

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE PSICOLOGIA

WELGRA MARIA COELHO CRUZ

**O CAMINHAR NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: CONSTRUÇÃO À LUZ DE UM
CASO CLÍNICO**

NATAL-RN

2017

WELGRA MARIA COELHO CRUZ

**O CAMINHAR NA CLINICA PSICANALITICA: CONSTRUÇÃO À LUZ DE UM
CASO CLINICO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Centro Universitário do
Norte (UNI-RN) como requisito final para
obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. (MSC) Érick Leonardo
Pereira

NATAL – RN
2017

WELGRA MARIA COELHO CRUZ

**O CAMINHAR NA CLINICA PSICANALITICA: CONSTRUÇÃO À LUZ DE UM
CASO CLINICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
do Rio Grande do Norte (Uni-RN)
como requisito final para obtenção
do título de Psicólogo.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profº. (Msc) Érick Leonardo CRP 17/2457
Orientador

Tamara Carvalho da Costa CRP.: 17/3003
Examinadora Titular

Profª.: Rocelly Dayane Teotônio da Cunha
Coordenadora do Curso

À Deus, que me iluminou por todos os momentos, especialmente os mais difíceis, através do seu Espírito Santo, me suprimindo de força e coragem, sem me deixar fraquejar, e nem desistir dessa longa e desafiadora jornada. Ao meu marido, pessoa com quem amo partilhar a vida. Obrigado pelo carinho, paciência, e por sua capacidade de trazer paz na correria de cada semestre.

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso primeiramente agradeço à todos de coração.

Dediquei este trabalho à Deus, meu colega e amigo de todas as horas, inclusive em muitas madrugadas de estudos, e ao meu marido, que ao seu modo, esteve sempre presente e dando-me um suporte essencial, para que eu continuasse. Agradeço à minha mãe, que apesar de suas dificuldades, se fez presente nos momentos mais complicados, especialmente nessa etapa final, não poderia deixar de agradecer aqui aos meus vizinhos e amigos, (praceanos), que por muitas e muitas, ocasiões se fizeram alegremente presentes, para contribuir com o que necessário fosse, muito obrigada, somos uma família!

Agradeço aos meus colegas de classe e com certeza futuros excelentes profissionais. Não poderia deixar de agradecer pelo companheirismo, dignidade, carinho, autenticidade e amizade, dos diversos grupos de estudos que foram formados, para execução de tarefas para nosso aprendizado, agradeço à todos pela amizade, paciência, ternura e convivência destes cinco anos, que serão infindáveis.

Agradeço aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas. Agradeço ao meu querido e amável orientador Érick Leonardo, que com paciência, conseguiu corrigir todos os meus textos criteriosamente, e por ser um excelente professor e profissional, mas, à acima de todas as coisas, me fez admirá-lo por sua condição ética e humana de ver e fazer a psicanalise.

Agradeço à todos os funcionários da Universidade UNI-RN. Agradeço aos supervisores de estágios e funcionários das Clínicas Integradas do UNI-RN.

E finalmente agradeço a Deus, por proporcionar estes agradecimentos à todos que tornaram minha vida mais afetuosa, além de ter me dado uma família maravilhosa e amigos sinceros. Deus, que a mim atribuiu alma e missões pelas quais já sabia que eu iria batalhar e vencer, agradecer é pouco. Por isso lutar,

conquistar, vencer e até mesmo cair e perder, e o principal, viver é o meu modo de agradecer sempre!

“Radiante e inalterável é a sabedoria; facilmente se deixa ver por aqueles que a amam, e encontrar por aqueles que a buscam. Antecipa-se a manifestar-se aos que a desejam. Quem por ela madruga não se cansará: há de encontrá-la sentada à sua porta. Meditar nela é prudência consumada, e aquele que não dorme por causa dela, depressa estará livre de inquietação. Pois ela própria vai à procura dos que são dignos dela, pelos caminhos lhes aparece com benevolência e vai ao encontro deles, em cada um dos seus pensamentos.

O princípio da sabedoria é o sincero desejo de ser instruído por ela, e

desejar instruir-se é já amá-la. Mas amá-la é obedecer às suas leis, e obedecer às suas leis é garantia de incorruptibilidade.”

(Sb 6,12-18).

RESUMO

O presente trabalho objetiva fazer um estudo preliminar sobre as técnicas que envolvem, a prática da clínica psicanalítica, a partir do estágio supervisionado para formação de psicólogo, na área de Atendimento Clínico, e refletir sobre a singularidade da transmissão da metapsicologia freudiana. Observando especialmente os detalhes e regras, para um desenvolver profissional, imbuído da Ética e da responsabilidade. Em um segundo plano esse trabalho trará a discussão de um caso clínico, atendido nas CLÍNICAS INTEGRADAS – UNIRN.

Palavras-chave: Psicanálise; caso clínico e histeria.

ABSTRACT

The present work aims to make a preliminary study about the techniques that involve the practice of psychoanalytic practice, from the supervised stage to the formation of a psychologist, in the area of Clinical Care, and reflect on the singularity of the transmission of Freudian metapsychology. Especially observing the details and rules, for a professional development, imbued with Ethics and responsibility. In a second plan this work will bring the discursion of a clinical case, treated in the CLINICAS INTEGRADAS – UNI-RN.

Keywords: Psychoanalysis; clinical case and hysteria.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 DO SIGI DE OURO À PSICANÁLISE	12
2.1 A PSICANALISE	13
2.2 O SENTIDO DO SINTOMA PARA A PSICANALISE	15
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLINICA PSICANALÍTICA DA TEORIA À PRÁTICA	17
4 ENTREVISTAS PRELIMINARES	23
5 ESTUDO DE CASO	26
5.1 ANNA O – A PRIMEIRA.....	27
5.2 A HISTERICA E O PAI: UMA IDENTIFICAÇÃO E DEMANDA	29
5.3 A HISTERICA E A REVINDICAÇÃO AO PAI	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	41

1 APRESENTAÇÃO

Para iniciar esse trabalho fiz uma preciosa reflexão, a qual perpassou por todos os cinco últimos anos de minha vida, os quais dediquei grande parte de meus esforços à compreensão da psicologia, da sua atuação nas diversas áreas Clínica, Social, Jurídica, Hospitalar, nas suas potencialidades, nas suas competências e limitações diante das demandas psíquicas humanas.

Seria um tanto hipócrita de minha parte dizer que tudo foram flores, hoje concluído, sinto que esse difícil aprendizado, que apenas se inicia, deixaram-me algumas marcas, algumas maravilhosas, prazerosas mesmo, de relembrar e outras, não tão prazerosas, pois exigiram-me mudanças, posicionamentos, mas igualmente necessárias para o meu processo pessoal de desenvolvimento humano. Nesse percurso fiz e refiz, por muitas vezes, reavaliações de minhas convicções e compreendi com essa experiência, que nunca, absolutamente nunca, estamos e estaremos formados, que a cada nova orientação de um mestre, (essa fundamental), a cada nova assimilação teórica, nos transformamos, nos encontramos e desencontramos, em fim nos realizamos. Percebi que o “estar pronta”, não existe é utópico, e no mínimo prepotente, que bom que é assim.

O meu encontro de agora e minha atual paixão é o debruçar-me sobre o entendimento da teoria psicanalítica, grande desafio, eu gosto! Como Sempre falo em meu processo analítico, e em minhas supervisões, não sei se haverá tempo suficiente, para tamanha conquista, mas comecei por aqui, esse foi o início que escolhi, e que agora abraço e compartilho, com vocês.

Como exigido nas regras acadêmicas, poucas serão minhas palavras, mas buscarei mostrar nas referências teóricas as principais passagens desse recente aprendizado.

É mais que recomendado, é justo, que se faça uma estreia desse percurso, apresentando, O criador da psicanálise, Sigmund Freud, e depois, porém não menos importante, algumas teorias de sua extensa e respeitável obra, que envolve não somente seus escritos, seus insights, suas correspondências, conferências e falas, mas que foi, a doação de sua própria existência.

Parece ser inesgotável, falar de Freud, permito-me aqui, antes de descrevê-lo, teoricamente, e por encontrar nesta uma, ótima oportunidade, de o reverenciá-lo, digo: acho pouco provável, para não dizer mesmo impossível, encontrar alguém que ainda, não tenha ouvido falar sobre o polêmico, Dr. Sigmund Freud, eu mesma, por vezes, escutei críticas horrendas à seu respeito, ao mesmo tempo, em que escutei discursos emocionados sobre sua genialidade. Concluí então: tenho que entender melhor quem foi este homem!

Em uma disciplina de Psicanálise, perguntei à uma professora no final da aula: Por onde começar a ler Freud? Ela deu um meio sorriso, no canto da boca. E disse: “Comece pelo começo, leia inicialmente (A Interpretação dos Sonhos, Freud, 1900), e depois vamos conversando sobre isso”! Pronto, de lá para cá, não só Freud, me conquistou, mas sua monumental obra passou a contar com meu respeito e admiração.

2 DO SIGI DE OURO À PSICANÁLISE

Tudo começou na cidade de Freiberg, território Austríaco, da Europa Central, os Freud se fixaram em Freiberg, onde se instalou uma pequena comunidade judaica que, em sua maioria, falava o iídiche ou o alemão em vez do tcheco. O nome Freud tem a mesma raiz da palavra freude, que em alemão significa alegria, prazer, regozijo, e se origina de Freid, que é o nome da bisavó materna do pai de Freud, Kallamon Jacob Freud, filho e neto de rabinos, trabalhava no comércio de lã e se casou com Sally Kanner, sobre cuja vida e condições de morte se sabe muito pouco. Deixou o marido viúvo com dois filhos: Emanuel e Philipp. Em 1855, Jacob se casou com Amália Nathanson, 20 anos mais nova do que ele, e os dois filhos de seu primeiro casamento foram morar com os recém-casados.

Tiveram oito filhos, três meninos e cinco meninas: Sigmund, Julius e Alexander; Anna, Marie (Mitzi), Adolfine (Dolfi), Pauline (Paula), e Débora (Rosa). Jacob é descrito pela maioria dos biógrafos de Freud como um homem simples, tranquilo, otimista inveterado, simpático, generoso, bem-humorado e confiante de que Freud teria um grande futuro. Amália, considerada bonita, vaidosa e inteligente(...), falava bem, não tinha papas na língua, de caráter resoluto, pouco paciente e muito inteligente. Alguns episódios narrados pelos biógrafos de Freud reforçam esse perfil: aos 90 anos, recusou o presente de um belíssimo xale, alegando que a “envelheceria” e, ao ver sua foto publicada num jornal, fez o seguinte comentário: Que retrato ruim, pareço uma centenária! (COUTINHO, 2005, p.13-14).

No dia 6 de maio de 1856, nasce o primogênito, Freud, que foi um filho querido pelos pais, e chamado carinhosamente durante toda vida, por sua mãe, de “meu Sigi de ouro”. Em 1859, durante a guerra, quando Freud estava com três anos de idade, os negócios de seu pai, Jacob, entram em grave crise financeira. Jacob muda, então com toda a família para Leipzig, na Alemanha, onde viveu com dificuldades financeiras, dificuldades que permaneceram pelo resto de sua vida. No ano seguinte, os Freud foram para Viena.

Em 1873, Freud ingressa na Universidade de medicina, pela faculdade de Viena e em 1881, concluiu medicina aos trinta e cinco anos de idade. Após a formatura, ele decidiu ir para prática privada em neurologia. Embora a pesquisa fosse seu maior interesse, as preocupações financeiras restringiram

este objetivo, pois nesta época já estava casado com Martha Bernays, e tinham cinco dos seis filhos que tiveram.

Começou, então, a clinicar, atendendo pessoas acometidas de “problemas nervosos”. Obteve, ao final da residência médica, uma bolsa de estudo para Paris, onde trabalhou com Jean Charcot, psiquiatra francês que tratava as histerias com hipnose. Em 1886, retornou a Viena e voltou a clinicar, e seu principal instrumento de trabalho na eliminação dos sintomas dos distúrbios nervosos passou a ser a sugestão hipnótica.

Freud, foi o criador da metapsicologia ou psicanálise e é considerado junto com Karl Marx e Nietzsche um dos três maiores homens da modernidade.

2.1 A PSICANÁLISE

Sobre a influência do trabalho de Charcot, Freud inicia os processos de tratamentos psíquicos, utilizado o método da hipnose, um método que trabalhado através de sugestão. Foi por total insatisfação com esse método, e acompanhando um caso clínico de uma paciente do amigo, Dr. Josef Breuer, o emblemático caso Ana O (Bertha Pappenheim), Anna era uma mulher de 21 anos, inteligente e atraente, apresentava sintomas profundos de histeria, incluindo paralisia, perda de memória, náuseas e distúrbios visuais e orais. Os sintomas apareceram quando ela cuidava do pai que estava morrendo, alimentava por ele uma espécie de paixão. O Caso de Anna O., foi importante para o desenvolvimento da psicanálise por ter apresentado a Freud o método catártico.

Conforme o Dicionário de Psicanálise de Roudinesco (1998), o método catártico é o procedimento terapêutico pelo qual um sujeito consegue eliminar seus afetos patogênicos e, então, exteriorizar verbalmente, revivendo os acontecimentos traumáticos a eles ligados. A fala é o meio pelo qual estes afetos são eliminados, a chamada cura por meio da conversa”.

O método catártico, antecedeu e preparou o surgimento da psicanálise. Seu diferencial reside na valorização da linguagem e da história individual no relato de cada paciente. A partir da aplicação dessa técnica, pela investigação de fenômenos situados na conjunção entre representação, afeto e corpo, resultaram indicações sobre a existência de outra realidade, a psíquica.

O Dr. Josef Breuer, inicia o tratamento usando hipnose, ele acreditava, que enquanto estivesse hipnotizada, ela (paciente), se lembraria das experiências específicas, que pudessem ter originado alguns dos sintomas. Se sentia aliviada ao falar sobre as experiências durante a hipnose, relatava os incidentes perturbadores ocorridos durante o dia, referia-se as conversas como uma limpeza de chaminé, ou o que chamou de cura da palavra (*Talking Cure*), o que deu início a base do tratamento psicanalítico, que consiste, em chegar ao conflito através da Associação Livre.

A associação livre, é o método terapêutico da psicanálise, onde, o paciente mantém-se consciente (sem efeito da hipnose) e, não é pressionado na busca de uma lembrança específica. O paciente é deixado livre para o que vier a sua cabeça, é incentivado a superar as suas limitações, e suas resistências, estando livre para dizer tudo que vem no seu pensamento.

O analista deixa o paciente (analisando), totalmente aberto, para que ele se veja livre de toda coerência, e superar suas reservas, faz com que, através da fala (associação livre), o inconsciente se apresente, e possa ser decifrado pelo próprio sujeito. Quem faz a interpretação dos seus próprios sonhos é o sonhador, quem interpreta é, portanto, o próprio sujeito, ao deixar-se vagar por suas associações (QUINET, 2008).

Surge assim, através da clínica da histeria nervosa, o método psicanalítico, "os histéricos sofrem principalmente de reminiscências" (Freud, 1893/1996a, p. 43).

“(...) a psicanálise, começou com pesquisas sobre histeria, mas, com o decorrer dos anos, estendeu-se muito além desse campo de trabalho. Os estudos sobre a *Histeria*, de autoria de Breuer e minha, publicados em 1895, foram os primórdios da psicanálise”. (FREUD – Sobre a Psicanálise (1913[1911])).

Em um de seus artigos, de 1911, para um congresso médico em Sidney, Freud diz sobre a psicanálise:

“A psicanálise constitui uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta. Posso começar dizendo que a psicanálise não é fruto da especulação, mas

sim o resultado da experiência; e por essa razão, como todo novo produto da ciência, acha-se incompleta. É viável a todos convencerem-se por suas próprias investigações da correlação das teses nelas corporificadas e auxiliar no desenvolvimento ulterior do estudo”. (FREUD – Sobre a Psicanálise (1913[1911])).

Mais tarde em “Dois verbetes de enciclopédia” Freud definiu a psicanálise:

“1.um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo; 2. um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos; e 3. uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo destas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.” (FREUD, 1923 [1922] /1996 p.253, grifo nosso).

Freud nesse mesmo momento, detalha a regra fundamental da psicanálise, a Associação Livre:

O tratamento é iniciado pedindo-se ao paciente que se coloque na posição de um auto observador atento e desapassionado, simplesmente comunicando o tempo inteiro a superfície de sua consciência e, por um lado, tornando um dever a mais completa honestidade, enquanto que, por outro lado, não retendo da comunicação nenhuma ideia, mesmo que (1) sinta ser ela muito desagradável, (2) julgue-a absurda ou (3) sem importância demais ou (4) irrelevante para o que está sendo buscado. Justamente as ideias que provocam mais reações por último mencionadas são as que têm valor específico para a descoberta do material esquecido. (FREUD, 1923 [1922] / 1996 p.253, grifo nosso)

2.2 O SENTIDO DO SINTOMA PARA A PSICANÁLISE

Freud foi um mestre na exposição e divulgação de suas ideias, e entre as várias obras que escreveu para esse fim, se destacam as *Conferências introdutórias à psicanálise*, publicadas em (1916-1917). Durante muitos anos deu séries de conferências na Universidade de Viena, onde era “professor extraordinário”, essas conferências posteriormente foram publicadas em livro. O livro se tornou um best-seller! Na terceira parte desse livro consta a apresentação a terapia psicanalítica, pois bem, nessa parte escreve sobre a “Psicanálise e Psiquiatria”, mas o que gostaria de colocar aqui é a conferência que vem logo a seguir “Sentido do Sintoma”.

O sentido de um sintoma, conforme verificamos, possui determinada conexão com a experiência do paciente. Quanto mais individual for a forma dos sintomas, mais motivos teremos para esperar que seremos capazes de estabelecer esta conexão. A tarefa, então, consiste simplesmente em descobrir, com relação a uma ideia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a ideia se justificou e a ação serviu a um propósito.

Existem, contudo - e são muito frequentes - sintomas de tipo bem diferente. Devem ser descritos como sintomas 'típicos' de uma doença; são quase os mesmos em todos os casos, as distinções individuais neles desaparecem, ou pelo menos diminuem, de tal forma, que é difícil pô-los em conexão com a experiência individual dos pacientes e relacioná-los a situações particulares que vivenciaram. (FREUD, 1916-1917, p.22)

Na origem da psicanálise o sintoma é, como fenômeno que convoca o ato freudiano de escutar, um sentido onde antes o saber instituído afirmava só haver mentira ou delírio. Esse posicionamento inovador de Freud irá lançar as bases para a ética psicanalítica de escutar o sujeito em sua radical singularidade.

O sintoma, portanto, é um produto transfigurado pelo impulso de satisfação inconsciente da libido, e pela proteção exercida pelo recalque, atendendo num só/ momento a dois senhores, mantendo o equilíbrio entre essas instâncias psíquicas, até que o sofrimento que o acompanha convoque o indivíduo a buscar outra solução. O que Freud vai encontrando em sua prática clínica, é que os sintomas carregam em si uma satisfação, o que torna o tratamento difícil. Ele se dá conta que é com muita resistência que os pacientes abrem mão de seus sintomas e, ainda assim, não de modo total e definitivo. Diante dos sintomas, o tratamento consiste em encontrar o sentido além do aparente *nonsense*. Quando as lembranças voltam à tona no processo de análise e um sentido pode ser atribuído, as repetições em fim encontram sua finalidade e os sintomas cessam.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA DA TEORIA À PRÁTICA

Com muito zelo e com minúcias de detalhes, de quem realmente, quer se fazer entendido, foi escrito, Sobre o Início do Tratamento. (Freud, 1913/1996).

Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar essas regras de 'recomendações' e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso que via de regra, é justificado possa, às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro, que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado. (FREUD, 1913/1996).

Dessa forma Freud coloca a Psicanálise como um processo de ressignificação aberto, onde cada caso é único, podendo o universal considerar o particular, e nunca o particular poderá ser o universal. Quando ele nos ensina sobre as técnicas do tratamento psicanalítico, ele não fecha incondicionalmente a aceitação de suas técnicas, ao contrário, ele abre espaço para que possamos refletir e investigar o particular. Deste modo ele abre seu artigo sobre o início do tratamento estabelecendo esta meta: *“O início é certo, o que acontece entre o início e o final é que é completamente múltiplo”*. (FREUD, 1913/1996). Contudo, mostra-nos que suas técnicas são regras gerais que devem ser consultadas e revisitadas. Abaixo segue algumas de suas recomendações sobre psicanálise segundo Freud, para o início do tratamento:

➤ Da aceitação do analisando:

Quando não se ‘conhece’ bem o analisando aceitá-lo por um período provisório de até duas semanas, já que isso poderá evitar ao analisando o constrangimento e decepção de uma cura que falhou. Freud recomenda que ouçamos bastante o analisando neste período provisório para observar a analisabilidade do analisando, e que não devemos, enquanto psicanalista, falar e explicar-lhes “nada mais do que o absolutamente necessário”. Essa questão da analisabilidade trata-se, portanto, de ética, técnica e competência, já que o

psicanalista pode colocar em descrédito a ciência psicanalítica quando acolhe e acompanha um analisando não analisável. Freud mostra a dificuldade quando o analista tem algum tipo de laço – social, familiar, amizade – com o analisando.

➤ Do comportamento do analisando:

Para Freud, a confiança ou não do analisando pelo tratamento psicanalítico não é um elemento condicional do tratamento, uma vez que ela será menos forte que as resistências que serão encontradas durante o tratamento, pois a profundidade da mente é espantosa.

➤ Do tempo e do dinheiro:

É aborda a questão do tempo do seguinte modo: uma hora específica de seu dia de trabalho é reservada para o analisando desfrutar, sendo este responsável por utilizar, mesmo que não faça uso dela. Essa rigidez deve ser acordada entre analista e analisando, pois, se houvesse um afrouxamento dos dias em que Freud utilizava eram todos os dias, com exceção dos domingos e feriados oficiais.

Quanto ao dinheiro que será cobrado, Freud ensina a autopreservação e obtenção do poder e os fatores sexuais atribuídos ao dinheiro são pontos que devem ser considerados na técnica psicanalítica.

Assim, o analista deve tratar naturalmente, desde o início, do dinheiro como se trata qualquer questão pertinente que ele irá tratar com o seu analisando. Caso o valor cobrado de honorário seja baixo, aos olhos do analisando, o tratamento não terá valor elevado. Parece, para Freud, que a gratuidade do tratamento – algo que deve ser evitado, senão banido da ética psicanalítica – não contribui para o bom desenvolvimento e ressignificação das neuroses, de tal modo que o dinheiro e o analista têm um simbolismo para o analisando. Quando o tratamento não é pago, as resistências do analisando podem e tendem a aumentar.

O próximo ponto a ser decidido no início do tratamento é o dinheiro, (...) não permitir que grandes somas de dinheiro se acumulem, mas solicitar pagamentos a intervalos regulares bastante curto. (...). A psicanálise deve colocar-se na posição do cirurgião, que é franco e caro por ter a sua disposição métodos de tratamento que podem ser úteis. Ao fixar os honorários, o analista deve também considerar o fato de que, por mais que trabalhe, nunca poderá ganhar outros especialistas. Pela mesma razão, deve também abster-se de fornecer tratamento gratuito e não fazer em favor de colegas ou suas famílias. O tratamento gratuito aumenta enormemente algumas das resistências do neurótico. (FREUD, 1913/1996)

➤ Do setting analítico e do divã:

Para atender o analisando, Freud diz que é necessário ‘acolhê-lo’ no divã onde possa deitar confortavelmente e o analista ficará atrás do divã, fora das vistas do analisando. Tal posição é remanescente das origens psicanalíticas, com o método de hipnose.

➤ Do material do tratamento:

Freud ensina que o início do tratamento deve dar-se por meio do próprio analisando, assim como as sessões, podendo ele tomar como começo qualquer ponto que seja de sua importância. Ao analista cabe admoestar seu analisando para que ele fale sobre si mesmo e que as ideias paralelas, adjacentes ou mesmo contrárias ao que pronuncia seja verbalizadas também, pois a associação livre é o cerne da técnica psicanalítica.

➤ Do momento de revelar certos significados ao analisando:

O analista, segundo Freud, não deve pronunciar o significado de certos conteúdos inconscientes para seu analisando antes do momento de a transferência ter-se concretizado. É necessário, acima de tudo, que aconteça um *rapport* para que o tratamento psicanalítico seja efetivado. O primeiro objetivo da técnica em psicanálise é ligar o analisando ao analista, formando assim, a aliança terapêutica, imprescindível para o bom andamento da investigação das neuroses e suas ressignificações. Freud recomenda que o analista seja interessado no analisando e que não permita um posicionamento

moral ou advogue pelo sofrimento do seu analisando, antes, contudo, deve o analista portar-se compreensivamente para assim criar a transferência.

➤ Do interesse do analisando na clínica psicanalítica:

O que impulsiona o analisando a buscar a clínica psicanalítica e seu tratamento é justamente o sofrimento e o desejo de ser curado. Esta força motivadora continua até o final do tratamento, contudo, ela vai perdendo sua energia. Utilizar a força motivadora do analisando é papel do analista. Freud coloca que para melhor usar esta força para auxiliar o analisando em sua ressignificação, o analista deve compreender que esta força não sabe que caminho seguir para a 'cura' e que ela não tem energia suficiente para opor-se às resistências. De tal modo que, por meio das técnicas da psicanálise, o analista conseguirá proporcionar ao seu analisando um fortalecimento do ego e ressignificação de suas neuroses.

Freud vai discorrendo no texto que: não se trata de reivindicação obrigatória, e que as designam como 'recomendações', a essas questões preliminares, ele pontua como "tratamento de ensaio", que consiste em antes de aceitar o paciente, Freud costumava vê-lo por umas duas semanas, ressaltando que esse tempo já é o começo da análise, e que por isso deve seguir as regras, então ocorre a sondagem, a decisão se aquele paciente é ou não adequado para um processo psicanalítico, Freud alerta ainda que 'conhecimento' anterior entre o analista e o analisado, tem consequências negativas e que deve-se estar preparado para tal; com relação a confiança ou a desconfiança inicial no processo analítico por parte do paciente, Freud diz que isso, pouco importa . "Ao cético dizemos que análise não exige fé". (FREUD, 1913/1996).

Outra, questão abordada é com relação ao questionamento feito pelo paciente, sobre quanto tempo demandara o processo de análise, e para esta Freud relata que:

A duração provável de um tratamento é quase irrespondível. Para falar claramente, a psicanálise é sempre questão de longos períodos de tempo. (Freud, 1913/1996).

No texto “Recordar, Repetir e Elaborar (1914), Freud fala sobre as novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. Aponta as diferenças das técnicas utilizadas quando iniciou seu trabalho com Breuer, por meio do método catártico em que se fazia o uso da hipnose para trazer à tona o momento em que os sintomas se formavam, e assim reproduzir os processos mentais com o objetivo de direcionar as descargas para a atividade consciente, recordar e ab-reagir com o auxílio do médico. “Como resultado da transformação dos processos, que na época haviam sido inconscientes, em consciente”. (FREUD, 1914/1996).

Freud explica que, com a sistematização da técnica, abandonou-se o foco do problema específico e o momento em que ele aparece, para então voltar a escuta para o que o paciente trazia no presente, interpretando e identificando as resistências, que surgiam e tornando-as conscientes para o paciente. Entretanto, as revelações dessas resistências que a priori são desconhecidas só é feita quando no decorrer do processo de análise elas são vencidas pelo paciente, que então poderá fazer sem dificuldades, relações e vinculações ao que fora “esquecido”. O objetivo dessas técnicas, segundo Freud, continua sendo o mesmo, que consiste em preencher as lacunas da memória superando as resistências causadas pela repressão.

Freud aponta que é comum quando o paciente fala sobre as coisas esquecidas acrescentar que ele sabe das mesmas, só não estavam pensando nelas, ou seja, para ele não estavam conscientes. O “esquecer” torna-se restrito quando se avalia o verdadeiro valor das lembranças encobridoras que para Freud geralmente se acham presentes, nesse texto o autor, cita a amnésia infantil que é contrabalanceada por essas lembranças encobridoras. E ressalta que cabe ao analista extraí-las por meio da análise.

Acrescenta ainda que, em alguns casos, o paciente ao invés de recordar o que esqueceu e foi reprimido ele expressa os fatos por meio da atuação (acting-out), cita como exemplo o ocorrido no caso Dora. O paciente repete não como lembrança e sim como atuação, porém ele repete esses fatos sem saber que está repetindo. E quanto maior a resistência maior ainda será a atuação. O paciente repete também todos seus sintomas no decorrer do tratamento. Por isso é tão importante que o analista desenvolva essa atenção

flutuante, e coloque-se atento as repetições que os pacientes trazem em sua fala, as repetições trazem a fala do que está “inconsciente”, ao tornar-se “consciente” cessa-se as repetições.

No tratamento analítico, Freud demonstra que o repetir também implica evocar um fragmento da vida real, e por essa razão não pode ser sempre inócuo e irrepreensível. Esse tratamento é pautado por esses três passos: recordar, repetir e elaborar. Por meio deles o paciente com a ajuda do terapeuta, entra em contato com o que estava oculto em sua mente (o inconsciente). As construções produzidas no contexto terapêutico auxiliam o paciente em seu restabelecimento, na qual a transferência e a contra-transferência é essencial para o progresso do tratamento.

Contudo, é primordial que o analista tenha o cuidado e o manejo para conduzir tais passos, de acordo com Freud, por meio das repetições do paciente exibidas na transferência é que se é possível superar as resistências, e isso é dado pelo terapeuta, pelo fato dele revelar ao paciente essa resistência que até então não era reconhecida.

Entretanto, o processo de análise, deve ser conduzido respeitando o tempo e o curso do tratamento, sem pressas e sem atropelos, no qual, segundo Freud requer “uma prova de paciência para o analista e uma tarefa árdua para o sujeito da análise” (FREUD, 1914/1996).

4 ENTREVISTAS PRELIMINARES

Conforme mencionado no tópico anterior as entrevistas preliminares, é o próprio, início de uma análise, e por tanto deve praticar tais regras. Segundo Quinet, 2005, as entrevistas preliminares são, iguais a própria análise, mas se da mesma, pode-se dizer que durante essa fase deixa-se o paciente falar quase que a sessão por completa, e o analista não explica nada, além do essencial para que o paciente continue a falar, voltando assim, o discurso para o paciente.

As entrevistas preliminares podem em sua estrutura serem divididas em três funções, (QUINET, 2005):

- A função sintomal (sinto-mal), deve-se promover uma passagem da queixa denunciada pelo sujeito para um sintoma analítico. Como diz (Quinet, 2005): “É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (QUINET, 2005, p.20-21). Cabe ao analista, portanto, introduzir o desejo nessa dimensão sintomal.
- A função transferencial é a base da estratégia do analista na direção do tratamento e é somente a partir dessa base que o diagnóstico pode ser investigado. Segundo dicionário de psicanálise:

Estruturalmente, a transferência é este ponto em que o inconsciente como efeito do discurso organiza o sujeito, que se constitui numa vacilação entre uma alienação no Outro aos significantes desse

Outro, e uma separação que não pode se dar senão repetindo as demandas e levando em conta o desejo. É assim que nesse ponto se faz um movimento de abertura e de fechamento, um movimento de dinâmica e de resistência, cuja energia é sustentada pelo desejo (Dicionário de Psicanálise: Freud e Lacan. Salvador: Ágalma, 1997, p. 293).

A transferência para Freud seria a repetição dos protótipos infantis, onde haveria um deslocamento de afeto de uma representação para outra. Nesse sentido, a relação do sujeito com as figuras parentais seria revivida na relação com o analista, marcada pelas ambivalências pulsionais de amor e ódio.

O surgimento do sujeito sob transferência é o que dá o sinal de entrada em análise, e esse sujeito é vinculado ao saber. (...) o estabelecimento da transferência é necessário para que uma análise se inicie: é o que denominamos a função transferencial das entrevistas preliminares. Mas a transferência não é condicionada ou motivada pelo analista (...). A transferência não é portanto uma função do analista, mas mais do analisante. (...) A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. Sua posição, muito mais do que a posição do saber, é uma posição de ignorância, não de uma simples ignorância ignara, mas a *ignorância douda*. (QUINET, 2005, p. 29).

Sobre a ignorância douda, Quinet, nos acrescenta dizendo que trata-se de uma convocação, a prudência e por consequência a humildade, na tentativa de preservar o analista da posição de um saber absoluto.

- A função diagnóstica das entrevistas preliminares, um erro no diagnóstico, comete desacertos práticos. A função diagnostica vai instituir-se como uma bússola de orientação para a direção da análise, isto é, ela só terá sentido, ou validade se servir de respaldo para a condução da análise. Segundo (Dor, 1993):

As correlações que existem entre um sintoma e a identificação diagnóstica, supõe a entrada em cena de uma cadeia de procedimentos intrapsíquicos e intersubjetivos, que dependem da dinâmica do inconsciente. (DOR, 1993)

Freud vai nos alertar que:

“O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica. Sua natureza interior é tão desconhecida para nós, quanto a realidade do mundo externo, e se apresenta de modo tão importante pelos dados de consciência quanto o mundo externo pela comunicação do sentido”. (FREUD, 1900/1996).

A estrutura clínica na psicanálise, está dividida, em três patologias, o campo das: Neuroses, das psicoses, e da perversão. Segundo Quinet:

O diagnóstico só tem sentido, se servir de orientação para condução da análise. Para tanto, o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito. (...). É a partir do simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo. (...). Correspondendo as três estruturas clínicas. (Quinet, 2005, p 18)

As Neuroses, é um tipo de negação nega o elemento, mas o conserva, manifesta-se no (recalque) neurótico, cujo retorno está no simbólico e o fenômeno está no sintoma; As perversões, é um tipo de negação o nega conservando-o, manifesta-se no (desmentido), (perverso), o retorno está no simbólico, e o fenômeno no fetiche. As Psicoses, a forclusão, é um termo criado por Lacan para substituir o termo alemão (Verwerfung) de Freud, quer dizer rejeição, “é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conversa, arrasa” (QUINET, 2005, p.19), o local do retorno é o real, e o fenômeno é alucinação.

Outro ponto a ser observado, é a retificação subjetiva, em um processo de análise segundo Quinet (2005), trata-se de uma mudança de posição subjetiva, na qual o sujeito passa da demanda de amor para demanda de saber sobre si mesmo e, em alguns casos, ocorre uma implicação subjetiva ao transformar a pessoa em sujeito.

Na retificação subjetiva há, portanto, a introdução da dimensão ética – da ética da psicanálise, que é a ética do desejo – como resposta à patologia do ato que a neurose tenta solucionar escamoteando-a. (QUINET, 2005 p.32)

Para Freud, as entrevistas preliminares são também a própria análise, ainda que se possa diferenciar esse tempo que compreende a formulação do diagnóstico estrutural até o momento de entrada em análise. Dito de outro modo, a regra da associação livre é o que identifica as entrevistas preliminares

com a entrada em análise e o tempo do diagnóstico é o que diferencia então esses dois momentos

Pode-se concluir que as entrevistas preliminares são instrumento necessário e ético para o analista. O uso deste instrumento vai além da prática clínica em consultório e pode ser utilizado pelo analista no trabalho em instituições.

5 ESTUDO DE CASO

Esse estudo de caso tem uma abordagem clínica, de orientação psicanalítica, os atendimentos começaram no início deste ano 2017, e faz parte do cumprimento da carga horária curricular, para a conclusão da graduação do curso de psicologia, os relatos ocorrem através do testemunho real de uma paciente, que chegou a clínica com a queixa inicial de "sintomas de crise nervosa e um incomodo abdominal".

É um caso clínico que nos leva a pensar sobre as questões da feminilidade e do gozo, que nos aponta, para a subversão desejante da histeria e as manifestações atuais dos seus sintomas. Os atendimentos a essa assídua paciente, foram realizados durante sete meses, de Abril a novembro de 2017, com sessões terapêuticas semanais, e levou-me a debruçar-me, com muita dedicação, sobre pesquisas e os estudos psicanalíticos da histeria, especialmente através do pensamento freudiano, na elaboração dessa (teoria da histeria), tema tão especial e enigmático, que marcou o final do século XIX e início do século XX.

Com muito respeito a paciente, que cuidadosamente escolhi, por tratar-se do caso com o maior número de atendimentos, em minha experiência de estágio clínico, para esse estudo, e com o propósito maior de resguardá-la, a chamaremos aqui de Tamara.

Tamara tem 45 anos de idade, é a filha mais velha de três mulheres, de um casal profissionais da área da saúde, é casada com, David, que é advogado. Na adolescência por problemas de relacionamentos com os pais e as irmãs, foi morar (um período) com os avós materno, aponta dificuldades de relacionamento com a avó, mas diz que, o avó era tudo para ela, e que gostaria muito de ser como ele, um médico muito conceituado e respeitado socialmente.

Apesar de admirar a área de saúde, Tamara formou-se em administração, mas considerava-se pouco reconhecida, disse que inicialmente pensou em fazer psicologia, pois, não acreditava, apesar de uma excelente aluna, passar para medicina, devido seu estado psíquico, “emocional”, o qual sempre teve problemas, “sou muito nervosa, ansiosa”, atualmente iniciou, um curso acadêmico na área de saúde.

Ao escutar a paciente, apostamos se tratar de um caso de histeria.

5.1 ANNA O – A PRIMEIRA

O caso de Ana O. inaugura um novo saber, de natureza revolucionária, marco decisivo na construção da Psicanálise, que vai produzir uma despertar, sobre a questão da sexualidade humana e das pacientes nervosas. Dá-se assim, início a uma nova “explicação” para a histeria no campo da psicanálise, como uma doença psíquica bem definida e que exigia uma etiologia específica, livrando-a das noções colocadas pelo pensamento médico vigente (fantasmagórica). No entanto, as mulheres do século XXI, independentes, inteligentes e sociáveis, ainda sofrem do mesmo desejo insatisfeito de que sofriam as histéricas de outrora, apesar de seu sofrimento, conotar-se sob outras faces, às vezes, talvez com características mais amenas, mais suaves, e às vezes mais intensas e devastadoras.

Se é verdade que as causas das perturbações histéricas devem ser encontradas nas intimidades da vida psicosexual dos pacientes, e que os sintomas histéricos são a expressão de seus desejos mais secretos e reprimidos, então a elucidação completa de um caso de histeria implica certamente a revelação dessas intimidades e a divulgação desses segredos. (Freud, 1972, pp. 5-6).

Em constante revisão de sua obra, Freud a partir de 1900, substitui a ideia de que a histeria tinha em sua origem uma representação, pela angústia provocada por uma fantasia inconsciente. A partir desse momento a histeria estava relacionada à angústia de castração, complexo de Édipo, quando se coloca em jogo a possibilidade de um dano narcísico bastante significativo. Desta forma surge a possibilidade para o sujeito de se encontrar frente à angústia, fator decisivo para a estruturação da neurose.

Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração (Freud, 1925/1974, p. 318).

Freud, nesse texto, defende a tese de que o objeto original de amor da menina, da mesma forma que do menino, é a mãe; mas insiste que o abandono da mãe, como objeto de amor, é condição necessária para a entrada da menina no Édipo. A fixação na fase fálica, o recalque como forma central de defesa, a fantasmática que gira em torno da diferença sexual e o fracasso na passagem edípica caracterizam a estruturação histérica.

Seja como for que a histeria se manifeste, desde as formas anoréxicas, depressões e toxicomanias, até as modalidades quase assintomáticas cuja única queixa é o cansaço, o tédio ou nas epidemias contemporâneas, o recurso ao modelo da metapsicologia freudiana aparece como referência teórica imprescindível para a sua compreensão. A histérica tem a necessidade de manter o desejo insatisfeito, é uma defesa, uma proteção do sujeito contra a realização do desejo. Como ela não operou bem a castração e não simbolizou bem a falta, necessita manter a falta imaginária. Segundo Quinet: “O sujeito histórico coloca o inconsciente para funcionar, e empresta seu corpo para esse exercício; seu corpo é malhado pelo inconsciente” (QUINET, 2005, p.115).

Observando a vasta literatura sobre o tema, parece que o histórico diz assim: “tudo menos isso”, pois é comum observarmos, situações em que as históricas se detêm nas preliminares do encontro sexual, adentrando com conversas plenas de sedução, erotismo que aguçam o desejo, mas o auto-erotismo prevalece, postergando às vezes indefinidamente o momento da relação sexual. As relações das históricas, são permeadas por homens impossíveis, que são objetos amorosos, pois se situam como objetos proibidos, homens como substitutos da figura paterna, triangulação edípica, das quais a histérica não consegue renunciar. (exs.: Elizabeth e o seu cunhado, Lucy e o patrão, Dora e o Sr. K). Desde cedo, Freud sublinha que: o histórico deseja sobre tudo que seu desejo seja insatisfeito.

Ele mantém uma lógica psíquica sem par: para manter seu desejo, o sujeito esforça-se por jamais lhe dar um objeto substituto possível, a fim de que a satisfação que daí resulta remobilize, assim, sempre mais longe, o desejo, nesta aspiração rumo a um ideal de ser. Na

medida em que aquilo que o histérico persegue é, antes de tudo, ordenado por esta identificação com o objeto ideal do desejo do Outro, podemos daí, concluir que todos seus esforços são então colocados a serviço da identificação fálica. (DOR, 1991, p.73)

A histérica deseja por procuração, ela necessita de mediação para seu desejo (o Sonho da Bela Açougueira). A histérica apropria-se do sintoma de uma outra mulher, ao mesmo tempo em que delega à outra o seu papel de mulher. Fazendo-se representar por ela. É a tentativa de tornar-se objeto de desejo de um homem. Encontramos em Dor (1991), uma importante indicação.

A histérica busca, antes de mais nada, ser como ela, ter os mesmos homens que ela, pensar como ela, viver como ela, fazer amor como ela, etc. Em outras palavras, trata-se, essencialmente, de “vampirizar”, essa outra, que ela supõe ter conseguido, à perfeição, sua identidade feminina. (DOR, (1991), p. 80)

5.2 A HISTÉRICA E O PAI: UMA IDENTIFICAÇÃO E DEMANDA

A resolução do complexo de Édipo consiste em que a menina descubra a diferença sexual, reconheça-se como valorizada e aceite a sexualidade como possível, deslocando o objeto. A função do pai nesse processo é dupla: se, por um lado, tem de interditar o incesto, deve, por outro, valorizar o feminino e admitir o desejo em seus deslocamentos possíveis. Conforme a interação entre a menina e o pai, será definida a alternativa entre ficar fixada e bloqueada na fase fálica ou avançar e desenvolver uma posição feminina.

Um erro muito comum consiste em pensar que a histérica busca sempre um homem que substitua uma imagem paterna. O homem procurado e eventualmente encontrado, nunca é uma pura e simples reprodução do pai. O que a histérica busca num homem é um pai *completo*, ou seja, um pai tal como nunca existiu. Através da escolha de um parceiro masculino a histérica quer, antes de mais nada, preencher as ausências imaginárias do pai. Ela está disposta a emprestar-lhe tudo o que falta, e o que faltava ao pai: ser mais forte, mais bonito, mais potente, etc., do que foi o pai. E aliás, neste sentido, e somente neste, que um homem assim pode ser o Senhor que a histérica busca. (DOR, 1991. P. 83, 84).

Ratificando todo o saber de Freud, constatamos que o único caminho para aliviar o sofrimento do sujeito é deixá-lo falar, falar livremente de suas fantasias e angustias.

A luz desta teoria, começamos uma escuta flutuante, a paciente fala de forma quase que interruptamente, colando uma ênfase especial a mostrar, que ela tratava-se de uma pessoa bem sucedida profissionalmente, falou sobre sua família, também em um estado superlativo, enfatizando desde o início a importância do pai (provedor), que parece a quem sempre recorre, falou sobre um Grande Amor, vivido no passado na adolescência, e mostra uma certa inquietação, diz estar doente também com uma intolerância a frutose, e que ultimamente tem passado muito mal por causa disso. O pai é um médico bastante conceituado (segundo sua fala), e está muito preocupado com o estado de saúde da filha, “Ele já fez de tudo, estou me consultando com os melhores especialistas, e meus exames já foram para São Paulo, mas ainda não conseguiram resolver o meu problema”.

Nesse momento preliminar, posicionei-me com acolhimento, e procurando, escutar, sem a pretensão de um suposto saber, na sessão seguinte a paciente reclama sobre um pequeno atraso ocorrido no início da sessão, diz que estar sentindo-se melhor, com os novos medicamentos, (antibióticos e Fluoxetina), e que está fazendo algumas reflexões. Peço então, que ela me fale sobre essas reflexões, “conversei com David, porque ele é muito ausente, desatencioso comigo e com as crianças, sai para beber com os amigos, sem hora para voltar, “não posso contar com ele para outros eventos porque ele já chega embriagado” em casa.

A paciente está sempre agita inquieta e parece desconfortável consigo mesma, comenta estar preocupada com os filhos e que por estar envolvida com sua doença não percebeu as transformações ocorridas no corpo da filha, pois ambas, nunca mais haviam tomado banho juntas, não podendo assim “examinar” o corpo da filha em suas transformações de puberdade, tem um certo sentimento de culpa, por esse fato ter passado despercebido e que ao tomar banho com a filha no dia anterior percebeu algumas transformações em seu corpo, com relação os seios.

O filho mais velho é muito calado, e isso também à preocupa, e que o pai precisa leva-lo para um “cabaré”, “para essas coisas”, “porque, se não, ele pode pegar qualquer uma por aí”, “e se ele não falar com ele sobre esse assunto, eu mesma vou falar”. Pontuei, sobre essa presença marcante dela

em todos os espaços e que as vezes é necessário sairmos um pouco de cena para que outros possam atuar, sobre essa pontuação Nasio faz uma indicação:

O histérico adota, com surpreendente facilidade, tanto o papel do homem quanto o da mulher, mas principalmente o papel do terceiro personagem através de quem o conflito surge. Ele encena dramas, imiscui-se em conflitos, e depois, quando o pano desce, apercebe-se, com a dor da solidão, de que tudo não passou de um jogo do qual ele é parte excluída. (NASIO,1991, p.150)

Tamara chega um pouco atrasada para a sessão, e diz que tem que sair um pouco mais cedo para assistir uma aula, permaneço em silêncio. Foi então relatando sua semana, que estava se sentindo muito bem tranquila e que estava “impressionada” com os efeitos dos medicamentos, menciona que agora tem uma paz em casa, pois os filhos e o marido saíram e que ela teve tempo para estudar, para ficar sozinha e que isso não lhe “apavora” mais, “muito pelo contrário”.

Sobre a sua relação com o cônjuge, ela disse que está tentando colocar o foco nela, ser mais tranquila e que disse ao marido, que estava livre para fazer o que ele tem vontade que ela também seria. Pergunto: E como está sendo para você conceder essa liberdade a ele? Sobre a questão que ela trouxe sobre os filhos, questões como privacidade, autonomia como é isso para você? Como ela está sentindo-se? Diz que com essa nova postura que vem tentando adotar sente-se mais respeitada, mais serena, para olhar para as coisas. Destaco novamente que precisamos as vezes sair de cena e permitir que outros possam atuar e que ser estrela do seu próprio palco também é importante.

Por algumas, a paciente manifesta uma preocupação com o tempo da sessão, (sobre o limite), uma insatisfação, chega atrasada, mas não quer que a sessão termine, procuro não dar ênfase, a esse comentário e digo-lhe temos tempo, falei ainda que aquele tempo estava reservado para ela e que eu estava ali para ouvi-la. Estava mais agitada do que a sessão anterior e trouxe algo relacionado ao marido à sua relação conjugal.

O histérico é aquele que, sem ter conhecimento disso, impõe na relação afetiva com o outro a lógica doentia de sua fantasia inconsciente. Uma fantasia em que ele desempenha o papel de uma vítima infeliz e constantemente insatisfeita. (NASIO, 1991, p. 15).

Podemos colocar como repetição a ser observada com zelo maior o que me parece escapar do inconsciente, essa insatisfação na sua relação afetiva, Tamara traz mais um episódio, ‘Eu disse que estava precisando conversar com você sobre o que aconteceu: David, saiu para beber com os amigos plena quarta feira, até aí Tudo bem, já é um habito dele, só que deu meia noite e ele ainda não tinha voltado, comecei a ficar desesperada, depois de tentar várias vezes falar com ele pelo celular, e não conseguir, liguei para um dos amigos dele, (ainda na madrugada), que já estava em casa e dormindo, e não sabia onde estava o David, desesperada, achando que algo de ruim havia acontecido, sai ainda de madrugada de casa, peguei o carro ainda de camisola e sai procurando por ele, nos bares e locais prováveis, durante a madrugada e consegui encontra-lo voltei, para casa e ele já havia chegado”.

Ambos discutiram sobre o ocorrido ainda na madrugada. E comenta, que não tem ciúmes, é que acha essa atitude do marido uma grande falta de consideração por ela, ela estava preocupada. Pontuei: E com você, não se preocupa? “Nunca mais vou fazer isso, me colocar em risco por ele e o pior é que ele acha que tem razão, que não fez nada demais”. Para Nasio (1991):

O histérico é fundamentalmente um ser um ser de medo que, para atenuar sua angustia, não encontrou outro recuso senão manter incessantemente, em suas fantasias e em sua vida, o doloroso estado de insatisfação. (NASIO,1991, p. 15)

Com uma característica muito performática, que exige muito do “terapeuta”, Tamara relata que teve uma semana muito difícil, e que pensou até em recorrer a terapia antecipadamente, pois ocorreram alguns problemas, com algumas amigas da universidade, e que estava sendo preterida por tais, que estavam a excluindo do grupo de estudo, pois alegam que a sua ansiedade (paciente), estava atrapalhando o rendimento dos estudos e que não seria mais possível continuar.

A paciente disse ter “implorado” a amiga, (que pela qual tem grande admiração) por seu preparo e competência cognitiva, para lhe ajudasse na preparação para uma prova, e a mesma recusou, alegando não ter tempo, disponibilidade.

Tamara diz ter ficado muito mal com essa rejeição, mas que reconhece, que apesar da colega não ter sido ética, o problema estava nela, porque as coisas sempre acontecem com ela, pede licença e diz que precisa ler um texto que escreveu, e lê um texto muito extenso que fez para a “amiga”, no texto a paciente tenta vitimar-se e ao mesmo tempo, traz uma fala que expressa uma certa arrogância. Disse que se sente muito bem quando ajuda as pessoas, e conta um caso, em que ela auxiliou uma colega que estava em dificuldades, mas, não sabe porque as pessoas, tem inveja dela? Inveja! exclamei! Ficamos por aqui. A paciente tenta retomar a sessão e “corto” novamente dizendo nos vemos na quinta! Nasio diz:

Quer o histérico desencadeie o conflito ou o elimine, seja ele homem ou mulher, ele ocupa invariavelmente, o papel de excluído, o que explica a tristeza que tão frequentemente acabrunha os histéricos. (Nasio,1991, p. 19).

Sempre, muito agitada, diz estar fazendo muitas coisas, correndo para tentar programar uma viagem de férias com a família, “Todas as férias faço uma viagem”! Perguntei-lhe então, já que é uma viagem em família, porque ela estava organizando tudo sozinha? Ela diz: “Não, não eu combino tudo com David”. E a paciente então “muda o assunto”, e diz que apesar da amiga não tê-la ajudado nas provas, “me saí muito bem, passei em todas as disciplinas não foi com 10, mas foi com 8. Tá bom”!

Relata que foi almoçar em um restaurante com uma professora que estava aniversariando, e que a “amiga” estava lá também, e que ela (Tamara), se comportou ,”normal”, como se nada tivesse acontecido e que além de levar um presente para a professora, também levou um presente para a “amiga”, “porque você sabe, a gente tem que fazer assim, porque um dia vai que posso precisar dela, é melhor assim”.

Solicita que seja atendida na segunda feira devido a viagem, para não perder a terapia da semana. Explico, que temos normas e que é necessário ver a disponibilidade na recepção, mas que caso haja disponibilidade, estarei lá para atendê-la.

Com a agitação que lhe é inerente a paciente chega sessão tentando desenvolver um discurso sobre si, falando sobre seu comportamento no passado com David, e também com relação as suas amizades (amigas), que

sempre acaba à decepcionando, traem, falam mal pelas costas, tentam excluí-la, e diz que elas sentem inveja. Inveja! Exclamei novamente. E ela segue: “Sei lá, porque eu posso viajar, pago minhas contas, sou bem casada, tenho família, vou para o salão, essas coisas, besteiras”. (pausa), (inquieta e performática). Quero dizer com isso que Tamara estava quase sempre desconfortável, frente a terapia, cruzava e descruzava as pernas várias vezes, as vezes reclamava que o ar condicionado estava frio, e as vezes que a sala estava muito quente, jogando a roupa e a mão para abanar-se, revirava-se, como que se contorcendo na cadeira gesticula bastante quando exalta-se.

A esse comportamento de inquietação e de insatisfação, tão presente na histeria, e que venho aqui chamar de performático. Ela fala: “Não sei mais o que fazer para ser diferente”. Diferente como pergunto? “Mais calma, para não se sentir assim sempre insatisfeita, com os sentimentos que as pessoas tem comigo”.

Comenta que já fez terapia em outros tempos, mas, que ainda não conseguiu resolver isso. (faz uma pausa breve) e diz: “Ah, e tem uma questão que quero trabalhar na próxima sessão, tenho um problema com a minha irmã mais nova, nós não nos falamos, porque é assim: como se ela estivesse competindo comigo, querendo ser mais do eu. Sabe? Entendo, e isso não pode ser? “Não, eu sou a mais velha, e painho já ajuda muito ela”. Encerrei essa sessão aqui.

Traz para sessão o relato de sua viagem, que foi muito boa, e que teve um tempo maior para os filhos, e que todos dormiram juntos no mesmo quarto, comenta rapidamente sobre a timidez de seu filho mais velho. Fala sobre a preocupação que tem a respeito da vida sexual do filho (prevenção), pois conta que certa vez ele levou uma menina para o quarto dele e que ela Tamara, reagiu muito bem, tranquila, mas que depois teve uma conversa com o filho sobre esse assunto, uma vez que o pai (David) não fala! Relata ainda ter medo, que o filho (tivesse) problema, (pausa), porque na família dela tem casos de suicídio e na família de seu marido tem casos de “loucura”. Rapidamente troca de assunto e fala sobre a relação com as irmãs, com a mãe, vale observar aqui, que a mãe tem pouquíssima representatividade, para não dizer nenhuma para Tamara, e com o pai especialmente, como um provedor, o pai aparece como um ideal, um modelo a ser seguido, e ao mesmo tempo explorado.

Tamara, nitidamente demonstra um certo incomodo em trazer esse assunto. “O destino, em última instância, não passa de uma projeção tardia do pai” (Freud, 1928/1987, p. 190).

Ao longo das sessões, este aspecto do pai ganha lugar privilegiado. Vejamos o que diz Nasio:

A histérica se instala no desejo do pai, para saber desse lugar o que a mulher tem de desejável, e para procurar sentir a mesma sensação experimentada pelo pai por possuir um pênis. Ela acredita, assim, conseguir simbolizar, talvez o órgão sexual feminino. (NASIO, 1991, p.150)

Tamara, traz para sessão a questão sobre a sua colocação no grupo de estudo da universidade, justificando que insistiu com a “amiga”, pois teria que definir como ficaria sua situação. Indaguei, mas achei que estava definida, não? E ela diz que conseguiu manter-se no grupo mesmo sabendo da insatisfação de alguns membros com relação a ela, e que isso foi colocado pelo próprio grupo. Falamos um pouco sobre os conceitos que envolve vaidade e humildade, e ela disse: que fica triste em ter que ficar num grupo que sabe que não gostam dela. Perguntei então por que ficar? Você teve oportunidade de experimentar outros grupos, não? Ela responde: “É mais cômodo”. Eu digo: Então não é ruim? (silencio), “não quero me preocupar com esses trabalhos”. Eu falo mais quer os resultados positivos, o sucesso, é isso? A paciente muda de assunto. “Outra questão que quero saber de você é, estou na dúvida se tiro o meu filho da atual escola que ele está e coloco em outra. O que você acha”? Eu é que lhe pergunto o que você acha sobre isso? A paciente vai relatando um serie de pontos sobre a questão fala que já conversou com o marido, que parecem ter opiniões diferente.

Novamente insiste em saber minha opinião sobre o tema. Respondo: isso não importa, mesmo porque, pelo que foi colocado você já decidiu, não é? Silêncio. Digo: “penso que andar com os pés no chão é uma experiência mais relevante, que dar saltos, usando muletas”. Ela diz: “entendi, mas humildade para mim, (silencio), eu não me julgo uma pessoa sem humildade, porque eu não fico dizendo o que tenho para humilhar os outros, eu só digo o que tenho para quem também tem”. Digo: Ah, entendi, então é como se fosse uma

concorrência, uma competição, é isso? Ficamos por aqui! (a paciente quer continuar, mas teve o corte da sessão aí).

Nessa fala de Tamara percebemos que mesmo com um certo sofrimento, ela “manipula”, para que as coisas, ocorram ao seu “contentar”, humilha-se e exalta-se conforme sua conveniência, mas está eminente uma carência, uma demanda de amor, de atenção, como lhe disse, uma necessidade de notoriedade, uma demanda de ser vista, admirada, amada, elogiada, aquisições insupríveis, mesmo para a mais rica das histerias, cuja principal característica é manter seu desejo constantemente inatingível.

Tamara fala quase que a sessão inteira, como que buscasse em minha passividade um concordar, sobre a mudança de escola do filho, Diz que: O filho mudará agora de escola, antes de terminar o ano e que isso lhe acarretará um custo (financeiro) grande, mas conta com a certeza de que seu pai (painho), vai ajudar, “é claro”! Pois se ele (filho) está disposto a estudar para passar em medicina. (Fala sobre um sentimento de pena do filho por ele perder os amigos da outra escola). Pergunto pena? Como assim, não entendi? “Falei com o psicólogo do meu filho, e o posicionamento dele é contra essa mudança assim de forma repentina”. Perguntei então a paciente se esse, era realmente um desejo do filho, ou era dela? Talvez assim como uma projeção, o que você acha disso? Ela responde: “pode ser” Eu falo: então se é assim inconscientemente um desejo seu, e ele realiza, não tem muito com o que se preocupar, não é? Ela responde: “É, mas fico com medo que não dê certo”. Digo: E aí é uma possibilidade, já que é como você disse uma tentativa, e se não der certo, você vai fazer o que? (Silêncio). Ela responde: “vou acolhê-lo, é claro, mas já vou deixar as portas abertas na outra escola, aí falo com a coordenadora e pronto”. Digo: “Entendi”. Ela: é como David, diz e eu ainda não tinha me ligado nisso, Jorge (filho) é como ele (David), ele só faz as coisas se for sobre pressão, empurrado se não, não faz, se acomoda”! Pergunto: E você é assim? Não eu corro atrás, estou sendo um exemplo para meu filho, me esforçando ele está vendo eu estudando, querendo ir para a frente. Pergunto: Para a frente? É melhorar.

Numa outra sessão, a paciente chega a clínica abalada e disse ter tido muitos problemas na universidade, que como líder de sala de aula levou algumas questões de insatisfação de sua turma a coordenação de curso, e

acabou por entrar em detalhes especificamente sobre uma professora, e disse ter entrado em detalhes sobre o método e o conteúdo aplicado pela mesma em sala de aula, a coordenação chamou a professora e fez uma intervenção e isso criou um grande mal estar na turma porque receberam represália da professora e ficaram com medo de uma “retalhação”, e a turma acabasse por se prejudicar na disciplina, e acusaram Tamara de falar em nome da turma sem uma previa autorização. Perguntei qual o sentimento que a envolvia naquele momento, que você foi à coordenação falou sobre a professora? Ela diz: O que você está querendo dizer? Não, nada, não quero lhe sugestionar, é apenas para refletir. E para você ser líder está mais na condição de comando, de status, ou de serviço? Como é essa questão de servir para você? Ela responde meio que irritada: “mas eu sei, o que você está querendo dizer”. Tamara, prefiro que você pense sobre isso conversaremos na quinta. “Eu sei você acha que eu agi como se fosse uma vingança, porque eu não gosto da disciplina dela”. Insisto: Tamara, nos encontramos na quinta.

Na próxima sessão, como quem dar uma sequência ao atendimento, Tamara traz a situação da sessão anterior, e diz ter tido uma nova reunião na coordenação, falou que estava com medo de como a professora iria se posicionar, mas “Ela se mostrou muito acolhedora e receptiva”. Pontuei: bem profissional. “É ela foi ótima, superdelicada, compreensiva, foi tudo ótimo. Porque se tem uma coisa que aprendi com painho, e que se já aconteceu, não tem mais jeito, não é”? (Silêncio).

5.3 A HISTÉRICA E A REVINDICAÇÃO AO PAI

A histeria é assim ocasionada por um forte recalçamento das pulsões sexuais, na menina, cuja experiência de castração não foi tolerada, ou seja, ela não aceita ser em falta e mantém “fixada” nessa fase fálica. Cresce insatisfeita, infeliz e invejosa, pois se sente humilhada e injustiçada, mantém sua demanda numa via de reivindicação daquilo que julga que foi privada e seu discurso é marcado por queixas e lamentações.

A histérica deseja por procuração, ou seja, deseja ser o desejo do outro. E tão somente o desejo do outro.

O caso continua em atendimento, e como indicação consideramos a importância, que Tamara continue no processo analítico, percebemos pequenas mudanças na posição da paciente, no que se refere a sua demanda infinita pelo seu pai. Que esse não seja a medida de todas as coisas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Freud mostrou que a origem da histeria, encontra-se na repressão sexual. Segundo Freud, a sexualidade é mais ampla que a atividade sexual em si.

A organização histérica entendida na psicanálise como um “funcionamento psíquico”, caracteriza-se por uma busca incansável e permanente por um objeto inatingível, as consequências dessa neurose histérica, são manifestadas através dos sintomas, que são um retorno do recalcado e deixam pistas importantes a respeito do desejo do inconsciente, essa neurose é caracterizada por muito sofrimento, angustia e infelicidade, pois a insatisfação, é o que há de mais próprio nesse sujeito.

Para construção deste caso, levantamos alguns pontos que identificam a histeria na clínica psicanalítica e que denuncia uma estrutura histérica no caso analisado. Como vimos, a clínica da histeria se apresenta por meio de sintomas somáticos, Tamara chega a clínica com desconfortos abdominais, e sem nenhuma causa orgânica, e sim como um compromisso entre uma fantasia inconsciente e a censura.

No caso de Tamara, ao longo da análise, a paciente pela associação livre pode se recordar de fatos de sua infância, os quais lhe causaram grande angústia, até mesmo algumas faltas nas sessões, por resistir. Nem mesmo a paciente conseguia distinguir entre suas fantasias edípicas inconscientes e os fatos reais.

Diante disto aos poucos se formam as cadeias de lembranças, as associações dos seus sintomas, ou seja, de suas conversões históricas. Podemos observar uma preocupação excessiva com sua aparência, o que

denuncia os seus sintomas de falta de apetite o que pode apontar para a anorexia nervosa. A preocupação com o corpo, diante do ideal de perfeição, são hoje, possíveis substitutos das paralisias, contraturas e cegueiras, sintomas que marcaram o século passado.

Enquanto continuam à procura desse ideal de perfeição, tanto corporal quanto intelectual e emotivo, sua marca patente é a insatisfação, pois a histérica não corre atrás de seu desejo, mas visa a um ideal, e por isso está sempre se queixando, tecendo justificativas para continuar naquele lugar de manter o Outro idealizado, seu gozo continua como sempre em busca de reconhecimento, e na sua procura excessiva e contraditória, na sua tristeza mal compreendida, ela é criticada por uns e medicada por outros.

Como podemos analisar, a frustração com a mãe da paciente desempenha um papel quase que insignificante, o que fez com que a paciente elegesse seu pai como novo objeto sexual. E a partir daí se dedica a reparar essa falta com uma demanda infundável, nunca é o suficiente, o que denuncia por meio dos seus relatos de insatisfação e tristeza. Mais uma das questões destacadas no caso analisado é a falta de desejo e de prazer sexual, sua frigidez. O que prova sua eterna rivalidade e constante cobrança ao seu esposo.

A estratégia histérica de Tamara em geral, sempre foi de não querer 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, ser e ter mais, o que nem ela mesma consegue elaborar.

Mas como se identificar com algo que não existe, com algo que não se tem, com a falta, com o vazio? Eis então que a histérica fica na obstinação de querer reparar a própria falta e a do Outro, ela se engaja no objetivo de tornar o Outro perfeito e ela também, e aí ela encontra seu limite.

A histérica tem uma demanda fálica, um desejo de reconhecimento, por isso ela sempre está numa relação amorosa sem estar, como se ela deixasse uma "saída". Diante disso há a necessidade da paciente dar continuidade ao seu tratamento, à sua análise. Pois, levar o paciente a enxergar o que antes não era capaz, talvez seja uma tarefa importantíssima da terapia, mas não a

única. Para o analista o paciente é sempre um enigma, um ponto de interrogação insuperável.

Por fim, podemos concluir que a psicanálise ajuda pessoas, como Tamara, a se verem livres das amarras que as impedem de alcançarem seus objetivos, e por tanto, viverem em melhor bem-estar. Mas é importante colocarmos que: o que diferencia o método psicanalítico de outros tipos de tratamento, é que a psicanálise se interessa não em fazer sumir o sintoma das hísticas, no caso, mas sim em extrair da paciente um saber sobre aqueles sintomas, e descobrir-lhes as causas, ou seja, a psicanálise consegue ajudar seus pacientes a terem a saúde reestabelecida, não pela eliminação dos sintomas, essa não é inicialmente a finalidade, mas sim a reconstrução da história de sua vida, a descoberta do seu desejo e, assim gradualmente os sintomas deixam de ter utilidade, e o paciente enfim consegue abdicar da prisão da qual tanto gozava.

REFERÊNCIAS

COUTINHO, Jorge e FERREIRA, Nadiá. **FREUD Criador da Psicanalise**. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

***Dicionário de Psicanálise: Freud e Lacan**. Salvador: Ágalma, 1997, p. 293.

Dor, J. (1993). **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus Editora.

Fernandes, M.C.M.O. (2004). **Entrevistas preliminares: da demanda de alívio à entrada em análise (apesar dos objetos)**. *Falasser* 1 (1), 129-136.

Freud, S. (1996) [1913]. **Sobre o início do tratamento**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XII). (pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996) [1912]. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XII). (pp. 123-133). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1916-1917). **O Sentido do Sintoma, Conferencia XVII, parte III que exercem a psicanálise**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVI). (p.22). Rio de Janeiro: Imago.

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

Quinet, A. (2005). **As 4 + 1 condições da análise**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

SCHULTZ, Duane; SCHULTZ, Sydney. **História da Psicologia**. 16^a.ed. São Paulo: Cultrix, 2002 .