

Clínica Psicanalítica da Neurose Histórica na Contemporaneidade

Psychoanalytical Clinic of Hysteria in Contemporary

Cláudia Henschel de Lima, Luê Santos Valiante,
Francyelly Barbosa Fernandes, Ana Flávia Pedrosa
Lopes

Resumo

O artigo apresenta os achados preliminares da pesquisa clínica em psicanálise, referente aos processos psíquicos em jogo no desencadeamento das formas de sofrimento psíquico que habitam a clínica contemporânea: síndromes do pânico, toxicomanias, depressões, anorexias. Para a psicanálise, essas formas de sofrimento guardam traços em comum (experiência de vazio, declínio do sentimento de vida, passagem ao ato, formação de uma personalidade na forma do *eu sou* com redução das formações do inconsciente). Esses traços impõem uma dificuldade especial na direção de tratamento: a eternização das entrevistas preliminares de entrada em análise. O artigo parte da tese freudiana a respeito dos processos psíquicos em jogo na formação do sintoma na histeria e trabalha a hipótese de que na neurose histérica contemporânea ou histeria rígida, ocorre uma falha na defesa, que pressiona o sujeito a elaborar soluções que não obedecem à lógica de formação do sintoma.

Palavras-chave

Neurose; Sintomas Contemporâneos; Neurose rígida.

Abstract

The paper presents the preliminary findings of clinical research in psychoanalysis, referring to the psychic processes in triggering forms of psychological distress in contemporary clinic: panic syndromes, addictions, depression, anorexia. For psychoanalysis, these forms of suffering keep common traits (empty experience, the feeling of life decline, passage to the act, the formation of a ego with reduced unconscious formations). These traits require a special difficulty in the direction of treatment: the perpetuation of the preliminary interviews. The starting point of this paper is the freudian theory about the mental processes involved in the formation of symptoms in hysteria. The hypothesis is that in contemporary or rigid hysteria, a failure occurs in defense, pressing the subject to develop solutions which does not conform to the symptom formation.

Cláudia Henschel de Lima

Universidade Federal Fluminense

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFF. ICHS-Pólo Univeristário de Volta Redonda. Coordenadora do LAPSICON (UFF.ICHS.PUVR). Doutora em Psicologia Social e da Personalidade - UFRJ. Membro da AUPPF.

claudiahlima@yahoo.com.br

Luê Santos Valiante

Universidade Federal Fluminense

Graduanda em Psicologia (UFF. ICHS.PUVR) Integrante do Laboratório de Investigação das Psicopatologias Contemporâneas (LAPSICON.UFF. ICHS.PUVR). Monitora da Área de Psicanálise.

lue_valiante@hotmail.com

Keywords

Neurosis; Symptoms Contemporary; Rigid Neurosis.

Francyelly Barbosa Fernandes

**Universidade Federal
Fluminense**

Graduanda em Psicologia (UFF.
ICHS.PUVR) Integrante do
Laboratório de Investigação
das Psicopatologias
Contemporâneas
(LAPSICON.UFF. ICHS.PUVR).
Bolsista IC/FAPERJ.

francyelly_fernandes@hotmail.com

Apoio:

FAPERJ. PROPPI/UFF.PROEX/UFF.

Ana Flávia Pedrosa Lopes

**Universidade Federal
Fluminense**

Graduanda em Psicologia (UFF.
ICHS.PUVR) Integrante do
Laboratório de Investigação
das Psicopatologias
Contemporâneas
(LAPSICON.UFF. ICHS.PUVR).
Bolsista IC/PROPI-UFF.

aninha_ccm@hotmail.com

Introdução

Há um cansaço no Cosmos... Anotece.
 Riem as meretrizes no Cassino,
 E o Lázaro caminha em seu destino
 Para um fim que ele mesmo desconhece!
 Augusto dos Anjos (1912 [1994])

Augusto dos Anjos (1912[1994]) fez dos sentimentos de solidão, desespero, medo e angústia, o motor de sua crítica à subjetividade de época: há um cansaço no Cosmos, sua grandeza de céu estrelado não funciona mais como referência para a ação e, por isso, o Lázaro caminha para um fim que ele mesmo desconhece. Seu posicionamento subjetivo mais pessimista, que o leva a esperar sempre o pior, antecipa a estrutura do que Jacques Lacan (1972 [1978]) viria à matematizar por meio do discurso capitalista: uma modernidade na qual já se anuncia o recuo dos ideais civilizatórios que imporiam limite ao supereu e a eclosão dos sofrimentos subjetivos imanentes à sua voracidade – experiência de vazio, declínio do sentimento de vida, angústia, vício, errância, suicídio.

O presente artigo sintetiza os achados preliminares da pesquisa clínica em psicanálise, referente aos processos psíquicos em jogo no desencadeamento das formas de sofrimento psíquico que habitam a clínica contemporânea: síndromes do pânico, toxicomanias, depressões, anorexias, bulimias. Para a psicanálise, essas formas de sofrimento guardam traços em comum: experiência de vazio, declínio do sentimento de vida, redução do sentido inconsciente em relação às manifestações corporais com ascensão de passagens ao ato e formação de uma personalidade na forma do *eu sou* (*eu sou toxicômano, eu sou depressiva, eu sou anoréxica*).

Laurent (2013) mostra como esses traços se referem a uma especificidade estrutural dos sintomas contemporâneos, que será abordada ao longo deste artigo: são acontecimentos de corpo dissociados do sentido inconsciente, tal como Freud isolara no sintoma histérico do século XIX. Nesta condição estrutural, impõem uma dificuldade especial na direção psicanalítica de tratamento: a permanência do paciente nas entrevistas preliminares de entrada em análise e a dificuldade de se formular uma hipótese diagnóstica que direcione o tratamento.

O discernimento da estrutura psíquica constitui um dos eixos do procedimento das entrevistas preliminares sustentando de maneira decisiva a direção do tratamento. De fato, a fundação da psicanálise abriu - a partir dos problemas epistemológicos que a clínica das neuroses histéricas direcionava à psiquiatria do século XIX - a possibilidade de uma pesquisa sobre diagnóstico diferencial, a partir da identificação dos princípios de formação da extensa variedade de sintomas que um mesmo caso pode comportar e dos processos psíquicos que estão em jogo em sua formação. No entanto, a especificidade estrutural dos sintomas contemporâneos, em especial, a redução do sentido inconsciente, dificulta a localização dos princípios formativos das estruturas psíquicas – a saber, o recalçamento com a resultante formação do sintoma nas neuroses (conversão e deslocamento) e a forclusão com o desencadeamento dos fenômenos elementares nas psicoses.

Esse ponto, bem como o próprio posicionamento da psiquiatria atual de recorrer ao modelo biológico para explicar a causalidade do sofrimento psíquico, vem colocando pelo menos dois problemas clínicos importantes para a psicanálise:

1. O que orienta a formulação do diagnóstico diferencial nesses casos e, conseqüentemente, o avanço da direção de tratamento para além das entrevistas preliminares?
2. Como preservar a clínica estrutural da própria ascensão de classes diagnósticas cada vez mais pluralizadas e referenciadas ao modelo biológico que explicaria sua constituição?

Tais problemas estão no fundamento do presente artigo e, aqui, se particularizam por meio da clínica da neurose contemporânea com a seguinte interrogação: quais são os índices clínicos estruturais para diagnóstico da neurose histérica em um quadro de época que define o diagnóstico e a direção do tratamento das psicopatologias pela referência biológica? Mais uma vez a indicação de Laurent (2013), de retomar a tese freudiana de que a organização do sintoma histérico gira em torno do amor ao pai, para avançar na elucidação da histeria rígida é de fundamental importância para pensar a direção de tratamento das neuroses contemporâneas. O autor localiza no divórcio ente palavras e corpos, o fundamento da distinção entre os sintomas do tempo de Freud (sintomas que se expressavam por meio do sentido inconsciente) e os sintomas contemporâneos, que se expressam por meio de uma fenomenologia clínica corporal. É o caso da perda de peso e do declínio de caracteres sexuais secundários na anorexia e da perda dentária, complicações cardiovasculares, anorexia química, hiperatividade no recurso à droga. As referências de Recalde (2013), Caroz (2013) e Souto (2013), concordam com Laurent (2013) e avançam na hipótese de ocorrência de um recuo na ação do Nome-do-Pai sobre a regulação pulsional no desencadeamento de alguns casos de perda do sentimento de vida, experiência de vazio e recuo do sentido inconsciente.

O aprofundamento dessa investigação em psicanálise permanece coerente com a originalidade da hipótese da causalidade psíquica na formação do sintoma, opondo-se a uma orientação terapêutica da psiquiatria contemporânea que reduz a estrutura à classe monossintomática de *transtorno*. Assim, o artigo parte da tese freudiana a respeito dos processos psíquicos em jogo na formação do sintoma na histeria – ou seja, a defesa pelo amor ao pai à irrupção da sexualidade – e trabalha a hipótese de que na neurose histérica contemporânea ou histeria rígida, ocorre uma falha na defesa, que pressiona o sujeito a elaborar soluções que não obedecem à lógica de formação do sintoma.

Gestão biopolítica do sofrimento psíquico

Uma referência ao trabalho do filósofo Michel Foucault, mencionada por Henschel de Lima et al (2010) em um artigo sobre o estado da arte do diagnóstico atual em psiquiatria, evidencia a articulação entre a organização da psiquiatria como ciência das condutas anormais (o alcoolismo, o vício do ópio, a experiência da loucura e a convulsão histérica), na passagem do século XVIII para o XIX, e a consolidação das estratégias políticas de controle da vida, ou seja, uma biopolítica da espécie humana. Trata-se de uma nova relação entre o modelo biológico e as estratégias políticas, entre a transformação da vida em objeto do saber e os procedimentos de mensuração que são típicos das estratégias de poder. De acordo com Henschel de Lima et al (2010), a análise biopolítica conduzida por Michel Foucault revela um diagnóstico similar ao de Georges Canguilhem (1966), ao sustentar a presença de uma identificação entre, de um lado, o vital e o político e, de outro, a formação do saber biológico em articulação com a biopolítica no marco do século XIX. Nesse quadro de conjunção entre saber e poder - e de

intervenção crescente de significantes-mestres na disciplinarização dos corpos - a medicina, e as ciências humanas serão consideradas como disciplinas científicas sobre o normal e o patológico. No que se refere à medicina, o desenvolvimento da psiquiatria e da medicina social como estratégias biopolíticas, está ordenado em duas vertentes. Do lado da psiquiatria, uma anátomo-política recai sobre os corpos e conduz ao desenvolvimento do paradigma biológico da hereditariedade, da degenerescência e da eugenia: é o momento de consolidação dos procedimentos de classificação das condutas anormais. Do lado da medicina social, um biopoder de Estado regula a população por meio do cálculo da taxa de natalidade e mortalidade, longevidade e saúde da população justificando a formulação de políticas profiláticas de defesa social contra a degeneração. Dentro desse quadro, destaca-se o *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine*, publicado por Benedict August Morel em 1857. Seu objetivo era estabelecer uma nosografia psiquiátrica fundada na etiologia natural da doença mental. Seguindo esse objetivo, Morel formula o conceito de degeneração, que define a ocorrência de uma degradação patológica normal e primitiva da humanidade, transmitida hereditariamente, e manifestando-se na forma de sintomas físicos, intelectuais e morais. No plano da causalidade da degenerescência, Morel localiza o alcoolismo, a precariedade do meio social, a imoralidade dos costumes, a conduta sexual desregrada evidenciando-se, nesta noção, o marco das políticas higienistas de classificação e controle das condutas anormais. Assim, a medicina revela sua afinidade com a gestão biopolítica do sofrimento: pela psiquiatria, por meio do esforço de classificação como transtorno, de todas as condutas que escapam à norma e, pela medicina social, ao se instituir como defensora da ordem social e reguladora da conduta anormal.

Esse quadro da consolidação da psiquiatria bem como da própria definição do que vem à ser a conduta anormal se coadunará com o modo como o laço social contemporâneo, na forma da opinião pública, recorre à norma para classificar os sintomas como transtornos.

Menos transtorno – mais estrutura

Klotz (2009) discute a distinção entre sintoma, para a opinião pública, e sintoma para a psicanálise: para a opinião pública, o sintoma se confunde com “problema”; para a psicanálise, o sintoma é uma solução. Para o autor, essa distinção se faz com base na clínica da psicose, que testemunha que o delírio é uma solução, um tratamento da pulsão. O modo como a psiquiatria se articula à opinião pública supõe, então, considerar o sintoma como transtorno (*disorder*). Recorrendo mais uma vez à história da psiquiatria, isso se verifica por meio da progressiva adesão à psicofarmacologia como direção exclusiva de tratamento da psicose e pelo declínio da clínica psicopatológica. De fato, os anos de 1950 representaram um momento importante de reestruturação dos fundamentos da clínica psiquiátrica, com base na expansão da tecnologia de síntese de psicotrópicos, com a descoberta da clorpromazina e da imipramina, em um quadro de época de ruptura epistemológica com o modelo psicodinâmico de entendimento da clínica psicopatológica em nome do modelo biológico. Essa ruptura resultou na elaboração de uma taxonomia pluralizada das psicopatologias com base em um modelo geral de regulação bioquímica do comportamento e, consequentemente, na organização da direção de tratamento do sofrimento psíquico em torno da medicalização. O exemplo paradigmático é a diluição, a partir do DSM-IV, da estrutura de neurose nas categorias de transtornos de ansiedade (de separação, mutismo seletivo, fobias específicas, pânico, fobia social), transtornos depressivos (depressão maior, depressão disruptiva,

distímia, disforia pré-menstrual), sintomas somáticos (hipocondria, transtorno de conversão, transtornos factícios) e transtornos obsessivo-compulsivos (dismorfismo corporal, acumulação, tricotilomania, transtorno de escoriação). Ao contrário, para a psicanálise, é fundamental manter a referência aos traços diferenciais que preservam as estruturas psíquicas de sua diluição em transtornos. Particularizando a problematização para o campo da neurose histérica, preservar a neurose da própria ascensão de classes diagnósticas cada vez mais pluralizadas e referenciadas ao modelo biológico resulta na possibilidade de se avançar na pesquisa dos processos psíquicos em jogo no desencadeamento dos traços fenomenológicos típicos dos sintomas contemporâneos (anorexia, depressão e pânico). Como, então, persistir no diagnóstico de neurose histérica sem ceder à diluição forçada imposta pelo DSM?

A clínica da neurose histérica produziu desafios importantes na passagem do século XIX para o século XX. Seu surgimento denunciou o limite da medicina psiquiátrica ancorada no modelo biológico, ao evidenciar a ausência de uma lesão anatomofisiológica na base da formação do sintoma. Ao fundar a Psicanálise, na passagem do século XIX para o XX, Freud rompeu com a hipótese da etiologia orgânica das neuroses, mostrando que as paralisias histéricas não se confundiam com as paralisias orgânicas e sustentando a hipótese da causalidade sexual. É a partir daí que será possível erguer uma disciplina do diagnóstico diferencial em que o funcionamento subjetivo estará intimamente articulado aos mecanismos psíquicos de regulação da sexualidade.

A origem técnica do termo neurose advém da tradição médico-escocesa, tendo seu marco em 1769, com a primeira edição de *Synopsis Nosologiae Methodicae*, de William Cullen (Costa-Pereira, 2010). No quadro da preocupação emergente da medicina, com a identificação e classificação das doenças, Cullen estendeu o sistema classificatório de Lineu para ordenação dos seres vivos para a disciplina do diagnóstico em medicina. Cullen formulou a classe diagnóstica de *neuroses* para designar tanto as afecções gerais do sentimento e do movimento não acompanhadas de febre como as afecções que não dependem de uma lesão local dos órgãos. O fundamento comum dessas afecções era reportado à um distúrbio geral do sistema nervoso, principalmente nas áreas responsáveis pelo controle dos sentimentos e dos movimentos, determinando sua interrupção, fragilidade ou irregularidade (Costa-Pereira, 2010). Ainda que definissem alterações da vida afetiva muito frequentes, a categoria de *neuroses* não pertencia a um campo de saber específico, alternando sua ocorrência entre os domínios de investigação da neurologia e da psiquiatria.

Com a fundação da Psiquiatria no século XIX, a categoria passa a definir um vasto campo de síndromes diversas, cujo substrato anatomopatológico ou a fisiopatologia permanecia incognoscível. Nesse vasto espectro de síndromes, a literatura médica do século XIX não concedia à histeria um lugar central, definindo um amplo espectro para as neuroses: as obsessões e fobias (classificadas, até então, como delírios), o tétano, a raiva, as nevralgias, mal de Parkinson, a epilepsia. Um maior destaque à histeria ocorrerá a partir dos trabalhos clínicos de Jean Martin Charcot, dedicados ao diagnóstico diferencial entre histeria e epilepsia e ao aprofundamento da especificidade da histeria. Dessa forma, ao longo de todo o século XIX, evidencia-se o aprofundamento da pesquisa clínica em torno da distinção entre epilepsia e histeria segundo os marcos:

1. Da revisão da categoria de histeroepilepsia, levando Charcot a concentrar a pesquisa clínica das convulsões em torno do diagnóstico diferencial entre histeria e epilepsia.

2. Do passo essencial de aprofundamento da pesquisa sobre a causalidade da histeria, por Freud, conduzindo ao isolamento do traço diferencial da histeria e à formulação da causa sexual da neurose.

3. Da elaboração dos fundamentos metapsicológicos a partir da hipótese da causa sexual: no nível econômico e dinâmico, Freud elaborara o recalçamento e a conversão do afeto como hipótese explicativa para a formação dos sintomas na neurose histérica; no nível tópico, estrutural, da inscrição das representações psíquicas no inconsciente, ele sustentara a identificação ao pai como agente regulador da satisfação pulsional.

Tomando como referência os textos clínicos iniciais de Freud (1893 [1976]), sua pesquisa etiológica indica uma abordagem positiva do sintoma, distinta da tradição médica que o caracterizava como o negativo dos sintomas de uma doença orgânica, com a carga pejorativa do termo “simulação”. Nessa abordagem positiva, o sintoma é também o índice do consentimento do sujeito à ação civilizatória do pai na regulação pulsional, clinicamente manifesto como uma defesa, pela identificação ao pai contra uma defesa contra a interrogação sobre feminino. O caso de Elizabeth Von Ritter verificara essa hipótese, conforme a indicação de Freud (1893-1895 [1976]):

1. O lapso paterno “és o filho que eu sempre desejei” a localiza no amor ao pai.
2. A declaração amorosa, do cunhado para a irmã, como o ponto em que a paciente localiza a emergência do feminino para além da identificação ao filho desejado pelo pai: ali o coração de gelo – produto da identificação ao pai – começara a derreter.
3. O agravamento do sintoma de hemiplegia como defesa contra o feminino.

No entanto, em 1908, a clínica das neuroses atuais introduz uma nova abordagem para o diagnóstico no campo das neuroses. De fato, em *Moral Sexual ‘Civilizada’ e Doença Nervosa Moderna*, Freud (1908 [1976]) formula uma distinção diagnóstica importante entre psicose e neuroses atuais. Ele define as psicose como condizentes aos efeitos dos conteúdos ideativos inconscientes, e as neuroses atuais, como neuroses que não possuem relação com o infantil, e caracterizam-se por manifestações clínicas que surgem no corpo, mediante um excesso ou escassez de pulsão. Com as neuroses atuais, Freud depara-se com uma clínica da desestabilização pulsional e do declínio do funcionamento do inconsciente. Assim, se por um lado a abertura do inconsciente permitiu a Freud isolar o amor ao pai como sustentador da formação sintomática na histeria, a própria subjetividade de época testemunhou seu fechamento a ponto de Freud, em 1908, em uma carta a Jung, admitir que esta categoria se diluía diante de seus olhos, em função da extensão clínica assumida pelo diagnóstico de demência precoce. A própria direção de tratamento da neurose histérica, inicialmente afinada com a interpretação do sentido subjacente ao sintoma, cede progressivamente lugar à evidência de que o sujeito neurótico pode ser recalcitrante, resistente à análise devido a ocorrência de uma exigência superegoica de não curar denominada de reação terapêutica negativa (Freud, 1913 [1976]). Não é, portanto, sem razão que Lacan (1972 [1978]) alerta para o fato de não ser evidente que a neurose ainda exista.

Em um artigo dedicado à reflexão crítica sobre a validade do diagnóstico de neurose histérica, Maleval (1994) assinalava que a própria apresentação clínica da histeria em sua forma mórbida já era mais rara na época de Charcot, a ponto deste definir as quatro fases do ataque histérico a partir da observação da sintomatologia de sua paciente Augustine. Será que

essa raridade da manifestação teatral já indicava o declínio da categoria de neurose histérica ou ela apresentar-se-ia a partir de outras formas clínicas?

Conforme o que foi desenvolvido até o momento, a riqueza das formas clínicas não apaga o traço diferencial de cada estrutura. No entanto, o foco da psiquiatria na homogeneidade do transtorno como solução à pluralização das formas clínicas, conduziu à supressão da dimensão de posição subjetiva própria à neurose. De fato, em 1928, o livro surrealista *Nadja*, escrito por Andre Breton, sustentava que a neurose histérica não era uma desordem, mas uma posição subjetiva. Ele considera a personagem de Nadja, a expressão de uma beleza convulsiva e tipicamente histérica (Roth; Medeiros, 2013). Trata-se da descoberta poética de uma posição subjetiva que tenderia à insurreição, ao questionamento dos ideais civilizatórios – inclusive com relação ao próprio saber médico que a abordava. Será que a homogeneização da histeria em torno da classe de transtorno não reforça uma operação selvagem do próprio sintoma de recusa do sentido? E, com isso, que restringe a direção de tratamento à prescrição medicamentosa para os fenômenos clínicos associados a ela (declínio do sentimento de vida, anorexia, depressão) em detrimento de uma direção de tratamento que privilegie a articulação da pulsão ao sentido?

Um outro paradigma para o campo das neuroses

O alerta de Lacan (1975-1976 [2007]) para o possível desaparecimento da neurose histérica condensa a complexidade clinico-conceitual desta estrutura e os diferentes modos de solução para os impasses colocados pelo avanço da pesquisa nesse campo. No marco do seminário sobre o *sinthoma* (Lacan, 1975-76 [2007]), a teoria psicanalítica avança para pensar a irrupção da pulsão de morte na modalidade temporal da urgência na psicose. A própria forma como a clínica dos sintomas contemporâneos teve sua inserção na psicanálise de orientação lacaniana a partir do programa de pesquisa das psicoses ordinárias, testemunha o avanço na direção da psicose. Esse programa gerou três conversações: Conciliábulo de Angers, Conversação de Arcachon e Convenção de Antibes. No conjunto dessas conversações se discutiu o impacto do declínio generalizado do significante Nome-do-Pai sobre o funcionamento subjetivo, tomando como base um conjunto de casos clínicos onde a questão do funcionamento psicótico se colocava a despeito de não se verificar uma história clínica de tratamento psiquiátrico, nem se evidenciar a eclosão de alucinações e delírios ou o desencadeamento de um quadro de melancolia. A ocorrência desses casos contraria o arcabouço teórico da psicanálise de orientação lacaniana que, entre os anos de 1950 e o final dos anos de 1990, orientava o entendimento da estrutura psicótica pela tese da forclusão do Nome-do-Pai localizando no fenômeno elementar o resultado direto da forclusão:

1. Ruptura do par S1-S2.
2. Isolamento do S1.
3. Incidência sobre o sujeito como enigma que suscita a perplexidade.

O caso B., apresentado por Jean-Pierre Deffieux (Miller et al, 2008), é particularmente elucidativo de novos índices para localizar o traço diferencial da psicose. B. recorda uma cena crucial para a elaboração do diagnóstico de psicose: aos oito anos, quando se dirigia ao treino de natação, um homem lhe oferece carona de bicicleta. B. aceita sem vacilar, o homem o leva para um bosque, lhe aplica uma surra e ameaça cortar seu sexo com uma faca. B. escuta uma voz que lhe diz *Veja!*. Ele vê um menino, conclui que

era ele mesmo, e escapa das mãos do homem. O testemunho dado por B. surpreende Deffieux: sobre essa cena, o paciente afirma não saber se sentiu dor. O que indica uma discreta predominância da relação de estranheza entre o eu e o corpo e a ancoragem simbólica frágil como traços diferenciais da estrutura psicótica. Esses novos índices clínicos para diagnóstico da psicose, para além da localização da alucinação verbal, permitiram interrogar o estatuto do funcionamento do significante na psicose e, conseqüentemente, no próprio campo das neuroses. O caso B. evidencia o sujeito não está imune aos efeitos do significante. De fato, na linha de problematização do primeiro ensino de Lacan, as conversões acentuam a relevância da crença no amor ao pai como condição para o funcionamento psíquico e, portanto, para a consolidação da estrutura neurótica. Miller (2008) defende a importância desta operação na constituição da estrutura psíquica, obscurecida pelos monosintomas contemporâneos, elaborando, para o campo das neuroses, os diferentes níveis de operatividade do Nome-do-Pai na efetuação da estrutura. Assim, as conversações realizadas entre os anos de 1996 e 1998, apresentam outro paradigma para as neuroses, na impossibilidade de se orientar no tratamento dos sintomas contemporâneos pelo Nome-do-Pai já fixado na estrutura. Trata-se do índice de operatividade do Nome-do-Pai para a direção de tratamento das mais diversas versões do desamparo, evidenciado nas neuroses histéricas, pelo recuo na crença do amor ao pai, e pelo aprisionamento na fantasia feminina da mãe: toxidades, emagrecimentos súbitos, empuxo ao suicídio e à automutilação, invasão brutal da angústia, errância.

O Nome-do-Pai e sua Operatividade

O Édipo e, conseqüentemente, a ação do pai na constituição do psiquismo foi, para a psicanálise, a bússola de orientação com relação ao diagnóstico diferencial entre neurose e psicose: a inscrição desta ação do pai indicava a normalidade neurótica e seu déficit era índice da forclusão típica das psicoses. No entanto, recorrendo à uma referência de Lacan sobre o caso Dora em *O Seminário. Livro 17*, em que o autor afirma que a neurose histérica é uma estrutura que evidencia com precisão o estatuto do Nome-do-Pai na época, constata-se a relevância da neurose na denúncia da operatividade do Nome-do-Pai na época e seus impactos no funcionamento subjetivo. Caroz (2013) é bem preciso ao afirmar que os transtornos *hiper* (sexualidade, atividade) e *dis* (lexia, grafia, calculia) testemunham uma desestabilização pulsional que nada mais é do que a outra face da não absorção da pulsão pela estrutura psíquica.

Ao elaborar o segundo dualismo pulsional, com ênfase na definição do conceito de pulsão de morte, Freud (1920 [1976]) avalia que a teoria psicanalítica naquele momento tomara um destino diferente daquele que se desenhara nos primórdios da psicanálise com a decifração do inconsciente pela interpretação. É sabido que a clínica de Freud deixava de estar totalmente voltada para a direção de tratamento da neurose histérica e voltava-se para a compulsão à repetição, a reação terapêutica negativa e a angústia.

As considerações feitas, desde o redirecionamento da teoria psicanalítica para a elucidação da pulsão de morte até a consideração clínica de que o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose exige a consideração da pulsão, conduz a pensar que a direção de tratamento das diferentes formas de sofrimento psíquico contempla a construção de um tecido simbólico para a pulsão. Essa consideração está de acordo com a formulação de Jacques Lacan a respeito do papel da Psicanálise na civilização, em *A ciência e a verdade* (LACAN, 1965 [1998], p. 855-878): cabe à psicanálise

reintroduzir o Nome-do-Pai na consideração científica. É possível ampliar essa formulação para o próprio diagnóstico da psiquiatria contemporânea: ao tratar a invasão pulsional pelo psicofármaco, sem se referir ao traço diferencial de estrutura, esta produz o efeito colateral de seu acirramento. Cabe, então, à Psicanálise reintroduzir o tecido simbólico no ponto em que este se vê fragilizado pelo acirramento do cientificismo. O tecido simbólico é referido, em Psicanálise, à teorização do Nome-do-Pai sendo um eixo central desde *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1976), marcando a relevância do pai no funcionamento psíquico. O autor dá continuidade ao tema em *Os Três Ensaio sobre a Sexualidade* (1905/1976), formalizando-o através do Complexo de Édipo e evidenciando sua centralidade. No entanto, a posição do pai no Complexo de Édipo ganha aprofundamento ao longo da obra freudiana. É o caso de *Totem e Tabu* (1912 [1976]), em que por meio do mito da horda primitiva, Freud elabora uma teoria do pai em posição de exceção: um pai cujo sacrifício original constitui a forma arquetípica da renúncia pulsional que culminará no pai morto do Édipo.

Em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (Freud, 1921 [1976]), o autor localiza no pai o modelo de exercício de poder e o ideal em torno do qual gravita o processo identificatório, que resultará no recalçamento das pulsões e na constituição do inconsciente. A posição do pai na perspectiva do ideal se mantém em *O Ego e o Id* (1923 [1976]) com uma especificidade. Freud aprofunda a dimensão anômica do pai e decompondo-o em duas instâncias (o ideal do eu e o supereu) e concentrando no supereu a dimensão imperativa, pulsional, da lei. Dessa forma, a problemática do declínio do pai é correlata à própria constatação de que o pai enquanto unidade em torno do qual gravitam as identificações recuou, em nome de sua divisão entre o ideal do eu e o supereu indicando, assim, seu funcionamento a partir de níveis de operatividade: o ideal do eu se articula ao pai morto e o supereu, ao pai da horda. Essas colocações fundamentam a argumentação de *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924 [1976]) e *O Mal-Estar na Civilização* (1930 [1976]), em que aprofunda a problematização sobre a relação conflituosa entre a experiência subjetiva e as insígnias paternas, sustentando que existe no fundamento da relação do sujeito com a lei, algo que faz com que a lei se torne mais intransigente na exata proporção em que o sujeito à ela se submete. De fato, Freud constatara pela clínica da neurose histérica e obsessiva, que o sujeito fizera do pai, o núcleo de uma relação sintomática, alternando entre admiração-ideal e rivalidade-culpa. Sendo assim, apesar de Freud conceber o pai como instância de transmissão da lei, como bússola de orientação para o sujeito, o sentimento de rivalidade-culpa acaba por evidenciar o modo desregulado e imperativo de funcionamento da lei. Esse ponto de discordância conduz Freud (1923 [1976]) a decompor o pai em duas instâncias - o ideal do eu e o supereu. Enquanto o ideal do eu orienta a renúncia da satisfação autoerótica introduzindo a mediação da lei que orienta a pulsão para o campo das escolhas amorosas de objeto, o supereu concentra a dimensão imperativa, pulsional, da lei. Essa formulação evidencia uma teorização do Édipo em duas direções: a primeira que vai da exceção ao pai morto e a segunda, que mantém no fundamento do Édipo, a presença do pai da exceção. É, ainda, de extrema atualidade por verificar que a ação do pai na efetuação da estrutura psíquica se faz por níveis de operatividade. O que abre a possibilidade de se interrogar o diagnóstico diferencial e a direção de tratamento do sofrimento psíquico atual a partir da localização do seu ponto de desestabilização na estrutura psíquica e dos efeitos de adesão à identificação imaginária monosintomática (*sou anoréxica, sou depressiva*), de obediência à disjunção *sou onde não penso; penso onde não sou*, e de pregnância de fenomenologias corporais, já mencionadas na seção 3 do presente artigo.

Tais considerações permitem sustentar que a determinação do nível de operatividade do Nome-do-Pai na efetuação da estrutura psíquica encontra-se na base da construção lógica do caso clínico e, no interior dessa

construção, da direção de tratamento das formas atuais do sofrimento psíquico: do recurso à substância psicoativa à formas mais dramáticas de nadificação subjetiva por meio da recusa alimentar nas anorexias.

A Neurose Histórica ainda viva na base dos Sintomas Contemporâneos

Nos anos de 1930, Lacan (1938 [2008]) isolara no vício, no suicídio, nos transtornos alimentares, no empuxo à errância, a ocorrência de uma anomalia desastrosa do amor ao pai e de desestabilizações pulsionais relativas à essa anomalia sem, com isso, evidenciar efeitos da foraclusão: neuroses de autopunição, neuroses de caráter, neuroses digestivas. A tabela 1 sintetiza alguns aspectos referentes ao quadro clínico das neuroses contemporâneas.

Tabela 1. Aspectos do quadro clínico das neuroses contemporâneas

Formação do Sintoma na Neurose (Freud)	Sintomatologia nas Neuroses Contemporâneas
<p>Recalcamento (separação entre ideia e afeto):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Histeria: A ideia tem destino para o inconsciente e o afeto é convertido para uma parte do corpo (paralisias, cegueiras). 2. Neurose Obsessiva: Deslocamento da pulsão para outros núcleos de pensamento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não fixação da estrutura psíquica neurótica, pelo Nome-do-Pai, para conceder as coordenadas do funcionamento psíquico. 2. Circulação livre das pulsões impondo uma satisfação que se alimenta das piores renúncias. 3. Pregnância de significações absolutas ancoradas no imaginário, obedecendo à fórmula <i>se... então sou. E se sou, não penso</i>, com redução da divisão subjetiva a denominações monossintomáticas do tipo <i>sou anoréxica, sou depressiva</i>.

Fonte: Fernandes & Lopes. Arquivos do Laboratório de Investigação de Psicopatologias Contemporâneas, 2014.

A pesquisa de Jacques-Alain Miller (2003) a respeito do índice de operatividade do Nome-do-Pai, na impossibilidade de se orientar no tratamento dos sintomas contemporâneos pela metáfora paterna já fixada na estrutura, é uma indicação precisa para a direção de tratamento desses casos. De fato, discutindo sobre a clínica diferencial das neuroses e psicoses, o autor se apóia no último ensino de Lacan (1975-76 [2007]), que acentuara a relevância da crença no amor ao pai como condição para o funcionamento da realidade psíquica e, portanto, para a consolidação da estrutura neurótica. Miller (2003) defende a importância desta operação na constituição da estrutura psíquica, obscurecida pelas categorias classificatórias do DSM e do CID-10, e lança mão dos níveis de operatividade do Nome-do-Pai na efetuação da estrutura.

Com base nesta formulação, Guimarães (2008) denomina de mal-ditas históricas, as mulheres que estão no campo da neurose, mas que não podem ser consideradas históricas porque ainda não consiste de modo operativo o amor ao pai. A autora concede ao termo a seguinte duplicidade:

1. Mal-ditas: pela posição ética do sujeito na neurose, verifica-se a pregnância da pulsão de morte (adicção, anorexia, depressão) e de sentimentos paranóicos associados à uma autoridade externa anônima e pública.
2. Malditas: pela inadvertida posição contratransferencial do analista, que pode interpretar tal pregnância como *insuportável*.

Essa formulação de Guimarães (2008) ganhará consistência na formulação atual de Laurent (2013) a respeito da histeria rígida. Destacando a distinção entre sintomas do tempo de Freud e sintomas contemporâneos, o autor localiza no divórcio ente palavras e corpos, o fundamento da distinção entre os sintomas do tempo de Freud (sintomas que se expressavam por meio do sentido inconsciente) e os sintomas contemporâneos (sintomas que falam por meio de uma fenomenologia clínica corporal), bem como dos aspectos clínicos das neuroses contemporâneas, expostos na tabela 1. De fato, retomando as considerações, feitas no presente artigo sobre o sintoma da neurose histérica, entende-se que a ocorrência de paralisias, afonias e cegueira – sintomas típicos da regulação da pulsão pelo Nome-do-Pai - exprimiam uma perda inscrita no corpo. Em contraposição a essas formas tradicionais da histeria, Laurent recupera a denominação de histeria rígida, apresentada por Lacan, afirmando que se trata de uma forma mais atual de apresentação do sintoma histérico. Na histeria rígida, evidencia-se a prevalência de uma fenomenologia clínica corporal (perda de peso, declínio de caracteres sexuais secundários na anorexia; perda dentária, complicações cardiovasculares, anorexia química, hiperatividade no recurso à droga) em detrimento do discurso orientado pelo amor ao pai e endereçado ao Outro. Neste sentido, a denominação de histeria rígida permite localizar no campo da neurose, os casos que não evidenciam a utilização da ferramenta do Nome-do-Pai para manifestarem a inscrição do sujeito no Outro. Retomando as interrogações formuladas na introdução deste artigo – o que orienta a formulação do diagnóstico diferencial nesses casos e, conseqüentemente, o avanço da direção de tratamento para além das entrevistas preliminares? Como preservar a clínica estrutural da própria ascensão de classes diagnósticas cada vez mais pluralizadas e referenciadas ao modelo biológico que explicaria sua constituição? – levanta-se a hipótese de que para a pesquisa do diferencial de estrutura nos sintomas contemporâneos, a histeria rígida é tão relevante quanto a psicose ordinária para o campo das psicoses.

Uma histeria rígida, destituída da ação do Nome-do-Pai, traz no cerne de seu funcionamento a ocorrência da repetição da pulsão divorciada da referência ao sentido conforme a indicação de Laurent a respeito da separação entre corpos e palavras verificada nos sintomas contemporâneos. Sendo assim, a denominação de histeria rígida, no campo das neuroses - da mesma forma que a denominação de psicose ordinária no campo das psicoses - permitiria uma ampliação nas características de funcionamento das estruturas psíquicas, sem a diluição das estruturas seja em nome da categoria generalizante de “transtorno” (tal como ocorre no DSM), seja em nome de uma redução da pesquisa clínica em diagnóstico diferencial ao campo da psicose. De fato, pensar o diagnóstico diferencial, hoje, sem necessitar recorrer à categoria de “transtorno” é valorizar a singularidade das soluções elaboradas por cada ser falante como respostas ao vazio - no avesso de uma época cujo fundamento biopolítico torna hegemônico o paradigma biológico e a medicalização da vida.

Sobre o artigo

Recebido: 01/02/2015

Aceite: 20/05/2015

Referências bibliográficas

ANJOS, A. O Lázaro da Pátria (1912). In: ANJOS, A. **Obra Completa de Augusto dos Anjos**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994, p. 236-249.

BERRIOS, G. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Revista de Psiquiatria Clínica (USP)**, São Paulo, v.35, n.3, p.113-127, 2008. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n3/113.htm>. Acesso em 10/08/2014.

BREUER, J.; FREUD, S. Estudos sobre histeria (1893-1895). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. II.

CANGUILHEM, G. Qu'est-ce que la Psychologie? **Cahiers pour l'Analyse**, Paris, 1(2), p. 77-86, 1966.

CAROZ, G. "Depois do Édipo?" O que quer dizer? **Textos do VI ENAPOL. VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana. Falar com o Corpo. A Crise das Normas e a Agitação do Real**. Buenos Aires, 2013, p.79-81. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/Textos.pdf> . Acesso em 10/01/2015

COSTA Pereira, M.E. Cullen e a introdução do termo *neurose* na medicina. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.13, n.1, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100009. Acesso em 10/01/2015.

FERNANDES, F.B.; LOPES, A.F. **Arquivos do Laboratório de Investigação de Psicopatologias Contemporâneas**, 2014.

FREUD, S. Estudos sobre histeria (1900). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. II, p. 161-206.

FREUD, S. A Interpretação de Sonhos (1900). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. V, p. 371-775.

FREUD, S. Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna (1908). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.187-212, v. IX.

FREUD, S. Totem e Tabu (1912-13). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 17-191,v.XII.

FREUD, S. Sobre o Início do Tratamento (1913). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 164-191,v.XII.

FREUD, S. Além do Princípio de Prazer (1920). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 17-90, v.XVIII.

FREUD, S. Psicologia de Grupo e Análise do Eu (1921). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976,p. 91-183, v. XVIII.

FREUD, S. O Ego e o Id (1923). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.23-90, v. XIX.

FREUD, S. O Problema Econômico do Masoquismo (1924). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.199-215, v. XIX.

FREUD, S. O Mal-estar na Civilização (1930[1929]). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.81-177, v. XXI.

GUIMARÃES, L. Como Formalizar um Caso Clínico? **Revista aSephallus. Revista do Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o Moderno e o Contemporâneo/UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n.6, p. 73-83, mai-out 2008.

HENSCHER DE LIMA, C., et al. Diagnóstico diferencial e direção do tratamento na atualidade: do DSM-IV à psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia (UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 62, n.1, p.49-61, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v62n1/v62n1a06.pdf>. Acesso em 10/01/2015.

HENSCHER DE LIMA, C. et al. Do Sintoma como Caso de Biopolítica à Estrutura em Psicanálise. **Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/Anais%20Congresso%202014/Mesas%20Redondas/22.1.pdf>. Acesso em 21/11/2014.

KLOTZ, J.P. Psicose Ordinária e Sintomas Modernos. **Latusa. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise-Seção Rio**, Rio de Janeiro, v.9, n.14, p.9-22, 2009.

LACAN, J. Os Complexos Familiares na Formação do Indivíduo (1938). In: LACAN, J. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

LACAN, J. **O Seminário. Livro 17. O Averso da Psicanálise (1969-70)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1992.

LACAN, J. Conferencia en la Universidad de Milán del 12 de mayo de 1972. In: LACAN, J. **Lacan in Italia**. Roma: La Salamandra. 1978, p. 32-55.

LACAN, J. **O Seminário. Livro 23. O Sinthoma (1975-1976)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2007.

LAURENT, E. (2013). Falar com seu sintoma, falar com seu corpo. **Textos do VI ENAPOL. VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana. Falar com o Corpo. A Crise das Normas e a Agitação do Real**. Buenos Aires, 2013, p.82-83. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/Textos.pdf>. Acesso em 10/01/2015

MALEVAL, J.C. Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. **Revista de la Asociacion Espanola de Neuropsiquiatria**, Espanha, v.14, n. 49, pp. 269-290, 1994.

MILLER, J.A. et al. **La psicosis ordinaria: la convención de Antibes**. Buenos Aires: Paidós. 2004.

MILLER, J.A. et al. **Los inclasificables de la clínica psicoanalítica**. Buenos Aires: Paidós, 2008.

MOREL, B.A. **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades**. Paris : J.B. Baillière, 1857. Disponível em: <https://archive.org/details/traitedsdg1857more>. Acesso em 10/08/2014.

RECALDE, M. A Histeria hoje. **Textos do VI ENAPOL. VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana. Falar com o Corpo. A Crise das Normas e a Agitação do Real**. Buenos Aires, 2013, p.82-83.

Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/Textos.pdf>. Acesso em 10/01/2015.

ROTH, A.M.; MEDEIROS, M.P. A beleza será convulsiva ou não será: o discurso histérico e a estética da histeria na obra surrealista Nadja. **Psicanálise & Barroco em Revista**, Juiz de Fora, v.11, n.1, jul. p. 151-170, 2013.

SOUTO, S. O que a histeria hoje nos ensina sobre o sintoma. **Textos do VI ENAPOL. VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana. Falar com o Corpo. A Crise das Normas e a Agitação do Real**. Buenos Aires, 2013. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/La-histeria-hoy/Simone-Souto.html> Acesso em 10/01/2015.