



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Patrícia Bouças Aparecido

**A loucura histórica: da mostração do corpo em sofrimento à elaboração na
palavra**

Mestrado em Psicologia Clínica

SÃO PAULO

2018

Patrícia Bouças Aparecido

**A loucura histórica: da mostração do corpo em sofrimento à elaboração na
palavra**

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Renato Mezan

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

BANCA EXAMINADORA

Agradeço ao CNPq por financiar e apoiar esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Meus especiais agradecimentos aos meus pais, que me ensinaram o grande esforço que precisamos ter para viabilizar nossos sonhos, e me deram estrutura e inspiração para conseguir viabilizar os meus, com muito esforço e dedicação.

À Minha nonna Rosa (*in memoriam*), que, pelo seu colo e continência, deixou em mim a marca de uma fortaleza que me faz seguir em frente.

Aos meus avós Palmira e Donato (*in memoriam*), que me criaram com todo amor, carinho, cuidado, dedicação e paciência, ensinaram-me os primeiros passos e caminharam comigo até seus últimos dias.

Aos meus padrinhos Laura e Dodô, que cuidaram de mim com todo amor e carinho como se fossem meus pais.

Ao Professor Manoel Berlinck (*in memoriam*), que me orientou rumo a uma direção e um caminho em um momento muito delicado de perdas. O seu acolhimento, convocação e aposta me fizeram retomar o sentido.

À Julieta Jerusalinsky, que me acolheu de maneira doce e afetiva diante da desorientação que a perda do meu orientador me causou.

Ao José Waldemar Turna, grande parceiro de trabalho, que apostou em mim e na minha clínica, levando-me à transmissão da psicanálise, à chegada no mestrado e a uma enriquecedora contribuição no meu percurso clínico.

Ao Professor Renato Mezan, pela generosidade em aceitar orientar meu trabalho em meio a um desamparo.

Aos meus colegas de trabalho Patricia Yumi, que trabalhou comigo no caso de Nina e com sua escuta, precisão, delicadeza e aposta muito me ensinou, sendo uma fonte de inspiração para mim, e Edir, grande amigo e psiquiatra que trabalhou lado a lado comigo no caso atendido, com muita troca e dedicação.

Aos meus grandes amigos Cezar e Cadu, que fazem parte do meu percurso clínico e caminham ao meu lado trocando saberes sobre a vida e a psicanálise com humor e acolhimento.

Às minhas grandes amigas da infância, Mafê, Ferê, Mariana, Vera, Bellinha e Naty, que caminham ao meu lado desde pequenas, fortalecendo-me e apostando em mim com afetividade e doçura.

A todos os meus amigos e família, que deixaram marcas em meu caminho. E aos meus colegas do mestrado, que vivenciaram esse percurso comigo, com muita troca.

Ao meu amor, Luís, pela nossa aposta no amor e invenção amorosa, que mostra a cada dia questões sobre mim e sobre o outro e só me engrandece como mulher.

À minha analista Valéria Ferranti. Com ela meu corpo encontra palavra e as marcas se tornam invenções.

Aos meus pacientes, que me ensinam diariamente e, principalmente, à Nina, que muito me ensinou e trouxe as indagações que permitiram esta pesquisa.

Aos membros da Banca Examinadora, Adriana Barbosa e Paula Peron, por agregarem de maneira generosa a este trabalho, e ao CNPq que o financiou.

APPARECIDO, P. B. *A loucura histérica: da mostração do corpo em sofrimento à elaboração na palavra*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo, SP: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018.

RESUMO

Tomando como base o caso clínico, este trabalho articula o conceito de loucura histérica como uma condição que participa da neurose histérica e tem manifestações radicais e severas, muitas vezes semelhantes a um surto psicótico devido à proporção de suas manifestações dissociativas e de suas excessivas crises que parecem uma ruptura, como na psicose. Apresento as respostas do sujeito frente à angústia, principalmente na passagem ao ato e *acting-out*, recorrentes no caso clínico analisado. Abordo a estrutura discursiva da histeria e da loucura histérica, ambas associadas a uma queixa de insuficiência do pai e a uma insistente demanda de que o Outro dê conta do interno que transborda. Aludo às diferenças da função paterna na psicose e na histeria, a constituição do sujeito – por meio dos tempos do Édipo –, e o estágio do espelho de Lacan. Por fim, a partir da articulação teórico-clínica, desenvolvo a condução do tratamento, desde o manejo da transferência até possíveis construções subjetivas.

Palavras-chave: caso clínico; loucura histérica; passagem ao ato; *acting-out*; função paterna.

APPARECIDO, P. B. *A loucura histérica: da mostraçãõ do corpo em sofrimento à elaboração na palavra*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo, SP: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018.

ABSTRACT

Based on the clinical case, this paper articulates the concept of hysterical madness as a condition that is present in hysterical neurosis and that has radical and severe manifestations, often similar to a psychotic outbreak due to the proportion of its dissociative manifestations and its excessive crises that look like a rupture, as in psychosis. I here present the subject's response to anguish, especially in passage to the act and acting-out, recurring in the clinical case analyzed. I approach the discursive structure of hysteria and hysterical madness, both of them associated to a complaint of father's inadequacy and an insistent demand for the Other to supply to the overflowing inward. I also mention the differences in paternal function in psychosis and in hysteria, the constitution of the subject – based on The Time of Oedipus –, and Lacan's Mirror Stage. Finally, from the theoretical-clinical articulation, I develop the treatment conduction, from transference management to possible subjective constructions.

Keywords: clinical case; hysterical madness; passage to the act; acting-out; paternal function.

Ruína

Um monge descabelado me disse no caminho:

Eu queria construir uma ruína.

Embora eu saiba que ruína é uma desconstrução.

Minha ideia era fazer uma coisa com jeito de tapera. Alguma coisa que servisse para abrigar o abandono, como as taperas abrigam.

Porque o abandono não pode ser apenas homem debaixo da ponte, mas pode ser também um gato no beco ou uma criança presa num cubículo.

O abandono pode ser também de uma expressão que tenha entrado para o arcaico ou mesmo de uma palavra.

Uma palavra que esteja sem ninguém dentro. (o olho do monge estava perto de ser um canto).

Continuou: digamos a palavra AMOR... A palavra amor está quase vazia. Não tem gente dentro dela.

Queria construir uma ruína para salvar a palavra amor.

Talvez ela renasceria das ruínas, como o lírio pode nascer de um monturo.

E o monge se calou descabelado.

Manoel de Barros

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
METODOLOGIA.....	15
PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	17
CAPÍTULO 1 – Relato do caso clínico de Nina	18
CAPÍTULO 2 – A loucura e a história da histeria	28
2.1. A noção de loucura histérica.....	39
2.2. Sobre a psicose e suas diferenças em relação à loucura histérica.....	46
CAPÍTULO 3 – Constituição do sujeito: estágio do Espelho e tempos do Édipo	53
CAPÍTULO 4 – Sobre a angústia.....	62
4.1. Respostas do sujeito frente à angústia: passagem ao ato e <i>acting-out</i>	68
CAPÍTULO 5 – Terapêutica do caso clínico de Nina.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda o estudo teórico-clínico da denominada “loucura histórica” e o modo como ela se manifesta, para maior compreensão do caso clínico de Nina (nome fictício).

A paciente foi atendida, durante o período de aproximadamente dois anos e meio, em um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) – dispositivo de saúde mental da rede SUS que atende adultos com transtornos mentais graves e severos.

Chegou a mim em meio a uma crise, considerando-se “crise”, aqui, como um momento de perturbação psíquica acompanhado de desconforto, inquietação e angústia diante da desorganização psíquica que se instalava.¹ A partir dela, o trabalho instaurado e desenvolvido sobre essa condição de perturbação psíquica proporcionou um reposicionamento subjetivo, que “alargou e enriqueceu o pensamento”².

Em seu primeiro contato comigo, Nina apresentou aparentemente algo como uma crise epiléptica. Ela estava no período de acolhimento no CAPS (momento em que recebemos os pacientes para um primeiro contato e entrevista inicial dos usuários que procuram o serviço). Inicialmente, suplicou ajuda com urgência e desespero. Insistentemente, dizia-me: “Me ajuda, me ajuda”. Questionei-a sobre o que havia ocorrido e ela me disse que estava perambulando há dois dias pelas ruas sem se alimentar. De fato, aparentava alguma fraqueza física. Em seguida, ela apresentou um desmaio e, após isso, debatia-se no chão como em uma crise epiléptica. Fui tocada pela sua demanda de urgência, pelo seu ato desesperado ao pedir ajuda e cuidado e pela forma como, diante de sua angústia e desespero, que fenômeno era esse que afetava seu corpo de maneira violenta, provocando tanto desmaios quanto crises espásticas seguidas.

¹ ÁVILA, C. S.; BERLINCK, M. T. “Reflexões sobre crise e Estabilização em Psicopatologia Fundamental”. In: *Revista Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, RJ: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, 2014. V.46, n.2, p. 270-286.

² “(...) que alarga e enriquece o pensamento”. BERLINCK, M. T. “O que é Psicopatologia Fundamental”. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1998. V.1, n.1, p. 54.

Devido à crise que apresentou na minha frente, chamei a equipe de enfermagem ao local e escutei deles que “ela sempre faz isso”. Não se tratava, portanto, realmente de uma crise de epilepsia, e havia a possibilidade de que esse ato fosse encenado, pois o exame já havia sido realizado pela enfermagem e pelos médicos em outra ocasião, e pelo diagnóstico diferenciado que se apresentou aqueles eram episódios histéricos.

Havia certo cansaço no discurso da enfermagem e um tom de deboche e repulsa, pois em seguida foi dito que se tratava de uma pessoa que precisaria ficar longe do CAPS. Pediram-me que a expulsasse, afinal, ela era um grande problema, pela forma como seus atos davam trabalho, atrapalhavam a rotina do serviço, e causava transtornos aos demais pacientes, com suas tentativas recorrentes de suicídio, algumas unicamente encenação para promover certa comoção nos outros, mas outras de fato quase levadas a uma passagem ao ato bem-sucedida (sendo esta a efetivação do suicídio).

O que um analista poderia fazer diante de tamanho desespero e destruição recorrente do próprio corpo?

Eu estava ali, em face à impotência e à angústia que Nina me causava diariamente, em que muitas vezes o receio que as intervenções causassem algum ato que levasse ao suicídio era o que angustiava, sendo necessário, em seu caso, cuidado e essa dosagem da angústia com relação ao manejo da transferência. Na direção do tratamento, havia um cálculo de que sua angústia encontrasse palavra e não mais tentativas de destruição do corpo e de sua vida. Todavia, era uma aposta.

O caso clínico de Nina é o fundamento desta pesquisa e tem a função de porta-voz de um problema de investigação que coloca a experiência clínica como uma construção que porta uma teoria e uma representação daquilo que foi vivido na clínica, a partir dos aspectos obscuros e enigmáticos que ele contém. Essa posição é mencionada por Berlinck, referenciando Freud, quando diz que “o psicanalista elabora em sua escrita, a partir de sua vivência clínica, a compreensão tanto do funcionamento mental e sintomático do paciente quanto do tratamento enquanto um processo que requer um manejo técnico específico”, e que

ele “tem o dever de tratar o caso como sendo uma contribuição à psicopatologia das neuroses”.³

Assim, o caso clínico apresentado e escrito não tem o propósito de comprovar nenhuma teoria, e sim de nos surpreender, algo que só é possível quando agimos de maneira similar à atenção flutuante, em que o psicanalista se permite receber o inconsciente de seu paciente com o seu próprio inconsciente.

Dessa forma, a construção teórica nos serve como consequência do caso, e o caso, por sua vez, como causa e enigma que nos leva à teoria. Fui surpreendida por Nina. Escrever sobre seu caso é relatar o que me surpreendeu enquanto clínica. Houve um enigma, que se produziu e levou-me a uma situação problemática, dando lugar à pesquisa.

O tema de pesquisa contém, portanto, um enigma que precisa ser especificado pelo psicanalista. Este enigma pode ser traduzido como sendo uma discrepância entre aquilo que é e aquilo que deveria ser. O reconhecimento do enigma produz, então, uma situação problemática. (BERLINCK, 2000, p. 313-320)

Segundo Berlinck e Magtaz (2012), para o clínico pesquisador o trabalho de interpretação do caso tem a função de colocar em palavras e auxiliar a formulação de uma situação problemática, aquilo que ele viveu na transferência e o surpreendeu como um enigma. Para eles, “é do clínico que se trata quando se trata do caso, do clínico e de seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada através de um tema de investigação”.

Um ponto de vista semelhante da pesquisa a partir da clínica encontra-se em Mezan (2014), para quem a compreensão de Freud é de que a clínica proporciona descobertas que se integram a uma teoria geral da psique, de seu funcionamento, de seus transtornos. Dessa forma, essas descobertas não se restringem a um determinado paciente.

³ BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C. “O caso clínico como fundamento de pesquisa em Psicopatologia Fundamental”. In: *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, . São Paulo, SP: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, março 2012. V.15, n.5, p. 72-82.

Para Mezan, ainda, o analista “pesquisa” com seu paciente o significado inconsciente das suas palavras, fantasias, desejos e atitudes. É a partir da clínica – é nela e dela – que surgem os conceitos referenciais da psicanálise, os instrumentos que, assim podemos dizer, operacionalizam a pesquisa em nossa disciplina.

Em psicanálise há um pensamento clínico, diz André Green, e não somente uma teoria da clínica. Contudo, sempre existirá uma distância teórico-prática insanável, algo inacessível. Jamais a teoria poderá englobar integralmente a clínica e jamais a clínica será totalmente esclarecida pela teoria. É necessário que no pensamento clínico haja a aceitação de que essa lacuna não pode ser preenchida por completo, que é insanável por natureza, pois, em psicanálise, algumas hipóteses estão mais próximas de fenômenos singulares.⁴

Diante do caso de Nina, eu estava frente àquilo que a teoria psicanalítica não englobava integralmente: fenômenos estranhos aconteciam e a cada dia eu era convocada a inventar, a experimentar o que funcionaria naquele caso e naquele momento. Nina trazia consigo, em suas manifestações de crise, algo da ordem do excesso, ou seja, *pathos* que se transforma em patologia, ou melhor, um discurso sobre o sofrimento que passa pelo corpo, tomando-o e fazendo-o sofrer.⁵

Em Mezan, no que se refere ao humano, cabe ao analista o ato de investigar a sua singularidade, compreender, penetrar em seu sentido, revelar a sua significação e assim, desvendar o que o torna irredutivelmente “aquilo” e não outra coisa.

O que se observa e se escuta é o discurso do paciente em sessão, o que prevalece é a observação. Sendo assim, deve haver tolerância do clínico ao não saber, para se permitir a construção de uma teoria particular sobre aquele indivíduo que busca tratamento.

A presente dissertação apresentará o caso clínico de Nina e os enigmas que este sugeriu ao clínico. Alguns deles são: que fenômeno era esse que afetava seu corpo de maneira violenta, em que crises pseudoepilépticas se manifestavam, angústia que afetava o corpo e não encontrava palavra, somente *actings-out*, passagens ao ato, tentativas de suicídio e destruição do próprio corpo? O analista estava diante de quê? Seria uma histerização esquizofrênica ou

⁴ MEZAN, R. *O tronco e os ramos*. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2014.

⁵ BERLINCK, M. T. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta, (1936) 2008. Reimpressão.

uma histeria grave, com muitas passagens ao ato e *actings-out*? Estaríamos no campo da neurose ou psicose? Para obter um diagnóstico diferencial, utilizei-me da transferência como ferramenta para me situar ao longo do tratamento.

Neste trabalho, desenvolvo como esse caso foi conduzido e que saídas possíveis foram encontradas por meio do trabalho analítico e do manejo do tratamento, para melhor compreensão do que estabilizou Nina e da mudança de posição subjetiva que construímos por meio da relação transferencial.

O texto está dividido da seguinte forma:

No capítulo 1, apresento o relato do caso clínico de Nina, abordando aspectos de sua história de vida e como esta foi contada à analista no decorrer do tratamento. Além disso, descrevo como se estabeleceu a transferência e seu manejo, dispositivo analítico que indica como foi seu percurso e mudança de posição subjetiva.

No capítulo 2, é feita a construção histórica da histeria, desde seus primórdios e como ela foi compreendida por autores que contribuíram na elaboração e modificação de seu conceito. É introduzida a noção do que é a loucura histérica a partir de uma perspectiva lacaniana. São também abordados aspectos da estrutura da histeria e mais especificamente da loucura histérica, quando faço a distinção e retomo a estrutura psicótica para pensar sobre pequenos detalhes sutis que as diferenciam.

No capítulo 3, desenvolvo a constituição do Eu sob a luz do conceito; para isso, retomo o estádio do Espelho e, em seguida, os três tempos do Édipo, percorrendo sobre a constituição do sujeito proposta por Lacan.

No capítulo 4, aludo à angústia e seu manejo ao longo do tratamento, além das respostas do sujeito frente a esse afeto, tais como as passagens ao ato e *acting-out*.

No capítulo 5, por fim, retomo o caso clínico, a transferência, o diagnóstico diferencial e, principalmente, o percurso e a construção terapêutica do caso de Nina.

METODOLOGIA

Na presente dissertação partimos dos pressupostos da Psicopatologia Fundamental, pelos quais a pesquisa toma o relato de caso como ponto de partida para investigar as questões obscuras e enigmáticas que comparecem na clínica por meio da experiência compartilhada em transferência com o paciente.

A Psicopatologia Fundamental trata do sofrimento humano na dimensão do sujeito trágico que é atravessado e constituído por *pathos*, ou seja, pelo sofrimento, a paixão e a passividade. Um sujeito que não é nem racional, nem agente e nem senhor de suas ações, pois é habitado e segue a lógica de um determinismo psíquico, em que há um inconsciente que nos habita e determina muitas vezes nossas ações (BERLINCK, 2008).

Retomando o conceito de *pathos*, quando o ser humano é atravessado por ele, algo da ordem do excesso, da desmesura acontece e coloca o eu de maneira a não conseguir se assenhorar ativamente desse acontecimento a não ser como paciente, como passivo; tem relação com o Outro. Ou seja, o *pathos* é provocado por algo que é causado no ser humano e tem relação com o Outro, que nos afeta devido à dependência permanente do Outro, e faz parte da condição humana.

Sendo *pathos* algo que acomete o humano, é a partir da condição de sofrimento que é possível transformá-lo em experiência, em algo que enriquece e alarga o pensamento. A partir do *pathos* que se transforma em patologia é que é possível estabelecer um discurso sobre o sofrimento e, assim, constituir uma terapêutica no âmbito da Psicopatologia Fundamental.

É o que Freud, em *Sobre o início do tratamento*, situa acerca da força motivadora primária na terapia, o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado: o material que dá início ao tratamento é também a história de sua doença, o que levou-o ao adoecimento.⁶

A partir do *pathos*, do sofrimento que é comunicado à figura de um terapeuta, ou seja, daquilo que o paciente começa a narrar e a transferir para essa figura que lhe escuta, é que se

⁶ FREUD, S. *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.12. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

torna possível construir uma experiência em transferência que dá lugar ao inconsciente como terceiro. Há um discurso sobre o amor, sobre a paixão, sobre *pathos*, e o efeito que ele produz sobre o humano é que faz com que o *pathos* perca seu sentido de passividade.

A Psicopatologia Fundamental se ocupará e se inclinará para alguém que porta uma voz única a respeito de seu *pathos*, de seu sofrimento, de suas paixões e de sua passividade, e, a partir dessa experiência, faz-se possível abrir a fixação de sofrimento produzida pelo sentido unívoco que o mesmo assume, passando-se a acreditar que existam outras posições para esse paciente que padece (BERLINCK, 2008).

Com essas considerações, tomamos como ponto de partida o caso clínico de Nina, retomando nesta pesquisa as questões surgidas ao longo da condução de seu tratamento, pois é a partir da clínica e da experiência singular e subjetiva diante do *pathos* que podemos construir nossas noções referentes ao psiquismo. Essas questões, enigmáticas e obscuras, levaram-me à pesquisa acerca de qual era o fenômeno que acometia Nina e tomava seu corpo numa condição de adoecimento. Narro adiante a experiência.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Antes de apresentar o caso clínico que será desenvolvido no próximo capítulo, disponho a seguir a resolução que orientou esse trabalho, justamente por nele se utilizar os conhecimentos adquiridos pela clínica para pensar aspectos da teoria psicanalítica.

RESOLUÇÃO CNS 510, de 07 de Abril de 2016, complementar à Resolução CNS 466/2012:

Art. 1 – Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único.

VII – pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito

Esta pesquisa segue com o compromisso da autora frente aos procedimentos éticos e normas estabelecidos acima.

CAPÍTULO 1 – Relato do caso clínico de Nina

Convulsões, cortes pelo corpo, alucinações, delírios, tentativas de suicídio. Diante das crises de Nina, a indagação diária era: “Que fenômeno é esse? Estou diante do quê, ataque epilético? Cena histérica? Surto psicótico?” O que fazer com essa insatisfação que a invadia e não encontrava palavra que nomeasse, que se manifestava como uma cena ou ataque?

Os episódios de crises de Nina traziam consigo uma urgência; ela pedia, implorava por ajuda por meio de atos desesperados que causavam comoção em todos que a atendiam – havia o excesso do corpo dado a ver, o sofrimento que portava em si e que causava nos outros que o testemunhava sentimentos como repulsa, ódio, pena.

O primeiro contato com Nina se deu quando a mesma chegou ao CAPS durante o plantão de acolhimento (momento em que os pacientes são recebidos para uma primeira conversa e contato) e disse-me que estava há dias andando pelas ruas, sem se alimentar. Tinha um semblante de cansaço, estava com roupas desleixadas e com aspecto de malcuidada. Não consegui distinguir imediatamente nela aquilo que chamamos de figura; era difícil representar e distinguir seu gênero – masculino ou feminino. Falou que não queria mais voltar para casa, porém, dizia com intensidade e desespero, não tinha para onde ir.

Na sequência, apresentou uma crise que se assemelhava à convulsiva. A equipe de enfermagem dirigiu-se ao local enquanto Nina “parecia” ter um rompimento de consciência (dissociação); seu corpo se agitava e se debatia no chão, nenhum contato verbal ou visual era estabelecido.

Como em uma crise convulsiva, apresentava espasmos corporais, salivação, tremores, quedas. Tratava-se de um ataque epilético ou de uma pseudoepilepsia? Em resposta, a equipe de enfermagem alegou que a paciente sempre fazia isso, mas que não se tratava de um ataque epilético, e que após sua melhora eu deveria deixá-la ir embora.

O discurso da equipe veio carregado de insatisfação e de vontade de expulsar Nina do serviço, dando indícios da sensação de repulsa que ela causava. Havia uma relação imaginária estabelecida com a paciente que trazia à tona a impotência em relação ao caso, o que se devia

também à falta de sinais de melhora. Esse cenário todo despertou minha curiosidade. Quais seriam os motivos que a faziam não ser aceita pela equipe? Por que queriam expulsá-la?

Escutei o que Nina tinha para me falar após sua crise. Disse-me então que não queria mais viver com sua família, pois eles não a queriam mais morando na residência. Relatou que era abusada por um familiar e que não aguentava mais passar por isso. Contou sobre a saudade que tinha de sua mãe que havia falecido, que muitas vezes tentava e queria morrer. De maneira catártica, foi despejando tudo que a estava incomodando naquele momento. Chorava e tremia ao falar. Numa urgência, suplicava ajuda e insistentemente repetia que não queria voltar para casa e que não tinha para onde ir. Seu discurso era de intensa insatisfação, e mencionou que escutava vozes que a perturbavam demasiadamente.

Concluí de seu relato que na maioria dos lugares pelos quais passou, bem como nas relações que estabeleceu, principalmente com sua família, o que ocorria era a insatisfação e vontade de todos de expulsá-la. Esse padrão havia se apresentado até mesmo no CAPS e nos dispositivos em geral da rede de saúde mental da região.

O ponto central do repúdio por parte das pessoas e das instituições tinha relação com os episódios de intensa agressividade, nos quais Nina quebrava e destruía os lugares por onde passava, a ponto de locais de internações terem restrições para atendê-la. O CAPS entrava como mais um lugar no circuito das relações de repulsa. Formulei então a hipótese de que ela estaria de alguma forma demandando atenção por meio das crises de agressividade, devido à insatisfação que vivia. Mas seriam somente atenção e olhar o que ela demandava?

As suas crises produziam um espetáculo para os demais. Pensei, então, que Nina demandava um olhar que a constituísse pois não havia uma imagem coerente de si. Entretanto, a forma como fazia isso era se agredindo e agredindo o outro, e, conseqüentemente, sendo expulsa. Nos lugares por onde passava, causava repulsa e ficava como o objeto rejeitado. Mas qual a sua responsabilidade nessa repulsa?

Nina tinha outro traço muito característico: quando não estava em crise, era afetiva, doce e acolhedora com os demais pacientes do CAPS.

Havia um pedido. Ela não sabia o que queria, mas queria algo, queria ajuda. Ajuda para quê? O que se apresentava era um desespero que transbordava dela e passava para os outros; era uma demanda.

Na maioria dos atendimentos, Nina queixava-se da falta de sua mãe e colocava sua insatisfação e razão de seu sofrimento na perda dela, como se tivesse encontrado um motivo para aquilo que lamentava.

Muitas vezes demandava atenção de maneira tão intensa, e com tamanha urgência, que ninguém conseguia atendê-la da forma como ela gostaria. Fazia de tudo para ser vista, para obter o olhar de quem estivesse por perto: agredia, quebrava objetos e vidro, se machucava. Diante da falta do outro, emergia o insuportável que a fazia sofrer.

Em um dos atendimentos, disse que sua família a ofendia muito, principalmente chamando-a de “louca” quando tinha episódios de agitação em casa e quebrava os objetos ao seu redor. Em seguida, dizia que se a chamavam assim, ela deveria mesmo sê-lo. Passou a acreditar nesse nome inculcado pelos outros e muitas vezes agia de maneira conforme. Esse significante “louca” a marcou, e era assim que respondia. Identificou-se com o nome dado pelo outro e a ele correspondia desse lugar, agindo como louca.

Nina tinha 50 anos e perdera a mãe há cerca de 12. Vivia de reminiscências pois, segundo ela, eram muito próximas. Falava pouquíssimo do pai, citou apenas que não eram próximos e que ele falecera aos 48 anos de idade, devido um infarto. Disse que em seu nome tinha o nome da mãe (sobrenomes dela) e que não tinha o “nome” do pai. O detalhe me chamou atenção, e mais ainda o motivo que ela teria para ressaltar esse aspecto. Nina não contava de nenhuma situação com o pai, era como se negasse sua existência.

Durante o período escolar, teve muita dificuldade de aprendizado e socialização e não concluiu os estudos, frequentou a escola apenas até o período do início da adolescência. Mencionou que era vítima de preconceito na escola pela sua cor negra. Teve meningite em sua infância que deixou sequelas. Apresentava prejuízo cognitivo e empobrecimento intelectual e subjetivo que vinham acompanhados de seu histórico em regimes de internações psiquiátricas desde tenra idade. Esses elementos desde cedo colaboraram para sua exclusão na vida social, tanto na escola, pelos seus prejuízos cognitivos e pelo preconceito, quanto nas internações psiquiátricas, pelo seu histórico.

A paciente mantinha ainda um comportamento arcaico, infantilizado, sem muitos dos recursos elaborados correspondentes à idade que tinha. Fazia desenhos como se fosse de uma criança que acabara de aprender a escrever e desenhar.

Realizava tratamento psiquiátrico desde os 12 anos de idade, e sua primeira internação ocorreu aos 18 anos. Apresentava um histórico vasto e recorrente de internações em instituições de saúde mental. Inicialmente, a equipe médica a diagnosticou com epilepsia, juntamente com outras hipóteses de transtornos mentais associados. Contudo, após certo tempo de observação e conhecimento das crises de Nina, esse diagnóstico foi questionado e modificado inúmeras vezes. Quando nos conhecemos, já não mais fazia uso da medicação para epilepsia.

As equipes passaram a observar melhor essas “crises convulsivas” e surgiu a hipótese de que se tratava de uma pseudoepilepsia, segundo avaliação psiquiátrica durante um de seus períodos de internação. Os traços que levaram a essa hipótese foram o rebaixamento do nível de consciência sem desagregar o pensamento e a menção a comentários que escutara da equipe durante os episódios de crise “epiléptica”, denunciando que estava atenta de alguma forma ao que acontecia ao seu redor durante as ocorrências.

Era significativo o fato de uma paciente que diz ter crises convulsivas passar a não tê-las mais após um tempo em tratamento comigo, até mesmo sem o uso da medicação anticonvulsivante. Disso nasce a pergunta ao clínico: “O que é isso que acontece com Nina que a faz estremecer seu corpo diante do olhar do outro?”. Ao longo do tratamento, ela começou a nomear esse fenômeno que a tomava, dizendo: “Eu fico fora de mim”.

Passou a falar do lugar de “fora-dentro”, ou seja, começava a dar representação àquilo que não tinha nome; esse estranho em si passava a ter lugar e palavra, deixava de estar fora e passava a estar dentro – considerando que o que aqui denomino “fora” consiste em um lugar que está fora da consciência, porém dá notícias de sua condição fantasmática e de suas fantasias inconscientes.

Ao “sair de si” como em uma demonstração no seu corpo trêmulo, desorganizado, contorcido, ela revelava o padecimento que vivia, perturbando o outro desesperadamente, convocando o olhar e a palavra.

Enquanto todos recuavam, fascinados e horrorizados pelo espetáculo, a cena só se repetia, mas na medida em que passa a dar lugar à palavra, a cena se articula. Nina paga com o corpo e se entrega como objeto.

Retomo outros aspectos de sua história: na época, residia com seus irmãos e uma sobrinha adolescente que mencionou ser homossexual. Nina manifestou crítica e preconceito ao falar sobre a orientação sexual da sobrinha; contudo, fazia comentários a meu respeito, elogiando-me estar bonita; algumas vezes, o ato tinha uma conotação que passava pela via do desejo, em outras, passava pela via da ternura. Sua aparência física não definia o seu ser feminino, e muitas vezes parecia um homem (andava com roupas largas, desleixadas, masculinas e de tamanhos muito maiores que o seu, o cabelo era curtinho e não usava nenhum tipo de acessório feminino). A repulsa e comentários hostis que manifestava por sua sobrinha tinha relação com a sexualidade que não aceitava em si – tal como uma possível homossexualidade, um desejo pelo mesmo sexo que oscilava muitas vezes com sentimento de ternura, e que significava também a busca que tinha por um referencial do feminino. Ou seja, ainda não tinha um ser definido, e, portanto, tinha menos ainda o objeto de desejo.

Nina tinha grande dificuldade de falar de sua história. Frequentemente, ao aprofundar alguns aspectos desta, apresentava agitação no corpo; algumas vezes andava pela sala de maneira aflita, outras vezes agredia ou mesmo apresentava aquilo que parecia convulsão ou desmaios, como se houvesse “apagado” e não estivesse mais ali. Tratava-se de uma dissociação?

O discurso de Nina não apresentava “relevo”. Ela me dizia algumas coisas após minhas perguntas, mas não havia detalhes nos seus relatos. Quando chegava à beira de um aprofundamento, ela cortava, encerrava, dizendo que queria parar, ou passava a manifestar alguma reação no corpo. Muitas vezes ele ficava trêmulo ou apresentava agitação e agressividade, às vezes chegando à crise que parecia convulsiva e que era como um corte naquilo que estava falando. Seu corpo ficava tomado de angústia e não encontrava palavras.

Em um dos atendimentos, começou a falar sobre o quanto gostava de cuidar de crianças. Entrou no assunto sobre filhos e relacionamentos, dizendo o quanto não queria saber disso, pois relacionamentos e homens davam muito trabalho. Era fechada para isso, para viver alguma parceria amorosa. Mencionou o sentimento de amor que foi experimentado por ela na fase da adolescência, a única vez que citou ter gostado de alguém do sexo oposto. Dentre os encontros com um homem, esse foi o único mencionado de maneira positiva, em que ela trouxe um semblante de sorriso. Após isso, começou a relatar experiências agressivas e

violentas associadas a homens, tal como uma experiência, narrada com horror, em que, segundo ela, foi forçada a estimular o órgão masculino e sentiu nojo.

Em alguns dos atendimentos iniciais, a paciente mencionou situações de abuso que vivenciou por longos anos, infligidas pelo marido de uma de suas irmãs. Contudo, ela não aprofundava essas histórias; cortava, pedindo para encerrar ou cortando o próprio corpo. Deixava o outro no vazio, e, muitas vezes, transferia a angústia por identificação projetiva. Seduzia, manipulava e deixava sempre um mistério e um enigma sobre sua vida e seu desejo.

Acabei compreendendo que o vazio em que ela deixava o outro era o vazio que tinha dentro de si, e que após os nossos atendimentos passou a circunscrever com palavras. Na sua família, não tinha conversa, não tinha alguém que a escutasse e que desse valor a sua palavra, então também passou a não dar valor a isso. Dizia que não tinha conversa entre eles, que não tinha o que falar mesmo com sua mãe, de quem tanto sentia falta. A relação entre as duas era sustentada pela presença e dependência, era “colada”, mas não havia a palavra entre elas, a palavra que separa e constitui.

Conversava comigo e passou a me chamar de “amiga”, estabelecendo uma outra forma de se relacionar, uma que não se caracterizava mais pela dependência e colamento psíquico. Não criava mais uma unidade com o outro, e sim estabelecia um laço que tinha a palavra entre dois.

No começo, Nina usava roupas que não a definiam como mulher, e sua aparência também indicava essa indefinição. Seu aspecto físico era descuidado e circulava com um jeito infantil de se exceder no seu querer e nas suas vontades, sem limites, o que expressava no corpo a indeterminação do que era. Eu estava diante de uma criança.

Durante o período dos atendimentos, entretanto, passou a cuidar de si e teve melhora na aparência e no autocuidado, além de aparentar maior feminilidade. Porém, no que consistia a sua sexualidade?

A paciente se queixava de não ser querida e nem amada pela família, mas se deu conta e falou, em um dos atendimentos, que ela própria não gostava de si: “eu não gosto de mim”, “eu sou ruim e agressiva comigo”. Ela projetava nos outros aquilo que sentia e pensava de si mesma.

Nina contou que era muito “mimada” pela mãe, que fazia roupas para ela e não para os irmãos, pelo que sentia-se privilegiada. Apresentava uma dificuldade imensa em lidar com o mundo externo porque ficava furiosa quando as coisas não eram como queria, passando a quebrar objetos e agir agressivamente. Mencionou que era atormentada por vozes que a desmereciam, a desvalorizavam; eram vozes superegógicas, ou seja, que davam voz àquilo que ela pensava de si mesma e à sua falta de amor pelo que era. Podemos pensar que se tratava, aí, de um imperativo de pensamento, pois não vinha de fora, e sim de dentro.

Principiou por construir um significado para essas “vozes” que não escutava de fora, mas sim de dentro – eram seus pensamentos e não alucinações auditivas, e a dizer que talvez as vozes que escutava tinham a ver com a solidão, com não saber para onde ou com quem caminhar, com o seu vazio que era um abismo tão grande que beirava a morte.

Na relação transferencial, demandava o olhar da mãe, como uma criança que quer o cuidado e atenção; tenta recuperar com as outras pessoas, esse lugar perdido, privilegiado, que tinha na relação com a mãe. Queria morrer para se juntar à ela. Tentava encontrar e buscar um amor por si própria, contudo, tinha raiva de si e muitas vezes se agredia, destruía-se nas suas crises, nos seus rompantes de raiva e agressividade.

Quando tomada de angústia, falava insistentemente da vontade de morrer e, dessa forma, voltar a ficar próxima de sua mãe. Em decorrência disso, muitas vezes saía correndo e se jogava na avenida; algumas vezes foi socorrida, em outras, não. Em uma dessas, foi atropelada e ficou com uma cicatriz grande em seu corpo devido ao ato.

Buscava esse amor incondicional nas relações. Era o que demandava na relação analítica, porém, a demanda tornava-se infinita e ninguém poderia supri-la. À medida em que não se supria, Nina tinha crises, agia como criança – completamente regredida, batia, quebrava coisas e tornava-se o centro das atenções, que era o que queria. De modo contraditório, conseguia o olhar do outro, mas causava cansaço, irritação e afastava aquilo que mais queria, o afeto.

Nos momentos de crise e rompantes de agressividade, havia um apagamento de si; sua subjetividade saía de cena, o vazio a habitava e as palavras faltavam. Sem sua palavra, restavam seus atos. Por certo tempo, o que a estabilizou foi a função de cuidadora de seus

sobrinhos (três crianças). Nesta função, Nina trocava de posição subjetiva e circulava entre cuidar e ser cuidada, como significantes privilegiados de onde poderia dizer de si.

Nos momentos de crise intensa, solicitava uma contenção física e agia de maneira regredida, pedindo pela mãe. Simulava estar sendo balançada por ela e cantava a música de ninar que ouvira da mesma.

A experiência do desamparo se manifestava e a fantasia de que o corpo da mãe teria a resposta para aliviar sua dor e sofrimento era expresso ali, no seu pedido, pois não encontrava em si recursos psíquicos que dessem continência à sua angústia.

Entre os vários momentos do tratamento, houve um particularmente importante, ligado a uma crise que marcou uma virada no processo terapêutico, pois foi a partir desse episódio que algumas mudanças subjetivas e de atitude ocorreram.

Ela me pediu para conversar e eu disse que naquele momento não seria possível, e relembrei-a do seu dia de atendimento. A negação desse pedido ocasionou situação em que se cortou, destruiu a sala de observação, quebrou os vidros e janelas do CAPS e comeu-os.

Nina gritava meu nome. Fui ao encontro dela e falei de maneira severa, como quem fala com uma criança que é repreendida, pedi que me desse os vidros que tinha nas mãos. Em seguida, questionei-a de forma brava sobre o motivo de ter feito isso e apresentei um semblante de braveza e tom intencional de bronca. Retomei com ela a cena anterior à crise, possivelmente relacionada ao "não" que escutou de mim e ao encontro com o limite, o encontro com uma falta que não existia na relação com a mãe, devido ao lugar privilegiado, no amor, de mútua sustentação narcísica. Com a morte real desta, não houve simbólico suficiente que a sustentasse, devido à fragilidade de inscrição de seus traços simbólicos e à dependência extrema desse olhar materno.

Enquanto ela tentava agredir e empurrar, falei em tom firme e severo que ninguém poderia dar a ela tudo o que queria, questionando-a se havia escutado o "não". Nesse momento, ela gritava comigo, fechava os olhos e tampava os ouvidos como quem não queria saber, mas apostei que tinha escutado e podia suportar.

Dias depois deste episódio, Nina retornou ao CAPS e se desculpou pelo seu ato. Disse a ela que deveria pagar pelos vidros quebrados e ela assumiu a dívida e pagou o vidro.

Também disse que não esqueceria sua atitude e pensaria a sua condição de tratamento daquele momento em diante. Essa marcação por meio de um limite era intencional, com o intuito de promover uma responsabilização pelos seus atos, dar limite a seu excesso e demanda incessante. A intervenção teve um efeito de limite, de corte no seu gozo em representar uma cena ao olhar do outro, quando não havia consequência aos seus atos.

Sua forma de amar e se relacionar era ambivalente e unilateral. Ou seja, somente demandava, oscilando intensa e rapidamente entre amor e agressividade. Disse a ela que poderia ser amada pelo gesto afetivo e cuidadoso que apresentava em muitos momentos, e não só pela forma agressiva e destrutiva. Nina foi aceita de volta, mas com a condição de que não voltaria a frequentar o CAPS da mesma maneira de antes, e sim somente uma vez por semana, apenas nas sessões comigo; portanto, não mais em uma atuação de demanda incessante, mas sim dentro de uma lei simbólica que media o encontro com o outro.

Ela teria algo, mas não tudo, e não do mesmo jeito. Algo foi perdido e jamais seria recuperado. Nos atendimentos, sempre pedia para voltar a frequentar o CAPS diariamente, como era antes, mas eu não a respondia a essa demanda e a deixava no vazio de sua pergunta.

A culpa e o desejo de reparação também tiveram funções, nesse caso, e de muita relevância, pois a barraram e levaram-na a perceber e começar a falar sobre o seu jeito de se relacionar, perceber sua própria agressividade e ambivalência, que estavam também fundamentadas no seu passado e tinham relação com seu histórico de abuso e sua sexualidade.

Revelou que aos 13 anos tiveram início os abusos que, segundo ela, experimentou por muitos anos de seu cunhado (casado com uma de suas irmãs). Alegou que isso desencadeou para si muito ódio, raiva e culpa. A raiva e a falta de amor por si tinham relação com essas experiências sexuais do passado e retornavam ao seu psiquismo sem encontrarem representação simbólica, somente destruição.

Quando há ausência da palavra e nenhuma pergunta sobre a cena histérica e sobre o seu desejo, e quando somente se encontra o silêncio, o corpo, a passagem ao ato, que não trazem a palavra, como nomear o inomeável?

Ao longo do tratamento, Nina pôde ser escutada e encontrou alguém que a escutasse, uma “amiga”, segundo ela. Pôde valorizar e circunscrever o vazio que sentia com a palavra falada e ouvida, encontrando, assim, um lugar que não somente aquele à beira do abismo da

morte e do vazio do caminho a seguir. Disse que aprendeu a lidar com suas emoções. A partir da transferência e dessa nova relação, construiu um jeito que não caminhava mais para a destruição de si ou para o lugar de “a louca da família”, não foi mais internada, constituiu-se a partir de uma referência do feminino e começou a se cuidar, vestindo-se também como mulher. Sua posição demandante cessou e passou a cuidar do lar e de seus sobrinhos. Nina dava amor e cuidava, e assim se reinventou.

Considerando os elementos narrados do caso de Nina citados acima, o conceito da loucura histérica foi o que encontrei de similar ao que acontecia com a paciente, tanto pelos fenômenos e cenas históricas quanto pela loucura propriamente dita, que muitas vezes se assemelhava à psicose. A seguir, apresento a distinção dessas estruturas (loucura histérica e psicose) e também como se diferencia a constituição do sujeito nesses casos. Logo, no capítulo seguinte desenvolvo a noção de loucura histérica.

CAPÍTULO 2 – A loucura e a história da histeria

Este capítulo traz a história do que foi chamado de histeria. Para tal, apresento anteriormente uma introdução do conceito de loucura histórica, depois traço um percurso sobre a história da histeria e suas manifestações desde os primórdios, para assim aprofundarmos o conceito de loucura histórica proposto nesta dissertação.

A loucura histórica é uma condição que participa da neurose histórica. Tem manifestações consideradas radicais e severas em função da forma como ocorrem, muitas vezes se assemelhando a surtos psicóticos, devido à proporção de suas manifestações dissociativas. Suas excessivas crises muitas vezes parecem um rompimento, uma ruptura da consciência, como na psicose. Somado a isso, há queixas de fenômenos elementares comuns também à psicose, como alucinações auditivas, mas a diferença é muito sutil, pois neste caso não se tratam de vozes vindas de fora, e sim de um imperativo do pensamento, ou seja, de pensamentos internos que muitas vezes se confundem com alucinações auditivas.

Os modos clínicos de comparecimento da histeria têm surpreendido investigadores desde Charcot e seus discípulos. Tal quadro comparece sob o modo de sintomatologias neuróticas mais brandas, em que a associação livre opera na direção do tratamento, até em quadros muito graves, em que as passagens ao ato revelam uma condição de enlouquecimento, configurando uma loucura histórica.

Antes de avançar sobre esse conteúdo é preciso que possamos determinar o que podemos compreender como loucura propriamente dita. Para isso, precisamos distinguir o que é a loucura para a psiquiatria e a loucura para psicanálise. Para tal, é de ajuda traçar um percurso sobre a história da histeria e a maneira como ela foi pensada por investigadores antes de Freud, sob uma perspectiva relacionada a fatores hereditários, processos degenerativos e também a um funcionamento atípico dos órgãos, principalmente o útero e o cérebro.

A passagem da compreensão fisiológica ou orgânica para a psicológica ocorre em um momento em que Freud propunha, de um lado, uma explicação química das neuroses “atuais” – neurastenia e neurose de angústia –, e, de outro, uma explicação essencialmente psicológica, em termos de “defesa” e “recalque”, para a histeria. Ao se contrapor com as ideias de Breuer sobre a catarse e estados hipnoides, Freud passa a defender a associação livre e as neuroses de

defesa, apontando a presença de elementos relacionados à sexualidade e ao inconsciente que foram incluídos no fenômeno da histeria. Ela passa, assim, a ser pensada como algo da ordem psíquica, referente a representações somáticas no psiquismo e ao modo como as representações psíquicas afetam o funcionamento corporal (FREUD, 1893).

O tema da loucura histérica, abordada nesse trabalho, articula a neurose histérica com o que a psicanálise propôs acerca da loucura, compreendendo que a barreira entre o normal e o patológico é considerada, em psicanálise, de forma diferente da psiquiatria e suas classificações nosográficas de doenças mentais.

Freud postulou como a psicopatologia habita a vida cotidiana de todos, por meio dos chistes, sonhos, atos falhos e sintomas.⁷ Para ele, os processos primários que se revelam nas alucinações e delírios dos psicóticos estão recalcados nos neuróticos, mas habitam o seu inconsciente. E o que a psicanálise chamou, de certa forma, de loucura, seriam as alucinações e delírios.

Na loucura histérica, por sua vez, a fragilidade psíquica do paciente o expõe a mais passagens ao ato, na medida em que ele parece contar com menos recursos psíquicos para sustentar-se como sujeito diante dos conteúdos inconscientes que o habitam. Por esse motivo, a loucura histérica muitas vezes é confundida com a psicose, ainda que na transferência seja estabelecida uma suposição de saber na figura do analista (próprio da neurose) e uma demanda de amor (própria da histeria). Nesse sentido, torna-se decisivo que o diagnóstico diferencial ocorra em transferência, já que é por ela que podemos situar o diagnóstico diferencial.

O que diferencia, então, a loucura histérica da histeria e da psicose?

A histeria desde sempre tem provocado a atenção em virtude das manifestações singulares do enfermo, seus gestos desordenados em que se lamentam por algo horrível, indefinível em si mesmo.

Conforme Trillat (1991), a histeria, em sua origem, era relativa a uma questão de mulheres, sendo por isso denominada como “doença das mulheres”. Entrou no horizonte da

⁷ FREUD, S. *Sobre a Psicopatologia da vida Cotidiana (1901)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.6. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

medicina no século IV a.C, a partir de Hipócrates e Platão. A ideia inicial era que nela o útero sofreria deslocamentos pelo corpo, sendo que a explicação dessa mobilidade seria o ventre se esvaziar, em virtude de algum sofrimento ou da falta de relações sexuais. Em razão de sua secura (pois não estaria úmida do coito) e por sua leveza maior que a habitual, a matriz sofreria algum tipo de deslocamento.⁸

Juntamente com essa crença, havia a noção de que, após a crise de sufocação, por vezes acompanhada de convulsões, muitas mulheres falavam como que em um delírio, enquanto outras não tinham perda da realidade. Ou seja, poderiam apresentar um discurso delirante de certo modo dissociado ou desconectado da consciência ou poderiam estar conscientes do que ocorreu. Havia, portanto, a ideia de que poderiam estar anestesiadas, nesses momentos de “crise”, mas sem por isso terem perdido a consciência. A crise não era recoberta pela amnésia.

Algumas causas foram atribuídas ao fenômeno, tal como repetidos abortos, partos prematuros, viuvez prolongada ou inflamação do útero que teria como consequência uma adstrição do órgão.

Durante certo tempo, a história da histeria foi estreitamente ligada à história da epilepsia, justamente pelos pontos em comum de serem afecções que golpeiam abruptamente os indivíduos em plena saúde e privam, em maior ou menor grau, o exercício de suas capacidades intelectuais e suas capacidades de sensibilidade. Ambas são manifestações corporais espetaculares, que inspiram o temor, o terror e a compaixão, e a brutalidade do ataque se compara à rapidez com que o temporal se afasta. É como se o paciente ficasse fora de si e, quando retorna, fica espantado, contudo, inconsciente do que se passou (TRILLAT, 1991). O que distingue as duas afecções, histeria e epilepsia, é que na última a causa orgânica estaria localizada no cérebro, mais especificamente no encéfalo.

No fim do Império Romano, a distinção feita entre ambas é que na histeria se descreve uma “forma convulsiva” sem perda da consciência, distinta da epilepsia. Ainda que com causas diferentes, hoje em dia elas podem ser melhor elucidadas com exames como o eletroencefalograma, que permitem localizar o mal funcionamento cerebral, no caso da epilepsia. Ainda assim, podemos compreender a correlação inicialmente feita na história

⁸ TRILLAT, E. *História da histeria*. Trad. PORCHAT, P. São Paulo, SP: Escuta, 1991.

dessas afecções na medida em que em ambas há uma crise abrupta de desorganização do corpo dada a ver ao Outro.

Com relação ao tema da histeria, podemos perceber que algumas das considerações e noções levantadas nos primórdios da história da doença nos servem ainda hoje. Como bem pude observar, as crises de Nina muitas vezes pareciam crises epiléticas, fato inclusive que a fez ser tratada e medicada a partir desse diagnóstico, mesmo sem haver acometimento no cérebro, sem alteração de eletro (nos exames de eletroencefalograma) ou sem validade de diagnóstico de epilepsia.

Além das proximidades citadas acima, entre a histeria e a epilepsia, a essas afecções foi também aproximada a hipocondria, pois a maioria dos histéricos, no período entre as crises, possui sintomas semelhantes aos dos hipocondríacos, ou seja, uma queixa relativa a sofrimento corporal em relação ao qual não se encontravam ou encontram causas orgânicas.

A histeria coloca, tanto para o filósofo como para o médico, uma problematização que não se integra em um corpo de doutrina: estamos diante de corpos com funcionamentos estranhos que colocam em relevo o enigma do corpo e da organização do prazer feminino, visto como se dão o sofrimento e a desorganização na histeria, e as estranhas manifestações que acometem o corpo.

Justamente pelo enigma e pelos fenômenos intrigantes, na época da Renascença a histeria, com suas “contorções extraordinárias”, foi associada e pensada como uma doença desconhecida, uma simulação, e também como possessão demoníaca, sendo bastante relacionada a casos de bruxaria. Mais à frente, outros autores atribuíram aos órgãos genitais, sobretudo ao útero, um papel predominante na origem desta afecção “excepcional, monstruosa e misteriosa”⁹.

Charcot trouxe uma certa ordem a este cenário obscuro, e seu nome ficou estritamente relacionado à histeria. Ele dedica três lições às manifestações mais neurológicas da histeria, tal como crises convulsivas, espasmos e sintomas permanentes entre as crises, como paralisias, anestésias e contrações. Foi também partidário da doutrina uterina e ovárica da

⁹ COLIN, H. “Sobre la locura histérica”. In: *La Histeria antes de Freud*. Madri, Espanha: Alienistas del Pisuerga, (1890) 2010.

histeria após observar doentes que, depois de sofrerem remoção dos ovários, manifestaram sinais da grande neurose.

Para ele, muitas vezes a cura era repentina, em seguida de emoções fortes, contrariedades, acontecimentos que atingem a imaginação; com isso, ele desmistifica as curas atribuídas ao sobrenatural e organiza as crises histéricas por fases: a dor ovariana como uma marca que anuncia o início da crise, seguida do ataque propriamente dito, com gritos, palidez, perda de consciência, queda de rigidez muscular (fase dita epilética); após essas, a fase de movimentos, contorções de caráter intencional, gesticulações teatrais imitando as paixões, o pavor, o medo, o ódio e etc. Por fim, a fase resolutive, em que se manifestam soluços, choros e risos (TRILLAT, 1991).

Em Charcot a crise trata-se de um drama pessoal encenado, é afetiva, tem conteúdo emocional, conteúdo que falta à crise epilética. O autor desenvolve a relação da histeria e da neurose associadas a traumas, ideia que terá um papel importante no nascimento da psicanálise.

Antes de Charcot, a histeria foi pensada por Colin como um transtorno mental associado ao delírio, em que a histérica não parece diferir em nada de “degenerados hereditários”. Quando transtornos mentais vêm se juntar à histeria, entramos no domínio da degeneração hereditária.

Segundo Colin, quando não há manifestações somáticas, não há histeria, e, sendo histeria, essas manifestações podem desaparecer transitoriamente. Os ataques histéricos podem vir também acompanhados de delírios como fenômenos secundários.

Como método de tratamento da histeria, a hipnose produzia suspensão de paralisias e anestésias, revelando que a causa não era uma lesão neurológica. Mas o fato de não dizer respeito a uma afecção no Real do corpo implicaria que seria uma mentira, um fingimento? Essa foi a questão que se apresentou. Investigando-a, chegamos à concepção de que seria um fingimento ou encenação por não se tratar de uma perturbação causada por lesão e, deste modo, algo estável ou permanente. No entanto, é preciso diferenciar real orgânico e verdade, e estabelecer a distinção entre encenação (como cena propositalmente enganosa) e mostraçã ao olhar do Outro (como aquilo que se dá a ver ao olhar do Outro, uma verdade que o próprio

sujeito não consegue representar). Essa questão continua a insistir mesmo na atualidade, como percebido no caso apresentado.

Outros autores à época de Charcot, bem como ele, perceberam um aspecto na histeria: a imitação, uma vez que a histérica captura aquilo que percebe como um gesto que tenha impressionado outros e involuntariamente o imita. Apresenta-se como uma atriz em cena, porém não sabe que atua e acredita sinceramente na realidade das situações.

As contribuições de Charcot, como vimos, foram muito importantes na construção e na modificação do caráter da histeria até a modificação construída pela psicanálise. Depois dele, foi Pierre Janet quem propôs outros aspectos da doença. Para Janet, o erro de Charcot foi aplicar ao estudo da histeria e da hipnose os mesmos métodos, procedimentos e exames utilizados pela neurologia. Em sua visão, seria preciso utilizar métodos de análise e instrumentos conformes à natureza dos fenômenos. Para ele, os fenômenos histéricos são de natureza psíquica; por consequência, o método para tratamento só pode ser psicológico (TRILLAT, 1991).

Mais adiante, distante da concepção de natureza, Freud atribui a etiologia da histeria a conteúdos sexuais reprimidos e recalçados, que permanecem no inconsciente. Até chegar a essa ideia, porém, passou inicialmente pela relação da histeria com eventos traumáticos, momento em que utilizou como método de tratamento a hipnose, antes de estabelecer o tratamento psicanalítico da histeria por meio da associação livre.

Nos *Estudos sobre a histeria*, Freud se debruça sobre os motivos que levam à histeria e formula a hipótese de que a origem é desconhecida ao paciente devido a uma incapacidade em recordar por se tratar de algo traumático. Em concordância com este posicionamento, pelo método da hipnose ele conseguia que o paciente narrasse o evento traumático desencadeante. Freud também formula a ideia de que há a possibilidade de deduzir, a partir dos enunciados do paciente, que em cada ataque ele estaria alucinando o mesmo evento que provocou o primeiro deles.¹⁰ Neste viés, os mais variados sintomas estariam estritamente ligados ao trauma desencadeante, em uma relação causal bem clara. O psicanalista observou sintomas

¹⁰ FREUD, S. *Estudos sobre a Histeria (1893-1895)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.2. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

como paralisias, epilepsias que foram consideradas verdadeiras, tiques e alucinações visuais, entre outros.

Geralmente, nas neuroses traumáticas há a permanência por muitos anos do sintoma histérico, e seria algum fato da infância o desencadeador desse sintoma persistente que estaria relacionado a qualquer experiência que pudesse evocar algum tipo de afeto aflitivo, como um susto, uma angústia, vergonha ou dor física. A essa ocorrência Freud denominou de “trauma psíquico”, e ela dependeria também da suscetibilidade da pessoa que é afetada.

Ele ainda observou que cada sintoma histérico individual desapareceria de forma imediata e permanente uma vez que trazido à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e, juntamente com ela, o afeto que a acompanhara. Colocado em palavras, a lembrança e o afeto teriam como efeito o desaparecimento desses sintomas. Contudo, a melhora teria relação com a sugestão inconsciente, com a expectativa que o paciente tem e com o fato de que ele espera e supõe que será aliviado de seus sofrimentos pelo procedimento a que submete (FREUD, 1893).

Outro fator que propõe é que, na época do evento, ele não foi “ab-reagido”, isto é, não ocorreram reações suficientes por parte do paciente – tal como não ter chorado ou não ter desabafado a raiva; a reação foi reprimida. Quando a reação é reprimida, o afeto permanece associado à lembrança. Seria como uma ofensa sofrida em silêncio, que o autor denomina como uma “mortificação”, um “fazer adoecer”.

A partir do método da hipnose, Freud verificou que essas lembranças traumáticas só podiam ser acessadas por esse método ao fazer cair o estado de consciência e vigília, pois não se encontrariam na memória consciente do paciente, mas sim na sua memória enquanto hipnotizado. Isso que o leva a pensar na divisão da consciência, ou melhor, na dissociação presente na histeria. Em consequência, retoma a posição de Charcot na descrição esquemática do “grande ataque histérico”, que seria dessa forma: primeiramente a fase epileptoide; em seguida, a fase dos movimentos amplos; depois, a fase alucinatória e, por fim, a fase de delírio terminal. A fase alucinatória representaria a reprodução alucinatória de uma lembrança que foi importante no desencadeamento da histeria, ou seja, um grande trauma isolado ou uma série de traumas parciais relacionados.

Mais à frente, o psicanalista reconhece que, à medida em que se pode falar de causas determinantes que levam ao desenvolvimento e à aquisição de neuroses, tal como a histeria, sua etiologia deve ser buscada em fatores sexuais (FREUD, 1893).

Ele avança com relação ao tratamento da histeria abdicando do método da hipnose e da sugestão que só suspendia temporariamente os sintomas, como menciona no artigo *Sobre o início do tratamento*¹¹:

É verdade que nos primórdios da técnica analítica assumíamos uma visão intelectualista da situação, dávamos alto valor ao conhecimento, pelo paciente, do que havia esquecido, e nisto fazíamos distinção ente o nosso conhecimento e o dele. Pensávamos ser uma verdadeira sorte se poderíamos obter informações sobre um esquecido trauma infantil a partir de outras fontes – dos pais, babás ou do próprio sedutor, por exemplo – como em alguns casos foi possível fazer; e apressávamo-nos a transmitir a informação e as provas de sua exatidão ao paciente, na expectativa certa de assim dar um fim rápido à neurose e ao tratamento. (FREUD, 1913, p.155)

Freud se depara com as resistências e o recalque, pois de nada adiantava comunicar as razões inconscientes aos pacientes se elas não eram percebidas por eles mesmos. Assim, o conhecimento seria do analista e não deles próprios, e violenta seria a interpretação sem o tempo para o indivíduo ter condições de olhar para tais acontecimentos. Nesse artigo, ele menciona uma paciente que simulou imbecilidade e perda de memória com a intenção de se proteger contra o que ele lhe havia contado. Isso o fez reformular a ideia de tratamento, deixando o método de sugestão e passando para o da associação livre, incluindo as resistências na transferência.

Os pacientes conhecem agora a experiência reprimida em seu pensamento consciente, mas falta a este pensamento qualquer vinculação com o lugar em que a lembrança reprimida, de uma ou outra maneira, está contida. Nenhuma mudança é possível até que o processo consciente de pensamento tenha penetrado até esse lugar e lá superado as resistências da repressão. (FREUD, 1913, p.156)

¹¹ FREUD, S. *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outro trabalhos (1911-1913)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.12. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

A partir dessas construções, e levando em consideração o caso de Nina mencionado neste trabalho, podemos considerar que em seus ataques histéricos havia algo de traumático em si, principalmente pelos efeitos que ela apresentava nesses episódios, tal como as crises aparentemente epiléticas e os momentos em que se debatia, e as alucinações que manifestava juntamente com os processos dissociativos. Eles traziam consigo a tentativa de simbolização, de verbalização dessas lembranças. Havia a repetição de algo não simbolizado que retornava à consciência, principalmente o evento traumático relacionado à sua sexualidade (os abusos sexuais experimentados por ela), para o qual não houve possibilidade de reação.

Segundo Falret (1885, *apud* COLIN, 1890, p. 100), a loucura histórica traz consigo uma grande alternância e variabilidade de estados emocionais, tais como excitação e depressão: nela, passa-se de repente de um ataque de riso a uma crise de choro, o amor se transforma em ódio, o desejo em repulsão. Entusiasma-se intensamente com uma paixão por um objeto que se quer possuir com pressa, faz-se qualquer sacrifício para tê-lo e, quando exitoso, muda-se bruscamente para o outro extremo. Há uma extrema mobilidade das ideias e dos sentimentos.

A ambivalência nos sentimentos de Nina era algo muito marcante, pois suas oscilações de humor eram bruscas e repentinas. Experimentava estados muito ambíguos que a faziam alterar-se repentinamente. Algumas vezes chegava aparentemente calma e tranquila para rapidamente manifestar agressividade, impulsividade e vontade de morrer.

Legrand du Saulle (1830-1886, *apud* COLIN, 1890) menciona a impulsividade e essa oscilação entre estados afetivos na loucura histórica: há uma demarcação entre certo estado de desequilíbrio acentuado e um estado denominado de loucura, em que está presente uma degeneração mental com histeria, e ao qual está somado também a presença de alucinações e alterações do funcionamento mental.

Já para Colin (1890), há uma predisposição a delirar que consiste em acessos de mania, melancolia, alucinações e agitação maníaca. Segundo ele, trata-se de uma descarga de impulso, em que há uma tendência ao suicídio, mas é comum que não se consolide o ato suicida.

Habitualmente, encontramos os preparativos que precedem a realização desse ato juntamente com a constante necessidade presente na histeria de promover uma encenação

pública, que deve ser considerada na dupla vertente de *acting-out* ou passagem ao ato, como retomaremos adiante.

Em algumas das crises de Nina, quando era acometida por “alucinações”, ela narrava escutar vozes que diziam para se matar; contudo, era essa a vontade que ela própria tinha, nesses momentos. As vozes eram sobretudo seus pensamentos e sua vontade; seu corpo era tomado por agitação motora e algumas vezes não conseguia apaziguar essa angústia, não encontrava palavras que expulsassem esse impulso de si. Muitas vezes passava ao ato na tentativa de fazer parar a angústia que a acometia. Em uma delas, saiu do CAPS e se jogou no chão em frente à unidade, apresentando algo parecido com uma convulsão. Solicitava inúmeras vezes contenção física, uma vez que não tinha controle sobre seu corpo e sobre seus atos.

Ainda assim, persistia o enigma de até onde ia esse controle, pois a encenação estava presente e era endereçada a alguém, a um público. Que excesso era esse que se deslocava para o corpo?

Em Ballet (1853, *apud* BERNHEIM, 1913, p. 119), a histeria seria uma das formas de degeneração mental, uma espécie de infantilismo mental, caracterizada pelas sugestionabilidade excessiva, conduta instintiva, impulsividade, anomalia dos instintos – sobretudo dos sexuais, inclinação à mentira, instabilidade mental, extrema variação dos sentimentos, variabilidade dos estados afetivos – tal como a ambivalência *simpatia versus antipatia* –, cólera, angústia, tristeza, atos incoerentes e impulsivos.¹²

Alguns sintomas, já mencionados, integram as diversas variedades do ataque de histeria e as alterações de consciência. Podemos pensar, assim, na dissociação como um fenômeno em que não há uma ruptura, mas sim um “alargamento”, algo que fica dissociado da consciência e que tanto ocorre durante a crise como depois dela, produzido devido a um choque emocional que perturba a afetividade e a sensibilidade (BERNHEIM, 1913).

¹² BERNHEIM, H.. “De la locura histérica”. In: *La Histeria antes de Freud*. Madri, Espanha: Alienistas del Pisuerga, (1913) 2010.

Neste tipo de crise, fazem parte do ataque manifestações sensitivas, motoras, sensoriais e viscerais, cujo conjunto completo constitui a crise ou ataque. Essas manifestações são passageiras e se resolvem mediante a psicoterapia.

Bernheim (1913) diferencia esses transtornos psíquicos passageiros, inerentes de uma crise (denominada por ele de um simples ataque de nervos) daqueles da loucura histérica pela duração. Na loucura histérica, há uma enfermidade mental persistente que independe das crises. Existe uma loucura psiconervosa, uma psiconeurose cerebral em que estão presentes anestesia, afonia e paralisias psíquicas. Conforme ele, existem alguns tipos de transtornos mentais diagnosticados como histéricos e que após certo período de tempo se transformaram e seguiram na direção de uma demência precoce.

Kraepelin (1901), por sua vez, estabelece que a loucura histérica é predisposição de uma enfermidade peculiar e pode alcançar maior desenvolvimento por circunstâncias externas, embora estas não a originem. O padecimento se iniciaria na juventude, de maneira que não é possível esperar que o tratamento tenha tanto êxito a ponto de promover uma transformação da personalidade.¹³

Resumidamente, podemos pensar que a histeria, em seus primórdios, foi associada a questões cerebrais e relativas a órgãos. Para autores anteriores a Freud, ela ainda foi assemelhada à loucura histérica pela forma como ocorriam suas manifestações e por ser muito semelhante à psicose, como muitas vezes foi mencionado acima, pela manifestação de delírio e alucinações. No decorrer da história, o pensamento foi modificado e a doença passou a ser pensada a partir do psiquismo. Com relação a ela, porém, não deixa de haver manifestações orgânicas e ainda, muitas vezes, um caráter enigmático.

A seguir, introduzo o que é esse atravessamento que diferencia a loucura histérica da psicose e também quais traços a colocam numa definição de loucura diferente da de histeria.

¹³ KRAEPELIN, E. "Locura histérica". In: *La Histeria antes de Freud*. Madri, Espanha: Alienistas del Pisuerga, (1901) 2010.

2.1. A noção de loucura histérica

A estrutura discursiva da histeria e da loucura histérica é a mesma, tratando-se de uma queixa de insuficiência do pai, mas na loucura histérica há muitas crises e predominaria uma constante passagem ao ato e *actings-out* no lugar de uma sustentação discursiva, desde as quais se faz uma insistente demanda ao Outro que dê conta desse interno que transborda.

Maleval, em *Locuras histéricas y Psicosis Disociativas*, utiliza o termo delírio, e diferencia o delírio histérico de um delírio psicótico estabelecendo que o primeiro, delírio histérico, não está regido pelos mesmos mecanismos de um delírio psicótico.¹⁴

Segundo o autor, não se trata precisamente de uma forclusão do Nome-do-Pai, incidência essa que determinaria uma estrutura psicótica, porém, a função paterna se apresentar enfraquecida ainda que inscrita (aspecto que irei aprofundar ao longo do trabalho). Na loucura histérica, diferentemente da psicose, mesmo com muitas atuações, há uma queixa permanente da insuficiência do Outro. Isso se manifesta na transferência pela demanda excessiva de amor endereçada ao Outro.

Em suas sessões e ao longo do tratamento, Nina quase não mencionou o pai. Havia um enfraquecimento dessa figura, marcado por ela inclusive em seu discurso, quando me disse: “Eu não tenho o nome do meu pai no meu sobrenome”. Em momento algum contou algo sobre ele, e apenas raras vezes o citou. Tratava-se de uma figura existente, que representou a função paterna, porém de um pai enfraquecido. Essa característica, a figura de um pai enfraquecido, marca a histeria, ressaltando que figura é diferente de função. Nesse caso, por exemplo, temos a função paterna, não temos a forclusão do Nome-do-Pai, mas esta figura paterna é enfraquecida.

Na obra já mencionada, Maleval articula o caso de María, uma jovem que iniciou seu tratamento analítico após episódio de delírio e loucura pelo qual permaneceu internada em hospital psiquiátrico. A paciente menciona, em uma de suas sessões, que “Mi padre era una teoría”, e chama de depressão o que a levou à internação psiquiátrica, além de atribuir seus

¹⁴ MALEVAL, J. C. *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2005. 4a reimpressão.

transtornos a uma dificuldade de ser, de existir ocasionada por problemas sentimentais e solidão. Contudo, havia algo mais profundo.

María apresentava um traço peculiar, em que vivia episódios de regressão, no divã, voltava a ser “um bebê muito pequeno”. Esse aspecto assemelhava-se à forma como Nina se apresentava a mim algumas vezes, nas sessões. Numa delas em particular, simulou estar sendo balançada pela mãe, como se estivesse sendo ninada por ela.

No caso tratado por Maleval, e também naquilo que experimentei transferencialmente com Nina, havia uma extrema agressividade na transferência, marcada pelas alucinações, *actings-out*, impulsividade e outros episódios de agressividade dirigida a si e aos outros.

A forma como ela se fazia cair, a falta de limite e cuidado consigo e com os outros era o que chamava a minha atenção. O que ela demandava, de alguma forma, era limite, era cuidado, era o “não” como prova de amor, como aquilo que barra e dá notícias de uma borda entre si e o outro.

Diante dessa via transferencial, pela demanda de amor excessiva e pela forma como se dava esse fenômeno, inclinei-me a pensar que estava diante de uma histérica, excluída a esquizofrenia. Esse posicionamento será melhor desenvolvido ao longo da narrativa.

Nina mencionava escutar vozes. Apesar desse fenômeno, excluí a possibilidade de tratar-se de esquizofrenia, pois na transferência algo era endereçado à figura do analista, e utilizava-se muitas vezes das vozes, que vinham de dentro, como um imperativo, e não como algo externo a ela, como alucinações, para conseguir algo (por exemplo conseguir atenção). Tratava-se de uma demanda de amor, algumas vezes feita por meio de atuações, muitas vezes com certa intencionalidade.

Em uma das sessões, pediu minha autorização para ir a um passeio do CAPS, como se pedisse autorização para a mãe. Pediu-me: “Deixe-me ir, prometo que não darei trabalho e que não terei crises”.

Questionei-a, então, sobre suas crises, dizendo que gostaria de entendê-las. Perguntei se eram controladas por ela, pois em seu discurso prometeu que não as teria. Havia uma intencionalidade existente nesse ato, algo que ela demandava e endereçava a um outro, e algo

ganhava dessa maneira. Revelava-se para mim uma estrutura histérica, e não psicótica, principalmente por essa demanda de cuidado e limite como prova de amor.

Segundo Maleval,

a estrutura está articulada no discurso do sujeito, revela-se nos “efeitos que a combinatória pura e simples do significante determina, na realidade, onde ela se produz; constitui ‘a máquina original’ que põe em cena o sujeito no campo de nossa experiência”. (MALEVAL, 2005, p. 18. Trad. própria.)

No caso de María, relatado na obra do autor, o sintoma que ela apresenta inicialmente é a sua dificuldade de ser, forma essa da patologia histérica. Dizia que passava o tempo sobrevivendo.

Nina tinha questões com relação à sua existência e ao seu ser no mundo. A primeira vez em que a vi, presentificava uma figura de alguém que perambulava, que sobrevivia no mundo. De fato, para lidar com questões civilizatórias, constantemente nos é colocado em xeque como a castração operou ou não operou simbolicamente em cada um de nós, pois diante do limite e de algumas situações, até mesmo cotidianas, temos que nos haver com essa operação simbólica, e quando algo do que poderia ter feito função, no caso de Nina, tal como algo que a barrasse ao longo de sua história de vida e constituição psíquica, foi enfraquecido, isso a levou a um certo abismo, a um vazio com relação à sua existência, como alguém que vagava e se fazia cair constantemente.

Ainda para o autor, o que caracteriza a estrutura histérica é a insatisfação essencial do desejo. Apresentam-se características como os sonhos edípicos, a erotização das declarações, a culpabilidade sexual e a falização do próprio corpo como elementos bem conhecidos do discurso histérico.

Na neurose, por meio da fantasia que há a tentativa de elaboração de questões edípicas; já na psicose, o que difere é que isso se dá pelos delírios.

Elementos como a presença de alucinações poucas vezes têm lugar no histérico sem que apareçam justamente com outras perturbações, tal como a capacidade de desidentificação, projeções identificatórias, regressões a demandas infantis e um vivo apego a um objeto fálico.

Características essas que se verificaram no discurso e na transferência de Nina.

Para Maleval, o que causava a angústia “louca” de María era a desapareção de todo o limite. A referência à permissividade excessiva implicava muito menos a noção da transgressão angustiante de algo proibido, a sua busca desesperada por um fundamento que lhe estaria faltando. O que experimentava era diferente dos psicóticos, pois tratava-se de um orifício que não se preenche. Havia uma falta que retomava a queixa da insuficiência do Outro, fazendo superpor-se a castração como modo de falta, uma insistente atuação diante da frustração que insiste no registro imaginário dessa falta.

Como mencionei acima, Nina buscava incessantemente algo que constituísse uma borda, algo que fizesse contorno no buraco imenso do que lhe faltava. A permissividade em que vivia, pois seus atos não tinham consequência. Atuando pelos lugares em que passava impulsivamente, era indício de uma busca desesperada por um cuidado, pelo limite, pelo não e por algo que a barrasse.

Na transferência, no caso de Nina, tratava-se de uma demanda de amor, de um desejo de completude que a levava a buscar o que a preenchesse, que preenchesse a sua falta, diferente do tipo de transferência expresso na psicose. É o que Lacan denominou como aquilo que está no fundamento da angústia de castração.

Segundo Villechenoux (1968, *apud* MALEVAL, 2005, p. 23), o encontro com o objeto sexual seria a causa desencadeante específica da loucura histérica.

Afirma-se com frequência que na psicose o inconsciente estaria a céu aberto; no caso de María, porém, os fantasmas que alimentavam o delírio permaneciam inconscientes.

Para o autor, no discurso de grandes histéricos o que geralmente é deixado e está posto para ser decifrado são dificuldades importantes com relação às temáticas edípicas. Tratam-se, nas loucuras histéricas, de metaforizações cujos sentidos são integrados nas associações do sujeito. Dessa forma, a projeção delirante das loucuras histéricas deve diferenciar-se do mecanismo que suscita o delírio nas psicoses dissociativas.

Na loucura histérica, os significados determinantes dos temas do delírio não são inacessíveis para o paciente, e constituem significações fálicas e de temáticas sexuais. A projeção delirante da loucura histérica é uma defesa menos eficaz que o recalque, pois permite

que os desejos proibidos transpareçam com maior facilidade e que poucas vezes falte uma intensa culpabilidade. Há recalque ainda que no momento da crise o sujeito se vê tomado e atuando essas significações.

Nesses casos, o delírio, assim como outros sintomas histéricos, representa uma castração imaginária. O sujeito experimenta satisfações narcísicas extremas, às vezes interrompidas ou precedidas por um pesadelo.

Ademais dos temas edípicos, dos temas de castração, de culpabilidade e de satisfação narcísica, os elementos constitutivos do delírio histérico emanam das significações essenciais da história do sujeito.

Maleval expõe que o delírio histérico é uma perturbação da relação com a imagem especular. São também significantes recalcados que retornam na realidade. Já a dissociação psicótica trata de uma ruptura radical e insuperável entre o Eu e o Outro no psiquismo do sujeito. A projeção histérica se trata de um sentimento recalcado no interior e projetado para o exterior, no qual se reconhecem os elementos próprios do sonho, tal como o deslocamento (a metonímia) e a condensação (metáfora). No delírio dissociado, a metonímia está longe de faltar, já no delírio histérico, o conteúdo delirante revela-se ligado a significados latentes.

O delírio histérico está constituído pela projeção, na realidade, de elementos reprimidos e não foracluídos. Ou seja, conteúdos que estão no inconsciente, no psiquismo, recalcados e não foracluídos. Trata-se do retorno do conteúdo recalcado do psiquismo do sujeito e suscita a emergência de significação, conteúdos esses que estão afastado da consciência, de uma maneira particular, trata-se do acontecimento traumático que não está de fato recalcado, mas sim transformado.

A censura parece operar, nesse caso, por ampliação ou alargamento, pois o recalque também afasta da consciência o conteúdo traumático, ela tenta excluir, contudo, pela projeção delirante, esse conteúdo é levado ao primeiro plano, sendo assim, o retorno do recalcado.

O recalcado tem a tendência a focar numa imagem especular, e a ampliação delirante dos conteúdos traumáticos se conjuga, às vezes, com a autonomização de instâncias do Eu, expressa os desejos do sujeito.

Em muitos casos de grande histeria, revelam-se muitas personalidades, tal como no caso de Nina. Apareciam crises pseudoepilépticas, algumas vezes alucinações e delírios, outras episódios de agressividade e loucura oscilando com momentos de afetividade com um traço dócil. Contudo, essas características integravam a sua personalidade.

Desdobra-se algo da personalidade que muitas vezes é estranho ao sujeito, como um estranho em si. Nina dizia-me que ficava “fora de si” quando era acometida pelas vozes e angústia, e ao quebrar os objetos ao seu redor, agindo com agressividade consigo e com as pessoas. Ela dizia como se nesses momentos não estivesse mais ali, era outra. Penso que era algo insuportável em si e que precisava ser afastado. Algumas vezes, retomei com ela, após a crise, o que havia mencionado antes de romper. Muitas vezes, apresentava amnésia e dizia não se recordar do que estava falando ou do que havia cometido.

O conteúdo estava associado frequentemente à sua sexualidade, ao seu lugar na família e à questão do abuso.

Facilmente transformava-se em uma imagem de terror e era chamada assim de louca e também procurava a Igreja, como se precisasse tratar esse “demônio” em si.

Para resumir brevemente, é necessário conceber que, na relação ordinária com a imagem especular, o falo não poderia aparecer, posto que não há imagem de falta; situa-se em outra parte, investido profundamente “no nível do corpo próprio, no nível do narcisismo primário, no nível do que se chama autoerotismo, no nível de um gozo autista, alimento, em suma, que fica ali para o que eventualmente intervirá como instrumento na relação com o Outro”. A imagem especular leva consigo uma falta, põe o desejo em relação com a ausência do objeto *a*. (MALEVAL, 2005, p. 44. Trad. própria.)

Para Maleval, quando falta a falta ao sujeito, o falo se confunde com a imagem do duplo, e esse lugar representa a ausência do que somos. A imagem especular se converte na imagem do duplo, o que implica o estranhamento radical. O delírio histérico ilustra a capacidade do sujeito por uma imagem dupla projetada no lugar do Outro. A falta se encarna em uma imagem de onipotência.

A aparição do duplo, ou seja, a imagem do Eu e o Eu no Real evoca no sujeito algo como a cena primária; evita-se, assim, uma renúncia da castração simbólica e, ao mesmo tempo, o ingresso em uma problemática do limite, da morte e da submissão à lei.

A visão da imagem especular e a angústia que ela provoca evocam cara a cara os corpos acoplados e a emoção ligada ao afloramento de um fantasma da cena primária. Podemos pensar que na loucura histérica há um curto-circuito, em que o S1 retorna no Real, em que o sujeito fica colado muitas vezes em uma significação que não foi simbolizada. Esses elementos todos colocam claramente que a manifestação da loucura histérica se origina em uma perturbação da função especular (MALEVAL, 2005).

As antigas noções nosológicas para esses quadros clínicos foram denominadas, por alguns autores, de “mania histérica”, “histeroepilepsia” e “melancolia histérica”.

No caso de Nina, em conformidade com o que denominamos de loucura histérica, temos uma regressão tópica a esse funcionamento originário em que o sujeito precisa identificar-se com o falo para ser o objeto do desejo da mãe.

A falização do próprio corpo sempre está presente na histeria, e a identificação fálica do sujeito é o alicerce de seu narcisismo. O êxtase que alguns histéricos apresentam parece ser signo de uma regressão ainda mais arcaica, que permitiria ao sujeito experimentar uma espécie de estado fetal.

Nina experimentava ainda esse estado fetal, em que transferencialmente pedia, demandava ser “ninada”, demandava que a mãe ainda lhe desse formato, que a constituísse como um ser separado. Estava ainda acoplada à mãe, e, devido a essa relação de muita proximidade entre ambas, por estar presa em um imaginário alienante com esta – em sua saída do Édipo, se pensarmos no tempo do Ser –, estava alienada ao Outro, sem necessariamente avançar na operação simbólica de separação.

O sujeito fica preso àquilo que ele quer ser para o Outro; fica entre àquilo que se é e o que não se constituiu ainda. Sendo assim, há uma ausência daquilo que se é, pois ainda não diferenciou-se da mãe. O que o sujeito enxerga é um corpo acoplado à ela. Fica preso a essa completude e quer ser o “nome” daquilo que supõe ser o desejo do Outro.

Há uma confusão ao invés de uma separação do duplo, o que o torna por vezes um. O investimento fálico da imagem especular está na origem da aparição do duplo, no lugar do Outro.

No delírio psicótico, diferentemente do que Maleval denominou como delírio histérico, a consciência encontra-se radicalmente dissociada, de maneira frequentemente permanente e definitiva, como uma ruptura. No caso de Nina, entretanto, as dissociações são essencialmente superficiais e temporárias. Encontramos, nesses casos de histeria, a emergência da angústia devido ao insuficiente êxito do recalque e das significações latentes.

De fato, nos momentos em que Nina apresentava episódios similares a convulsões, quando aparentava perda da consciência, quando debatia-se no chão e virava os olhos, nenhum pensamento seria capaz de ser expressado pela consciência. Isso indica que o recalque e a conversão, como defesas frente à angústia de castração, constituem os fundamentos do diagnóstico da histeria.

2.2. Sobre a psicose e suas diferenças em relação à loucura histérica

O caráter clínico da psicose é marcado principalmente por estabelecer uma relação com a realidade e um tipo de organização a partir do delírio, ou seja, é por esse modo particular que o sujeito vivencia a realidade. No domínio psiquiátrico e na atualidade, as psicoses correspondem às *loucuras*, e apresentam uma relação com o inconsciente em que esse aparece excluído para o sujeito, mas aparece no Real. Como exemplo, temos as alucinações, fenômenos elementares presentes na estrutura psicótica que são o reaparecimento, no Real do que é recusado pelo sujeito – o que é recusado na ordem simbólica tem ressurgimento no Real.¹⁵

Para Freud, em *Neurose e Psicose* (1996), a psicose seria uma espécie de distúrbio nas relações entre o ego e o mundo externo, em que o motivo da dissociação do mundo externo seria alguma frustração muito séria e intolerável de um desejo por parte da realidade, e o

¹⁵ LACAN, J. *O Seminário: livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1955-1956) 1988. 2.ed. revista.

delírio assumiria a função de um remendo no lugar da fenda que apareceu na relação do ego com o mundo externo, uma tentativa de cura ou uma reconstrução.¹⁶

Em *A perda da realidade na neurose e na psicose*, Freud desenvolve essa mesma ideia de que o ego a serviço do id se afasta de um fragmento de realidade: há a predominância do id e, como consequência, ocorre uma perda da realidade. Diferente da neurose, que seria um afrouxamento da relação com a realidade devido a uma tentativa do neurótico de fugir ou de anulá-la, caracterizando o quadro neurótico como o resultado de um recalque fracassado. Na psicose, após esse rompimento haveria uma criação de uma nova realidade.

Freud aponta que tanto na neurose quanto na psicose haveria um tipo de rebeldia por parte do id contra o mundo externo, uma incapacidade de adaptar-se às exigências da realidade, mas difeririam no fato de que enquanto a neurose ignora a realidade, a psicose a repudia e tenta substituí-la, criando um mundo imaginário e de fantasia em seu lugar como forma de se defender.

Na psicose, há uma problemática na questão da relação de objeto, em que se estabelece uma relação dual fundada no desconhecimento da autonomia da ordem simbólica, que tem como consequência automática uma confusão do plano imaginário e do plano real. A relação com o simbólico não é eliminada, pois continua-se falando, contudo, desse desconhecimento resulta que aquilo que demanda fazer-se reconhecer no sujeito no próprio plano da troca simbólica é substituído por um reconhecimento do imaginário, da fantasia. São essas disposições do sujeito, problemáticas na relação de objeto e com certo prejuízo do registro simbólico que Lacan menciona, em seu seminário, como psicoses: “não se torna louco quem quer”, ou seja, para ser louco é necessário alguma predisposição, se não alguma condição.

Conforme o autor, o psicótico está na linguagem, todavia há uma problemática, no discurso, que se deve à relação do significado com a significação e, como consequência, há uma discordância na linguagem na qual estão presentes neologismos e delírios; a relação de seu discurso com o ordenamento comum de um discurso é diferente da estrutura de linguagem que se dá na neurose.

¹⁶ FREUD, S. *O Ego e o Id e outros Trabalhos (1923-1925)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.19. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

Na psicose, a comunicação se dá de maneira que a fala não necessariamente é para um Outro reconhecido como tal, visto a incógnita presente com relação à alteridade do Outro. Para o psicótico não se fala do Outro e para um Outro, ele próprio seria o Outro. O que fala nesses sujeitos é o inconsciente, e é possível que uma parte da simbolização não se faça, que alguma coisa de primordial, relativa ao ser do sujeito, não entre na simbolização e, ao invés do recalque, o que opera é algum tipo de rejeição. O que não é simbolizado, por sua vez, manifesta-se no real.

O fenômeno psicótico seria, então, a urgência na realidade de uma significação. Como mencionei no parágrafo anterior, devido esse efeito de não encontrar simbolizações possíveis para algo primordial do ser do sujeito, o que não é simbolizado reaparece no real sob o registro de uma significação que não vem de parte alguma e que não remete a nada, aspecto esse que irei desenvolver mais detalhadamente a seguir.

Para Lacan, a psicose não tem uma história regressa, ou seja, não há uma pré-história. O que acontece é que quando, em algum momento da vida do sujeito, aparece algo do mundo exterior que não foi primitivamente simbolizado, ele se encontra desarmado, incapaz de fazer dar certo a defesa com relação ao acontecimento, e o que se produz de efeito é algo excluído do compromisso simbolizante da neurose, por exemplo. Desse modo, traduz-se em outro registro por uma verdadeira reação em cadeia no nível do imaginário.

O sujeito, por não poder fazer uma mediação simbólica, substitui o evento por uma “proliferação” imaginária; basicamente, a relação dele com o mundo é uma relação em espelho, isto é, o mundo se compõe da relação com esse ser que é para ele o Outro, mas que, no caso, é ele mesmo. Isso nos mostra que essa constituição se deu em virtude de uma estrutura genérica que marcamos na origem, no estágio do espelho, enquanto o delírio nos mostra o jogo das fantasias em um caráter de duplicidade, oferecendo sua imagem invertida.

Quando pensamos na estrutura do sujeito, tanto a neurótica quanto a psicótica, fazemos relação com uma estruturação de defesa frente à castração: defender-se imaginariamente de não se perder e não ser devorado como objeto do gozo do Outro. Nesse sentido, o sujeito passa pelo processo de subjetivação, ou seja, de existir como sujeito – obter um estatuto simbólico, alguma significação em que se diferencie do Real do seu corpo,

tornando-se algo Outro que não só um pedaço de carne. É por essas razões que ele se defende.¹⁷

A operação de defesa promove que o “pedaço de carne” possa resultar em uma significação subjetiva, a partir de um tipo de metáfora. Essa metáfora opera como algo que interdita a demanda imaginária que nos deixaria na condição de objeto. É necessário construir um saber sobre essa demanda, que é quando nos questionamos sobre o desejo do Outro; é assim, referidos ao saber sobre a demanda, que obtemos uma significação que nos mantém defendidos. Esta operação de defesa é a mesma para qualquer sujeito que se estruture; o que a diferencia nos sujeitos é o saber com o qual ele se defende, ao qual se refere, e que não é o mesmo na neurose e na psicose.

Na neurose, há a aposta de que ao menos um saiba lidar com a demanda do Outro, então o saber terá um sujeito suposto e a dinâmica se estabelecerá acerca da problemática “dívida” do sujeito com ao menos esse um que sabe, constituindo uma significação. Esse saber está referenciado ao pai: o sujeito neurótico supõe que o pai é quem sabe lidar com o desejo materno.

Já na psicose, a escolha é outra e não passa pela referência a um saber de sujeito suposto, e sim a um saber de defesa, mas não de suposição no Outro. O sujeito neurótico, que apostou numa função paterna, está referido a um saber e habita um mundo orientado e organizado ao redor de um ponto central ao qual se devem todas as significações. Na psicose, porém, não há essa amarração de um ponto central, quando todos estão ligados a um centro; não há organização centralizada do seu saber e do seu mundo. O psicótico estaria circulando como figura não orientada, não há um ponto de “capiton” que amarra o seu mundo e ele não se refere a uma função central. Isso tem como consequência a errância do psicótico, pois não há um rumo em que a significação é orientada em direção a algo. É como se contassem com intervenções externas para organizarem essa circulação.

Esse tipo de amarração referenciada a uma função central é o que possibilita uma significação; na psicose há uma significação, contudo, não a mesma que na neurose, na qual haveria a significação fálica. O que pensamos, na condução de um tratamento de um

¹⁷ CALLIGARIS, C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. São Paulo, SP: Zagodoni, (1948) 2013. 2.ed.

psicótico, é construir um tipo de amarragem que possa fazer a função de metáfora, que possa dar uma significação, ainda que não centralizada como aquela da neurose.

Na neurose, visto que não houve essa suposição de um sujeito – no caso, o lugar do pai – como aquele detentor do saber sobre o desejo materno, a missão de sustentar e produzir a rede de tecido deste saber ficou restrita ao próprio sujeito. Na psicose, também não houve a suposição, mas porque não tem a quem ser suposto, já que não parte de uma transmissão e se sustenta nos seus próprios caminhos e percursos, ocasionando errâncias.

A metáfora paterna é a que opera na neurose, enquanto na psicose é a metáfora psicótica, ou seja, um arranjo artificial construído. A constituição de um delírio após uma crise psicótica é uma metáfora delirante, uma metáfora fracassada.

A questão preliminar que está posta na psicose é a forclusão do Nome-do-Pai, em que não foi possível contar com essa operação simbólica realizada pela função paterna. Não existindo a possibilidade de referir-se a essa amarragem central, paterna, que não foi simbolizada por ele, temos como consequência um desencadeamento da crise e, assim, a problemática da referência impossível a este nome não simbolizado. O que está foracluído é a função paterna, e não os significantes referentes a essa função; isso quer dizer que os significantes relativos à dinâmica edípica estão presentes, porém organizados de maneira diferente que na neurose: há um retorno, no Real, do que está foracluído.

Haja visto que devido a metáfora paterna não ter sido simbolizada por ele, o que acontece é um lugar organizador que não volta no simbólico, pois no simbólico não há essa função. Assim, retorna no Real com o intuito de construir uma metáfora similar à metáfora neurótica de filiação. A função paterna encontra-se no Real e a metáfora é delirante.

No caso de Nina, podemos pensar que existiam episódios com uma fenomenologia psicótica em um quadro que acredito ser neurótico, pela forma como se deu a transferência.

De acordo com Calligaris, o que acontece nesses quadros de uma estrutura solidamente neurótica é que alguns significantes do registro paterno, amarrados na metáfora, tenham produzido um efeito traumático pelo fato de terem produzido um efeito diferente daquele esperado de um significante paterno numa neurose, por exemplo, ter produzido um efeito traumático corporal no lugar de um efeito de significação e filiação. Nessa situação, quando o sujeito neurótico, numa referência qualquer à função paterna, evoca esse

significante específico, que foi traumático (por ter batido de maneira traumática no sujeito), e acontece desse significante retornar no Real, pode-se dizer que o significante paterno não produziu como efeito uma significação, não foi simbolizado.

Consequentemente, não falaríamos, nesses quadros, de forclusão, mas sim de uma forma de não simbolização, de rechaço que produz como efeito uma volta do significante no Real. Por isso, não podem ser consideradas crises psicóticas: tratam-se de episódios de aparência psicótica, com mecanismos muito similares aos da psicose, em um quadro de neurose – tal como a “loucura histérica”.

Ainda para Calligaris, só é possível falar em psicose nesses casos de loucura histérica, se confiarmos na definição fenomenológica dela. Isto posto, podemos ver que no caso de Nina se constituiu algo diferente da significação e filiação que se dá na neurose, como a significação fálica. É como se o que foi produzido como efeito foi algo de uma significação traumática quando referenciado a partir do registro da significação paterna – os efeitos que viriam dessa metáfora foram traumáticos – e, como consequência, ele aparece no corpo, o efeito é no corpo; ao não encontrar simbolização possível, retorna no Real.

Esses pequenos detalhes são o que diferenciam um quadro clínico estrutural de psicose de um de loucura histérica. Na loucura histérica, falo de alguns significantes do registro paterno que obtiveram como efeito algo traumático, no corpo, no Real – nem todos foram passíveis de simbolização, diferente de uma forclusão do Nome-do-Pai, ou seja, diferente de uma operação simbólica que não se deu, que é o caso da psicose. Na loucura histérica, parto da ideia de que não houve a forclusão, mas que, em decorrência de um enfraquecimento da função paterna por uma inconsistência, quase como um lugar vazio, os efeitos foram esses traumáticos e não simbolizados.

Não se trata de forclusão, como na psicose, mas sim, de uma forma de não simbolização, de rechaço. Na loucura histérica, um significante mestre da filiação fica como traumático, como tendo produzido um efeito Real de morte onde era esperado uma significação, e, por se tratarem de sujeitos neuróticos, um mínimo de elaboração ocorre para que o significante traumático seja simbolizado e, desta maneira, voltar a produzir significação. Fazendo referência ao caso de Nina, o significante traumático que aparecia era “louca”, ao qual não fora atribuído qualquer significação e que era despertado muitas vezes. Como

consequência dessa não simbolização é que algumas vezes a paciente escutava vozes que apareciam no Real, como algo que dizia: “Se mate, se mate!”.

Nesses momentos de crise, o significante não simbolizado “a louca”, sem produzir significação, intempestivamente caminhava pra morte, para o suicídio, seguindo as vozes que apareciam no Real. Procurava algo para ser e encontrava “a louca”; logo, também procurava referências de saúde mental, tratamento psiquiátrico e internações. O significante “louca” acaba por obter um estatuto fálico, principalmente nos locais onde a loucura é o foco.

Esses episódios de Nina e o manejo nesses casos se resolvem na medida em que a análise produz um mínimo de significação relativa aos significantes traumáticos. A diferença entre eles e casos de psicose é que o rechaço desses significantes que apareceram como traumáticos, como mencionei anteriormente, não alteram a simbolização da função paterna e tão pouco a operação simbólica produzida pelo Nome-do-Pai. Desse ponto de vista, não podem ser considerados como crises psicóticas: são episódios de aparência psicótica e produzidos por um mecanismo muito semelhante aos destas, no entanto não o mesmo.

Podemos pensar que em alguns momentos, é possível, em uma estrutura neurótica, haverem manifestações de fenômenos análogos com os fenômenos elementares presentes na psicose. Em seu seminário *As psicoses*, Lacan menciona o ciúme e até mesmo o *acting-out* como fenômenos em que a simbolização escapa para o sujeito e algo se manifesta como real e no Real. No ciúme muitas vezes comparece algo similar a um delírio e que, pela certeza que se manifesta, é algo do mecanismo da projeção.

Tendo abordado, neste capítulo, a estrutura psicótica e suas manifestações; as diferenças sutis e os fenômenos similares entre a neurose, a psicose e a loucura histérica, desenvolverei no próximo uma temática acerca da constituição do sujeito (estádio do espelho e os três tempos do Édipo), além da metáfora paterna e a forclusão do Nome-do-Pai.

CAPÍTULO 3 – Constituição do sujeito: estágio do Espelho e tempos do Édipo

Início neste capítulo a temática sobre a metáfora paterna e a forclusão do Nome-do-Pai, pois acredito que esses dois conceitos são primordiais para pensarmos o Édipo (tempos do Édipo) e, conseqüentemente, o processo de constituição do sujeito, tanto para uma estruturação psicótica quanto para uma estrutura neurótica. Para isso, localizo como fundamental entender e distinguir o pai como figura e a função paterna, pontos determinantes no que diz respeito à estrutura histórica e sua diferença em relação a uma estrutura psicótica.

No já referido seminário sobre psicoses, Lacan utiliza a ideia do antropólogo Bateson sobre a gênese do distúrbio psicótico, cuja origem se estabelece no plano da relação entre mãe e filho. A noção de comunicação pensada entre esse par mãe-filho estaria centrada não somente no relacionamento como também numa significação e em algo de discordante nessa mensagem, quando a criança decifra o comportamento daquela em relação ao que o Outro quer dizer. Trata-se de algo que concerne ao Outro, e é aceito pelo sujeito que se ele responder a respeito de uma coisa, será, por isso mesmo, acuado de outra. Essas duas mensagens simultâneas na mesma emissão de significação cria no sujeito esquizofrênico impasse e desconcerto: se respondo à declaração de amor que a minha mãe faz, provoço seu afastamento; se não lhe respondo, a perco.

A questão que se coloca, com relação às psicoses, é sabermos o que acontece com o processo de comunicação quando ele não chega a ser constitutivo para o sujeito. Tudo se centra nessa dupla mensagem como dupla significação, em que as significações criam esse impasse que terá como consequência o profundo desconcerto em que se vê um esquizofrênico, por exemplo. Segundo Lacan, o que falta nesse processo é o significante que fundaria a própria significação e alguma coisa que se colocasse como conferindo autoridade à lei – considerando lei como algo que se articula no nível do significante, como o texto da lei, ao que ele chamou de Nome-do-Pai, ou seja, o pai simbólico.

No mito do Édipo, como proposto por Freud, a lei está fundada no pai (o pai morto) como aquele que a promulga e, após seu assassinato, o símbolo do pai como representante dessa lei. A este símbolo Lacan nomeou Nome-do-Pai.¹⁸

Esse significante especial funda o fato de existir a lei, isto é, a articulação, numa certa ordem, do significante complexo de Édipo, ou a lei da proibição da mãe. A falta desse significante essencial é o que acontece na psicose, quando o sujeito tem de suprir a falta do significante Nome-do-Pai. Diante da ausência desse significante, a ida e a volta da mensagem para o código e do código para a mensagem ficarão destruídas e impossíveis. O fenômeno de vozes entra como substituição dessa falta, dessa deficiência: o resultado diante da exclusão das ligações entre a mensagem e o Outro se apresenta sob a forma de vozes e de alucinações. A mensagem aparece pura e rompida do significante, e o esforço do sujeito por completar tais significações muitas vezes aparece pela presença das vozes como complementos dessas frases.

Há uma diferença entre o pai real e o Nome-do-Pai. A função paterna tem um lugar de grande importância na história da análise, principalmente no que diz respeito ao Édipo proposto por Freud, ao conteúdo inconsciente e à amnésia infantil pela existência de desejos da criança dirigidos à mãe e sempre presentes ainda que recalcados.

A função do complexo de Édipo é de normalização. A partir desse pressuposto, surge a ideia da neurose sem Édipo – como no caso da psicose, quando pensamos na hipótese de um supereu materno opressivo e possivelmente mais exigente e devastador que um supereu paterno, por exemplo. Diante do desenvolvimento do sujeito, consideramos também a fase pré-ediariana, que tem toda a sua importância no que diz respeito à formação de uma estrutura psicótica, e na qual tanto a perversão quanto a psicose se apresentam como manifestações patológicas nas quais o campo da realidade é perturbado por imagens, ou melhor, pela função imaginária, por uma invasão do imaginário.

O complexo de Édipo está totalmente relacionado com a função do pai e tem uma função normativa que incide nas relações do sujeito com a realidade, principalmente na assunção de seu sexo, e está ligado à função do Ideal do Eu. Contudo, é preciso marcar a

¹⁸ LACAN, Jacques. *O Seminário: livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1957-1958) 1999.

premissa de que um Édipo pode se constituir muito bem mesmo quando o pai não está presente, pois aqui se trata não da figura de um pai, mas da função paterna e da incidência e interdição sobre o desejo materno diante do bebê, algo que faça a função de interdição, que interdite a mãe e se ligue à lei primordial da proibição do incesto, encarregando-se de representar essa proibição pelos seus efeitos no inconsciente. Esse é o fundamento e o princípio do Complexo de Édipo.

Primeiramente, pensemos em como o Édipo opera no menino: a relação entre o pai e o menino é dominada pelo medo da castração, e o que é esse medo da castração? Há uma represália no interior de uma relação em que a agressividade parte do filho e se dirige ao pai, diante do fato de seu objeto privilegiado, a mãe, lhe ser proibida. Essa agressão retorna para o filho em função da relação dual e de uma projeção imaginária, no pai, de intenções agressivas que se originam no próprio sujeito (no caso, o filho que tem tendências agressivas).

O medo experimentado diante do pai está ligado à articulação simbólica da proibição do incesto e da castração. Sendo assim, a forma como a neurose encarna a ameaça de castração está relacionada à agressão imaginária, é uma retaliação. E o que proporciona o término do complexo de Édipo é o componente do amor pelo pai, numa dialética ambígua do amor e da identificação – sem que essa necessariamente signifique amá-lo, e vice-versa. A saída do Édipo acontece na medida em que o pai é amado e o sujeito se identifica com ele, encontrando uma solução final numa composição de recalque e com a aquisição, nele mesmo, do termo ideal no qual ele se transforma no pai, no sentido de poder se tornar alguém, quando terá seu pênis pronto.

É pelo mesmo caminho, o do amor, que pode se produzir o Édipo invertido. Na posição de inversão, ao invés de uma identificação benéfica, o sujeito se descobre afetado por uma posição apassivada no inconsciente, e que no momento certo reaparecerá. Em que consiste essa posição?

Em segundo aspecto temos que esse pai temível, que lhe proibiu várias coisas, por outro lado também se mostrou muito gentil, criando condições para se fazer amar por ele. Como em um momento primeiramente passou-se pela categoria de mulher, cada sujeito carrega essa forma de homossexualidade inconsciente, que pode ressurgir a qualquer momento em relação ao pai. Há algo conflitante no retorno dessa posição, mas também o há

na sua suspensão ou recalque frente à ameaça de castração que ela comporta. O pai proíbe a satisfação real da pulsão genital.

A ameaça de castração trata-se da intervenção real do pai no que concerne a uma ameaça imaginária, pois o pênis não será de fato cortado. Dessa forma, a castração é uma operação simbólica (por exemplo, quando dizem que irão mandar cortá-lo) em que o agente é alguém real, tal como o pai ou a mãe, e cujo o objeto é imaginário.

Retomando, o pai proíbe a mãe, essa que é objeto dele e não do filho ou filha, gerando tanto no menino quanto na menina uma rivalidade e uma agressão direcionada ao pai, por frustrar a criança da posse da mãe. A frustração se dá frente a um pai que tem um direito diante da mãe, do desejo dela; deste modo, há o pai como simbólico que intervém numa frustração, ato imaginário referente a um objeto real, que é a mãe (na medida em que a criança necessita muito dela).

O terceiro nível é a privação. Trata-se do pai como um objeto preferível à mãe, estabelecendo a identificação final e a função terminal do complexo de Édipo, que leva à formação do ideal do eu. A diferença do Édipo, para a menina, é que na solução não há dificuldade para o pai em se fazer preferir à mãe, como portador do falo, enquanto no menino há a problemática em se fazer preferir à mãe, resolvida quando a virilidade é assumida pela identificação com o pai. Tendo o pai como Ideal do Eu é que se produz, na menina, o reconhecimento de que ela não tem o falo. Sendo assim, a saída normatizadora do Édipo, que é a criança reconhecer não tê-lo, é mais fácil no caso da menina, já que ela não o tem mesmo, e mais problemática para o menino, pois ele o tem, condição essa que leva literalmente à privação.

Nos interessa saber o que é o pai no Complexo de Édipo. Como já abordado, o pai não é um objeto real, e sim uma função que interdita, que faz corte na relação dual, mostrando que há um outro para onde se dirige o desejo materno, que não há só o bebê para a mãe. O pai não é um objeto real, mesmo que tenha de intervir como objeto real para dar corpo à castração; é um pai simbólico, ou o que Lacan denominou como sendo o pai uma metáfora.

Na noção de metáfora, há um significante no lugar de outro significante, mesma função da metáfora paterna. Ou seja, a função paterna, no Complexo de Édipo, é ser um

significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno.

Já habitado pelo simbólico, o serzinho consegue simbolizar que a mãe vai e vem (diante de sua presença e sua ausência) e justamente por isso estabelece o enigma com relação ao significado dela estar presente e ausente: “o que quer essa mulher que não é só a mim, pois tem algo que a faz se ausentar e que não sou eu?” O significado da presença e da ausência é o falo. Uma vez compreendido que o que a faz ir e vir é o falo, a criança se faz de falo. Contudo, há uma problemática quando essa suposição é pela via imaginária, pois acarreta as fixações. A saída “normal” é pela via simbólica, ou seja, metafórica, em que o posicionamento como objeto do desejo da mãe não cai mais na ideia de ser o pai, mas sim o falo. Sendo assim, há a intervenção do pai como a substituição de um significante por outro significante, e a metáfora se situa no inconsciente.

A metáfora situada no inconsciente e, mais ainda, como ponto central do que articula o complexo de Édipo, motor para o complexo de castração e para a metáfora paterna constituída por uma simbolização primordial entre a mãe e a criança e a nomeação substitutiva do pai como símbolo ou significante no lugar da mãe, é o que propicia um triângulo simbólico instituído no real, na cadeia significante; o Nome-do-Pai. A partir do momento em que há uma cadeia significante, há a articulação de uma fala.

Desenvolvo adiante os tempos do Édipo, pois ele nos dá notícia de como se ocorre a constituição do sujeito a partir da metáfora paterna.

No início da vida de um sujeito, a relação da criança com a mãe passa por uma dependência: a criança demonstra depender do desejo materno, ou seja, da primeira simbolização da mãe como tal e de nada mais, pois no desejo da criança a mãe é essencial e o que interessa à criança diante desse ser fundamental que é a mãe é: o que deseja esse sujeito? Por consequência, a subjetivação consiste em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode ou não estar presente, e o desejo da criança passa a ser aquilo que a mãe pode desejar de diferente, já que nota que há nela outra coisa mais que só satisfazer o desejo do bebê. Há uma relação de miragem antecipatória, pela qual o ser antecipa a satisfação de seus desejos, e a pergunta: o que o sujeito deseja de Outro?

A simbolização primordial constituída só se instaura na proporção em que exista esse vai e vem da mãe, esse algo a mais que é preciso existe pois exatamente por trás dele que está a existência de toda a ordem simbólica e a pergunta sobre qual seria o objeto de seu desejo. Este objeto é o falo, e é em torno dele que gira a dialética da relação de objeto. A primeira simbolização está relacionada ao *Fort-Da*, ou seja, a presença e ausência da mãe, diante da qual o desejo passa ao estado de demanda. É porquanto existem essas primeiras simbolizações na presença do par significante do *Fort-Da* que pode nascer a criança como sujeito e como aquele que provém a demanda onde se forma o desejo.

No primeiro tempo do Édipo, a questão que se coloca é *ser ou não ser* o falo, no plano imaginário, o que se dá da seguinte maneira: buscando como desejo satisfazer o desejo da mãe, ou seja, *ser ou não ser o falo*, o objeto de desejo da mãe, a criança procura se tornar o que supõe ser objeto satisfatório para a mãe e aquilo que começa a se mexer no seu ventre. Começa a se mostrar para a mãe com a ideia de saber se é mesmo capaz de algo; o sujeito se identifica imaginariamente e especularmente com a ideia de que é necessário e suficiente ser o falo para agradar a mãe.

Já no segundo tempo do Édipo, no plano imaginário, o pai intervém como privador da mãe. Advém a lei do pai e o primeiro aparecimento da lei de que a mãe é dependente de um objeto que o Outro tem ou não tem; que é possuído por esse mesmo Outro à cuja lei ela se submete.

No segundo tempo, o tempo de *ter ou não ter o falo*, é preciso que seja instaurado que não se pode tê-lo, de modo que a possibilidade de ser castrado é essencial na assunção da possibilidade de ter o falo. É nesse tempo que ocorre a intervenção do pai como portador de uma proibição que intervém nas primeiras manifestações do instinto sexual. O bebê começa a destacar e exhibir seu instrumento, oferecendo-o à mãe, e esta responde mostrando ao filho o quanto é insuficiente o que ele lhe oferece, momento em que coloca em prática a proibição do uso do novo instrumento. Nesse ponto, a função do pai – o Nome-do-Pai – está relacionada à proibição do incesto, é um obstáculo entre o filho e a mãe, e é, assim, o portador da lei.

O terceiro tempo depende da saída do Édipo, em que o pai atesta que o falo pode ser dado ou não, sendo a posse ou não desse falo pelo sujeito materno determinada por esse portador da lei que é o pai. O pai pode dar à mãe o que ela deseja, o falo, e o sujeito pode ou não tê-lo. No caso, o pai é aquele que tem o falo, o que faz com que ocupe um lugar de

potência. Nesta fase, passa-se a ter-se a identificação com a instância paterna como Ideal do Eu, incidindo o declínio do Complexo de Édipo pela identificação do menino com o pai como possuidor do pênis e da menina pelo reconhecimento do homem como aquele que o possui.

Retomo a questão do Édipo para pensarmos sobre ela na psicose. À medida em que o objeto do desejo da mãe é tocado pela proibição paterna, o círculo não se fecha totalmente em torno da criança e desse modo ela não se torna puramente o objeto de desejo da mãe (lembrando que não é a mãe que ela deseja, mas sim o seu desejo). Essa situação só é possível diante do *Fort-Da*, da presença e ausência da mãe, com o nascimento da primeira simbolização diante da ausência e a pergunta sobre o desejo dela, ocorrendo o fechamento de um primeiro circuito do desejo do desejo, resultado de descoberta do desejo da mãe. Na psicose, o Nome-do-Pai como função simbólica, intervindo como lei, não opera como simbólico no símbolo, mas sim se apresenta como uma intervenção bruta da mensagem *não*, uma intervenção maciça, real.

No caso de Nina, a hipótese que tenho é que eu estava diante de uma criança que ainda se esboçava como *assujeito*, como se ainda estivesse assujeitada ao capricho daquele de quem dependia, como se ficasse de objeto diante do Outro, como se encarnasse o falo para a mãe. Estava presa na posição de assujeito, no momento do Édipo que trata de uma etapa de assunção do simbólico; a angústia que apresentava era uma angústia de assujeitamento.

Na loucura histórica, segundo Maleval (2005), há uma perturbação da relação com a imagem especular. Por isso, retomo aqui o estádio do espelho proposto por Lacan, para maior compreensão do que é essa imagem, de como ela se forma e de como isso contribui no processo de constituição do eu.

De acordo com Lacan, o que diferencia um filhote de homem de um animal, especificamente de um chimpanzé, é a capacidade de reconhecer sua imagem no espelho. Esse reconhecimento é marcado por uma mímica que ilustra a capacidade de apercepção situacional e de tempo essencial do ato, ou seja, uma apreensão do próprio corpo.¹⁹

¹⁹ LACAN, J. “Estádio do espelho como formador da função do Eu”. In: *Escritos*. Trad. RIBEIRO, V. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1949) 1998.

Esse ato e o controle, uma vez adquirido, têm como repercussão, na criança, de uma série de gestos pelos quais ela experimenta ludicamente a relação dos movimentos assumidos pela imagem com seu meio refletido. Esse complexo virtual, com a realidade que ele reduplica trata-se do seu próprio corpo, das pessoas e dos objetos próximos.

O estágio do espelho é compreendido como uma identificação, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem. Essa apreensão, de alguma forma, é antecipatória, pois o bebê, ainda mergulhado numa impotência motora e na dependência da amamentação nesse estágio *infans*, manifesta uma matriz simbólica em que o eu se precipita numa forma primordial antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro, e antes mesmo que a linguagem lhe restitua em sua função de sujeito.

Essa forma situa a instância do eu desde antes de sua determinação social, numa linha de ficção, pois essa apreensão de si é uma antecipação em miragem, ou seja, a forma total do corpo e maturação de sua potência é antecipada numa miragem, e por isso constituinte do Eu.

O estilo motor ainda irreconhecível simboliza a permanência mental do eu, e o estágio do espelho tem como função e como efeito no homem, diante da insuficiência orgânica de sua realidade, estabelecer uma relação do organismo com esta.

O estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica e para a armadura, enfim, assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. (LACAN, 1949, p. 100)

No momento que se conclui o estágio do espelho, inaugura-se, pela identificação com a imago do semelhante, a relação que desde então liga o eu a situações socialmente elaboradas.

Na loucura histérica, há distorção do próprio Eu, pois se confunde o Eu com a imagem do Eu. A imagem especular se converte na imagem do duplo, pois na loucura histérica o sujeito está ainda aprisionado imaginariamente à mãe – preso ainda a uma imagem distorcida de si, incidência que tem a ver com o assujeitamento em que se encontra, no qual encarna o

falo para a mãe. A angústia de assujeitamento vivenciada tem relação a um Eu que ainda está aprisionado aos nomes pelos quais é chamada, tal como “louca”. É como se ela não se separasse desse discurso, como se não soubesse o que é, pois o que é ainda está extremamente articulado à mãe. Sem ela, o que eu sou?

A partir dos tempos do Édipo, mais especificamente seu terceiro tempo, é que podemos pensar a diferença entre Eu Ideal, como potência imaginária, e Ideal do Eu, como ideal simbólico, que se situa a partir do complexo de Édipo e do superego – a condição da falta a ser. Basicamente, o Eu Ideal corresponde àquilo que completa imaginariamente a expectativa do Outro, estabelecendo um ideal de corresponder imaginariamente ao que supõe que esse Outro quer que ele seja. Já no Ideal do Eu, instância secundária em que há uma construção simbólica diante do enigma “o que ele quer de mim”, estabelece-se um caminho diante do próprio desejo. É na saída do Édipo, a partir da identificação, no caso com o pai como detentor do falo como potência, que o sujeito se identifica com ele como Ideal do Eu.

Durante o percurso do tratamento de Nina, o interessante foi notar que a mesma passou a dar forma feminina ao seu corpo, que antes parecia um ser em um corpo sem necessariamente uma distinção entre gêneros. Se pensarmos nos tempos do Édipo, em que a via a saída se dá somente a partir de uma identificação, esse aspecto de Nina remete à ideia de que ela poderia estar aprisionada a uma configuração infantil, de criança ainda, e que, ao final de nosso tratamento, quando se vestia como uma mulher e respondia de certa forma como uma adulta, é possível que tenhamos caminhado para uma identificação e talvez ao Ideal do Eu com relação à figura da analista, esta como possível função “paterna” de portadora de uma lei e de uma posição de potência, possibilitando identificação para condução em direção a uma saída do Édipo viável.

CAPÍTULO 4 – Sobre a angústia

Desenvolvo, neste capítulo, o tema da angústia, pois creio ser de extrema relevância articulá-la com a questão do tratamento e, principalmente, com como ela aparece no caso e como afetava Nina, considerando especificamente suas respostas frente à esse afeto, que se constituem na maioria das vezes em passagens ao ato e *actings-out*.

O manejo da angústia na direção de um tratamento e nesse caso era um risco real, e defronte do Real, tomado como aquilo que não deixa de não se inscrever, o cálculo da analista era delicado, pensando em como a paciente se deixava cair, como objeto, e como se jogava de fato. Isso poderia levar a uma passagem ao ato bem sucedida, como o suicídio, saída na qual algumas vezes quase teve êxito. Mas será que de fato era isso que queria? Ou apenas não encontrava palavras que pudessem portar seu sofrimento psíquico? Nesta hipótese, essas palavras existiriam? Existiria representação possível?

O inomeável da angústia. Como escutamos a angústia em um tratamento analítico? O que é possível diante desse inomeável? E mesmo anterior a essas indagações: do que se trata, quando falamos em angústia? Angústia de quem? Do paciente? Do analista?

Para Lacan, a estrutura da angústia não está longe da fantasia, na verdade trata-se do mesmo.²⁰

Sentir o que o sujeito pode suportar de angústia é uma tarefa que coloca ao analista à prova a todo instante, e a comunicação dela pode orientar ao longo do tratamento, no sentido de dosá-la. Contudo, será que a angústia do analista é a mesma do paciente?

Lembro-me que, ao longo da condução do tratamento de Nina, uma vez sonhei que a paciente olhava para mim e se jogava da janela. Tentei segurá-la, no sonho, e acordei angustiada. Considerando esse sonho, podemos pensar que ao longo do tratamento também tentei segurá-la para “não cair”. A angústia em questão não era só de Nina, era minha também, enquanto analista no caso.

²⁰ LACAN, J. *O Seminário: livro 10: a angústia*. Trad. RIBEIRO, V. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1962) 2005.

Lacan relaciona a angústia com o desejo do Outro. Utilizando metáfora, faz alusão a um louva-a-deus: “não via minha própria imagem no espelho enigmático do globo ocular do inseto”. O ponto de articulação é onde se estrutura a relação do sujeito com o significante, e o que isso quer dizer? O mesmo foi pensado por Freud com relação à subjetividade e à pergunta “Que Queres?”, ou melhor, “O que quer ele de mim?”. O enigma é: “Que quer ele a respeito deste lugar do Eu?”

O enigma que o sujeito faz com relação ao que o Outro quer dele tem relação com o desejo e com a identificação narcísica. É com relação à dialética que se ata tão estreitamente e se introduz a função da angústia. Devemos nos orientar conforme os momentos em que ela aparece, ver em que pontos privilegiados ela se manifesta, emerge.

Em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud considera que a angústia é algo que sentimos, ou seja, trata-se de um afeto. Tem um caráter de desprazer acentuado, surge como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa natureza se repete.²¹

Para Freud, um caráter determinante da angústia é a ocorrência de uma situação traumática, e a essência disso é uma experiência de desamparo, por parte do ego, frente a um acúmulo de excitação que pode ser de origem interna ou externa com o qual não se pode lidar. Sendo assim, tem a angústia como um sinal e resposta do ego frente à ameaça de uma situação traumática, como, por exemplo, a separação ou a perda de um objeto amado, ou a perda de seu amor que o coloca numa situação de desamparo.

Nesse artigo, Freud escreve que a primeira experiência de angústia de separação pela qual o sujeito passa é no nascimento, e consiste na separação da mãe. Após passar por essa primeira experiência de angústia, o ego reconhece outras situações que seriam novamente um sinal de alerta frente à ameaça de castração. Contudo, nenhuma outra repete essencialmente a primeira, marcada pelo nascimento e o desamparo frente à separação do objeto de amor. Em decorrência, o ego desenvolve sintomas como resposta frente à angústia, uma maneira de se defender desse afeto – tal como a inibição, que seria uma evitação de situações ou de objetos específicos que o ego julgue como ameaças.

²¹ FREUD, S. *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.20. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

Em seu seminário sobre a angústia, Lacan menciona o caso do pequeno Hans, que, diante da fobia que sentia, localizou um objeto e encontrou uma imagem que acalentava ou nomeava o medo dele. Seria apressado concluir que a angústia está aí, ou que esteve e escapou. Na angústia, não há rede ao redor, não há rede de proteção. É aquilo que não é recoberto pela palavra, pela noção ou pelo conceito. Alguma coisa vem antes, algum pensamento que não encontra representação; ela é parte do sujeito que se perde – é a imagem que não se faz para o sujeito.

A inibição, como resposta frente à angústia, como aquilo que não apresenta movimento e nos faz deparar com o impedimento, leva à forma leve de angústia que Lacan denominou como embaraço. Entretanto, não saberemos onde está a angústia, de fato, pois fica o vazio, escapa o sentido, afinal, ela tem relação com o termo “efusão”, utilizado pelo autor. Tem a ver com perturbação: perturbar-se mais profundamente na dimensão do movimento.

Em Lacan, a angústia não é uma emoção, e sim um afeto. “Não é recalcado; se desprende, fica à deriva, o encontramos deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado”. A angústia tem relação com o desejo. O caminho do analista é fazer surgir tudo o que esse discurso com relação ao desejo comporta como consequência para a teoria dos afetos – por assim dizer, como consequência para a angústia. Devemos nos ater ao momento agudo dela.

A sugestão de Lacan com relação ao cuidado do analista em se ater ao momento agudo da angústia, e, assim, do manejo com relação ao cálculo que se deve fazer desse afeto, é necessária em um tratamento analítico, principalmente quando escutamos algum ato do lado do paciente, pois as passagens ao ato ou *actings-out* podem ocorrer como resposta possível frente à angústia. Elas ocorriam no caso de Nina.

Ainda no mesmo seminário, no capítulo “Passagem ao ato e *Acting-out*”, Lacan faz relação do objeto *a* com o sujeito e o Outro, ou seja, é na relação do sujeito com o Outro que ele se constitui como resto.

Para melhor compreensão, retomo o que seria o objeto *a*, o objeto causa de desejo, o objeto para sempre perdido. Diante dessa falta, o sujeito é causado pelo desejo de encontrá-lo. Toda a existência do Outro fica suspensa numa garantia que falta, pois o Outro é barrado e, dessa operação, há um resto, que é o objeto *a*.

Sobre a passagem ao ato, esse momento é o de maior embaraço do sujeito, é o momento de seu apagamento. A estrutura da passagem ao ato é essa em que, do lugar em que o sujeito se encontra, do lugar da cena, historizado, ele se precipita e despenca fora dela. É o que Lacan chamou de: “deixar-se cair”; “o sujeito se encaminha para se evadir da cena”:

A que chamamos fuga, no sujeito que nela se precipita, sempre mais ou menos colocado numa posição infantil, senão a essa saída de cena, à partida errante para o mundo puro, na qual o sujeito sai à procura, ao encontro de algo rejeitado, recusado por toda parte? Ele vira fumaça, como se costuma dizer, e, é claro, retorna, o que talvez lhe dê ensejo de ser valorizado. A partida é justamente a passagem da cena para o mundo. (LACAN, 1962, p. 130)

De um lado, o mundo, lugar em que o Real se comprime, e, do outro, a cena do Outro, onde o homem como sujeito tem de se constituir, tem de assumir um lugar como portador da fala. Ele só pode portá-la numa estrutura que é uma ficção: tem-se então a realidade como uma ficção, e é aí que o sujeito se constitui, nessa outra cena, obscena, em que somos atravessados pela linguagem e pela sexualidade. A fala se constitui entre a cena do Outro e o mundo.

Freud também a relaciona a angústia “diante da cena do Outro”, pois nos indica que ela é um sinal no eu. Ora, se está no eu, deve encontrar algum ponto do lugar do eu ideal. Esse sinal seria uma espécie de borda no campo imaginário do eu, ou seja, o eu ideal é a função com a qual o eu se constitui através de suas identificações com alguns objetos.

A angústia, pelo viés de Freud, é um fenômeno de borda, como um sinal que se produz no limite do eu quando este é ameaçado por alguma coisa que não aparece. A essa alguma coisa ameaçadora Lacan chamou de objeto *a*, o resto abominado pelo Outro. A origem da angústia está no nível pré-especular e pré-autoerótico, no nível do nascimento.

Conforme Lacan, os fenômenos de despersonalização são concomitantes à angústia. Ele define esses fenômenos como aqueles que passam pelo não-reconhecimento da imagem especular: é ao não se encontrar no espelho, ou em qualquer coisa análoga, que o sujeito começa a ser tomado pela vacilação despersonalizante. Se o que é visto no espelho é o que angustia, é por não ser passível de ser proposto ao reconhecimento do Outro.

E o que é *acting-out*?

Em Lacan, o *acting-out* é o oposto da passagem ao ato. Ele chama a atenção para a que ponto, na escuta clínica, deve-se segurar pela mão para não deixar o sujeito cair – algo que ele considera essencial em um certo tipo de relações do sujeito. Deparar-se com isso em uma análise significa a aparição do *a* para o sujeito, e pode ser motivo do mais incômodo.

O *acting-out* é alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito, e a ênfase demonstrativa de todo *acting-out* está na sua orientação para o Outro, ou seja, é aos olhos de todos que se exhibe a conduta. Quanto mais escandalosa se torna essa publicidade, mais se acentua sua conduta, e o que se mostra, essencialmente, é diferente do que é.

É a mostra, porém uma mostragem velada. O que é essencialmente mostrado é o resto, sua queda, é o que sobra nessa história e tem relação com o objeto causa de desejo. Entre a relação do sujeito em sua estrutura de ficção com o Outro, o que surge é esse resto *a*, e o que o sujeito tenta de vários modos é tampar os furos do desejo – mas são eles que aparecem no *acting-out*.

O *acting-out* é o pequeno *a* e tem relação com a demonstração do desejo desconhecido. Essa atuação (*acting-out*) é um sintoma, e como sintoma deve ser interpretado, mas não diretamente: é preciso haver transferência, para isso. O *acting-out* clama pela interpretação e é um apelo ao outro, trata-se daquilo que ele quer mostrar ao Outro. Ele é a transferência selvagem, é o começo da transferência e convoca ao manejo dela.

Lacan propõe três maneiras de agir diante de um *acting-out*: interpretá-lo, proibi-lo e reforçar o eu.

No que diz respeito à interpretação, está fadada a obter poucos efeitos, por mais que o sujeito que pratica essa atuação demande e se ofereça para a interpretação. O que deve ser interpretado aí não é o sentido, e sim o resto. O *acting-out* é endereçado ao Outro; contudo, quando se está em análise, ele é endereçado e dirige-se à figura do analista.

Quanto à proibição, é quase como uma recomendação aos pacientes em análise para que não tomem decisões essenciais em suas vidas nesse período, pois a decisão ou ação pode representar uma atuação. Isso porque o paciente em análise está no momento de compreender,

ou até mesmo no instante de ver, e a conclusão pode ser muito rápida e, muitas vezes, precipitada – por assim dizer, uma conclusão atuada e perigosa.

Por último, no reforço do Eu, trata-se de levar o sujeito a uma identificação. Não a uma identificação com a imagem como reflexo do eu ideal no Outro, e sim com o eu do analista, sair do campo do imaginário e da imagem. A crise pode promover e possibilitar uma desidentificação entre o Eu Ideal e essa imagem, ou melhor, uma desidentificação com essa captura em sustentar a imagem de um Eu Ideal para o Outro – ela representa a insurreição do *a*, a objeção, a insubordinação do *a*. A ideia proposta como possível saída e manejo de uma crise é conduzir o sujeito a sair dessa identificação imaginária do Eu Ideal para o Outro, e, assim, conduzir a uma saída pela via simbólica, pois permanecer identificado a esse imaginário, a essa imagem, é estar frente a frente com o objeto *a*.

O que podemos pensar, então, é que no *acting-out* o que está em questão é o resto, o dejetivo, aquilo que detém tudo.

No caso de Nina, ela havia encontrado algo que nomeasse sua angústia. Esse “algo” era a perda da mãe, como se sua angústia estivesse localizada somente aí. Entretanto, tratava-se de outra coisa, algo identificado com o lugar imaginário “a louca”, dito por sua família. Essa identificação imaginária correspondia ao lugar dela na família, sendo um possível eu ideal para o Outro. Quando esse significante retornava, ao ser assim denominada, era o motor para suas crises e curto-circuito, pois ficava frente a frente com o objeto *a*, resto e dejetivo. Por isso que uma das invenções, ao longo do tratamento, foi nomear outros significantes que tivessem consequências mais brandas em sua vida, por exemplo: “Cuidar, cuidadora e se cuide”. Cuidadora era uma outra identificação e um lugar fálico que tinha na família, não só de dejetivo ou de subordinação ao Outro. A saída da crise muitas vezes foi por essa via.

Em face da angústia, muitas vezes *actings-out* ocorreram, mas me marcou principalmente a cena em que endereçou a mim um apelo por ser olhada e um apelo à interpretação. Estava escancarado esse pedido. Já mencionada, foi a cena em que eu disse “Não” a ela, como um limite do seu ser que transbordava, como limite no excesso de demanda com relação ao amor e ao lugar no desejo do outro.

Em contato com esse limite, Nina encenou, cortou-se, se fez cair como objeto dejetivo aos olhos dos outros na instituição. Gritava o meu nome, chamava-me nesse apelo

desesperado por interpretação. Isso coincide com o que Lacan disse com relação à cena aos olhos do outro, em que há o endereçamento ao Outro. Neste caso, por estar em tratamento, o apelo não era mais endereçado ao Outro em geral, mas sim à figura do analista. Em virtude da minha responsabilidade frente àquilo para que fui convocada e por ter aceitado esse lugar, fui ao seu encontro.

4.1. Respostas do sujeito frente à angústia: passagem ao ato e *acting-out*

De acordo com Trobas, e articulando com elementos já apresentados anteriormente, o que Lacan propõe sobre a angústia é que esse afeto fundamental resiste à simbolização, e o que não pode estar simbolizado é o objeto *a*. A angústia, portanto, refere-se estritamente a esse objeto, consiste em um afeto que revela como incompleto a verdade do simbólico e que põe em tela a verdade do desejo do sujeito, visto que o objeto *a* ocupa a função de causa do desejo e é indicador do perigo na instância do Eu.²²

Retomamos o efeito do Édipo e suas consequências para a subjetividade, que giram ao redor da angústia face a um fenômeno de nossa civilização, o do declínio da função paterna, mais precisamente do papel que cumpre a autoridade nessa função. Esse fenômeno foi chamado de certa rebeldia contra o pai, mas Lacan compreendeu que se tratava de uma aspiração por um mestre. Com a degradação da autoridade paterna, há uma alteração na formação do Ideal do Eu e de uma nova complexidade do superego, que levam a uma inflação narcisista do Eu.

Tratando-se do caso de Nina, observo que foi a partir do tratamento analítico que ela pôde se haver novamente com a questão da castração e de como o Édipo estrutura-se em cada sujeito, o que tem relação principalmente com como se manifestou a função paterna e as consequências disso na subjetividade de cada um. Em seu caso, penso que ela pode passar pelo Édipo ao longo do seu processo, pois estava em um momento anterior, principalmente no que se refere à castração. Quando se deparava com questões civilizatórias – com as quais nós,

²² TROBAS, G. *Tres respuestas del sujeto ante La angustia: inhibición, pasaje al acto y acting out*. Miami, Estados Unidos: Nueva Escuela Lacaniana, 2002.

como sujeitos, nos deparamos diariamente, em que se é convocada a forma como a castração, operação simbólica, inscreveu-se em cada um de nós –, algo falhava ou emergia em Nina muita angústia, especialmente quando eram questões referentes com o limite e com a morte.

Fez-se necessário, após certo tempo em tratamento e pela transferência estabelecida, evocar a função paterna, que estava extremamente enfraquecida nesse caso. É essa função que possibilita que o sujeito se oriente com relação a uma direção, que não perambule à deriva. O abismo desorienta o sujeito e dificulta a relação dele com a civilização e proporciona uma falta de sentido, um esvaziamento intenso com relação à vida. É quase como se viver fosse um vazio imenso.

Foi pelo limite que Nina pôde se reinventar, passar de alguma forma pelo Édipo – quando alguma inscrição foi mais bem amarrada, a partir do encontro com o limite que proporcionou consequências na operação simbólica da castração. Encontrar-se com o limite, com o que deu borda para si, fez função paterna e orientou-a.

Ainda para Trobas, a função do Nome-do-pai estrutura o saber, e se não há essa função, temos um efeito em que o sujeito fica perdido com relação à lei simbólica. Assim sendo, o saber inclui o efeito do Nome-do-Pai, pois este nome introduz um buraco no conjunto dos significantes. Entre S1 e S2, o sujeito se inscreve nesse meio, entre um lugar que representa um significante no lugar de outro, e assim vai se estabelecendo a cadeia de significações. Se essa cadeia não se estabelece, produz um deslizamento em que o sujeito não encontra um ponto em que se localize. Entre S1 e S2 e o vínculo que se estabelece entre o sujeito e o significante se perde algo de um gozo original, resultando em um gozo parcial que é o objeto *a* de Lacan. Esse objeto é produto e tem um efeito de perdido – como um objeto perdido que cumpre a função da causa do desejo.

Dessa forma, a estruturação do mundo dos significantes é o que necessita da intervenção do Nome-do-Pai. Chegamos ao que podemos chamar de Nome-do-Pai quando temos um agente que, como o pai, faça a função de ser objeto de amor e desejo da mãe – algo que proíbe, interdita e que atua no nível da operação simbólica da castração. A função desse agente vai do Real até a atuação e concretização da função simbólica, produzindo como efeito o sujeito passar da posição de ser ou não ser o falo para a mãe para a de ter ou não o falo.

O ser o falo, em vez de ter o falo, implica uma confusão imaginária, pois a articulação da falta de ser e do falo é o gozo fora de uma elaboração simbólica – consequentemente, fora de uma lei simbólica. É o que acontece na psicose.

Há uma relação entre a angústia de castração e a confusão imaginária em que o sujeito fica. Se a angústia de castração não está posta em jogo pelo agente paterno, ou por algo que faça essa função de corte, de interdição com relação ao desejo materno voraz do bebê, temos como consequência uma identificação imaginária com o falo, e não um recalque. Ocorre, então, o enfraquecimento ou ausência da função paterna e, consequentemente, a atuação ou não da operação simbólica diante da função paterna, o que chamamos de Nome-do-Pai. Esse enfraquecimento altera e transtorna o mecanismo do recalque.

Tomando em conta o fracasso acentuado do recalque perante as circunstâncias descritas acima, e sendo ele uma resposta, uma defesa frente à angústia da castração, podemos pensar que sintomas como satisfação pulsional são formados, de tal modo que há uma tentativa do sintoma em elaborar e superar a angústia de castração, e que o que faz um sujeito procurar uma análise é um sintoma que tem fracassado.

Há um outro modo de defesa do sujeito frente à angústia que se diferencia do recalque, mas também se apresenta como uma forma aguda de não querer saber, como um rechaço do saber: é o que podemos pensar da passagem ao ato.

O conceito de passagem ao ato e a sua primeira noção foi introduzida pela criminologia e fazia referência à impulsividade, mais precisamente à impulsividade de condutas violentas ou agressivas, e também foi associado à loucura. Em psicanálise, não se exclui esse aspecto. Contudo, inclui-se a extensão conceitual de que as passagens ao ato são fenômenos mais variados que esses e mais discretos e recorrentes.

Na passagem ao ato ocorre um ganho com relação ao rechaço do saber e há um traço de impulsividade, uma ruptura em uma continuidade não só com relação à conduta, mas também à subjetividade. Há troca da temporalidade subjetiva que se manifesta por um “surto”, ou seja, a aceleração de uma dimensão de urgência. Sendo assim, é um traço de impulsividade, de corte subjetivo em um tempo condensado, e tem relação estreita com a angústia. Atua como um modo de resposta a algo que é um sinal de perigo, representado pelo

objeto pulsional – objeto *a* – e sua irrupção na subjetividade. À sua forma mínima de elaboração, Lacan definiu como o fantasma fundamental.

A passagem ao ato é a forma menos elaborada da resposta frente à angústia. É como se os recursos simbólicos falhassem ou fossem insuficientes, e o que faz o sintoma é o imaginário. É uma resposta do Real no afeto, e caracteriza-se por se expressar diretamente no Real do corpo e o seu mal-estar provoca uma tensão que se torna insuportável e que não encontra palavra, representação.

Essa passagem ao ato se expressa no Real do corpo e retoma o caminho primário, bloqueando o pensamento e apertando ou pressionando, podendo haver como consequência paralisias. O efeito ansiolítico da passagem ao ato começa com este nível de descarga motora, independentemente de sua significação, como realização específica de satisfação pulsional. A motricidade e o movimento, na passagem ao ato, é uma simples agitação que pode preceder e anunciar a impulsão do ato: há uma orientação, um sentido que para cada sujeito indica sua maneira de sair do contexto, da cena em que caiu e não se deu seu trabalho de significação. Trobas aponta que toda a passagem ao ato é uma espécie de fuga, para se proteger da dimensão da angústia que ameaça o Eu. E o que diferencia um Ato de uma Passagem ao ato?

O ato é um impacto, no Real, de uma decisão subjetiva, uma ação de transformação da realidade do sujeito mediante uma ação corporal que está vinculada a uma decisão, que é resultado de um processo subjetivo que ocorre depois de passar pelos três tempos lógicos: 1) O instante de ver, 2) O tempo para compreender e 3) O momento de concluir.

Na passagem ao ato, em seu processo de decisão subjetiva (devido à dimensão da instantaneidade), o sujeito vai do instante de ver ao terceiro momento, de concluir, por um salto da impulsividade, pois a ameaça da representação problemática atravessada pela angústia empurra o sujeito em um curto-circuito onde o tempo para compreender se precipita no momento de concluir.

Esse curto-circuito no tempo de compreender é comum na clínica de sujeitos que passam ao ato quando são interrogados. Perante a dificuldade, ou melhor, a impossibilidade de dizer o que estavam pensando justamente antes da passagem ao ato não se trata de uma amnésia, mas sim de uma elisão do tempo para compreender.

Em muitos momentos no decorrer do tratamento de Nina, quando a questionava sobre questões que emergiam nela (angústia ou até mesmo o que acontecia antes da passagem ao ato), palavras lhe faltavam. De fato, era uma impossibilidade de dizer, mas em seu caso era também algo semelhante a amnésia, como um apagamento em que não conseguia dizer o que estava pensando antes de atuar.

No episódio que narrei em detalhe, Nina se cortou e quebrou os vidros, após o que foi contida fisicamente. Nessa e em outras circunstâncias nas quais também solicitou contenção, encontrei como saída possível e intervenção no caso retomar perguntando o que ocorreu antes, construir juntamente com ela a cena anterior à passagem ao ato.

Havia dúvidas sobre quando eram *actings-out* e quando eram passagens ao ato, no caso de Nina. No episódio em que Nina se cortou, a cena anterior foi aquela em que dei limite aos seus pedidos e demandas dizendo “Não”, ainda que dando lugar e borda para o que transbordava dela ao atribuir um espaço para aquilo dizendo: “amanhã, no seu dia de atendimento”. Essa intervenção tinha por sentido marcar seu lugar, dando, ao mesmo tempo, limite ao gozo e ao excesso.

Retomo essa cena pois seus atos continham algo da mostraçã, convocavam o olhar do outro, endereçavam algo ao Outro e, conseqüentemente, a mim. Apesar disso, Nina se fazia cair como objeto. Em algumas das vezes que se jogou na rua ocorreram desmaios, como se ela houvesse apagado de fato. Tal como um apagamento do sujeito, o subjetivo não respondia mais ali, havia uma impossibilidade em dizer, e, pelo curto-circuito expresso pela impulsividade, de maneira muito rápida ela passava do instante de ver ao momento de concluir.

Conforme escrevo sobre o caso de Nina e as questões sobre o que eram esses fenômenos, vejo que o que interessava (pelo menos a mim, enquanto analista) não era determinar se eles eram passagens ao ato ou *actings-out*, até porque esses atos, no caso de Nina estavam muito misturados, dado a complexidade da paciente e do caso. O que me capturava, à medida que a ia observando ao longo do tempo, era conseguir fazer a distinção de quando ela convocava um olhar e de quando sua subjetividade não podia comparecer devido à impossibilidade subjetiva provocada pelo excesso de angústia.

Não me interessava nomear o fenômeno, e penso que seria impossível saber ao certo, pois nos deparamos com o fato de que a teoria não dá conta de toda a complexidade do ser. Todavia, após certo tempo atendendo-a, conseguia diferenciar alguns de seus atos. Reafirmo que minha intenção, aqui, não é ter essas certezas, e nem o era quando conduzi o tratamento de Nina. O que tinha como intenção na época era tratá-la, escutar seu sofrimento, intervir com algo ou alguma construção subjetiva que não deixassem só o suicídio como saída.

Em Trobas, na passagem ao ato há um limite com relação à capacidade de simbolização que corresponde precisamente ao ponto em que o sujeito se encontra com o enigma do desejo do Outro e há um fracasso dessa intersubjetividade, ocorrendo, desse encontro com o desejo do Outro, a aparição da angústia. Esse afeto emerge justamente no espaço entre o tempo para compreender e o momento de concluir. Devido a esse intervalo e à impossibilidade do simbólico em comparecer, há um salto arriscado pelo que, no momento de concluir, há uma precipitação e o encontro do sujeito com seu desejo.

A passagem ao ato obedece à repetição. Não obstante, há uma tentativa de se inscrever algo novo, e dessa forma, a segunda vez não será como a primeira, pois houveram consequências e o sujeito, sabendo disso, não está mais na mesma posição em que esteve na primeira vez.

Em face ao enigma com relação ao desejo do Outro, o sujeito constrói uma resposta imaginária, tal como uma defesa, à qual Lacan denominou “fantasma fundamental”. Em algumas situações o sujeito é convocado a responder com a causa de seu próprio desejo, e a angústia é justamente esse afeto frente ao desejo do Outro: o sujeito fica na impossibilidade de responder e ele mesmo se precipita como objeto.

Na passagem ao ato, o sujeito fica fora da cena, cai, precipita-se no Real e realiza uma identificação em que se faz objeto *a*. É um atravessamento selvagem do fantasma, e inverso à construção dele: vai no sentido oposto ao da elaboração de saber acerca do acontecimento. Sendo assim, não interpreta a passagem ao ato, pois não tem saber. Se há a interpretação, o saber é do analista, e não do paciente.

Desenvolvendo esta resposta, o *acting-out* se caracteriza por se tratar de uma ação. Como Lacan descreveu, em um de seus seminários, esse fenômeno tem relação com conteúdos reprimidos, sobre os quais o sujeito cria uma ficção e até mesmo estabelece

relações de causa e efeito, como uma dimensão de racionalização; contudo, nenhuma ação transcende os efeitos do inconsciente, do recalado.

O *acting-out* ocorre em muitos momentos da vida de um sujeito, algo verificado com maior atenção no manejo de uma análise. O analista deve ficar atento a ele como cálculo da angústia, pois trata-se de uma forma de fracasso.

Diferentemente da passagem ao ato – que carrega em si o caráter de impulsividade, pensado como saída precipitada do percurso analítico e vivenciado como uma dissociação diante do encontro com o objeto *a* –, o *acting-out* não se inscreve como repetição e tem a dimensão de exibicionismo: é uma mostração que se acentua no elemento visual, escópico, algo que se apresenta essencialmente no plano das imagens e, por conseguinte, no registro imaginário.

Trata-se de colocar em cena um objeto que captura o olhar; haver a mostração de uma cena que inclui o sujeito, porém na qual ele é expectador do que exhibe. O significado é claro, mas há um enigma para o sujeito com relação à causa dele: o significado não está conectado a uma causa.

O *acting-out* é a entrada intempestiva na cena, e a passagem ao ato é a saída impulsiva da cena.

Quando o sujeito rememora algo, é possível perceber os efeitos do recalque na dificuldade de encontrar palavras, nos lapsos, idas e voltas, descontinuidade. No *acting*, há algo que se distingue das associações habituais e, especialmente, de um processo de rememoração. Não há dificuldade para evocar o fenômeno, todavia o relato da lembrança é uma narrativa descritiva, como se o sujeito não fosse verdadeiramente afetado naquilo que conta, como se não estivesse enredado na elaboração de um sentido que o captaria no acontecimento. No *acting-out* não há um trabalho interpretativo do analisante.

Segundo Trobas, o *acting-out* tem ligação também com o efeito de algo relacionado à intervenção do analista. Seria uma resposta dirigida a essa figura, como uma série dos fenômenos da transferência: seria reflexo de algum ponto especialmente sensível do campo de defesas do sujeito que foi tocado pela intervenção do analista.

O *acting-out* supõe uma intervenção do analista que põe em jogo o campo mais além da demanda – a saber, o desejo em sua articulação com o complexo da castração –, e o desencadeamento do *acting-out* resulta de uma ação sobre a causa do desejo. Isso nos faz pensar que o *acting-out* tem relação íntima com o objeto *a*, e quando uma interpretação do analista provoca esse fenômeno, tem a ver com o fato de ter tocado na defesa do sujeito contra esse objeto, tendo como efeito uma emergência crua, não elaborada, portanto, uma reação antecipada do afeto para mobilizar e solicitar o registro imaginário. Nesse aspecto, difere da passagem ao ato, em que se está diante do Real.

Retomando os três tempos numa análise (isto é, 1) instante de ver, 2) tempo de compreender e 3) momento de concluir) o *acting* é, de alguma forma, um rechaço, uma recusa do momento de concluir e uma precipitação desse momento. O sujeito recusa que o seu “Eu sou” possa se sustentar como objeto causa de desejo e prefere voltar para trás. A mostração do *acting* sinaliza que o sujeito volta ao instante de ver, e há um tempo de exposição que precede a compreensão que chama.

Se pensarmos na intervenção do analista, que aponta efetivamente o objeto *a*, a respeito do fantasma, ao produzir um *acting*, a mensagem é dirigida ao Outro, no caso, a ele. Assim, a interpretação desse fenômeno é delicada e problemática, uma vez que a significação está bem constituída, fechada sobre si mesma.

Trobas indica uma posição de espera por parte do analista no discurso do sujeito, aguardando o momento oportuno em que se apresente os significantes em jogo, no *acting-out*, e então direcionar para a reinscrição dos significantes imaginários do fenômeno nas cadeias significantes, de tal modo que o sujeito possa se reinscrever no fluxo de sua representação simbólica. Essa orientação obtém que o sujeito, de sua posição de espectador, retome e volte para a de autor e agente de sua própria palavra, antes excluída.

Algo que Nina dizia muitas vezes, em suas crises, era que ficava fora de si, que um desconhecido a habitava, quase como se ficasse fora da cena. Entretanto, falar do que a acometia a fazia incluir – colocar dentro – o que estava fora.

CAPÍTULO 5 – Terapêutica do caso clínico de Nina

Retomo a construção do caso clínico de Nina e o que podemos pensar sobre a função terapêutica no caso. Que ganhos foram esses? Que mudanças foram essas, e como se deram?

Primeiramente, retomo a forma como ela chega a mim, por meio de um pedido desesperado, por uma urgência, apresentando-se como um ser sem definição de gênero aparente pela imagem, questão relacionada a um aspecto infantil de sua sexualidade. Ademais, há a cena que se monta ao meu olhar, uma que coloca o Outro na condição de objeto: é uma cena na qual ele não autorizou sua participação; é como se fosse pego nela.

Interessei-me por ela e aceitei escutá-la para além dessa cena e de seu pedido de ajuda desesperada. Ao fazê-lo, estava feito ali o convite para darmos lugar à palavra e não só à cena, ao pedido dela para falar e ao meu de escutar.

Nina se queixava de seu lar e de sua família e de quanto queria outro lugar, não só um lugar concreto de moradia ou comida, mas um outro lugar de existência. Estava cansada de ser abusada pela sua família, de ser chamada de louca e de querer amor e carinho e não encontrá-los, ou seja, estava intensamente insatisfeita com suas relações e demandava por alguém que fizesse algo por ela, que a salvasse desse cenário. Era isso que expressava em seus gritos por ajuda. No desejo do histérico, há uma queixa de insatisfação que é complementado, na loucura histérica, pela queixa incessante da insuficiência do Outro. Ambos elementos estavam presentes nesse caso.

A partir da transferência é que podemos pensar a hipótese de uma estrutura neurótica – nesse caso, histérica. Apesar disso, uma histeria mais intensa diante das manifestações de loucura, de enlouquecimento que a marcavam – havia inclusive uma identificação alienante com esse elemento, o nome “louca”. A queixa de Nina era de insatisfação e de insuficiência do Outro, e o pedido de ajuda e de cuidado eram uma demanda de amor, uma demanda de completude, quase como um pedido para retomar à relação de dependência que se estabelecera entre ela e sua mãe e fora perdida pelo falecimento desta.

O início do tratamento deu-se a partir de um pedido endereçado à figura da analista e, conseqüentemente, uma demanda de amor que estabeleceu uma transferência. A direção do

trabalho mirava a aposta de que o significante “louca” pudesse encontrar alguma significação que não a traumática, esta que se dava pelo corpo, pois não encontrava simbolização possível para deixar de cair como objeto alienado ao Outro. Ou seja, buscava-se passar da demanda de “cuidem de mim” para uma situação em que ela pudesse se cuidar sozinha, não mais como uma criança demandante, mas sim como uma adulta, independente.

Foi pelo desejo do analista e pela transferência que se deu o início do tratamento, por algum traço da analista que inconscientemente fez algum laço possível para que essa ocorresse. A partir da transferência e de um lugar no desejo do Outro, Nina pôde experimentar um lugar onde era desejada, aceita sem ser expulsa, e onde sua cena era um convite à palavra e não só ao corpo que cai ao olhar do Outro. Foi isso que lhe permitiu contar alguns aspectos de sua história e insatisfação pela perda da mãe e da sua situação de repetição de abusada diante do outro – pois se queixava que sua família abusava financeiramente dela, apesar de tudo o que ela lhes dava (como dar presentes, pagar aluguel). Reclamava de não haver conversa entre os familiares e ela e de não ter atenção, algo que repetia nas relações que estabelecia. Nina pedia atenção, e pela forma como o fazia, reproduzia a cena fantasmática que experimentou desde cedo na escolarização, a de causar a expulsão e ficar sozinha.

De fato, a família não tinha mais paciência com seus episódios de enlouquecimento e atuações. Restava a transferência, por estar bem estabelecida e por permitir o lugar da cena, necessária para o subsequente lugar da palavra. Pois não era possível, inicialmente, não escutar o que estava escancarado naquela cena, algo a se acolher via transferência, um pedido para se constituir a identidade de um Eu mais consistente, que não transbordasse, que tivesse uma continência e também um limite. Esse desenvolvimento se deu primeiramente por um acolhimento quase que “materno”, em sessões nas quais Nina ficava completamente tomada diante de conflitos com a família e de situações cotidianas, quando relembrar seu passado ou aprofundar as questões que ela lhe trazia a colocava em um desamparo tremendo que se manifestava no corpo: ela desmaiava, “apagava”, se estremecia. Como construir algo se o corpo caía, se a paciente ficava de objeto diante do outro e se colocar em palavras o que lhe ocorria algumas vezes não era possível? A condição era trabalhar em um manejo diante das situações cotidianas, focando em incluí-la naquilo do que ela se ausentava ou quando queria jogar para o outro sua angústia ou responsabilidade.

Lembro-me que em uma das intervenções ela veio me pedir para ir a um passeio que haveria com a equipe do CAPS como quem pede autorização para a mãe (o que tem a ver com a posição de criança e dependente do outro, do responsável por ela), ao que respondi colocando o quanto a equipe havia restringido sua presença devido às crises que apresentava. Ao mencionar o fato, incluí Nina no que ela causava no outro, com a ideia de fazê-la saber que o que fazia causava a repulsa de um lugar – transferência que isso pudesse ser acolhido. Ela então prometeu não ter crises e eu a questioneei, espantada com ela controlar: “Quero entender melhor isso, você controla suas crises?”.

Foram alguns atos e pedidos dela frente ao meu manejo de que ela pudesse se responsabilizar pela sua palavra, pelas suas crises, pelo que causava no outro. Com a ideia de que ela se responsabilizasse por sua vida, a via de ação que encontrei foi dar consequência aos seus atos e palavras.

No episódio-chave já mencionado, que classifiquei como fundamental no manejo de seu tratamento, houve uma negação de minha parte à demanda da paciente e as consequências do ato possibilitaram algum tipo de efeito de responsabilização por parte dela. Na ocorrência, em sua solicitação persistente por atenção, Nina me pediu outro atendimento, um que ocorresse fora dos dias em que já era atendida, e eu disse não com o intuito de haver um limite às demandas incessantes. A intervenção foi uma proposta de função paterna, e a consequência desse ato, desse corte, levou-a novamente a uma atuação, ao corte no corpo dado a ver ao olhar do Outro, endereçado ao Outro – no caso, à analista, o que reforçava ao gritar meu nome. Consegui de algum jeito a atenção que queria, mas não sem consequência, pois incluí e retomei a parte dela nisso, retomando a cena e o limite que ouviu e que não suportou, apontando que o Outro não estaria disponível às demandas dela o tempo todo. Após uma postura e um semblante de braveza, e ao posicionamento de que algo havia sido perdido e quebrado – os vidros que ela quebrou representavam esse objeto perdido –, houve como consequência a mudança de seu convívio no CAPS, que passou de todos os dias a sessões semanais. Marcou-se, assim, o lugar de algo perdido que não foi recuperado do mesmo jeito: Nina passou a frequentar só os atendimentos e pagar pelo vidro quebrado.

Diante desse e de muitos outros casos graves que pude acompanhar nesse percurso no CAPS, penso que em alguns deles somente a intervenção em ato poderia ter alguma consequência no sujeito, pois algo da palavra não se inscrevia. Escutei como um pedido de

convocação de função paterna, de corte, de limite, que produziu algum efeito em Nina: ela passou a ir às sessões com uma outra postura, não se apresentava mais de maneira demandante ou com a fala infantilizada, nem somente pedindo (pedindo carinho, cuidado e atenção do outro). Algumas vezes levou presente, como um cachecol que disse ter feito. Isso representava poder dar algo ao outro e não só pedir. A postura diferente se materializou também na aparência: passou a usar acessórios e roupas mais femininas, que serviam no seu corpo, e demonstravam em seu externo o certo cuidado consigo que havia adquirido. Notei que ela estava se cuidando.

Tenho a hipótese de que Nina passou pela via da identificação e do amor, pois algo parecido com alguns traços da analista, expressos em alguns cuidados e acessórios, principalmente os da vaidade e do feminino, estavam presentes em Nina também. Tal aspecto abre margem para se pensar a princípio na questão especular e, mais à frente, numa identificação mirando um Ideal do Eu, que fazem parte do processo de constituição do sujeito.

Em seu seminário sobre a angústia, Lacan retoma Freud quando propõe que a angústia é um sinal no Eu. Se é um sinal no Eu, em algum ponto tem relação com o lugar do Eu Ideal, que seria função mediante a qual o Eu se constitui através das séries de suas identificações com alguns objetos. Faço referência a essa abordagem no caso de Nina, em que suponho ter encontrado na figura da analista um objeto de identificação (LACAN, 1962).

A identificação se encontra no princípio do luto, pois tem relação com o objeto *a* perdido. Esse mesmo objeto *a*, que se procura no amor (pois é objeto perdido e objeto de amor), também é objeto da identificação: identifica-se com aquilo que não se tem, transformando o sujeito no sujeito da falta. O objeto *a* é o que não temos mais e o que não temos mais no amor, e pode ser reencontrado sob a forma da identificação com o ser.

Ao considerarmos constituição do sujeito e a angústia como fenômeno de borda no Eu, os fenômenos de despersonalização têm relação com o não-reconhecimento da imagem especular: é pelo fato do sujeito não se encontrar no espelho ou similar que ele começa a ser tomado pela vacilação despersonalizante e pela angústia. Esse aspecto já foi levantado com a condição da loucura histérica e o caso de Nina. Nele, há uma perturbação com relação à imagem especular, uma vez que a borda do Eu não estava bem estabelecida, era sinalizada na angústia e no transbordamento que ela vivenciava, e marcada em seu corpo pela despersonalização. A despersonalização estava relacionada ao não reconhecimento da sua

imagem especular, em não se encontrar no espelho e nem em uma imagem de si bem constituída para além de um Outro.

A partir da identificação com um objeto, no caso, com a analista, e da transferência de amor, o encontro com esse objeto *a* abriu uma possibilidade via identificação, sendo então possível construir alguma imagem especular de si, uma personalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi realizar um estudo teórico-clínico da denominada loucura histérica para, a partir dele, obter maior compreensão do caso clínico de Nina. Nesse sentido, debrucei-me diante do enigmático das manifestações conversivas e dos fenômenos que tomavam seu corpo em uma radicalidade da angústia, causando repulsa nos dispositivos de saúde mental, questões que despertaram em mim o enigma sobre seu caso e meu interesse em atendê-la. A proposta não foi de nomear e nem de diagnosticar ou encontrar um nome que apartasse a angústia desse estranho que habitava seu corpo, mas sim, a partir da transferência, encontrar uma saída possível para seu sofrimento que não fosse somente a destruição de si.

Nesta dissertação, narro a vivência em atendê-la, as repercussões em mim, a transferência que ela causava como repulsa nos dispositivos de saúde mental pelos quais passava, a construção da psicopatologia e do caso clínico de Nina, as articulações teóricas da loucura histérica e seu percurso histórico, a diferenciação da histeria para o estado de enlouquecimento, diferenciando esses elementos das psicoses, e também as respostas do sujeito frente à angústia, principalmente como esse afeto se dava no caso de Nina.

Fundamentada nesse estudo teórico-clínico, considero de muita relevância a contribuição dele à clínica de casos que considero de enlouquecimento, uma loucura histérica. O que aprendi com o caso clínico de Nina é marcado por inúmeras atuações ao olhar do Outro, como uma encenação e mostração, algumas vezes quase como um objeto que cai, e por intensa queixa da insuficiência do Outro frente a um transbordamento de sua angústia e do Eu. Esse transbordamento, assinalado pela angústia, denunciava a despersonalização em que a paciente se encontrava e que marcava seu corpo.

Considero de muita relevância desenvolvermos um trabalho e uma escuta clínica desses inúmeros casos com que os dispositivos de saúde mental das redes pública e particular não sabem lidar, sobre os quais não resta aposta alguma e cuja complexidade causa um enlouquecimento e adoecimento dos profissionais que se deparam com essa realidade diária em que a teoria não dá conta.

Estamos diante do furo teórico, e para isso somos convocados a escutar, a observar a transferência, a senti-la e a desenvolver com o paciente o que é possível, sem um desejo de

onipotência por salvá-los quando anunciam seu suicídio ou destroem seu próprio corpo, beirando à morte. Ao longo da condução do tratamento, passei por todos esses questionamentos e construções, até mesmo os que versavam sobre o desejo do analista e o limite que há naquilo que se pode construir com o paciente.

Atendi Nina por cerca de dois anos e meio no CAPS, e a mesma estabilizou-se por um grande período de tempo, cerca de um ano, após a minha saída do serviço. Conseguiu caminhar sozinha e apenas algumas vezes tive notícias de como estava seguindo. Algumas crises surgiram, mas não como antes, anunciando que algo do que construímos juntas ainda estava em Nina; a sua memória de algumas intervenções ou alguns manejos foram suscitados nesse percurso e a marca da transferência ainda a fazia chamar meu nome – outros serviços que a atenderam chegaram a me procurar a pedido dela.

Algo foi construído que marcou seu corpo e sua memória, que não se apagou e que, mesmo em meio a algumas crises, retorna e não cai, fazendo-a retomar uma direção. Via transferência foi possível tanto uma identificação com um objeto como possível construção de uma personalização de Nina e de um Ideal de Eu, especialmente quando contrapomos ao estado que considero de extrema regressão no qual se encontrava. Trata-se de momento condizente com uma relação até mesmo especular, pois a princípio ela não estava numa posição de adulta em sua vida, agia de maneira extremamente regredida, como uma criança demandante de atenção e cuidado. Era reflexo do desamparo em que se encontrava, no qual seu corpo adulto não sustentava seu emocional infantil, arcaico e com tanta falta de recurso para conseguir viver.

As dimensões do desamparo e o fenômeno de despersonalização em Nina foram abordados conforme Lacan propõe em seu já referido seminário sobre a angústia, quando retoma Freud ao mencionar sobre o sinal de alerta e de borda no Eu, em que o fenômeno da angústia retorna algo do não reconhecimento de uma imagem especular e, conseqüentemente, um não reconhecimento do Eu. Em face desse desamparo, da invasão de tamanha angústia, a linguagem é incapaz de dar conta do próprio sujeito e de seu destino.

A transferência, os manejos e intervenções muitas vezes por ato da analista, até mesmo de corte e função de limite e de um lugar de possível escuta oferecido possibilitaram que Nina fizesse algo dessa marca de “louca” e da postura infantil, regredida. Há uma intervenção de que me recordo, no final de seu tratamento comigo, em que Nina solicita

participar da festa do dia das crianças e eu intervenho dizendo: “Pode, mas só se for como adulta”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, C. S.; BERLINCK, M. T. “Reflexões sobre crise e Estabilização em Psicopatologia Fundamental”. In: *Revista Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, RJ: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, 2014. V.46, n.2, p. 270-286.

BERLINCK, M. T. “Considerações sobre a elaboração de um projeto de pesquisa em Psicopatologia Fundamental”. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: Escuta, 2000. p. 313-320.

BERLINCK, M. T. “O que é Psicopatologia Fundamental”. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1998. V.1, n.1, p. 54.

BERLINCK, M. T. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta, (1936) 2008. Reimpressão.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C. “O caso clínico como fundamento de pesquisa em Psicopatologia Fundamental”. In: *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, março 2012. V.15, n.5, p. 72-82.

BERNHEIM, H. “De la locura histérica”. In: *La Histeria antes de Freud*. Madri, Espanha: Alienistas del Pisuerga, (1913) 2010.

CALLIGARIS, C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. São Paulo, SP: Zagodoni, (1948) 2013. 2.ed.

COLIN, H. “Sobre la locura histérica”. In: *La Histeria antes de Freud*. Madri, Espanha: Alienistas del Pisuerga, (1890) 2010.

FREUD, S. *A Interpretação dos Sonhos (I) (1900)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.4. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Partes I e II) (1915-1916)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.15. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.16. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Estudos sobre a Histeria (1893-1895)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.2. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.12. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *O Ego e o Id e outros Trabalhos (1923-1925)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.19. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Os Chistes e a Sua Relação com o Inconsciente (1905)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.13. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Sobre a Psicopatologia da vida Cotidiana (1901)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.6. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. V.20. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

KRAEPELIN, E. “Locura histérica”. In: *La Histeria antes de Freud*. Madri, Espanha: Alienistas del Pisuerga, (1901) 2010.

LACAN, J. “Estádio do espelho como formador da função do Eu”. In: *Escritos*. Trad. RIBEIRO, V. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1949) 1998.

LACAN, J. *O Seminário: livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1955-1956) 1988. 2.ed. revista.

LACAN, J. *O Seminário: livro 10: a angústia*. Trad. RIBEIRO, V. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1962) 2005.

LACAN, Jacques. *O Seminário: livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, (1957-1958) 1999.

MALEVAL, J. C. *Locuras histéricas y psicosis dissociativas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2005. 4a reimpressão.

MEZAN, R. *O tronco e os ramos*. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2014.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS 510 de 07 de Abril de 2016, complementar à Resolução CNS 466/2012*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2018.

TRILLAT, E. *História da histeria*. Trad. PORCHAT, P. São Paulo, SP: Escuta, 1991.

TROBAS, G. *Tres respuestas del sujeto ante La angustia: inhibición, pasaje al acto y acting out*. Miami, Estados Unidos: Nueva Escuela Lacaniana, 2002.