com veemência. A fim de atender as demandas apresentadas por Ruth, diversos diagnósticos e condutas medicamentosas foram empregados no decorrer desses tratamentos, causando nítido estado de alienação desse sujeito acerca de seus sintomas. Evidencia-se, assim, a impotência do saber médico diante da pluralidade de sentidos enunciados pela paciente sobre seu “problema hormonal” que foi recoberta por significações diagnósticas e por uma lógica de tratamento que suprimia, sobretudo, a particularidade de seus sintomas.

Ao iniciar tratamento analítico no serviço de saúde mental de um ambulatório público, cujos procedimentos se orientam por uma proposta desmedicalizante de assistência, a fala de Ruth sobre a singularidade de seus sintomas foi priorizada em detrimento da excessiva medicalização que vinha norteando seu tratamento. A partir do encontro com um analista foi possível ouvir atentamente os significantes que representam esse sujeito sob o terreno da transferência, permitindo, ainda, a indicação

²⁸ Temáticas desenvolvidas nos capítulos iniciais dessa dissertação.

da hipótese diagnóstica de histeria para reorientar as condutas e as ofertas terapêuticas dirigidas a essa paciente. Mesmo sendo encaminhada para alguns acompanhamentos médicos, dessa vez Ruth consegue se apropriar de seu tratamento como algo que “a ajuda a melhorar” dos quadros orgânicos graves que sofre, podendo, ainda, realizá-los sem a presença de “um companheiro”. Como efeito, as condutas medicamentosas por ela questionadas vêm sendo alteradas por meio das discussões em equipe fomentadas pela analista a partir do saber que esse sujeito produz sobre seu estado sintomático.

O diagnóstico sustentado nesse caso, a partir da fala da paciente e em termos de uma nosologia psicanalítica, situa esse sujeito no campo da neurose histérica. Ainda que Ruth apresente alguns fenômenos típicos da psicose, os sintomas revelados não determinaram o diagnóstico e o tratamento de uma psicose como indicado, por exemplo, pelos psiquiatras que a acompanhavam no serviço de atenção psicossocial. Mas tal como o sonho, esses sintomas foram escutados como uma formação do inconsciente, sugerindo a implicação da paciente na sintomatologia revelada. A ratificação desse diagnóstico serviu, portanto, para indicar novas ofertas e encaminhamentos clínicos e para diluir as controvérsias diagnósticas que problematizavam o acompanhamento desse sujeito nos serviços ambulatorial e de atenção psicossocial. Convém destacar o papel fundamental da supervisão de orientação psicanalítica desenvolvida no CAPS ao sustentar as estruturas clínicas da nosografia psicanalítica para fomentar a construção desse caso, em equipe, a partir da escuta empregada pela analista nos relatos desse sujeito.

Suprimido das categorias nosológicas dos atuais manuais psiquiátricos, o diagnóstico de neurose histérica, tal como as proposições freudianas para o tratamento da histeria, podem desaparecer das discussões que atravessam o trabalho clínico de psiquiatras e de outros profissionais que compõem as equipes de saúde mental. Como efeito dessa ameaça, a classificação dos “novos transtornos” psiquiátricos associadas às ofertas de âmbito psicossocial podem reproduzir um formato de tratamento homogeneizante que se revela tão ineficaz quanto à medicalização excessiva dos sintomas histéricos. Um exemplo dessa problemática é indicado por Ruth diante de sua recusa em relação aos antipsicóticos e às oficinas terapêuticas oferecidos no CAPS, que, para esse sujeito, reforçavam a idéia de um tratamento para “loucos”. Ao longo dos atendimentos analíticos, no entanto, a paciente pôde formular sua demanda de tratamento no CAPS e no ambulatório, possibilitando uma articulação entre os dispositivos médico, analítico e de atenção psicossocial. O caso Ruth evidencia, desse

modo, a função da investigação diagnóstica, sustentada a partir da escuta do sujeito, como uma ferramenta clínica importante para implicá-lo na direção de um tratamento.

Ao acolher esse sujeito histérico e sua demanda de elaboração sobre o sofrimento psíquico causado pelos “problemas hormonais e de relação”, o desafio da interlocução foi lançado à analista. A discussão clínica com os profissionais que se ocupam de seu caso possibilitou, não somente uma articulação entre os serviços de saúde mental, como, ainda, uma reconfiguração das ofertas terapêuticas a partir do desejo apresentado por Ruth: “ter uma vida de solteira, ter seu próprio dinheiro” como modo de minimizar os “problemas de relação” familiar. Nessa direção, a técnica de referência do CAPS vem reordenando seu projeto terapêutico, que, dessa vez, não mais se restringe à oferta de oficinas, mas amplia-se ao acompanhamento das dificuldades familiares da paciente estendida às questões financeiras e sociais de seu cotidiano. Eis aí a contribuição do dispositivo analítico aos diversos dispositivos presentes no campo da saúde mental: promover um trabalho clínico alinhado ao desejo de cada sujeito.

Em tratamento analítico no serviço ambulatorial, Ruth vem elaborando a problemática “relação” familiar, que anteriormente só podia revelar por meio de ataques histéricos. Algumas queixas referentes aos sintomas no corpo: “*dormências, sensações de paralisias, espasmos, tonturas, perda de memória, hormônios que sobem para cabeça e dor na vagina*” revelam a estrutura de uma linguagem a ser decifrada neste núcleo histérico que o corpo representa. Tais sintomas antecedem, contudo, a manifestação dos ataques histéricos e epilépticos ou de “crises”, como nomeia a paciente, que se relacionam, fundamentalmente, ao desejo desse sujeito histérico: “ter um varão, ter um companheiro que cuide dela na ausência do pai”.

A partir das investigações de Freud sobre os casos graves de histeria, podemos conceber o ataque histérico como uma “*encenação de um ato sexual*” (FREUD apud QUINET, 2003:13), em que o sujeito apresenta-se como objeto sexual em um cenário fantasioso. Nesse sentido, Ruth descreve suas “crises hormonais” quando “*vê hormônios saindo como depois de ter relação sexual*”, o que ao longo do tratamento analítico pode levá-la a produzir um novo saber sobre seus “problemas de relação” e a construir novas demandas de “cuidados” dirigidas, dessa vez, não somente a “um companheiro”, mas à analista. Convém ressaltar a importância do analista ao acolher essas demandas na direção de um tratamento não restrito às consultas ambulatoriais, mas articulado às ofertas de “cuidados” da atenção psicossocial. Ainda que seu estado sintomático represente um enigma para alguns clínicos que a acompanham, no encontro

com a analista seus sintomas são acolhidos como algo que faz uma função importante para esse sujeito; que ainda precisa se apresentar com as seguidas “crises” encenadas, principalmente, em seu problemático cotidiano familiar.

O discurso analítico, desse modo, lança suas contribuições no que tange ao tratamento de sujeitos histéricos, promovendo a discussão diagnóstica a partir da subjetividade dos pacientes assistidos e o intercâmbio necessário da psicanálise com os diversos discursos e saberes que cercam os serviços e dispositivos do campo da saúde mental. Sua principal contribuição é a de sustentar a importância da escuta dos significantes que representam um sintoma e um sujeito histórico para conduzir tratamento da histeria nas instituições. Não se trata, porém, da escuta de uma palavra dita pelo analista, pelos variados diagnósticos médicos ou pelos trabalhadores da saúde mental e sim pelo próprio sujeito analisante.

É, portanto, por esse viés que o caso Ruth ensina sobre o tratamento dos sintomas histéricos na rede de saúde mental: há sempre verdade no sintoma; verdade essa que deve ser, não somente, escutada pelo analista, mas levada em conta no trabalho clínico realizado entre “vários” profissionais que se ocupem de seu caso. Ainda que seus ataques fossem tomados como “mentira” ou “loucura” pelos personagens que circundam sua história, o encontro de Ruth com um analista pôde conduzi-la à escuta dos significantes que constituem sua verdade, e, ainda, promoveu a sustentação de um acompanhamento clínico de seus quadros sintomáticos a partir da apreensão do saber que esse sujeito produz sobre suas “crises hormonais”. Desse modo, os encaminhamentos para a rede pública de saúde foram traçados juntos ao sujeito, localizando seu significante como elemento determinante para a direção de seu tratamento, cujo destino não vem sendo desviado do dizer de Ruth sobre os “problemas” que se inscrevem em seu corpo. Sem negligenciar ou destituir o saber produzido pelo sujeito histórico sobre seu próprio sintoma, seguimos na condução de um trabalho clínico marcado por avanços significativos que atestam a importância do *encontro com um analista* para o tratamento da histeria na rede de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar a temática do **tratamento de sujeitos histéricos nas instituições psiquiátricas e nos novos serviços de saúde mental**, essa dissertação apresentou uma discussão acerca do desaparecimento da histeria nos atuais manuais diagnósticos da clínica psiquiátrica. A função clínica do diagnóstico, cara à psiquiatra e à sua prática com cada paciente, encontra-se centrada na classificação de novos “transtornos mentais” que suprime o diagnóstico de histeria e, conseqüentemente, a direção de um trabalho clínico com esses sujeitos. Os procedimentos terapêuticos empregados nas instituições médicas se limitam à prescrição medicamentosa, visando a suspensão dos sintomas histéricos e negligenciando, com isso, o dizer desse sujeito sobre o sofrimento psíquico que o acomete de forma sintomática. Nesse contexto, sublinhamos a contribuição do discurso psicanalítico ao assegurar um trabalho clínico eficaz para os casos de histeria que demandam um trabalho de elaboração sobre seus sintomas e que, não raro, problematizam a terapêutica medicalizante que os aprisiona em signos diagnósticos e no uso excessivo de psicotrópicos. Essa dissertação apresenta, então, um novo desafio para a psicanálise: sustentar o tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas, pois sem a clínica da histeria a psicanálise encontra-se ameaçada em sua prática de escuta do inconsciente. E ainda, sem a psicanálise, o sujeito histórico desaparece dos questionamentos e do interesse da psiquiatria atual.

Ao constatar a ameaça de supressão da clínica da histeria nas instituições médicas, embasada na lógica dos novos manuais diagnósticos, tornou-se relevante investigar as condutas terapêuticas estabelecidas para esses casos no campo de assistência da saúde mental. Os desdobramentos dessa investigação, contudo, suscitaram novos questionamentos sobre o lugar ocupado pelos discursos médico-psiquiátrico, analítico e o da cidadania no âmbito da clínica que se realiza com sujeitos histéricos, em especial, nos serviços ambulatoriais e de atenção psicossocial. Notou-se, portanto, a importância do dispositivo analítico para o acompanhamento desses casos no trabalho multidisciplinar, na medida em que reconhecemos alguns obstáculos na condução de uma prática clínica com sujeitos histéricos fomentados, ora pela supressão

desse diagnóstico, ora por ofertas de cuidados que desconsideram a demanda de tratamento de cada sujeito.

O movimento da reforma psiquiátrica vem consolidando suas propostas de assistência na esfera pública, permitindo que novas formas de abordar o sofrimento psíquico se construam a partir da conjugação de diferentes saberes e práticas presentes na rede de serviços de saúde mental. Ao promover uma transformação do modelo asilar de tratamento e, ainda, uma crítica ao paradigma da psiquiatria biológica, esse movimento tem motivado a discussão sobre as práticas empregadas para o tratamento de casos de psicoses e neuroses em lugar da antiga lógica de assistência. Na tentativa de contribuir para esse processo, essa dissertação indicou a proposta da desmedicalização, que norteia a reforma psiquiátrica, como algo fundamental para orientar o tratamento da histeria nos serviços de saúde mental, aliando-a às proposições freudianas sobre o trabalho clínico com sujeitos histéricos. O paradigma da desmedicalização deve ser compreendido, nesse sentido, como um processo de questionamento permanente sobre a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no que tange ao tratamento dos sintomas histéricos; o que vem propiciando a prática clínica da escuta analítica com os casos de histeria.

O crescimento das produções teóricas e clínicas fomentadas a partir da reforma psiquiátrica, no entanto, revela-se ainda insuficiente em relação à temática apresentada nessa dissertação. Diante da complexidade que envolve o trabalho clínico com a psicose no âmbito da atenção psicossocial, encontramos, hoje, uma ampla produção de pesquisas e estudos bibliográficos fundamentais para situar a experiência clínica com sujeitos psicóticos nesse novo campo de assistência. Muitas perguntas, contudo, ainda cercam o trabalho com sujeitos histéricos nos serviços de saúde mental, principalmente, no que se refere aos casos graves de histeria que comparecem em variados serviços como os leitos de internação, os serviços ambulatoriais e os centros de atenção psicossocial.

Nos estudos históricos sobre o tratamento da histeria não deixamos de reconhecer uma proposta antimanicomial para a clínica com sujeitos histéricos; que nos parece relevante resgatar no atual contexto da reforma psiquiátrica. Sabemos que essa história se inicia na Salpêtrière: o hospício parisiense onde Charcot pôde nomear e estabelecer em quadros clínicos os fenômenos histéricos, propiciando a formulação de procedimentos terapêuticos para os casos graves de histeria. Seu trabalho exaustivo de propor uma descrição dos quadros histéricos teve como principal consequência a

elevação do interesse clínico sobre os ataques histéricos no contexto de sua época. Com isso, a histeria pôde ser assemelhada aos quadros das patologias neurológicas, por meio de um método descritivo e nosológico, retirando-a do estigma de uma “simulação” de doentes que vinha confinando esses pacientes no cenário asilar. Nesse panorama do século XIX, Freud aprende com Charcot a importância da oferta de tratamento para esses casos, possibilitando-lhe formular uma nova metodologia de tratamento para a histeria. Com a descoberta freudiana do inconsciente, os métodos da sugestão e da hipnose empregados no tratamento da histeria foram, portanto, subvertidos na visada de uma nova direção clínica para tratar desses sujeitos que, como vimos, não se afasta de uma proposta desmedicalizante. A partir do método da associação livre, Freud inaugura uma lógica de tratamento para a histeria capaz de sustentar o saber que o sujeito histérico atribui sobre o sintoma e sua causalidade psíquica na direção de um tratamento.

Se, até o século XIX foi constatada a exclusão da histeria pela lógica manicomial, notamos, hoje, que essa exclusão permaneceu sob a nova lógica dos manuais diagnósticos. Diante dos dados históricos apresentados nessa dissertação, a prática clínica da psicanálise se desenvolveu como algo inovador para tratar os casos de histeria segredados pela medicina. Nesse sentido, sustentamos o método e a ética da psicanálise para o tratamento de sujeitos histéricos que, ainda hoje, podem ser apartados das discussões clínicas desenvolvidas nas instituições públicas de saúde.

Da apresentação de um caso clínico acompanhado na rede de serviços de saúde mental foram extraídos elementos clínicos fundamentais para situar o desafio que se apresenta aos psicanalistas diante dos quadros graves de histeria. A importância do encontro com um analista foi sublinhada, então, a fim de enfatizar as contribuições da psicanálise aos dispositivos desse campo de assistência, em especial, no que diz respeito à maneira de lidar com o sintoma histérico, cujo tratamento não deve ser desviado do dizer de cada sujeito sobre as fantasias inconscientes que antecedem seu estado sintomático. Alguns questionamentos relacionados a esse caso clínico, no entanto, não se encerram na discussão aqui apresentada. Ao contrário, o caso Ruth nos parece frutífero para indicar novas investigações acerca do tratamento de casos de histeroepilepsia na rede de saúde mental, cuja interface entre a neurologia e a psiquiatria deve ser assegurada no acompanhamento clínico juntamente ao tratamento analítico. Caberia, então, percorrer sobre essa temática resgatando os avanços teóricos e clínicos

de Freud sobre o ataque histérico epileptiforme, como modo de sustentar a oferta de tratamento analítico para esses casos graves de histeria na rede pública.

Para concluir essa discussão, não podemos deixar de abordar o desafio da interlocução que vem norteando o trabalho clínico de psicanalistas inseridos nas instituições públicas de saúde. No que tange ao tratamento da histeria, cabe ressaltar essa importante tarefa como proposta para que o psicanalista não restrinja sua prática clínica às “quatro paredes” do consultório das unidades ambulatoriais, mas que aceite o desafio de fazer circular os “quatro discursos” que atravessam o trabalho em equipe. Nessa perspectiva, a presença do dispositivo analítico possibilita não somente a ratificação do diagnóstico de histeria para orientar o trabalho da equipe que se ocupa desses casos, mas, ainda, a oferta de tratamento psíquico capaz de tomar o saber inconsciente que o sintoma histérico detém para nortear o estabelecimento de ofertas de assistência na rede pública.

O discurso analítico promove, assim, avanços significativos no trabalho clínico com a histeria ao sustentar a palavra de cada sujeito histérico na relação individual com o paciente e no agenciamento dos dispositivos clínicos partilhado entre vários profissionais. A contribuição do discurso do psicanalista no campo da saúde mental encontra-se, portanto, na possibilidade de convocar a equipe multiprofissional a uma posição de *aprender com a histeria* sobre a clínica do sujeito do inconsciente, partindo da destituição de saberes prévios para conduzir o tratamento de cada paciente no caminho por ele mesmo trilhado na direção de seu desejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÈ, S. *O que quer uma mulher*. Rio de Janeiro, Ed Jorge Zahar, 1998.
- ALBERTI, S & FIGUEIREDO, A (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro, Ed. Companhia de Freud, 2006.
- ALBERTI, S. “A última flor da medicina: que função para a psicanálise no hospital geral?” *In Revista Insight*. São Paulo, nº 119, 2001.
- BLANC, D. “O mestre castrado”. *In RINALDI, D. & JORGE, M. C. (orgs) Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- BURSZTYN, D. “A articulação entre o CAPS e o ambulatório: uma aposta na interlocução para a desmedicalização da demanda de tratamento de sujeitos histéricos”. *In Anais do V Congresso Norte- Nordeste de Psicologia*, Maceió/ AL, 2007. Disponível em <http://www.conpsi5.ufba.br>; acessado em 20/07/2007.
- _____. “O tratamento da histeria: um enigma para a psiquiatria, um desafio para a psicanálise” *In Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, 2006. Disponível em <http://www.psicopatologiafundamental.org>; acessado em 20/07/2007.
- _____. “O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: um desafio para a psicanálise”. *In Anais em CD-ROM do Simpósio Nacional de Psicanálise e Psicoterapia no Campo da Saúde Mental / CEPUERJ*, Rio de Janeiro, 2005.
- CID 10 / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Mundial de Doenças. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1983.
- DSM-IV/AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. DSM-IV American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

- _____. “Uma ciência sem coração”. *In Agora* : Revista do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica /UFRJ, Nº 2, 2001.
- _____. “Psicanálise: clínica & pesquisa”. *In* ALBERTI, S & ELIA, L (orgs) *Clínica e pesquisa em psicanálise* Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2000.
- FAGUNDES, H & LIBÉRIO, M. “A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução”. *In Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, ano VI, n.16, p.30-5.
- FIGUEIREDO, A. & TENÓRIO, F. “O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise”. *in: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano V,n.1, 2002.
- FIGUEIREDO, A. C. (org) *Psicanálise: Pesquisa e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.
- _____. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FISZMAN, A. “Aspectos clínicos das pseudocrises histéricas e sua interface com a Epilepsia”. *Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro: UFRJ/ IPUB, 2000.
- FREUD, S. *Obras Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago Editora,1996.
- _____. (1888) “Histeria”, vol. I.
- _____. (1893-1835) “Estudos sobre a histeria”, vol. II.
- _____. (1900) *A Interpretação dos Sonhos*, vol. IV.
- _____. (1905a) “Fragmento da Análise de um Caso de Histeria”, vol. VII
- _____. (1905b) “Três ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade”, vol. VII.
- _____. (1906 [1905]) “Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses”, vol. VII.
- _____. (1907) “Delírios e Sonhos na *Gradiva* de Jensen”, vol. IX.
- _____. (1908a) “Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade”, vol. X
- _____. (1908b) “Sobre as teorias sexuais das crianças”, vol. IX.
- _____. (1910 [1909]) “Cinco lições de Psicanálise”, vol. XI.
- _____. (1912a) “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, vol. XII.
- _____. (1912b) “A dinâmica da transferência”, vol. XII.
- _____. (1913) “Sobre o início do tratamento”, vol. XII.
- _____. (1914) “A história do movimento psicanalítico”, vol. XIV.
- _____. (1916-1917) “Psicanálise e Psiquiatria”, vol. XVI.
- _____. (1919 [1918]) “Linhas de progresso no tratamento psicanalítico”, vol. XVII.
- _____. (1921) “Psicologia das massas e a análise do eu”, vol. XVIII.

- _____. (1923) “A Organização Genital Infantil: Uma Interpolação na Teoria da Sexualidade”, vol. XIX.
- JORGE, M. A. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v.1: as bases conceituais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.
- _____. “Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos”. In RINALDI, D. & JORGE, M. C. (orgs) *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- KAPLAN, H. e SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- LACAN, J. (1951) “Intervenções sobre a transferência”. In *Escritos*. Rio de Janeiro, JZE, 1998.
- _____. (1955-1956) Seminário III: *As psicoses*, Rio de Janeiro: JZE, 2002.
- _____. (1957-1958) Seminário IV: *As formações do inconsciente*, Rio de Janeiro: JZE, 1999.
- _____. (1960) “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano”. In *Escritos*. Rio de Janeiro: JZE, 1998.
- _____. (1964) *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris, Éditions du Seuil, 1973.
- _____. (1965-66) “A ciência e a verdade”. In *Escritos*. Rio de Janeiro: JZE, 1998.
- _____. (1966) “Psicoanálisis y Medicina” In *Intervenciones y textos 1*, Buenos Aires: Manantial, 1985.
- _____. (1967) “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: JZE, 2003.
- _____. (1969-1970) Seminário XVII: *O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: JZE, 1992.
- _____. (1972-1973) Seminário XX: *Mais, ainda*. Rio de Janeiro: JZE, 1982.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, D. *Vocabulário de psicanálise*, São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- MICHELIS, A.(org.) *Actualité de l’hystérie: monographies de clinique psychanalytique*. Paris: Éditions Éres, 2001.
- MILNER, J. “O doutrinal de ciência”. In *A obra clara*. Rio de Janeiro: JZE, 1996.
- NASIO, J. *A histeria : teoria clínica e psicanalítica*. Rio de Janeiro: JZE, 1991.

- NUNES, E. & BUENO, R. & NARDI, E. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- PAOLIELLO, G. “O problema diagnóstico em psicopatologia”. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano IV, n.1, 2001.
- POLLO, V. *Mulheres Históricas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- QUINET, A. “Histeria, sujeito, corpo e discurso” In *Anais em CD-ROM do I Colóquio da Escola de psicanálise do Campo Lacaniano / Fórum Rio*, 2003.
- _____. (org) *A grande histeria – Jean-Martin Charcot*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Rios Ambiciosos, 2003.
- _____. (org) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.
- _____. “A função diagnóstica da apresentação de pacientes na orientação psicanalítica” In FIGUEIREDO, A. C. (org.) *Psicanálise: Pesquisa e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB / CUCA, 2001.
- RINALDI, D. “Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?” In ALBERTI, S & FIGUEIREDO, A (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro, Ed. Companhia de Freud, 2006.
- _____. “Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental.” In MELLO, M. & ALTOÉ, S. (orgs) *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.
- _____. “O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário.” In RINALDI, D. & JORGE, M. C. (orgs) *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- _____. *A ética da diferença: um debate entre a psicanálise e a antropologia*. Rio de Janeiro, EdUERJ: JZE, 1996.
- RINALDI, D & BURSZTYN, D. “A psicanálise e a clínica da atenção psicossocial: novos desafios”. In *Anais do V Congresso Norte- Nordeste de Psicologia*, Maceió/AL, 2007. Disponível em <http://www.conpsi5.ufba.br>; acessado em 20/07/2007.
- _____. “A reinvenção da clínica” In *Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, 2006. Disponível em <http://www.psicopatologiafundamental.org>; acessado em 20/07/2007.

RINALDI, D & LIMA, M. C. “Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental” *In Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC*, Barbacena, v.4; n.6 junho de 2006.

TENÓRIO, F. *A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Ed. Rios Ambiciosos, 2001.

_____. “Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção” *In Cadernos IPUB: nº 17*, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

TRILLAT, E. *História da histeria*. São Paulo, Ed. Escuta, 1995.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)