

Histeria: algumas reflexões sobre as origens e a atualidade

Hysteria: some reflection on origins and the present time

Paula Land Curi Mocarzel¹
Ronaldo de Souza Garcia²

Resumo: O objetivo deste pequeno artigo é refletir sobre histeria ontem e hoje. Retornaremos à história da histeria, com alguns companheiros de Freud, ou seja, a pré-história da psicanálise. Queremos com isso evidenciar que a questão dos afetos (suas afetações) sempre esteve presente em sua história. Posteriormente, lançaremos mão de uma entrevista clínica, para evidenciar que, apesar da medicina contemporânea ter abolido a histeria de seus manuais e das falas corriqueiras e apressadas que dizem que não existem mais as histéricas dos tempos de Freud, elas estão aí! E, talvez possamos falar mais: como as histéricas dos tempos de Freud, ainda busquem quem as possam ouvir... Afinal, seus sintomas escapam ao saber médico.

Palavras-chave: histeria, afetos e sintomas.

Abstract: *The objective of this small article is to reflect on hysteria yesterday and nowadays. So, we will return to hysteria's history, with some Freud's friends, that is, the pre-history of psychoanalysis. We want to evidence that the question of the affection (its affectations) has been always present in its history. Later, we will launch hand over a clinical interview, to evidence that, although the contemporary medicine had abolished hysteria of its manuals and all the current and hasty talks that the hysteria has changes, there are no more hysteric women like in freudians days, they are still here! And, perhaps, we can say more: they are still searching for someone who can hear them. After all, its symptoms escape from medical discourse.*

Keywords: *hysteria, affection and symptoms.*

-
1. Psicanalista; Membro Efetivo/CPRJ, Gestora e Professora do Curso de Psicologia da UNIVERSO, Campus Niterói; Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise – UERJ; Doutoranda em Psicologia Clínica, PUC/SP.
 2. Aluno do 10º Período do Curso de Psicologia da UNIVERSO.

Cad. Psicanál., CPRJ, Rio de Janeiro, ano 30, n.21, p.219-231, 2008

1894 - Freud escreve em *Neuropsicoses de Defesa* que o que é característico da histeria não é a defesa, mas sim a conversão. Insiste que a defesa é característica comum às neuropsicoses, a conversão característica da histeria.

o fator característico da histeria não é a divisão da consciência, mas a capacidade de conversão, e podemos aduzir, como parte importante da predisposição para a histeria – predisposição ainda desconhecida em outros aspectos –, uma aptidão psicofísica para transpor enormes somas de excitação para a inervação somática (FREUD, 1894, p.57).

Freud deixa claro que o destino dado a um afeto de uma representação é, claramente, o corpo, palco das mais diversas afetações. Na histeria, a representação incompatível torna-se inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática.

Nosso objetivo neste trabalho é então refletir sobre histeria, ontem e hoje. Para isso, lançaremos mão de uma entrevista clínica, pois, queremos assinalar que, apesar de a medicina contemporânea tê-la abolido de seus manuais, das falas corriqueiras e apressadas que dizem que não existem mais as histéricas dos tempos de Freud, elas estão aí. E, talvez possamos falar mais: como as histéricas dos tempos de Freud, ainda busquem quem as possam ouvir... Afinal, seus sintomas escapam ao saber médico.

A histeria ao longo de sua história foi estigmatizada. Hoje, mascarou-se com outros sintomas, prescindiu, de certo modo, da conversão, confundiu-se com distúrbios gravíssimos de personalidade. Mas, para entender um pouco deste processo, faz-se necessário não só retomar às suas origens, mas também discutir caso a caso – exigência do próprio método clínico – visto que se há algo que os histéricos solicitam é uma clínica personalizada. Problemas para muitos médicos, que como aponta Berlinck (1997):

quando o médico termina sua longa e dispendiosa formação e começa a clinicar, descobre que a grande maioria dos doentes sofre de sintomas provocados por conflitos psíquicos, por desamparo, solidão etc. Quando isso acontece, o médico faz de conta que não percebe as causas da doença e trata os doentes como lhe ensinaram na escola (p.8).

Khan (1997) aponta que, em todas as culturas, a histérica vestiu uma máscara que reflete tanto a moralidade manifesta quanto as aspirações sexuais mais escondidas do *ethos* da época. Por isso, pôde ser identificada de várias maneiras, só sendo propriamente reconhecida (e legitimada) com Charcot.

Charcot restaurou a dignidade da histeria, fazendo valer a autenticidade e objetividade dos seus fenômenos. Declarou que “[...] a teoria das doenças orgânicas do sistema nervoso podia ser dada como completa, o que precisava ser abordado a seguir eram as neuroses” (FREUD, 1956 [1886], p.47). Deixou para Freud a incumbência de definir a sua natureza. Foi então que, com seu trabalho, Freud vai constatar que o *não saber da paciente histérica era, na verdade, um não querer saber*.

Não querer saber... É assim que as histéricas se posicionam em relação a sua vida psíquica. Mas também, é assim que alguns médicos fazem com os pacientes que sofrem daquilo que é supostamente provocado pelo psiquismo. Nada querem saber, os deixam de lado, tomando a palavra do doente apenas em sua superficialidade.

Presos na exuberância dos sintomas, sem ouvir o que o sujeito tem a dizer daquilo que o acomete, solicitam exames e mais exames, tentando dar visibilidade a algo que sempre lhes escapa...

o conjunto de sinais colhidos pelos órgãos dos sentidos, onde se deve incluir a visão de um modo privilegiado, fica subordinado ao campo da visibilidade da lesão que opera como princípio de organização (BERLINCK, 2008, p.192).

Das origens a construção freudiana: um longo caminho sem voz

A forma corajosa com que Freud defrontou com a histeria, o “respeito” pelas produções de seus pacientes, sua construção teórica a partir da clínica e a sua “humildade” que, tempos depois, proporcionou uma retificação de determinados aspectos clínico-conceituais, merecem aqui serem examinados, pois estão na origem da psicanálise.

Para a psicanálise se constituir foram necessárias aproximações e distanciamentos de grandes nomes de uma época. E, é neste sentido que, conjugando uma máxima atribuída a Aristóteles – o verdadeiro discípulo é aquele que supera o mestre – Freud não hesitou em romper, mais de uma vez, com seus mestres. Assim fez com a causalidade fisiológica e a hipnose de Charcot; com o método catártico de Breuer; com as idéias de Fliess... Mesmo que isso lhe custasse uma grande amizade.

É sabido que a questão diagnóstica está posta desde sempre para Freud. Ainda nos anos de 1894-96, ele via-se às voltas com o que então chamava a *escolha da neurose*. Desejava saber o que fazia com que o sujeito se tornasse histérico, obsessivo ou psicótico, o que culminou com o angular conceito de defesa. Diz o editor (1894n):

os anos de 1893 e 1894 estiveram longe de serem ociosos (...) Durante esses dois anos, como podemos constatar por suas cartas a Fliess, ele estava profundamente engajado na investigação daquilo que afastara completamente a neurologia de seu foco de interesse – o problema das neuroses (p.51).

Já naquela época, Freud é bastante claro e sinaliza para a tarefa que o eu se impõe e aos destinos dados à idéia e ao afeto de uma representação inconciliável. Como conseqüência, caracteriza a conversão como a “transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática” (FREUD, 1894, p.56). Essa capacidade é “o fator característico da histeria” (idem, p.57) e não a divisão da consciência, comum a todas as neuropsicoses.

Nos anos que se seguem, Freud deixa claro que a psicanálise foi constituída para as ditas neuroses de transferência, mas podemos dizer que foi *pela* e *para* histeria. Afinal, suas históricas deram-lhes as chaves para sua construção.

Assim podemos afirmar que a histeria figura entre as doenças que possibilitaram a construção da clínica psicanalítica enquanto corpo de saber. Contudo a histeria não surgiu com Charcot ou Freud, então seu discípulo. A histeria conta com uma história que muito antecede a pré-história da psicanálise.

Remontando seus primórdios, de acordo com as pesquisas de Trillat (1991), a palavra histeria tem sua origem no termo *hysterus*, que significa útero, em grego. Contudo, isso só se tornou possível por conta da observação das doenças que acometem o homem e pela busca de recursos que possibilitassem a *cura do mal*.

Desde a antigüidade, seguindo a autora, há indicações sobre as doenças da mulher. São encontrados descrições de vários sintomas que acometem as mulheres e têm como causa o útero.

Hipócrates, considerado pai da medicina, deparou-se com a histeria e, em seu tratado sobre as mulheres, não se furtou em dedicar páginas àquilo que chamou *doença de mulher*. Segundo a autora, em sua obra, Hipócrates testemunha uma “constante atenção, uma simpatia e mesmo um certo carinho por essas mulheres acometidas de tantas doenças ou inconvenientes ligados aos seu sexo” (p.18). Os diversos sintomas apresentados pelas doentes têm sua causa no útero andarilho que, ao apoiar-se nos diferentes órgãos, é capaz de provocar os mais variados sintomas. Demorou um tempo para o útero deixar de ser animal ou corpo estranho dentro da mulher para ser um órgão pertencente à mesma.

Em vários momentos da história da histeria, ainda segundo Trillat (1991), as causas que lhe são atribuídas têm um caráter físico-funcional. O útero é o seu gestor e o corpo é o campo de apresentação de sua teatralidade sintomática.

Mesmo quando foi *tomada e possuída* pela panacéia religiosa, seu corpo tem um lugar privilegiado. Campo de batalha entre a medicina e a teologia: no corpo, os inquisidores procurarão as marcas do diabo; pelo corpo, queimado na fogueira, a libertação.

Somente no final do século XVII que Sydenham resgata a histeria da obscuridade nosográfica. Sua grande questão não concernia à semiologia, mas a nosografia, ou seja, como doença – “a grande questão é saber se a histeria é ou não uma doença como as outras, situada no mesmo plano que as outras doenças conhecidas e obedecendo às mesmas leis naturais” (p.59).

No entendimento de Sydenham, os sintomas histéricos são provocados pelas emoções e o que vai diferenciar esta doença das demais é sua capacidade de imitação. Novamente o corpo aparece como um grande palco. Ele encena, imita, dá visibilidade a sintomas resultantes de afetações.

Compreendida quase que sempre como uma doença do sexo feminino, um enigma sem solução, diante de sua complexidade sintomatológica, a histeria cai no mais profundo descrédito diante do olhar médico. As histéricas eram simuladoras, imitadoras, atrizes, que embora muitas vezes não soubessem que atuavam, acreditavam fielmente na realidade das situações...

Esta compreensão se estenderá até Charcot e, esse descrédito, não se limitará apenas ao doente, estendia-se a todos aqueles que se aventurassem em decifrar seus enigmas – os médicos.

Somente a autoridade de Charcot fora capaz de devolver a dignidade da doença, abrindo-lhe campo para uma nova forma de fazer clínica, embora pouco tenha a ver com o método desenvolvido posteriormente por Freud. Charcot, que necessitava separar dos alienados, os epiléticos não alienados e os histéricos, encontrou-se mergulhado na histeria e em seus mimetismos.

Debruçando sobre a histeria, em um primeiro momento, Charcot realiza um trabalho descritivo, diferenciando a histeria das demais doenças neurológicas, principalmente da catalepsia. Para isso lança mão da observação, trabalha com semiologia diferencial e conclui algo sobre as manifestações da histeria, que evidenciam para seus sintomas corporais – “às manifestações mais neurológicas da histeria: crises convulsivas

paroxísticas e sintomas permanentes entre as crises: paralisias, anestésias, contrações” (TRILLAT, 1991, p.141).

Segundo Freud, 1893, Charcot era infatigável na defesa dos direitos do trabalho puramente clínico, que consiste em observar e ordenar as coisas.

O corpo é palco dos sintomas, mas ao diferenciar a crise histérica da crise epiléptica, Charcot a faz em função de um *componente afetivo*, existente somente nos casos de histeria. Muito embora reconhecesse, no relato da histérica, conteúdos traumáticos, estes se configuram como de menor importância, como sendo apenas um fator contingencial. O trauma vivido pelo histérico, funciona, dentro da etiologia da histeria, como mecanismo provocador – *agent provocateur*.

Em outubro de 1885, o disputado grupo de Charcot recebeu um novo aluno, um estrangeiro que tinha uma formação bastante distinta da orientação francesa. Este aluno, que se sentiu tão atraído pela genialidade e método do mestre, realizou uma mudança significativa em seus objetivos de estudos.

Este encontro é determinante para o nascimento da Psicanálise, pois, segundo o próprio Freud (1886): “a atração exercida por semelhante personalidade logo me levou a um único hospital e a buscar os ensinamentos de um único homem” (p.44)

Sigmund Freud, em 1873, ingressa na Universidade de Viena onde, em 1876, começa a desenvolver alguns trabalhos em neurologia e fisiologia. No ano de 1885, com a ajuda do professor Brucke, consegue uma bolsa para um estágio em Paris. Freud chega a Salpêtrière com a previsão de estender o curso até fevereiro de 1886.

Buscava um grande hospital, um hospital de referência, para estudar sobre neurologia. Além disto, Salpêtrière continha um grande acervo. Freud tinha “escolhido o estudo das atrofia e degenerações secundárias que se seguem às afecções do cérebro nas crianças.” (FREUD, 1886, p.45). Mas de sua estada na Salpêtrière, Freud confia décadas mais tarde, na oportunidade de sua autobiografia:

o que mais me impressionou enquanto estive com Charcot foram suas últimas investigações acerca da histeria, algumas delas levadas a efeito sob meus olhos. Ele provava, por exemplo, a autenticidade das manifestações histéricas e de sua obediência a leis (...) a ocorrência freqüente da histeria em homens, a produção de paralisias e contraturas histéricas por sugestão hipnótica e o fato de que tais produtos artificiais revelavam, até em seus menores

detalhes, as mesmas características que os acessos espontâneos, que eram muitas vezes provocados traumáticamente (FREUD, 1925 [1924], p.24)

Freud retorna de Paris, em 1886, e instala-se em Viena como médico de doenças nervosas utilizando massagens, eletroterapia e a hipnose como recursos terapêuticos. Alheio às brigas entre a Salpêtrière e a Escola de Nancy, e devido às dificuldades vividas com a prática da hipnose, Freud viaja para Nancy no verão de 1889, levando consigo uma de suas pacientes que descreve como “uma histérica altamente dotada, uma mulher bem nascida, que me fora confiada porque ninguém sabia o que fazer com ela” (FREUD, 1925 [1924], p.29).

Freud ficava angustiado pelo fato de não conseguir curá-la, limitando-se apenas às remissões dos sintomas, o que atribuía a certa falta de habilidade com o manejo do hipnotismo, o que não permitia levar a paciente até um estado de sonambulismo com amnésia.

Mesmo Freud não encontrando no hipnotismo o sucesso clínico esperado para a solução da doença, encontra nele um precioso instrumento de investigação. Esta possibilidade já havia sido apresentada por Josef Breuer com quem estabelecera contato desde a época em que trabalhava no laboratório do Dr. Brucke, e com quem estabelecera uma singular amizade.

Josef Breuer construiu uma carreira sólida tanto na clínica, quanto na pesquisa. Era um dos médicos de família mais respeitados de Viena, que também possuía um passado científico, visto que produzira vários trabalhos de valor permanente sobre a fisiologia. Entre os anos de 1880 e 1882, Breuer atende “Anna O.”, pseudônimo dado a Bertha Pappenhem, uma jovem de 21 anos de idade.

A singularidade de seus dotes pessoais, bem como das características de sua doença, conduziram Breuer à construção de uma teoria e de um método que formará o esboço preliminar para a psicanálise.

O “drama” de Bertha representado em seus sintomas, expressavam uma lista dos mais variados tipos. Os sintomas apresentados iam desde um quadro de depressão a um de nervosismo. Em dados momentos, apresentava uma paralisia dos movimentos e, em outros, contraturas musculares, inibições ou confusão mental. Por vezes, não conseguia deglutir, quer água ou alimentos sólidos. Em certas ocasiões, apresentava perda da sensibilidade, distúrbios visuais, estalidos com a língua, tosse nervosa, etc.

Dentre os casos que se seguem na construção da clínica psicanalítica *Dora* é um marco. Nele e, através dele, Freud *inova* o método psicanalítico e se defronta com as conseqüências do mesmo. Tal seja, a associação livre e a interpretação dos sonhos como métodos e a transferência como sua

conseqüência. Sobre a nova técnica Freud (1905 [1901], p.21), afirma que “[...] a nova técnica é muito superior à antiga, e é incontestavelmente a única possível.” Quanto a seus objetivos, com este caso, mostra que seu objetivo “era demonstrar a estrutura íntima da doença neurótica e o determinismo de seus sintomas” (idem).

1905 – marca a publicação do estudo que inicialmente seria chamado *Histeria e Sonhos*, o que demonstra sua intenção em relacionar a clínica da histeria aos sonhos, mas que foi a lume como *Fragmentos de um caso de Histeria*. Este caso, que não foi a termo, foi interrompido precocemente, com apenas três meses de análise. Contudo, a sua proposta inicial de relacionar histeria e análise dos sonhos – seu novo método – encontra-se aí presente.

Dora, pseudônimo dado para Ida Baner, é uma jovem de 18 anos de idade que, desde os 8 anos, apresentava vários sintomas neuróticos. Dora sempre esteve às voltas com seu pai doente e com uma mãe inexpressiva, afetada por um quadro que Freud chamou de psicose doméstica.

Dora chega a Freud trazida por seu pai sob a queixa de desânimo e alteração de caráter, pois, segundo ele, sua filha mente. Sua história clínica é marcada pelo aparecimento de vários sintomas corporais como dispnéia, a tosse nervosa, a afonia, perda de consciência, seguida de suposta amnésia, dentre tantos outros. Enfim, Dora sofria de conversão – nome dado por Freud ao destino dado à soma de excitação desvinculada. Diz ele: “a representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática” (FREUD, 1894, p.56)

Contudo, com Dora, Freud dilata a compreensão de histeria, que até então estaria limitada à doença, ou seja, ao ataque histérico. Relata:

eu tomaria por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderante ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos. (FREUD, 1905 [1901], p.35)

Aqui há de se definir duas características da histeria: a) aquela que marca uma organização histérica; e, b) aquela que indica uma doença histérica, esta última, por sua vez, está marcada pelo sintoma, ou seja, pela conversão do afeto.

Ao trabalhar os mecanismos da conversão, Freud tenta apaziguar uma rixa antiga sobre a gênese do sintoma histérico – àqueles que o tinham através de uma causa psicogênica e aqueles que compreendiam suas causas por um viés organicista. Na solução deste nó conceitual, Freud postula a *complacência somática*. Com este conceito, o sintoma histérico passa a ter

a participação de ambos os lados. Uma catexia psíquica que escoo para alguma parte do corpo que de alguma forma o solicita.

o campo no qual se expressa o sintoma histérico é, assim, o *corpo*, e o mecanismo pelo qual essa via de expressão se viabiliza é o que Freud chama de *complacência somática*: o corpo se submete, se faz complacente a uma ordem de fenômenos que não equivalem aos processos corporais em sentido intra-orgânico, mas que se impõem ao corpo, nele esculpindo as formas do desejo e suas vicissitudes. (ELIA,1995, p.106)

E qual era o desejo de Dora? O que quer esta mulher? Estes são questionamentos que foram feitos por Freud, enredado pela transferência de Dora, e que propiciaram a própria construção da psicanálise. Qual era o desejo desta mulher? Freud aponta para sua bissexualidade e percebe: não é alguém que foge do outro e sim alguém às voltas com o próprio desejo (de insatisfação). Alguém que sustenta um lugar de desejo sempre insatisfeito...

Joana, como as antigas histéricas, sem voz

“nem sempre os histéricos buscam um tratamento psicanalítico. Aliás, os histéricos buscam sempre o que lhes é oferecido. É por isso que se pode dizer que o que sustenta a psicanálise é o desejo do psicanalista. Mas como o desejo do psicanalista não se institucionaliza, e a oferta hegemônica é a do saber médico, os histéricos com frequência buscam hospitais onde acreditam poder encontrar cura para seus sofrimentos. Ocorre que quase sempre os médicos não sabem ou não querem reconhecer os histéricos. E estes, porque buscam aquilo que lhes é oferecido, se submetem aos médicos” (BERLINCK, 1997, p.41)

Louca, epilética, hipocondríaca, deprimida, viscosa... Essa é Joana, aos olhos dos vários médicos que a atenderam nas diversas emergências hospitalares. Afinal, como ela mesma diz, reafirmando a fala médica, ela tem de tudo!

“Eu tenho de tudo”, esta é a primeira frase dela quando na primeira entrevista de tratamento psicológico. Justifica que é isso que faz com que ela viva buscando médicos, ou melhor, os enlouquecendo, com suas queixas infundáveis e sua demanda de amor.

Relata que nas primeiras consultas eles até tratam-na bem. Parecem gostar dela, mas, subitamente, começam a se mostrarem hostis, perdem a paciência. Ela não sabe o porquê: “Eu não faço nada, mas eles mudam comigo.”

Irritados com tantas queixas, tantos sintomas, tanto insucessos e tanta “viscosidade”, respondem “agressivamente” que tudo é emocional. Irritada, Joana não vai mais neles. Todos são incompetentes, não vêem o que ela sente. Um, em particular, também muito mal-educado, sugeriu que além dela não ter nada, deveria apenas arrumar um namorado, ou seja, “*penis normalis dosim repetatur*”, receita Chrobak (Freud, 1914)

O fato é que Joana tem uma enxaqueca que lhe deixa de cama muito mal, dores que andam pelo corpo, cócegas no baixo ventre, caroços, febres e infecções emocionais (?), crises convulsivas e uma afonia que a impede de dizer qualquer coisa: “A voz não sai!”

Com tantos sintomas, cabe-lhe rodar de especialidade médica em especialidade médica... Seus sintomas são tão “esquisitos”, como ela mesma nomeia-os, que, inclusive, já teve a metade esquerda da vagina anestesiada. Tem vontade de morrer, de se jogar pela janela, de tanta insatisfação...

De médico em médico vai tomando seus remédios. Quanto mais remédio, mais coisa sente. “Mas o que será que tenho?” Pergunta-se, mas, ancorada no discurso médico fica prestando atenção a todos os movimentos de seu corpo, buscando “anomalias” que justifiquem seu mal-estar.

Seu corpo é palco de representações, de cenários de espetáculos estupefantes. Para Joana, algo não deve estar bem, pois, os médicos dão-lhes os mais diversos e complicados nomes. Ela nada pode dizer disto. Contudo, Joana continua com suas dores. “Como posso ser feliz assim?” Joana queixa-se de seus sintomas, não de sua insatisfação representada no seu corpo...

Depois de passar anos indo a médicos, resolve buscar ajuda terapêutica. Está afônica, não consegue falar. É uma mulher de 28 anos que vem de uma família de classe baixa, cheia de problemas. Sofreu várias violências físicas e sexuais de parentes próximos, ao mesmo tempo em que seus pais a proibiam de qualquer movimento que insinuasse sexualidade/sensualidade. Seu pai a olhava “com uns olhos esquisitos” quando estava de *short* e, por isso, a agredia tanto que até tem lesões celebrais comprovadas por tanta “porrada” que tomou. Sua mãe tentava proteger, silenciando-a. Não podia falar nada, senão, mais porrada...

Assim, Joana iniciou sua série de tratamentos, sem poder falar. Utilizando do corpo, de seus sintomas médicos para falar de si. Ela diz que não tem voz para falar, não sabe nada a seu respeito, não tem lembranças de nada. A única coisa que sabe é que, às vezes, “a janela chama”. Ora quer se jogar, ora quer ver seu vizinho, que vive nu e transando pela casa.

Este pequeno recorte da primeira entrevista de Joana serve-nos como exemplo de como se dá a clínica médica na atualidade: trata-se o sintoma, o paciente não precisa falar. Basta fazer uns exames complementares – que há muito já deixou de serem complementares à clínica para se tornarem a própria clínica.

Joana é atendida por diversos especialistas, inclusive diversos médicos psiquiatras/psicanalistas, que não a puderam escutar. Ou ficam presos na série de fenômenos corporais que apresenta, tratando-a como uma doente, ou “não sabem ou não querem reconhecer” (BERLINCK, 1997, p.41) a sua histeria, para além do campo fenomenológico.

Se fosse atendida por um clínico fenomenológico, certamente, já nesta primeira entrevista, Joana seria diagnosticada como uma histérica, bem clássica, do tipo Dora, devido sua intensa produção de sintomas conversivos. Joana, como Dora, seria uma histérica que faz de seu corpo lugar de expressão de sua subjetividade. Contudo, diferente de Dora, sem nenhum desdobramento no nível do sujeito.

Joana passou por vários médicos, recebeu diversas formas de tratamento, mas pouco pode falar... A diferença das histéricas daquele tempo para Joana é que elas pediram para falar, “criando” a “cura pela palavra”... Joana cala-se, “a voz não sai”.

Joana, em plena época dos psicofármacos, não quer falar, não quer saber... Solicita um medicamento, para ser mais um numa infundável listagem dos já ingeridos... e manter sua condição de sempre insatisfeita. Para as dores, analgésicos. Para depressão, antidepressivos. Para “febre emocional”, antitérmico à base de paracetamol. “Para esquecer”, como diz, os hipnóticos, benzodiazepínicos etc. e, de preferência, com Tegretol ... para as suas crises convulsivas!

O que Joana quer e sabe falar é de seus sintomas, mas, mesmo assim, somente descrevê-los. Não consegue entender que seus sintomas têm um sentido...

Quanto aos médicos, ouvem apenas sobre os sintomas, pedem exames complementares, prescindem da clínica. Ou melhor, do discurso narrativo do sujeito. A visibilidade, supostamente necessária a clínica, não existe, pois, não há lesões, marcas ou índices de “anormalidade” que diga o que ela tem. Esquecem-se daquilo que Charcot a muito viu: na há lesão anômica apreciável!

A grande questão é que o tratamento da histeria supõe uma medicina, como nos conta Berlinck (1997), que se funda numa escuta prolongada, e

“médicos que possam suportar amor erótico e ódio sem se implicar nessas transferências a não ser com o justo amor de médico” (p.7).

Enquanto isto, Joana sofre daquilo que a afeta, mas que não aparece nos laudos... Como ninguém lhe dá voz, continua afônica... Talvez por pouco tempo!

Contudo, lembra-nos Berlinck (1997): “à medida que a psicanálise se oferece na cultura constituindo-se como um dos elementos do discurso do Outro, os históricos poderão demandar psicanalistas” (p.41).

Paula Land Curi Mocarzel

Ernane do Amaral Peixoto, 334/313
Centro – Niterói – RJ
Tels.: (21) 2719-5293; (21) 9973-7578
E-mail: landpaula@yahoo.com.br

Ronaldo de Souza Garcia

Rua Ernesto Bandeira, 2 a
Barreira – Saquarema – RJ
Tels.: (22) 2653-5469; (22) 9832-4940
CEP: 28993-000
E-mail: ronaldogarciapsi@yahoo.com.br

Referências

BERLINCK, Manoel (Org.). *Histeria*. São Paulo. Editora Escuta, 1997.

ELIA, Luciano. *Corpo e sexualidade: em Freud e Lacan*. 2. ed. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

FREUD, Sigmund (1886). *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.41-53. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

_____. (1893). *Charcot*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.19-31. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).

_____. (1894). *Neuro psicose de defesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.51-72. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).

_____. (1905 [1901]). *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.11-115. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7).

_____. (1914). *A história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.13-82. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

_____. (1925 [1924]). *Um estudo autobiográfico*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.13-92. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).

KAHN, Masud. O rancor da histérica. In:_____. *Histeria*. São Paulo. Editora Escuta, 1997

TRILLAT, Étienne. *História da histeria*. São Paulo: Editora Escuta Ltda,1991.

Artigo recebido em 21 de julho de 2008

Aprovado para publicação em 05 de agosto de 2008