

UM CASO DE HISTERIA?

Relatório de Estágio de Prática em Clínica Psicanalítica apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Jorge Amado, como pré-requisito para aprovação da disciplina Estágio Básico Supervisionado em Processos de Atenção à Saúde III.

(2009)

Rita Maria Canuto Oliveira

Aluna do 10º semestre de Psicologia do Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE
(Salvador-Bahia, Brasil)

Professora/Supervisora:

Velia Teresa P. A. Cotsifis

Email:

rcanuto56@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar, a partir da análise de um clínico, a possibilidade de um diagnóstico de histeria. Inicialmente é feita uma exposição teórica da abordagem psicanalítica sobre a histeria, seguida dos dados clínicos com os quais é feita uma articulação, com base principalmente nos ‘traços estruturais’, apontados por Joel Dor. A análise conclui que somente com a continuidade do atendimento do caso, portanto a escuta ao paciente, será possível aproximar-se do que se pode chamar de um diagnóstico na clínica psicanalítica.

Palavras-chave: Histeria, diagnóstico, traços estruturais, clínica psicanalítica

“Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo.”

Freud, em Sobre o Início do Tratamento.

INTRODUÇÃO

Com o amadorismo e a ansiedade típicos do académico, que se surpreende diante da diversidade de conceitos do saber psicanalítico e, mais ainda, do universo simbólico dos pacientes, trago neste trabalho final uma tentativa de responder a questões que me inquietaram durante os atendimentos a um caso clínico.

Dör (1991), referindo-se a advertência que Freud faz no texto *Psicanálise Silvestre* a cerca do risco de um diagnóstico impetuoso, afirma que a “interpretação selvagem” apóia-se sempre numa racionalização causalista precipitada e fundada num encaminhamento hipotético-dedutivo que não considera a distância que separa o dizer do dito.

Sabendo da minha inaptidão em determinar um diagnóstico para o caso que ora apresentarei, o objetivo aqui será tão somente investigar – a partir da descrição dos traços estruturais, apontados por Dör – a possibilidade de se tratar de uma histeria.

Freud aponta para a importância do *tratamento de ensaio*, o que Lacan chama de *entrevistas preliminares*, que consiste em “um período de experiência deste tipo, a durar uma ou duas semanas” (FREUD, 1913) com a finalidade de fazer um diagnóstico diferencial entre as estruturas, como segue:

Com bastante frequência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo — isto é, exatamente o tipo de caso que se consideraria apropriado para tratamento — tem-se de levar em conta a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce (‘esquizofrenia’, na terminologia de Bleuler; ‘parafrenia’, como propus chamá-la) e que, mais cedo ou mais tarde, apresentará um quadro bem pronunciado dessa afecção. Não concordo que seja sempre possível fazer a distinção tão facilmente.

Somente a partir desta distinção é possível se pensar na condução que será dada ao tratamento, pois embora seja “quase impossível determinar, com segurança, uma avaliação diagnóstica sem o apoio de um certo tempo de análise, mas é preciso circunscrever, o mais rápido possível, uma posição diagnóstica para decidir quanto à orientação da cura” (DÖR, 1991).

Quinet (2005), embasado na teoria Lacaniana, afirma que é a partir do simbólico que se pode fazer o diagnóstico estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo, que correspondem às três estruturas clínicas: a neurose, a psicose e a perversão.

Cada modo de negação é concomitante a um tipo de retorno do que é negado. No recalque, o que é negado no simbólico retorna no próprio simbólico sob a forma de sintoma: o sintoma neurótico. No desmentido, o que é negado é concomitantemente afirmado retornando no simbólico sob a forma de fetiche do perverso. Na psicose, o que é negado no simbólico retorna no *real* sob a forma de automatismo mental, cuja expressão mais evidente é a alucinação. (p.19).

Para o propósito que aqui me lanço, o de questionar se tratar do tipo clínico histeria, será necessário ainda “ultrapassar o plano das estruturas clínicas (psicose, neurose, perversão) para se chegar ao plano dos tipos clínicos (histeria – obsessão), ainda que ‘não sem hesitação’” (QUINET, 2005).

Para melhor compreensão, a próxima parte deste trabalho será dedicada à descrição do que trata a teoria psicanalítica a cerca da Histeria.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para falar da histeria é necessário antes retomar o conceito de neurose, estrutura psíquica a qual ela se encontra vinculada.

Traçando um breve histórico, o termo neurose inicialmente foi definido pelo médico escocês William Cullen como “as doenças nervosas que acarretavam distúrbios de personalidade”, seguindo com Freud que, a partir de 1893, designa neurose – ainda como doença – como “uma doença nervosa cujos sintomas simbolizam um conflito psíquico recalcado, de origem infantil”. Somente mais tarde, “com o desenvolvimento da psicanálise, o conceito evoluiu, até finalmente encontrar lugar no interior de uma estrutura tripartite, ao lado da psicose e da perversão”. A partir daí Freud classifica “no registro da neurose, a histeria e a neurose obsessiva” (ROUDINESCO, 1998).

É no complexo de Édipo que as estruturas psíquicas são constituídas. Dör (1991) afirma que “a estrutura psíquica apresenta a particularidade essencial de ser determinada uma vez por todas”, e isto se dá a partir do “desenvolvimento da relação que o sujeito trava com a função fálica, ou seja, a função paterna.”

Para o que nos interessa neste estudo, busquei trazer de forma sucinta, o conceito de complexo de Édipo sob a ótica da clínica. Roudinesco (1998) diz que “em psicanálise, a questão do Édipo pode ser abordada de duas maneiras diferentes, conforme nos colocemos no ponto de vista do complexo (e portanto, da clínica) ou no ponto de vista da interpretação do mito.”

Inicialmente a formulação Freudiana do complexo de Édipo foi puramente masculina. Didaticamente, podemos dizer que na fase pré-edípica (que corresponde às fases oral e anal), a

mãe é completa para o bebê, portanto a figura mais importante, mais tarde a criança descobre que a mãe não tem pênis (falo), portanto não é completa como ela imaginava. Neste momento ela percebe que o pai tem e, com a convivência com as meninas, percebe ainda que há quem tenha e há quem não tenha. Neste momento a criança sente-se ameaçada de perder o seu pênis (complexo de castração) e a figura paterna – que detém a autoridade por ter o falô – passa a ser ameaçadora (dissolução do complexo de Édipo e entrada no Superego).

No menino, o amor pelo pai torna-se admiração, ao passo que o objeto materno passa a ser desvalorizado. Mas, como seria isto para a menina? Com a teoria da libido, Freud cria uma dissimetria entre as organizações edípicas feminina e masculina (ROUDINESCO, 1998). Situado o Édipo entre os três e cinco anos (fase fálica) o pênis passa a ser o elemento que classifica os seres humanos em fálicos e castrado(a)s (KAUFMANN, 1996). Se o menino sai do Édipo através da angústia de castração, a menina ingressa nele pela descoberta da castração e pela inveja do pênis e este será, no seu caso, de superação mais difícil, senão impossível. Nela, o complexo se manifesta pelo desejo de ter um filho do pai. Ao contrário do menino, a menina desliga-se de um objeto do mesmo sexo (a mãe) por outro de sexo diferente (o pai) (ROUDINESCO, 1998).

No âmbito da teoria do significante e da tópicos Lacanianas (imaginário, real e simbólico) o complexo de Édipo é definido como uma função simbólica: o pai intervém sob a forma de lei (ROUDINESCO, 1998), para frustrar a criança da fusão com a mãe, bem como para privar esta mãe.

Assim, na menina, a estruturação da histeria se dá no Édipo. Após considerar-se castrada, ela pode ou desviar-se da sexualidade (recusa) ou não desistir de sua masculinidade, ou, enfim, escolher uma terceira via, a da feminilidade, que escolhe o pai como objeto (CHEMAMA, 2007). Kaufmann (1996) afirma que “a descoberta da realidade de castração opera destruições quase irreparáveis no psiquismo feminino”, como veremos na citação abaixo:

“Em primeiro lugar, destrói a atividade psicosexual, a relação com a mãe e a representação narcísica dos tempos anteriores: pré-história de mulher soçobra num esquecimento inexorável e, com ela, toda possibilidade de elaborar uma identificação materna positiva capaz de sustentar uma identidade de sujeito desejante. Depois ela institui uma a relação exclusiva com o pai que deve ser ao mesmo tempo temido, invejado e desejado: a dependência para com o outro sexo é uma característica da feminilidade. Finalmente ela torna inoperante a lei interdutora do Édipo, suprimindo a angústia de castração que faz o menino evoluir: a formação do superego é pois aleatória, fraca e frágil, e a mulher manifesta pouco interesse pelos valores morais, sociais e culturais. Para ela, ‘a anatomia é o destino’, ao qual nenhuma palavra mítica vem dar um sentido verdadeiro. A única função normativa do Édipo feminino consiste em transformar a (suposta) lei biológica da passividade sexual em regra cultural, segundo a qual a mulher deve se fazer o objeto do desejo do outro.”(p.139)

Adentrando finalmente na conceituação da histeria, traçarei primeiramente um breve histórico. Derivada da palavra grega *hystera*, que significa matriz ou útero, na Antiguidade a histeria era considerada “um déficit funcional de um órgão sexual e déficit relativo às mulheres” (KAUFMANN, 1996), na concepção agostiniana da Idade Média os sintomas histéricos – somáticos – eram “sinal de um triunfo da influência das forças do mal. O que outrora era chamado de histeria ganha então o nome de possessão diabólica” (KAUFMANN, 1996). No Renascimento a histeria retorna a sua condição de doença, porém com causas internas e naturais e três correntes distintas buscaram a sua etiologia: a) organicista, cuja origem está em um distúrbio nervoso do cérebro; b) fundamento psíquico, que atribuía a uma desordem das paixões, com consequências somáticas e, c) Charcot aponta para uma “doença psíquica bem definida, com sintomas específicos” (LAPLANCHE, 2001) com etiologia na hereditariedade, “mas os sintomas têm, como causas ocasionais, *agents provocateurs*” (KAUFMANN, 1996).

É finalmente com a Psicanálise, quando Freud apóia-se basicamente na noção do inconsciente – embutida aí a teoria da sexualidade infantil - que “a impossibilidade de o sujeito liquidar o complexo de Édipo e evitar a angústia de castração, que o leva a rejeitar a sexualidade” (ROUDINESCO, 1998), passa a ser considerada como o conflito “nuclear” da neurose histérica.

Vejamos agora como Laplanche (2001) conceitua a histeria :

HISTERIA

= *D.*: Hysterie. – *F.*: hystérie. – *En.*: hysteria. – *Es.*: histeria ou histerismo. – *I.*: isteria ou isterismo.

Classe de neuroses que apresentam quadros clínicos muito variados. As duas formas sintomáticas mais bem identificadas são a *histeria de conversão*, em que o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos, paroxísticos (exemplo: crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (exemplo: anestésias, paralisias histéricas, sensação de “bola” faríngea, etc), e a *histeria de angústia*, em que a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior (fobias).

Lacan retorna ao texto freudiano para ler “como se articulam as formações do inconsciente (sintomas, sonhos) no histérico” e encontra “um inusitado amor do histérico (masculino ou feminino) pelo pai enquanto impotente, ferido, diminuído.” Assim Lacan conclui que “o objeto do desejo na histeria nem é o da necessidade, nem o da demanda de amor, mas o desejo de um desejo, desejo que incide sobre a falta do Outro e não sobre o que causa essa falta” (KAUFMANN, 1996).

MATERIAL CLÍNICO

P. tem 19 anos, mora com os pais e é a caçula de uma família de apenas dois filhos, sendo o outro um rapaz de 25 anos. Ao procurar atendimento psicológico a paciente havia saído do hospital, após um estado de coma de 24 horas devido a intoxicação pela ingestão de diversos remédios numa tentativa de suicídio.

A paciente relatou que se tratava da 4ª tentativa de suicídio, sendo desta vez motivada pelo rompimento de um relacionamento de quatro anos com um rapaz do qual ela gostava muito. As outras vezes as tentativas também se deram através da ingestão de medicamentos e foram motivadas por desentendimentos com a sua mãe.

A passagem ao ato se deu após uma forte discussão entre ela e o ex-namorado, que aconteceu no trabalho deste, sendo necessário chamar o seu pai, mas quem compareceu foi a mãe. P. fugiu de casa por uma semana e ficou sem falar com os pais. Nesta ocasião seu pai –que também faz uso de medicamentos - chegou a passar mal. Ao retornar para casa sentiu-se tão pressionada com a reclamação dos pais que ingeriu uma mistura de seus remédios com o remédio do pai.

P. se diz muito inconformada com o término do relacionamento, principalmente, pelo fato de que ela, e toda a família, sempre ajudaram muito o rapaz a “crescer” na vida, arranjando-lhe emprego e dando-lhe uma moto para trabalhar. No decorrer dos atendimentos a sua maior inquietação era compreender o que levou o rapaz a fazer isto com ela, bem como saber se ele de fato a amou, como dizia.

Desde os 13 anos P. faz uso de Carbamazepina e Fluoxetina prescritos por uma neuropsiquiatra para o tratamento de fortes dores de cabeça – diagnosticada como sintoma de epilepsia – e para uma oscilação no humor, que lhe acomete sempre pela manhã, ao acordar. O mau humor já foi motivo para ficar um período sem nenhuma amiga, por não a suportarem.

P. diz que a mãe nunca a levou para ouvir outro diagnóstico, apesar de não ter havido nenhum episódio de ataque de epilepsia.

Em função da intoxicação, que lhe causou reação alérgica com erupções na pele, a Fluoxetina foi suspensa, permanecendo apenas a Carbamazepina, porém em líquido através de manipulação. Apesar de a paciente alegar - num atendimento - temer voltar a ter depressão, no outro ela diz que não teme mais e que está se sentindo bem mesmo sem o medicamento.

P. diz que não sabe ficar sozinha e por esta razão tem “ficado” com um garoto e depois com outro em seguida, não se fixando a ninguém, pois eles querem namorar sério e ela não quer. Já

ocorreu de estar “ficando” com 03 pessoas ao mesmo tempo. O que mais lhe atrai nos rapazes são a beleza, a inteligência (principalmente), o que fala e como se comporta.

Na fala da paciente a mãe aparece como uma pessoa dominadora e autoritária, com a qual sempre teve muitas discussões e brigas, enquanto sobre o pai – apesar de ter aparecido pouquíssimas vezes na fala – é alguém que lhe faz as vontades e delega à mãe as decisões sobre a casa e a vida dos filhos. Revela ter ciúmes do pai, assim como tinha ciúmes deste ex-namorado. Traz ainda que o irmão tem ciúmes dela com o pai e que a mãe tem ciúmes dela com a tia.

Sobre o ex-namorado relata ser uma boa pessoa, também fazia todas as suas vontades e eram amigos (era ele quem a acalmava para não brigar com a mãe). Apesar de relatar que não quer mais voltar com ele, evita passar próximo à sua residência ou local de trabalho para não encontrá-lo, principalmente, com a nova namorada.

Nos últimos atendimentos P. informa ter ido a uma outra neuropsiquiatra a qual suspendeu a Carbamazepina para fazer exames, antes de diagnosticá-la. P. voltou a sentir oscilações de humor e, temendo retornar às discussões matinais com a mãe – o que já a levou a cometer algumas tentativas de suicídio – ela voltou a usar a Fluoxetina.

Após a exposição do que diz a teoria sobre a histeria e, tendo sido descrito o caso em questão, passo na parte seguinte a fazer a articulação teórica do caso, tendo como finalidade responder à pergunta - objeto deste estudo – que é a de saber se tratar de uma histeria. Para tanto me apoiarei, principalmente mas não unicamente, nos traços estruturais fundamentais da histeria da obra “Estruturas e Clínica Psicanalítica”, de Joel Dör.

ARTICULAÇÃO TEÓRICA DO CASO

Antes de passar a Dör, voltemos ao que cita Kaufmann, 1996 sobre a questão fálica:

“Toda criança no momento do declínio do Édipo, se volta para um pai, um pai que seja digno de ser amado porque onipotente, pai ideal que possui o falo e pode dá-lo. É esse o pai que é amado. Ora, o histérico sabe que ele ou ela não tem um pai assim. E é essa a sua desgraça. Quer se trate de Anna O., de Emmy, de Dora ou das outras mulheres que Freud escuta então, há sempre a suposta impotência do pai. Este ostenta sem dúvida os títulos simbólicos de pai, mas como um ex-combatente. Tem os títulos, mas está fora de combate.”

Para melhor compreender os traços estruturais da histeria é necessário abordar o que Dör (1991) descreve como sendo a *dialética do ser e do ter*.

Também chamada de *dinâmica edipiana*, “é o momento que leva o sujeito, de uma posição em que está *identificado com o falo da mãe*, a uma outra posição onde, renunciando a esta identificação, aceitando, então a *castração simbólica*, ele tende a se identificar, seja com o sujeito *suposto não tê-lo*, seja, pelo contrário, com aquele *suposto tê-lo*.”

Dör (1991) afirma que os “pontos de ancoramento” das organizações históricas estão na dialética do desejo e no jogo fálico, em função da ambigüidade e da ambivalência sobre quem *tem* e quem *não tem* o falo. Afirma ainda que assim como “os obsessivos são uns *nostálgicos do ser*, pode-se igualmente dizer que os históricos são uns *militantes do ter*.”

Ainda que aqui não se pretenda determinar um diagnóstico, mas fazer esta articulação a partir dos traços estruturais será fundamental, pois segundo Dör (1991) os sinais clínicos permanecem sempre insuficientes para a determinação rigorosa de um diagnóstico. Neste caso “admite-se comumente que a clínica histórica se divide em três grandes quadros: histeria de conversão, histeria de angústia e histeria traumática, sendo a economia do desejo histórico fundamentalmente a mesma em qualquer um dos três tipos. Portanto, para uma melhor precisão é necessário índices mais profundos, a saber: os *traços estruturais* (DÖR, 1991).

Dör (1991) afirma que no sujeito histórico persistem os vestígios de uma queixa arcaica que se desenvolve sobre o fundo de uma reivindicação de amor concernente à mãe: “depois de uma briga nossa, minha mãe ficou sem falar comigo por muito tempo e este foi o motivo das primeiras tentativas de suicídio”. O histórico se viu frequentemente como *não tendo sido amado o bastante pelo Outro*, como não tendo recebido todas as provas de amor esperadas da mãe (DÖR, 1991): “Ela não gosta de mim, não quer fazer as coisas para mim, parece que ela não quer que eu fique bem”.

A *identidade do histórico* é sempre insatisfatória, frágil, parcial em relação a uma identidade plenamente realizada, ou seja, *ideal*. Na construção do seu ideal de identidade, o histórico tenta tornar-se o objeto ideal do *Outro* que ele supõe jamais ter sido (DÖR, 1991):

“Eu conto tudo para minha mãe, ela me pergunta com quem eu estou e eu digo que tô ‘ficando’ com um garoto, ela diz que não gosta desta palavra, aí eu digo “pegando” e ela diz que piorou. Não sei porque ela tá agindo assim (...). Tenho receio de mostrar a minha mãe que ela está errada, para que ela não fique sem falar comigo de novo.”

Dör (1991) lembra que “Freud chamou a nossa atenção sublinhando que *o histórico deseja sobretudo que seu desejo permaneça insatisfeito*, pois se fecha “em uma lógica psíquica sem par: para manter seu desejo, o sujeito esforça-se por jamais lhe dar um objeto substituto possível.”. P.

ao se referir aos garotos que ela “fica” após o término do namoro, diz: “Sei lá ... tem uns que querem ficar namorando sério e eu não quero. Aí fico assim, passando de um para outro. Acho que fico procurando o melhor”.

Um outro traço estrutural demonstrado por Dör é a sedução e esta está posta a serviço do falo e não do desejo, então ele diz: “apesar e contra tudo, é preciso fazer desejar o outro, fazer-lhe desejar este objeto fascinante que se dá a ver como o objeto que poderia preencher sua falta.” Em sua fala P. traz alguns elementos que demonstram a necessidade de ser desejo do desejo do outro, como por exemplo: “Ele diz que sente falta das coisas que eu fazia, que quase não mantém relações sexuais com a namorada, chegando a pagar uma pessoa para fazer sexo.” E mais:

“Acho que não sei ficar sozinha, estou sempre precisando ficar com alguém. Agora mesmo o menino que estava ficando não pôde ficar comigo este final de semana, aí eu já fiquei com outro. Eu fico com um bocado de meninos, quer dizer não são vários, já fiquei com três ao mesmo tempo.”

Referindo-se à *indecisão permanente* da histérica, Dör (1991) afirma que “é ao nível da escolha de um parceiro amoroso que o problema da hesitação vai culminar”, pois ela estará na relação sem realmente estar, o que se constitui numa “porta de saída salutar”, para o caso de não se tratar de uma boa opção. No caso em questão, P. traz esta superficialidade nas relações, por exemplo: “eu não gosto de grude, eu gosto de atenção”; “Estes meninos mesmo que eu estou ficando se quiserem parar para mim *tá* bem, não me importo.” E ainda, “(...) tem uns que querem ficar namorando sério e eu não quero”.

Sobre o traço *busca da perfeição* para atingir ao objetivo do *ideal*, a histérica convive com o contraponto disto: a *convicção permanente da imperfeição*. Portanto, trata de mascarar as imperfeições com que se sente psiquicamente afetada com roupas, enfeites, representações, ou seja, tudo o que possa torná-la mais atraente aos olhos do outro. Ao se reencontrar com o ex-namorado este lhe diz que “... eu estou melhor do que ele pensava, pois estou bem, *tô* bem cuidada, *tô* tranqüila. Um amigo dele disse que eu estava namorando. Fui eu que contei para este amigo dele”.

O *desafio* é um outro traço estrutural atribuído à histeria. Dor afirma que a “histérica tenta reter aquele de quem ela possa se assegurar que responderá, de antemão, a todas as suas exigências.” P. sempre se referiu ao ex-namorado como alguém especial: “...a gente era amigo, se dava muito bem, ele até fazia tudo por mim, me fazia todas as vontades.”; “lembrei do beijo, do sorriso, da gargalhada dele”; “ele me pediu para voltar e eu estou disposta a enfrentar meus pais por ele”; “não me importo se ele assumir o filho ou até mesmo que a gente crie.”

Dör (1991) acrescenta que quanto mais “estrangeiro” for o parceiro ideal, mais será mantido imaginariamente como parceiro inacessível. Se a distância for real aí ele se torna o parceiro dos sonhos! P. foi convidada a retomar o namoro, mas existem empecilhos, conforme segue:

“Estou nervosa e ansiosa, e nem tenho dormido direito – apesar de estar tomando a flouxetina - porque ele me chamou para voltar e eu até quero, mas não sei como minha família vai reagir e, principalmente pelo fato de que acabamos de nos falar ao telefone e ele disse que acha que a namorada está grávida ... estou muito triste, pois se for verdade não vai haver chance para nós ...”

P. tentou suicídio por quatro vezes, sendo três destas por motivo de brigas e a recusa de sua mãe em falar com ela e na última, pela perda de um relacionamento. Carvalho (2006) afirma que:

“Na clínica com as histéricas, constatamos que a perda do gozo está diretamente ligada à questão amorosa. É preciso amar e se sentir amada para suportar ocupar o lugar de objeto na fantasia de um homem. O que a histérica não suporta é a possibilidade de perder este lugar de objeto para outra mulher. A angústia aí se apresenta como insuportável, na medida em que a perda de gozo implicou também na perda amorosa.”

Berlinck (1997) afirma que na atualidade “os histéricos e as histéricas habitam os hospitais de clínicas com novos nomes – pseudo-epilepsia, desordens somatoformes, desordens de angústia ou ansiedade – e são, muitas vezes, submetidos a cirurgias absolutamente desnecessárias.”, no caso em questão a paciente foi diagnosticada, aos 13 anos, como epiléptica, sem ao menos ter havido um ataque de epilepsia, como podemos ver no relato abaixo:

“Faço uso de medicamentos desde os 13 anos, pois sentia fortes dores de cabeça. Minha mãe me levou numa neuropsiquiatra que diagnosticou epilepsia. Desde então venho fazendo uso da carbamazepina. Mais tarde passei a ter oscilações no humor, sendo o momento mais difícil pela manhã, ao acordar, por isto a neuropsiquiatra diagnosticou depressão e receitou usar também a fluoxetina.”

CONCLUSÃO

Este trabalho pretendeu responder a uma questão: saber se o caso que seria exposto poderia se tratar de uma histeria. Para tanto foi apresentada uma abordagem psicanalítica sobre a histeria

sem antes falar da neurose e do complexo de Édipo, sem os quais não seria possível compreendê-la. No breve histórico foi possível demonstrar como a histeria teve diversos conceitos de acordo com o contexto que a determinava, até chegar ao conceito psicanalítico com Freud e Lacan.

Fazer um diagnóstico de uma estrutura neurótica não é tão simples quanto pode parecer, ainda que se adotem os “traços estruturais”, pois os mesmos sintomas podem aparecer tanto na neurose obsessiva quanto na histeria. Dör (1991) se referindo ao sintoma voyeurista, comum na perversão, afirma que “o ensinamento que tiramos da clínica mostra-nos que o componente “exibicionismo” pode, igualmente, estar muito presente na histeria. Como prova, basta essa disposição espetacular do “dado a ver” nos histéricos.”

Diferentemente da clínica médica, a clínica psicanalítica tem uma acepção muito peculiar do que seja o diagnóstico. Ele não é realizado de maneira objetiva, direta, ou seja, a pessoa tem tais sintomas, então, tem tal doença ou distúrbio. Ele não aponta simples e diretamente a interpretação analítica a ser feita, ou seja, o diagnóstico (tal doença) não dá, prontamente, sustentação para a atuação do profissional (tal medicamento, p.ex.). Ele não se vale de roteiros, previamente estabelecidos, a serem seguidos. Deve ser estabelecido, dentro do espaço analítico e na transferência, para determinar a direção do tratamento. O diagnóstico deve ser preliminar, pois é quase impossível defini-lo (fechá-lo) sem um certo tempo de análise (tratamento).

“Não posso deixar de me surpreender com a maneira como os autores conseguem apresentar relatos clínicos tão acabados e precisos dos casos de histeria. Na realidade, os pacientes são incapazes de fornecer tais relatos a seu próprio respeito. De fato, podem dar ao médico muitas informações coerentes sobre este ou aquele período de suas vidas, mas logo se segue outro período em relação ao qual suas comunicações escasseiam, deixando lacunas e enigmas; e em outras ocasiões fica-se diante de novos períodos de total obscuridade, não iluminados por urna única informação que tenha serventia” (FREUD, 1991/1987)

Pela articulação teórica do caso, vários traços estruturais são identificados nas falas da paciente, porém concluo este ensaio com a certeza de que será necessário um maior volume de dados para possibilitar um aprofundamento no estudo deste caso clínico, o que só será possível com a continuidade dos atendimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERLINCK, M. T. **Histeria**. p. 7. São Paulo: Editora Escuta, 1997.

FREITAS, I. **Angústia**. In CARVALHO, S.: A angústia da morte p. 96. Salvador: Campo Psicanalítico, 2006.

CHEMAMA, r. & VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. Rio Grande do Sul: Editora Usininos, 2007.

DOR, J. **Estruturas e Clínica Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbres Ed., 1991.

FREUD, S. **O Quadro Clínico**. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho original publicado em 1901).

_____. **Sobre o Início do Tratamento** (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise I). In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho original publicado em 1913).

_____, **Luto e melancolia**. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho original publicado em 1915).

KAUFMANN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LAPLANCHE, J e PONTALIS, J.B. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

QUINET, A. **As 4+1 condições de análise**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

ROUDINESCO, E. e PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.