
Uma Histeria Fazendo Obstáculo a Reabilitação

Denise Martins Dourado

Faculdade de Rolim de Moura – FAROL

Resumo: O desejo insatisfeito na histérica é muito recorrente, já que tudo o que ela não quer é deparar-se com a falta, e o medo de vivenciar a possibilidade de um gozo pleno, uma satisfação absoluta, que a destruiria enquanto sujeito. Diante disto o objeto de estudo foi sobre o desejo insatisfeito da histérica em que obteve-se acesso às informações nos atendimentos clínicos com a paciente. Desta forma, nosso objetivo é explorar que considerações são pautadas pela Psicanálise quanto ao desejo histérico e sua insatisfação, assim como analisar a relação entre a satisfação por meio da insatisfação na histeria, por meio de um estudo de caso. O estudo de caso ocorreu por meio de atendimentos clínicos em uma instituição pública de saúde, utilizando-se da técnica de associação livre. A psicanálise nos aponta a importância entre a articulação da teoria com os casos clínicos, testemunhas ricas em ensinamentos sobre as diversas formas de sofrimento psíquico, além de promover um intercâmbio de experiências entre estudiosos do assunto para melhor compreensão do fenômeno. Foi possível notar-se com o caso que para a histérica, há sempre algo que não satisfaz, um outro desejo que não pode ser satisfeito, levando a mesma sempre a insatisfação, palavra esta sendo a chave da compreensão da histérica.

Palavras-Chave: Covid-19. Saúde Mental. Luto. Família. Manejos Terapêuticos.

A Hysteria Hindering Rehabilitation

Abstract: The dissatisfied desire in the hysteric is very recurrent, since all she does not want is to face the lack, and the fear of experiencing the possibility of full enjoyment, an absolute satisfaction, which would destroy her as a subject. In view of this, the object of study was about the dissatisfied desire of the hysteric in which access to information was obtained in clinical care with the patient. Thus, our objective is to explore which considerations are guided by Psychoanalysis regarding the hysterical desire and its dissatisfaction, as well as to analyze the relationship between satisfaction through dissatisfaction in hysteria, through a case study. The case study took place through clinical care at a public health institution, using the free association technique. Psychoanalysis points out to us the importance of articulating theory with clinical cases, witnesses rich in teachings on the various forms of psychic suffering, in addition to promoting an exchange of experiences among scholars on the subject for a better understanding of the phenomenon. It was possible to notice with the case that for the hysteric, there is always something that does not satisfy, another desire that cannot be satisfied, always leading to dissatisfaction, this word being the key to the hysteric's understanding.

Keywords: Hysteria. Desire. Dissatisfaction. Psychoanalysis.

Introdução

Este artigo foi desenvolvido a partir do estudo de um caso clínico, que foi atendido como parte da prática clínica supervisionada, do curso de pós-graduação em Teoria e Clínica Psicanalítica. Este trabalho, tem por objetivo compartilhar a experiência clínica de atendimento em Psicanálise, de um caso de Histeria. O caso foi trabalhado à luz da Psicanálise, tendo como base os escritos freudianos e o ensino de Lacan. A histeria possui um lugar indiscutível na criação do campo psicanalítico por Sigmund Freud, sendo um dos primeiros estudos, o que permitiu a construção da psicanálise iniciada por Freud. A histeria surge como um modo subjetivo de lidar com o desejo e com a falta em que foi observado nas primeiras pacientes que chegaram ao conhecimento clínico de Freud.

Diante disto, a histeria e o desejo insatisfeito, segundo os pressupostos psicanalíticos serão os temas abordados no caso, buscando responder/articular teoricamente sobre as questões trazidas pela paciente que iremos denominar como Maria. Um dos primeiros objetivos da Psicanálise é criar um vínculo entre paciente e analista, o processo terapêutico psicanalítico consiste em descortinar conflitos originados, na maioria das vezes, no passado do paciente e submersos em seu inconsciente causando-lhe sofrimento em sua vida atual. Esse processo permite ao paciente, compreender seus conflitos e a razão da repetição de seu sintoma, e sendo no processo da análise revistos e elaborados de maneira que o permita se implicar nas situações vivenciadas.

A histeria é o inconsciente em exercício. A histérica põe seu desejo, sempre em posição de insatisfação. O que é ser uma mulher? Esse é o maior mistério que habita a histérica, buscando resposta para esse enigma através de outras mulheres, sendo enxergadas como o espelho na busca de encontrar sua posição feminina. Pode-se observar no discurso histórico sentimentos de desigualdade e inferioridade, o que lhe causa sofrimento, impondo-se a demanda de ser amada e desejada. Quando Freud cria a psicanálise e dá lugar à fala, percebe que aquelas mulheres denunciavam algo além do orgânico, mulheres essas que através de suas observações se tornaram sua via de conhecimento frente a este fenômeno que é a

estrutura da histérica. Suas queixas representam no corpo aquilo que Freud chama de “enigma da mulher”, sendo manifestações somáticas de conteúdos não elaborados. Freud (1932) teoriza que a questão feminina passa pelo falo, sendo o falo conceituado no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) como uma das organizações sexuais que se desenvolve na criança, apenas “o primado do falo”, ou seja, sendo o órgão masculino o pênis visto como o falo. Assim, ao atentar para aquilo que indica a diferença do feminino frente ao masculino, o feminino seria remetido a uma falta. Não se trata da falta de um órgão, o pênis, mas de um símbolo do sexo feminino.

Ao evocar a teoria da castração edípica. Para ele a mulher quer ter o falo, sendo o mesmo o objeto edípico simbólico sexual masculino. Por este fato, a histérica experimenta a falta, em que esta falta lhe causa incômodos que lhe fazem buscar sempre em posição ao Outro ser seu objeto de idealização de desejo, e como se a histérica tenta-se suprir sua falta na falta do outro. O inevitável encontro com a falta, resultado da castração, sendo fenômeno este abarcado no complexo de Édipo, encarna num narcisismo fálico, onde há a necessidade de parecer um objeto desejado que fascina o outro. A histérica por este motivo, se enquadra na busca de ser desejada pelo o outro, sendo o Outro seu ideal vivendo desta maneira a buscar lhe satisfazer através de meios diários.

Essas são as bases teóricas sobre a qual se articulará um caso clínico de histeria, sendo ilustrado com fragmentos extraídos dos atendimentos realizados.

A clínica psicanalítica

Inicialmente faremos algumas pontuações quanto à escolha pela clínica psicanalítica, bem como quanto aos seus fundamentos, pois “a experiência analítica é a única a proporcionar a um sujeito acesso ao mais amplo aspecto de suas formações do inconsciente” (Jorge, 2000, p. 10), sendo o Inconsciente freudiano o divisor de águas entre as diferentes abordagens clínicas do sofrimento psíquico que visam compreendê-lo.

A teoria Psicanalítica, sistematizada, teve seu marco inicial em 1900, através da publicação da obra *A Interpretação dos Sonhos* de Sigmund Freud. A

partir dessa obra, ele passou a organizar seus achados clínicos em uma teoria que chamou de "psicossexual". Freud (1910), em Cinco lições de psicanálise, fala da nova teoria como um processo semiológico e terapêutico. A formulação das primeiras noções da Psicanálise iniciou, entretanto, muito antes disto, por meio de especulações filosóficas acerca da natureza de fenômenos psicológicos inconscientes e trabalhos no campo da psicopatologia. O termo Inconsciente já era usado no campo da filosofia, pelos poetas e também no campo da ciência da época, já se falava de uma situação mental não material existente. Porém, o conceito de inconsciente tal como é colocado pela psicanálise, é uma nova formulação freudiana para abordar de uma instância psíquica com estrutura e desenvolvimento próprios. Freud revelou ao mundo o inconsciente e sua importância na compreensão dos fenômenos psíquicos, bem como demonstra como o inconsciente se manifesta cotidianamente na vida das pessoas. A primeira vez que se falou de um fato desconhecido e assustador se pensar que somos completos desconhecidos em nosso próprio íntimo, mas que se perpetua até os dias sua teoria que se destaca pelo fato de compreender o sujeito. Junto ao amigo e incentivador, Dr. Breuer, Freud utilizou a técnica da hipnose em uma paciente conhecida como Anna O, que sofria de histeria. A paciente apresentava sintomas físicos que não possuíam causa orgânica, sintomas estes que fizeram Freud notar esse quadro com um olhar diferente. Breuer abandonou o caso, mas Freud continuou e o que conferiu e descobriu na prática, passou a descrever e sistematizar teoricamente, levando a estudos que são postulados em sua teoria até nos dias atuais. Fica claro que, nesse processo, a teoria nasceu da prática clínica dos sintomas trabalhados. Em um primeiro momento, o método utilizado foi a hipnose, na qual o paciente, através de uma regressão sugestiva pelo analista, lembrava-se de fatos ocorridos. O foco era encontrar o momento e a situação da formação do sintoma que lhe causava angústia, em que se compreendia o ponto inicial da questão trazida. Freud percebeu que, quando o paciente recordava essas situações, com o auxílio da interpretação do analista sobre o sintoma, este desaparecia, cabendo ao analista interpretar para o paciente seus afetos e o considerar sobre suas próprias reflexões.

Através da hipnose, os pacientes conseguiam reencontrar a lembrança traumática, tendo assim a oportunidade de reagir a esta por suas palavras, aliviando seus sintomas. Tempos depois Freud observou que a hipnose não tinha efeitos resolutivos por ser um método sugestivo que não o permitia elaborar o fato trazido, vindo através da observação de suas pacientes histéricas a necessidade de fala, verificando que o analisante tinha um saber emergido em sua fala, assim define como método clínico, a cura através da verbalização, surgindo assim a associação livre, método que possibilitava o paciente relatar de maneira consciente sobre seus sintomas.

O método psicanalítico está pronto ofertando a quem quer que queira, implicar-se com o que lhe faz sofrer de modo a estar no mundo de uma forma menos sofrida, encarando o que é da estrutura humana, a fim de encontrar um modo mais satisfatória de viver. A clínica psicanalítica, através da transferência, conceito próprio da psicanálise, visa estabelecer um lugar que possa tornar consciente o inconsciente do sujeito, na busca de uma resolução de conflitos que proporcione ao sujeito um maior bem estar e um alívio dos sintomas. "A proposta psicanalítica de relação terapêutica visa na possibilidade de o sujeito identificar-se com o seu sintoma, adquirindo certa mobilidade criativa em relação a ele" (Kehl, 2002, p. 37). Ou seja, verbalizar e levando a consciência os sintomas trazidos é o que permitiu a elaboração do fato.

É de sua importância pensar que o sujeito ao dizer do seu sofrimento, se depara com um saber que não sabia e com um novo desejo de saber, então é preciso que o processo da análise, o questione sobre aquilo que ele traz como queixa, motivo de estar em análise, para que o sujeito entre no processo de análise. O sujeito procura a análise na busca de ser acolhido na sua dor, e isto acontece na medida em que ele se sente compreendido na soma do seu sofrimento, ou seja, o analista deve trabalhar de acordo com a condição emocional do paciente, sem, contudo, deixar de implicá-lo com o que sofre, condição na qual é a primeira para uma análise possível, motivo este que deve ser levado em consideração na análise.

Sobre a leitura de Almeida e Atallah (2009), o objetivo da análise é o de rememorar o recalcado, trazer entendimento e racionalidade ao material inconsciente e gerar com que os afetos que originavam o sofrimento psíquico sejam revividos e

organizados no momento presente. Deve-se levar em consideração, a causa de estar ali em análise, e que na análise deve ser sustentada ao lado do analista, sendo o analista a ferramenta chave para levar o analisando em questão seu gozo barrado, a satisfação.

A clínica é um espaço que tem por efeito fazer emergir uma verdade que é particular, única e específica, que aparece do encontro do analista, causa de desejo com o analisante. O tratamento analítico não visa ainda que aqui o sujeito tenha acesso pleno à sua verdade, já que essa verdade é não-toda. Trata-se, nesse período, de promover uma elaboração de saber que produz uma modificação no sintoma e, como resultado sobre o real, o gozo barrado, mudança essa que permite a resolutividade da queixa trazida ou consciência do fato verbalizado (Maia, Medeiros, Fontes, 2012, p. 13).

Uma análise, sustentada pelo desejo analítico, em que o analista faz face de objeto causa de desejo para o sujeito, pode conduzi-lo a uma satisfação possível, a gozar com algo além de sua insatisfação, afastando-se da condução da pura demanda e tornando-se capaz de ocupar, por sua vez, um lugar desejante. Menos gozo neurótico e mais desejo, o que é efeito de submeter o gozo à lógica da castração, sendo a castração para Freud o sentimento inconsciente de experimentação causado pelo indivíduo quando se encontra a diferença entre ambos os sexos, as diferenças anatômicas. Isto, certamente, lhe cobrará mais trabalho e menos lamentações. No mínimo tornará possível substituir sua miséria histórica por um sofrimento comum, como predisse Freud, desta forma o caráter histórico denota um quê de repressão sexual que vai além da medida normal, há uma intensidade das resistências observadas no viés ao instinto sexual, onde observamos os sintomas trazidos pelo paciente em suas falas nas sessões.

Na clínica psicanalítica é preciso que haja o pagamento em dinheiro pelo paciente na condução do tratamento no texto de Freud O início do tratamento (1913, p. 132) traz o seguinte trecho referente ao pagamento: “[...] as questões de dinheiro são tratadas pelos homens civilizados de modo semelhante ao das coisas sexuais, com a mesma duplicidade, falso pudor e hipocrisia.” Por se tratar de um relato advindo de uma paciente de um possível diagnóstico dito como histórica, o processo clínico realizado foi construído no âmbito de saúde pública, ou seja, diferente da

clínica particular onde o pagamento é realizado em dinheiro, no setor público de saúde não se verifica o pagamento físico em dinheiro o processo de resistências trazidas pode se manifestar, levando o analista a observar sobre os possíveis manifestos de resistências e até mesmo no discurso repetitivo aos sintomas trazidos, no texto Recordar, repetir e elaborar (1914, p.147) Freud abordar o seguinte ponto:

[...]formou a técnica coerente de agora, na qual o médico renuncia a destacar um fator ou problema determinado e se contenta em estudar a superfície psíquica apresentada pelo analisando, utilizando a arte da interpretação essencialmente para reconhecer as resistências que nela surgem e torná-las conscientes para o doente. Verifica-se então uma nova espécie de divisão de trabalho: o médico descobre as resistências desconhecidas para o doente; sendo essas dominadas, com frequência o doente relata sem qualquer dificuldade as situações e os nexos esquecidos. O objetivo dessas técnicas permaneceu inalterado, sem dúvida. Em termos descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão.

Desta forma, o analista tem como importância seu papel na clínica psicanalítica levar o paciente através do discurso que o mesmo traz em trabalho a se implicar na situação, ou seja, se responsabilizar pela desordem trazida e colocar-se em análise.

Portanto, no primeiro momento com a paciente em questão, o objetivo é conhecer o caso, fazer um diagnóstico diferencial, definindo a possível estrutura clínica da paciente, considerando através de seu discurso de insatisfação tratar-se de uma possível histórica.

Uma histeria- Discussão clínica

Este atendimento foi realizado no Centro Especializado em Reabilitação- CER, com atendimento semanal, tendo totalizado 21 sessões. A paciente que irei nomear de Maria, 61 anos, foi encaminhada pelo setor de fisioterapia devido histórico de episódios depressivos e ansiosos que estavam influenciando nos atendimentos e não havendo resultados, estando em tratamento neste serviço, devido a fratura na perna esquerda, sendo

necessária uma cirurgia que se realizou em março de 2020.

Iniciamos os atendimentos em agosto de 2020, com a hipótese diagnóstica de uma possível histérica. Em Estudos sobre a histeria (1893/1895), Freud e Breuer introduzem suas ideias sobre a doença, como sendo originária de uma fonte da qual os pacientes relutam em falar ou mesmo não conseguem discernir sua origem. Tal origem seria encontrada em um trauma psíquico ocorrido na infância, em que uma representação atrelada a um afeto aflitivo teria sido isolada do circuito consciente de ideias, sendo o afeto dissociado desta e descarregado no corpo.

De acordo com a psicanálise, a organização histérica, entendida como um modo de funcionamento psíquico, caracteriza-se por uma busca permanente, incansável e inconsciente de uma pessoa em ser o objeto do desejo de outra, por isso a histérica demanda amor a todo custo e tem por palavra-chave a insatisfação.

Maria depende de outros para realizar suas atividades diárias devido ao processo de reabilitação, o que lhe entristece, além de queixar-se de insônia, falta de apetite e estar sem motivação para realizar atividades básicas do dia a dia. Além de trazer com pesar o fim de um relacionamento de dois anos ao qual havia se dedicado integralmente, esperando assim, ser amada. A histérica tende a ter uma tolerância crítica muito baixa em relação às suas frustrações e, de modo geral, têm enorme dificuldade em considerar suas falhas e faltas, podendo ser em consideração a sua tendência a insatisfação, em razão disso volta-se a ter uma baixa auto-estima, o que o torna suscetível e com predisposição a estados depressivos. Ele utiliza-se de todos os recursos inconscientes disponíveis como mecanismos de defesa dos quais os mais se predominam são todos aqueles que de alguma forma levam a algum tipo de negativa a si própria (Arruda Neto & Santos, 2014).

Sigmund Freud, no texto A dinâmica da transferência (1912) traz que na clínica psicanalítica, nos deparamos com a transferência como um processo inerente ao tratamento psicanalítico. Tal fenômeno é a junção da disposição inata com os acidentes da história individual, faz com que o sujeito adquira uma forma específica de conduzir-se na vida erótica. Ele adquire aquilo que o autor denomina

clichê estereotípico, o qual é constantemente repetido no decorrer de sua vida, sem que exista consciência dessa reedição de padrões de relacionamento. Na neurose, há uma fixação ainda maior nesses protótipos afetivos. E é dessa forma que o indivíduo dirige-se ao médico. Deste modo, através da transferência, dá-se a atualização desse modelo de relação objetal, na atualidade da sessão analítica, e por isso mesmo, esse fenômeno é fundamental para o processo de cura. Desse modo, o analista faz uso do manejo da transferência e da superação da resistência para que o paciente possa elaborar o que lhe foi dito e reprimido em questão, fazendo-se valer-se da análise na possibilidade de resolução de conflitos até antes desconhecidos, mas que refletem em seu cotidiano de alguma maneira.

Na psicanálise, a transferência é um fenômeno que ocorre com/no paciente que atualiza através do analista, a repetição dos modelos infantis, as figuras parentais e seus substitutos, serão transpostas para a cena analítica, e assim sentimentos, desejos, impressões dos primeiros vínculos afetivos serão vivenciados e sentidos na atualidade, fornecendo elementos para o trabalho analítico. O manuseio da transferência é a parte mais importante da “técnica” de análise, pois deste modo verifica-se em ato, na atualidade da cena analítica, a cena do inconsciente. No texto A dinâmica da transferência (1912, p. 104-105) Freud, expõe a seguinte afirmação: “Assim, a transferência na análise sempre nos aparece, de imediato, apenas como a mais poderosa arma da resistência, e podemos concluir que a intensidade e a duração da transferência são efeito e expressão da resistência.” Resistência essa podendo se observar no discurso repetitivo notado em alguns momentos em análise. Em sessão, Maria compareceu um dia trazendo consigo um vaso de planta que entrega para a analista, trouxe essa plantinha simples para você, espero que goste, colocando a analista na posição de cuidado e da qual ela demanda amor a todo custo.

Maria relatou que se dedicava integralmente ao namorado, abdicando muitas vezes de coisas pessoais suas para buscar atender ao que supõe, a fará amada, como se fosse a resposta ao desejo do outro, eu deixava de ir trabalhar ou saía mais cedo do serviço pra acompanhar ele na chácara. Abriu mão de comer pipoca e torresmo, alimentos esses que gostava muito apenas pelo fato de seu namorado não gostar,

buscando atender a demanda dele. Em sessão expôs a seguinte fala: eu parei de beber chimarrão, hábito este que me trazia prazer, disposição e lembranças afetivas positivas, apenas porque eu achava que assim seria como ele queria (...) respondendo ao que imagina a fará amada por ele. Nesta vertente compreende-se a relação de dedicação ao ser amado por Maria, levando a paciente a compreender sua anulação frente ao outro nas relações que a mesma se apresenta, seja na função como mulher, mãe e funcionária. Desta forma, percebe-se a sua posição de histérica a qual demanda amor a todo custo.

A histérica quer mostrar ao analista o seu desejo insatisfeito e não quer assumir seu lugar de sujeito e arcar com o desejo e as vicissitudes que lhe são próprias, especialmente a falta. Enquanto o sujeito histérico não reconhece que o desejo do Outro é barrado, ele não pode reconhecer-se barrado, não reconhece seu desejo marcado pela castração. A histérica coloca-se no lugar do próprio falo, e assim se oferece ao outro, supondo que assim seja o objeto ideal e adequado que possa satisfazê-lo. Assim, o sujeito histérico goza de manter-se insatisfeito, protegendo-se do desejo, que aliena ao outro. Neste sentido, dedicada ao outro, a histérica se mantém-se insatisfeita. Maria relata: eu passo a vida cuidando dos outros, até minhas vizinhas amigas falam isso pra mim. Eu fico até sem jeito quando é pra cuidar de mim.

A palavra histeria é de origem grega derivada de *hystera* que significa útero e se referia a perturbações uterinas, ou seja, uma perturbação exclusiva da mulher; Rangel (2008, p. 58) pontua que, a histeria é uma questão de mulheres, ou melhor, das parteiras. Estas acumulam o saber sobre a arte de colocar no mundo crianças, sobre os mistérios da infância, sobre o sexo da mulher e as doenças que o acometem. Desta forma, duas características eram associadas: déficit funcional de um órgão sexual e déficit relativo às mulheres. Ou seja, ao longo da antiguidade a histeria era pensada como exclusiva de mulheres, o que não se diferenciou do final do século XIX, em que Charcot, psiquiatra francês, estudava as manifestações clínicas das histéricas no hospital de Salpêtrière, conhecido como hospital de mulheres.

Sigmund Freud, em Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905, p.155), define os sintomas histéricos com: “um substituto, uma transcrição por

assim dizer, de uma série de processos, desejos e aspirações investidos de afeto, aos quais, mediante um processo psíquico especial (o recalçamento), nega-se a descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência”. Ou seja, a ação de recalçamento age de modo severo sobre o desejo da histérica, e como modo de compensação são dispostos em sintomas, pois há aí, um meio de encontrar em algum nível a satisfação do desejo, entretanto, ao custo sintomático, sendo visto na histérica assim por dizer uma necessidade de a todo custo lhe suprir a falta.

De acordo com Elia (2007) se o objeto do desejo é perdido, o desejo, em contrapartida, não se perde: é, ele próprio, indestrutível, estruturado, inconsciente, determinante do sujeito, que, submetido a ele, não podendo, portanto, estruturá-lo, visto que estruturado ele já está, resta-lhe a tarefa de reconhecê-lo já que conhecê-lo o sujeito não poderá, havendo-se nesta compreensão a importância de se compreendê-lo em análise qual o seu sentido. Esclarecendo:

A histérica, em virtude de seu sintoma, constitui seu desejo como insatisfeito, ou, para dizer de modo mais preciso, constitui seu desejo como desejo de desejo insatisfeito. Expressa, assim, o curto-circuito no qual seu saber acerca da inexistência do objeto ‘específico’ desejado conjuga-se com a recusa a saber disso, com o recalque. Seu sintoma obrigou Freud a conceber o inconsciente. (Elia, 2007: p. 838):

A partir de 1900, Freud substituiu a ideia de que a histeria tinha em sua origem uma representação inconsciente, pela angústia provocada por uma fantasia inconsciente. A partir desse momento a histeria estava relacionada à angústia de castração, quando se coloca em jogo a possibilidade de um dano narcísico bastante significativo, dano esse que vem a causar um possível sofrimento. Desta forma surge a possibilidade para o sujeito de se encontrar frente à angústia, fator decisivo para a estruturação da neurose. Isso fala da divisão do sujeito, a histeria mostra que o sujeito não é uma unidade, ele é dividido, e a sexualidade fala desse desencontro, dessa falha do sujeito que a histérica não quer saber. A histérica precisa ocultar sua falha, para isso ressalta todo o resto, constituindo assim um jogo de ocultamento/superexposição, ou seja, ela sempre tenta a todo custo suprir sua falta na falta do outro.

É nessa superexposição que ela não deixa lugar para que ocorra um encontro com a tão temida e angustiante falta e essa estratégia nos diz de um terror ao desamparo, forma máxima do nada, o vazio. Faz-se necessária, por uma questão de sobrevivência psíquica, a crença de que alguém pode ter o falo, completude, forma máxima do tudo: essa é a busca da histérica, o tudo por terror ao nada.

Freud ponderou que o histérico deseja que seu desejo permaneça insatisfeito. Isso o mobiliza numa aspiração de um ideal de ser, ideal esse que julga como ser perfeito tendo mais precisamente na imagem de outra mulher o seu ideal de ser mulher. A insatisfação enquanto sintoma é, ao mesmo tempo, uma forma de gozo relacionado ao desejo característico da histeria. Desejo que nunca satisfaz a exigência histérica, a colocando sempre em posição de insatisfeita.

Com o avançar das sessões, Maria inicia o processo de se implicar na situação de sair da posição de queixar-se do outro e entender sua responsabilidade nisto que ela se queixa. A paciente sempre foi dedicada ao trabalho, família e em sessão interroga-se: Como que eu pude fazer isso comigo, como eu fui louca de me colocar em cada situação. Maria faz referência a situações em que deixou seus próprios desejos de lado para atender a demanda do outro, ele queria um café eu ia e fazia o café, eu comecei a tentar suprir todos os desejos dele e reprimir os meus. Em Simões (2007) traz o seguinte trecho de afirmação em seus estudos:

O gozo seria então, a manutenção da tensão, a permanência do desejo insatisfeito, o que de certa forma, se opõe ao prazer. Seguindo este raciocínio, podemos perceber a estratégia da histérica que, em geral, não quer aquele que a quer, mas sim alguém inacessível, mantendo assim seu desejo sempre insatisfeito. Essa é a relação da histérica com o amor e com o desejo. Assim se pontua na insatisfação: sempre há algo melhor para encontrar.

Neste sentido Freud em *Feminilidade* (1933) expressa que a histérica não se cansa de desejar esse todo, permanecendo o seu desejo sempre insatisfeito e recusando os gozos relativos.

Quanto a colocar-se como uma mulher em posição feminina, restos advindos da relação materna,

permanecerão no inconsciente da mulher, delegando à outra mulher, sua mãe, incumbência de torná-la mulher, esperando obter dela a “receita” para tal. É o que Freud encontra no Caso Dora (1905/1996), quando o Sr. K desonra a imagem da Sra. K, Dora vê sua própria imagem desonrada, esta cena ilustra como o feminino é construído e sustentado na imagem de outra mulher.

A diferenciação da posição feminina se dá a partir da aceitação ou recusa da mulher em colocar-se como objeto causa de desejo de um homem. Para a histérica, colocar-se no lugar de objeto é bastante difícil. A histérica não quer ser objeto de gozo para o Outro, ela quer provocar o desejo neste, mas certamente não é para satisfazê-lo. Quando a histérica coloca-se à serviço do outro é sempre para tentar mostrar-se através dele e, assim, beneficiar-se de seu “esplendor”. Dessa forma o histérico se defenderá de perceber o próprio desejo. A histérica está marcada pela castração, castração esta que ela não suporta e por isso desvia-se da posição feminina. A condição do desejo é a falta, e o falo é um significante da falta, da perda à qual a castração se refere.

Freud (1996/1914) define o amor como narcisista, uma espécie de movimento inconsciente pelo qual o neurótico é atraído na direção do objeto, que supõe, possa trazer sua completude. A libido investida em um objeto, nasce como possibilidade de restauração de algo perdido, essa busca, interminável, pela completude, por tapar o furo, marca as relações amorosas na neurose. O enredo amoroso é tecido por inúmeras insatisfações.

Para Freud (1996/1912) encontrar um objeto, onde amor, erotismo e sensual possam se fundir, como nas sensações que obteve com as satisfações vividas com o objeto primordial, é impossível. Por conta da frustração experienciada na renúncia do primeiro objeto amoroso, escolher novos objetos, também será frustrante se o modelo buscado continuar sendo o objeto primevo, sendo que este não pode ser substituído, menos ainda alcançado.

A relação amorosa, na neurose, terá sempre a finalidade de reencontrar a satisfação obtida com o primeiro objeto de amor, Freud indica o fracasso infalível dessa busca, logo, a incompletude mantém o gozo, esta barra de não poder resgatar o objeto reacende o valor psíquico das relações amorosas/sexuais na neurose. Não há quem se

complete inteiramente, menos ainda quem possa completar o outro, inúmeras insatisfações serão encontradas em meio ao enredo amoroso, na procura por findar as insatisfações e alcançar o gozo primário, o neurótico lança mão de todas as suas possibilidades, mesmos que seja preciso o assujeitamento, ir até as últimas consequências, ainda que essas sejam devastadoras.

Com o avanço das sessões, Maria lamenta, não estou igual antes; falando em referência à sua figura física e disposição para trabalhar e até mesmo, arrumar-se após o acidente; o que era visível em sua postura e imagem corporal.

Em *Feminilidade* (1932), Freud atesta a incapacidade da psicologia para decifrar o enigma da feminilidade. Descreve que há uma maior quantidade de narcisismo nas propriedades psíquicas da feminilidade, e isso tem por consequência na escolha de seu objeto de amor, uma vez que, para ela, ser amada é mais necessário que amar. Sendo na inveja do pênis, a mulher aproxima-se a elevar seus encantos para retribuir em sua inferioridade sexual original, sendo a busca pela perfeição no aspecto físico primordial para esta ocorrência.

A histérica que convocou o saber de Freud encontra-se no centro da confusão entre demanda e desejo, pois o que está em questão sempre é sua condição de falta-a-ser, ao mesmo tempo em que não cessa de apelar ao Outro seu complemento, sua possível tentativa na completude. Então o em que consiste o desejo do feminino? Freud conclui que o sexo feminino enquanto tal, distinto do falo, não é jamais descoberto senão em sua negatividade. Como a morte que só pode ser compreendida como uma espécie de não vida devido a uma falta completa de significantes próprios a ela, da mesma forma o feminino apenas pode ser acenado como o Outro do falo, encarnação da falta por primazia.

Em seus escritos Dias (2013, p.29) pontua a seguinte frase: “A Mulher é indizível porque ocupa o lugar daquilo que resiste às palavras. Ela ocupa esse lugar vazio que as palavras bordejam”. Portanto, a feminilidade será organizada por uma referida específica ao se direcionar ao falo.

Para Freud uma das saídas do Édipo, para a menina é desejar um filho, e observa-se também a negação frente a outra mulher que possui o seu objeto de amor, o filho. Como vemos, o desejo de ter um

filho está ligado ao complexo de castração. Numa das sessões, Maria fala de seus filhos e em num dado momento, refere-se à nora como incapaz de cuidar dele: [...] a ex-mulher dele não sabia cuidar dele, as roupas eram mal lavadas, ficava encardida.

A teoria de Freud liga maternidade e castração. É por ter se deparado com o fato de não ter um pênis que a menina poderá deslizar da decepção em relação ao órgão de que não é dotada para o desejo de ter um filho, vendo nesse meio a oportunidade de completude frente a esta falta percebida. O desejo de um filho é derivado da inveja do pênis, conseqüentemente, acompanhado da função fálica. Longe de ser uma relação de completude, a maternidade, na concepção freudiana, é um dos nomes da castração.

A demanda de um filho, por ser uma reivindicação fálica, está conseguinte articulada à castração e à falta. A maternidade é uma via de substituição, para a menina, do desejo de ter o pênis. Um filho que na verdade corresponde a uma substituição do órgão masculino. Um desejo claramente com fundamento fálico. E mais, que não é a maternidade que se encontra como comparado ao feminino, ou como prevista realização da mulher, mas sim a presença de um objeto fálico, o filho.

Numa das últimas sessões, Maria relata que estar vindo ali tem lhe feito refletir sobre seu posicionamento no mundo e em como ela mudou por falar de suas alegrias e tristezas, segue o discurso: eu me vi nascer de novo sabe, parece que aprendi a ser eu, mas ser mulher no mundo não é fácil né, temos que aguentar tudo, eu cuido de todo mundo, meus filhos, netos e minhas vizinhas, mas não gosto de precisar de ninguém, mas fico feliz quando alguém quer me ajudar.

No texto de Freud intitulado como *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (1911, p.81) podemos fazer uma possível correlação com o trecho disposto a seguir e com a fala da paciente:

A mais surpreendente característica dos processos inconscientes (reprimidos), à qual o investigador se habitua apenas com grande superação de si, consiste em que neles a prova da realidade não conta, a realidade do pensamento é equiparada à realidade externa, o desejo à sua realização, ao acontecimento, tal como sucede naturalmente sob o domínio do velho princípio do prazer.

Maria traz que prefere ajudar aos outros (filhos, vizinhas e etc) do que ser ajudada, porém observa-se um desejo íntimo em ser notada quando a mesma ao se referir ao ex- relacionamento amoroso deixa claro o seu desejo em ser notada pelo outro quando realiza alguma atividade e como espera esse auxílio advindo do outro. Deixando mais uma vez transparecer o desejo insatisfeito da histérica.

Maria, ao discorrer sobre suas insatisfações relata como se sentiu por não trabalhar devido o repouso necessário após o acidente: aquilo para mim foi a morte, ficar deitada o dia todo era a morte, eu que já sofro de depressão e ansiedade e piorei [...]. Maria fazia uso de medicamentos como ansiolíticos, seria a ansiedade e depressão relatadas pela paciente exposição das angústias psíquicas da histérica? Fica o questionamento sobre a relação do sintoma físico com o que se conhece por Freud na comparado as características da estrutura da histérica.

Neste trecho também fica claro a insatisfação em estar impossibilitada de buscar atender o desejo do outro, que quer dizer, Maria por estar passando por um processo de reabilitação não conseguia se colocar à disposição do outro, deixando-a em uma posição de frustrada e insatisfeita. Freud traz em seu texto Estudos sobre a histeria (1893-1895, p. 17) o seguinte exposto: “Nossas experiências nos mostraram, no entanto, que os mais diferentes sintomas — tidos como produtos espontâneos, por assim dizer idiopáticos, da histeria — acham-se tão forçosamente ligados ao trauma ocasionador”. Freud propõe que a histeria é um tipo de neurose caracterizada por sintomas físicos nos casos em que causas orgânicas são descartadas, podemos correlacionar então a insatisfação da histérica a tal fato. Também no texto Estudos sobre histeria (1893-1895) Freud considera que os sintomas histéricos podem ser vistos enquanto um processo mental caracterizado por intensa carga de afeto que, por alguma razão, permanecia impedido de passar para a consciência, mudando-se em forma de conversão física, o que podemos tentar compreender frente ao caso da paciente Maria que sua ansiedade possa ser um sintoma de conversão física, sendo os processos mentais e sofrimento advindo tão marcantes que se expõe de maneira física.

As sessões de Maria foram finalizadas devido o meu desligamento da instituição em que estava

inserida a serviço, diante disto a paciente foi orientada a buscar dar continuidade no trabalho que estava sendo realizado com outro profissional, observou-se que no processo de análise a mesma se implicou-se em alguns momentos sobre as demandas trazidas.

A queixa inicial que a fizera chegar até o atendimento foram processos de sintomas físicos que fazia parte de seu processo de reabilitação, mas conforme a análise seguiu-se compreendeu-se que alguns desses processos físicos eram advindos de sofrimento psíquico, sendo reflexos de seus conteúdos. Por se tratar a psicanálise de um método de investigação dos processos psíquicos inconscientes, esses processos vieram a tona com a associação livre.

Os atendimentos foram construídos dentro de um ambiente de serviço público de saúde, apresentando-se como um serviço ambulatorial. Os desafios encontrados foram primeiramente se deparar com o modelo médico ao qual prevalece, ou seja, diagnosticar o sujeito o rotulando e intervindo com medicações. Figueiredo (1997, p. 64) relata em seus estudos que o modelo médico tem por objetivo uma construção fisicalista, sendo rotular a dor do sujeito com um diagnóstico e prescrevendo medicações. No trecho a seguir, se refere da seguinte maneira: “O denominador comum é a objetivação do sintoma ou da doença como algo que o sujeito tem, que o acomete, e sobre o qual ele tem pouco a fazer, senão seguir as prescrições, que podem ser medicamentosas ou educativas.” Diante disto, o psicanalista se depara também em como trabalhar a clínica psicanalítica e seus dispositivos no serviço ambulatorial, sendo necessário dar lugar para criar uma possível psicanálise.

O analista para desenvolver uma psicanálise possível, é preciso compreender que está se articula como clínica da fala e da escuta, sendo os dois pilares importantes da análise. Ouvir o paciente e faz-lo se escutar para que ocorra o processo de se implicar em tratamento. Figueiredo (1997, p. 125) discorra também sobre outro dispositivo clínico importante da psicanálise, a transferência:

O dispositivo psicanalítico que opera no binômio fala-escuta está bem inscrito no conceito de transferência. Aqui entrelaçamos esta primeira condição a uma segunda: a clínica psicanalítica consiste em produzir um modo de fala através da

transferência. Fala-se para um outro que, num primeiro momento, é aquele que atende. Há aí um deslocamento da fala como desabafo, queixa, pedido de alívio, etc. para um plano que podemos chamar de reflexivo ou indagativo. É preciso, em algum momento, querer saber sobre o que se diz. E o que se diz vem carregado de intenções, afetos, contradições que podemos definir como variações da transferência. Isso pode acontecer como que acidentalmente para uns, ou depender mais diretamente da ação do analista. Não há como prever nem como garantir que os que procuram atendimento se envolvam nessa empreitada. Ao analista cabe manter a oferta a seu modo, sem coação, é óbvio, mas com clareza de seu propósito e, sabendo esperar, dar tempo ao sujeito.

Desta forma, a transferência é o movimento pelo qual o indivíduo se apresenta para o analista algo de sua realidade sendo a fala a ferramenta para essa possibilidade. A interpretação é um recurso do analista. “O trabalho de elaboração também se dá no 'só depois' das sessões, ao longo do percurso analítico que, por sucessivos deslocamentos, faz variar a repetição e a posição do sujeito em sua realidade psíquica.” (Figueiredo, 1997, p. 126)

Necessário frisar sobre a regra fundamental da clínica psicanalítica, o uso da técnica da associação livre, ao primeiro momento quando se coloca a paciente percebe-se um estranhamento: falar o que lhe vem a mente. Somos tomados por nossas resistências e essas se apresentam na clínica psicanalítica, Freud postula que essas resistências do paciente é o que pode vir a causar obstáculos na análise. “No campo propriamente analítico, temos a resistência em suas diferentes modalidades que, em última instância, se articula à repetição. E, como solução, há a elaboração que deve levar o sujeito a uma nova ação sobre a realidade” (Figueiredo, 1997, p. 137). Sendo a resistência um mecanismo de defesa do paciente.

Figueiredo (1997, p. 136) esclarece em seus escritos a importância de diferenciar na associação livre o que se dá pela associação e por elaboração:

Se o discurso adquire uma coerência no processo associativo podemos estar diante de um trabalho de elaboração. Pode, ao contrário, ser indício do bom funcionamento do recalque a favor de uma idealização do tratamento, ou da cura, ou ainda das expectativas do analista [...]. O sentido que se dá a isso depende do analista. Aí está uma primeira parte de seu trabalho: uma marcação do inconsciente.

Desta forma, conclui-se que a elaboração na associação livre e a compreensão e interpretação dos fatos se dá pelo analista. Sendo ao analista que ocupa essa função também importante passar pelo processo de análise para sua sustentação do trabalho frente ao paciente.

Considerações finais

O presente trabalho proporcionou o crescimento no conhecimento da clínica psicanalítica e seus dispositivos. A psicanálise nos aponta a importância entre a articulação da teoria com os casos clínicos. Através da técnica de associação livre é possível possibilitar ao analisando a expressão da fala sem julgamentos, poder falar o que lhe vem a mente a primeiro momento pode parecer assustador, mas após algumas sessões nota-se a liberdade de exposição do paciente.

Maria foi uma paciente que se coloca de fato em trabalho, a mesma trazia reflexões e após algumas sessões conseguiu observar e se pontuar enquanto sujeito ativo no setting clínico. Portanto, ao falar da histeria e da estratégia do desejo insatisfeito utilizado no estudo se refere as insatisfações trazidas pela mesma, frente a situações vividas e a maneira como a mesma sempre em busca de atingir e ser o objeto de desejo do Outro, colocava-se de lado deixando-a em posição sempre de insatisfação. Ser histérica para Freud é isso, estar sempre em posição de insatisfeita mesmo quando próxima de atingir o que mais se queria.

Uma vez inserido no ambulatório, ou em qualquer outro campo institucional, o psicanalista tem a sua prática clínica atravessada por desafios diários, seja pela cultura do modelo médico ou seja por como é visto sua inserção na equipe multiprofissional, bem como a maneira de pagamento, ou melhor, a falta do pagamento em dinheiro do paciente. Portanto, alicerçar os dispositivos clínicos da psicanálise na prática diária da atuação profissional é de suma importância para elaborar um trabalho efetivo com o paciente, e o enfrentamento desses desafios se dá devido o próprio modo singular de ser da psicanálise sendo dever do analista elaborar meios para lidar com essas especificidades no âmbito do sistema único de saúde (SUS), sendo nesse fato que a psicanálise se

apoia para afirmar a sua importância nos tempos atuais.

Considerando-se em questão que os atendimentos precisaram ser interrompidos devido o desligamento do serviço em que estava atuando, pontua-se a

necessidade que a paciente em questão tem de manter-se em análise.

Conclui-se dessa maneira que a psicanálise se apoia para afirmar sua importância nos tempos atuais, mas cabe principalmente ao analista construir seu lugar frente ao âmbito de saúde pública.

Referências

Almeida, L. P., & Atallah, R. M. F. (2009). *Clínica a interpretação Psicanalítica e o campo de experimentação*.

Arruda Neto, O.P., & Santos, J. W. (2014). Identificação histórica: Estudo de caso de um paciente acometido de estresse atendido em Psicoterapia Psicanalítica. *Revista eletrônica de psicologia*.

Dias, G. S. (2013). *Considerações psicanalíticas sobre a histeria feminina*. Ijuí.

Elia, L. F. (2007). O operário e a histórica: dois sujeitos modernos. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.823-840, jul.-set.

Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Freud, S. (1914) Recordar, repetir e elaborar. In: _____. *Cinco lições de psicanálise*. Leonardo da Vinci e outros trabalhos, 11 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1912.

Freud, S. (1912) A dinâmica da transferência. In: _____. *Cinco lições de psicanálise*. Leonardo da Vinci e outros trabalhos, 11 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1912.

Freud, S. (1911) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: _____. *Cinco lições de psicanálise*. Leonardo da Vinci e outros trabalhos, 11 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1912.

Freud, S. (1893-1895). Estudos sobre histeria. In: _____. Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos, 7 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1905.

Freud, S. (1905) - "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade". In: _____. *Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*, 7 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1905.

Freud, S. *Feminilidade*. (2006), In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 22.

Freud, S. (1996/1912). Sobre a tendência universal a depreciação na esfera do amor (contribuições à psicologia do amor II). In: _____. *Cinco lições de psicanálise*. Leonardo da Vinci e outros trabalhos, 11 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996/1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *A história do movimento psicanalítico*. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos, 14 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996/1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: _____. *Um caso de histeria*. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos, 7 v. Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Rangel M. B.S. (2008). *Histeria e Feminilidade*. Dissertação de mestrado. Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro,

Simões, R. B. F. (2007). A recusa histórica à satisfação do desejo. *Psicologia para América Latina*, v.11, p. 0-0.

Souza, E. M. L. (2009). *Especificidade de sintomas na histeria: uma abordagem clínica*.

Denise Martins Dourado

Especialização em Teoria e Clínica Psicanalítica pelo Instituto de Pós-Graduação – CIAP Educacional Cacoal, RO.

E-mail: denise.dourado.2010@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-2028-3402>

Recebido em: 06/09/2021

Aceito em: 09/09/2021