

É possível uma história da histeria?*

*Rafael Andrés Villari*¹

Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo

O texto visa, através do diálogo entre a idéia de estrutura e a de história da histeria — entendida esta enquanto discurso singular — salientar os aspectos constantes que se mantêm ao longo da história, e como os diferentes saberes — medicina e psicanálise — abordam esse desafio discursivo e fenomenal de diferentes maneiras.

Palavras-chave: psicanálise, medicina, histeria, história.

Abstract

Through the dialogue between the idea of structure and the history of hysteria, understood as a singular discourse, this article intends to underline the constant historical aspects and to point out how different knowledges — medicine and psychoanalysis — approach this discursive and phenomenal challenge in a different way.

Keywords: psychoanalysis, medicine, hysteria, history.

* Is it possible to write the history of hysteria?

¹ villari@cce.ufsc.br

*Hay un agrado en percibir, bajo los disfraces del tiempo,
las eternas especies, [...]*

Jorge Luis Borges

A psicanálise não é sem a História. História de histórias. História não linear. História que anda e claudica, tal qual o trajeto dos conceitos, plena de paradoxos. História que não é sem referências, sem os mitos, sem os fantasmas que a organizam. História que não está pronta e que depende tanto do que a faz como daquele que a conta. E a psicanálise tem nos mostrado que depende também daquele que a escuta.

Luiz-Olyntho Telles da Silva

História e Histeria: dois significantes — quase homógrafos — em tensão. Longo é o debate entre historicistas e estruturalistas. Essa disputa poder-se-ia representar por outra questão: é concebível a dimensão histórica de uma estrutura?

Contudo, a pergunta que intitula estas linhas pareceria estranha, ou retórica, se levarmos em conta as informações que remontam ao antigo Egito; em princípio, dispomos de quarenta séculos de história onde vasculhar os índices de uma subjetividade singular: a histeria. Melman nos dá a notícia,

Seis papiros egípcios que tratam de medicina foram encontrados. Dois dentre eles relatam distúrbios somáticos, ou do comportamento, observados em mulheres [...].

O mais antigo, chamado "papiro Kahoun" [...] data aproximadamente de 1900 A. C. Ele relata a história de uma mulher que recusava sair da cama, se lavar, se arrumar. Uma outra doente da vista e tinha dores cervicais. Uma terceira sofria dos dentes e das mandíbulas e não podia abrir a boca.

Uma quarta tinha dores musculares difusas e nas órbitas. [...] (1985, p.41).

O segundo papiro, provavelmente de 1500 A. C., leva o nome do egiptólogo — ‘Ébers’ — que o descobriu. Nele, encontram-se descrições de doenças de mulheres, assim como também, sobre sua etiologia e — aspecto essencial — seu tratamento. Antes de avançar nesta questão fundamental, lembremos sucintamente — tal vez como uma forma de homenagem — ao pai do nome: Hipócrates; quem no trigésimo aforisma introduz o qualificativo de histérico para assinalar um distúrbio ligado ao útero: *globus hystericus*. O útero inchar-se-ia — da mesma forma que seu correlato imaginário masculino — ao modo de um globo que poderia deslocar-se no interior do corpo feminino, produzindo diferentes complicações.

Tanto a perspectiva egípcia como grega — separadas por mil trezentos anos de civilização — coincidiam nas causas e tratamentos,

Esses distúrbios tão diversos são remetidos a uma única e distante causa, doença do útero: acometido de inanição, ele se desloca pelo corpo em direção ao alto e contraria o funcionamento dos órgãos. A tarefa do terapeuta é clara: trata-se de eliminar a subalimentação do órgão, de restituir-lhe assim sua umidade e gravidade e de recolocá-lo em seu lugar. Para chegar a esse resultado ele pode associar a inalação de substâncias fétidas repulsivas com fumigações vaginais perfumadas e atraentes. [...] (MELMAN, 1985, p.41).

Encontramos também outra alternativa à cura, aquela que sugere o manuscrito mencionado anteriormente, “Ebers”; ele acrescenta ao tratamento “[...] um ébis de cera, representação do deus Thot, o mais poderoso do panteão egípcio e divindade especificamente masculina, a menos que esse suplemento, mais simplesmente, seja constituído de excrementos masculinos ressecados” (MELMAN, 1985, p.41).

Dois mil anos depois, o próprio Freud, utilizava a terminologia hipocrática. Na sua mais do que provável contribuição à enciclopédia *Villaret*; ainda na trilha charcotiana, Freud fazia referência, referindo-se à sintomatologia, ao “*globus hystericus*, uma sensação atribuível aos

espasmos da faringe, como se uma bola estivesse subindo do epigástrico para a garganta” (FREUD, 1888).²

Um aspecto que devemos destacar, nas descrições históricas, é a reversibilidade dos sintomas atribuídos à histeria. Encontramos — em princípio, estranhamente — para um mesmo diagnóstico uma sintomatologia rebelde, difícil de circunscrever “[...] nela nenhum sintoma — afirma Julien — pode ser dito típico, uma vez que seu contrário estará igualmente presente” (1996, p.245). Não acontece o mesmo, por exemplo, quando nos referimos à melancolia; nela, a continuidade sintomática pode ser rastreada e descrita através da história, como uma forma subjetiva constante.³ Provavelmente, a mutabilidade da apresentação histórica⁴ constituiu um dos motivos que contribuíram para o desestímulo à sua historização, “Fazer a história da histeria é atribuir-lhe sintomas que não cessam de mudar. Não há relação necessária entre a histeria e os sinais que ela produz aos olhos dos espectadores... e dos historiadores” (JULIEN, 1996, p.245). Sob o significante *histeria* encontravam-se índices confusos porém, com um mesmo diagnóstico comum e preciso. Se a sintomatologia é tão mutável através do tempo, por que o diagnóstico e a etiologia são constantes? Introduzir o campo do Outro poderia orientar-nos na questão já que, “esses sintomas não se produzem ao acaso; ao contrário, parecem ser bem determinados segundo a chance que têm, em dado período, de chamar a atenção e de despertar a inquietação, não da opinião pública em geral, mas de especialistas que, por seu saber, são os esteios do poder político ou religioso: médicos, filósofos, teólogos, inquisidores.” (JULIEN, 1996, p.245). De alguma forma, não encontramos — na história —, pelo viés do sintoma, o balizamento que guie no rastreamento

² No presente texto utilizamos uma versão eletrônica — aquela assinalada nas referências bibliográficas — das obras de Freud. Como a versão carece de paginação — ou de referência numérica — optamos, para a localização dos textos, por referir o ano do aparecimento do texto e o volume da edição tradicional, referências que constam na versão eletrônica. Em relação as datas, a presença da mesma entre colchetes significa uma data de escrita diferente daquela do aparecimento.

³ Ver o capítulo III *Melancolia e representação* do trabalho de VILLARI, R. A.. *Ernesto Sábato e a melancolia*. 1997. 124f. Dissertação (Mestrado em Literatura) - Curso de Pós-Graduação em Literatura, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.7-19, onde tentamos compor a seqüência histórica das diferentes representações da melancolia. Para maiores informações sugerimos o clássico, KLIBANSKY, R.; PANOFKY, E. & SAXL, F. *Saturno y la melancolia*. Madrid: Alianza Forma, 1991. Trad. Maria Luisa Balseiro.

⁴ Histórico/a. Trata-se de uma estrutura clínica. Nesse sentido inscrita tanto do lado homem como mulher. Podemos dizer, além — ou aquém — do gênero.

da histeria. Nessa desorientação não estamos sozinhos. Quando Lacan se pergunta pelo destino das histéricas de Freud — “aquelas mulheres maravilhosas” — não somente testemunha a mutabilidade de uma apresentação, mas também convoca ao discernimento de sua nova roupagem.

Pelo dito, pensamos que uma história da histeria deveria contemplar um eixo contínuo — diagnóstico e etiologia — e um eixo inconstante e mutável — sua apresentação sintomática. Isto constituir-se-ia num grave problema para uma história médica: historiçizar uma doença que mudaria constantemente⁵. Temos então, por um lado, a labilidade sintomática, pelo outro, a constante diagnóstica e etiológica entendida como manifestações metafóricas de um desejo insatisfeito. Quatro mil anos de monótona resposta — quer dizer, mesma representação — para um sofrimento mutável: a clara insatisfação do desejo feminino.

Nesse sentido, a maneira de tratar a histeria, em cada momento da história, nos indica qual é a forma pela qual tentava-se remediar, como diria Lacan mais tarde, a não relação sexual “Não ou mal ..., eis portanto a mensagem que, temos disto o testemunho, transmite-se há séculos, imutável, a parceiros masculinos cuja boa vontade é comovente. Com efeito, “é só preciso que...” respondem eles com perseverança e talvez também com fatuidade ou presunção, confiantes no poder curador do fetiche do qual se autorizam.” (MELMAN, 1985, p.45). A lógica — fálca — sugere dar, a cada um, aquilo que quer. O problema, como veremos, é que aquilo que quer, não coincide com o que deseja.

Como sabemos, Freud encontrou a histeria junto ao Dr. Jean Martin Charcot. Deparou-se, também, — no seu encontro com outro mestre, Joseph Breuer — com as conseqüências que a histeria poderia produzir sobre quem se dispusesse a interrogá-la. Tempo depois, esses efeitos contribuíram à nominação do conceito de *transferência*. A Salpêtrière era o lugar onde J. M. Charcot entregava-se — sem sabê-lo — à dramaturgia histérica.⁶ Nesse cenário a histeria encontrou, como diz Lacan, um mestre sobre quem reinar. É interessante lembrarmos que a Salpêtrière — a qual o bolsista Freud freqüentou na sua estadia em Paris, em 1885, durante seis meses — foi o grande cenário — o palco histórico à altura

⁵ Conhecemos somente duas referências a um projeto deste tipo, VEITGH, J. *Histoire de l'hysterie*. Paris: Seghers, 1975 e TRILLAT, E. *História da histeria*. São Paulo: Escuta, 1191.

⁶ Não podemos deixar de evocar a pintura de André Brouillet, a qual retrata as apresentações abertas a convidados e interessados — as quartas feiras — das pacientes histéricas da Salpêtrière. Freud manteve em seu consultório, em Viena e mais tarde em Londres, uma reprodução desta obra.

— onde a histeria fez sua entrada dramática e triunfal — quiçá definitiva — na cultura ocidental. O hospital é também herdeiro direto de outro importante acontecimento histórico: o *Grande Internamento*⁷; fenômeno ocorrido na Europa a partir do século XVII, “A prática do Internamento — diz Foucault — designa uma nova reação à miséria, um novo patético — de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano na sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu uma figura que a Idade Média não teria reconhecido” (1987, p.56). Várias décadas depois o hospital deslocaria seus propósitos, “O século XIX aceitará e mesmo exigirá que se atribuam exclusivamente aos loucos esses lugares nos quais cento e cinquenta anos antes se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados” (FOUCAULT, 1987, p.73).

Quer dizer, a partir do *Internamento* do século XVII, o desafio social que a histeria encarnava encontrou, nesse derivado que é o hospício, o lugar para sua — ao mesmo tempo — reclusão e apresentação. Nesse momento, o confinamento — como tentativa de esquecimento — tinha sido a resposta médica ao desafio permanente que a histeria representava. A grande aventura charcotiana, e neste sentido o grande antecedente, radica em ter-se reaproximado das históricas; àquelas que a medicina, de maneira geral, tinha — ante o fracasso — desprezado. Freud — nesta atenção científica de J. M. Charcot — autorizou-se a avançar nesse terreno onde durante quatro milênios tinha-se fracassado. Na Salpêtrière, encontrou a histeria sob o cuidado da ciência, permitindo-lhe investigá-la clinicamente, apesar da crítica teórica germânica.⁸

Assim, se lembrarmos que a sexualidade reprimida se re-apresenta nas *formações do inconsciente* — sonhos, atos falhos, chistes e sinto-

⁷ Sobre esta questão ver principalmente Foucault, M. *História da loucura*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1987.

⁸ Ao respeito no texto necrológico onde Freud homenageia seu mestre encontramos: “De fato, Charcot era infatigável na defesa dos direitos do trabalho puramente clínico, que consiste em *observar e ordenar* as coisas, contrariando as usurpações da medicina teórica. Em certa ocasião, éramos um pequeno grupo de estudantes estrangeiros que, educados na tradição da fisiologia acadêmica alemã, esgotávamos sua paciência com nossas dúvidas quanto às suas inovações clínicas. “Mas isso não pode ser verdade”, objetou um de nós, “pois contradiz a teoria de Young-Helmholtz”. Ele não retrucou com um “tanto pior para a teoria; primeiro os fatos clínicos”, ou qualquer outra expressão no mesmo sentido; dissenos, entretanto, uma coisa que nos causou enorme impressão: “*La théorie, c’est bon, mais ca n’empêche pas d’exister*” (FREUD, 1893). O itálico desta citação é nosso.

mas — podemos dizer que, em termos históricos, a tentativa médica da repressão da sexualidade feminina na histeria retorna, no discurso, através de uma nova formação mais ou menos aceita socialmente: a Psicanálise.

Dizíamos que durante quatro mil anos, a histeria, provocou o saber instituído, o qual repetia sua monótona réplica. Fazia-se necessária outra resposta. A partir de Freud — da Psicanálise — a histeria passa a ter essa resposta que se erige, assim, num novo desafio. Nesse sentido, a proposta freudiana constituiu-se numa virada copernicana; já que, se Copérnico transformou o geocentrismo em heliocentrismo, deslocando o centro do universo da terra para o sol⁹, então Freud propiciou uma transformação da mesma ordem em relação à abordagem clínica da histeria, deslocando-a do campo do olhar para aquele da escuta. Já que, se para J. M. Charcot, como vimos anteriormente, o trabalho consistia em “ver e ordenar”¹⁰ podemos dizer que, a partir de Freud, a atividade clínica transformou-se em “escutar... e ordenar”. Em termos de T. S. Kuhn,¹¹ devemos pensar num momento revolucionário, no surgimento de um novo paradigma, que rompe — abrupta e definitivamente — com o anterior, “a contribuição de Freud é sobretudo a seguinte: o sintoma histórico requer um deciframento, porque é constituído como que por uma linguagem. É deixando de vê-lo, para começar a escutá-lo, que Freud põe um termo a um voyeurismo de quatro mil anos e inaugura uma abordagem rigorosa da constituição do fala-ser” (MELMAN, 1985, p.46).

Lembremos que a constante histórica da histeria foi a de “confundir os hábitos do pensamento socialmente aceito” (JULIEN, 1996, p.245). Freud, não recuando ante a sexualidade¹² e mudando o posicionamento frente ao espetáculo histórico, privilegiando — num primeiro momento

⁹ Além de introduzir a idéia de *infinito* no universo. Esse conceito subversivo que, no dizer de Borges, J. L., é uma “[...] palavra — y después concepto — de zozobra que hemos engendrado con temeridad y que una vez consentida en un pensamiento, estalla y lo mata” (BORGES, 1989, p.248) ou de outra forma ainda, “Hay un concepto que es el corruptor y el desatinador de los otros. No hablo del mal cuyo limitado imperio es la ética; hablo del infinito” (BORGES, 1989, p.254)

¹⁰ Ordenar no sentido de *classificar*.

¹¹ KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

¹² “A idéia pela qual eu estava me tornando responsável de modo algum se originou em mim. Forame comunicada por três pessoas cujos pontos de vista tinham merecido meu mais profundo respeito — o próprio Breur, Charcot e Chrobak, o ginecologista da universidade, talvez o mais eminente de todos os nossos médicos de Viena. Esses três homens me tinham transmitido um conhecimento que, rigorosamente falando, eles próprios não possuíam. Dois deles, mais tarde, negaram tê-lo feito quando lhes lembrei o fato; o terceiro (o grande Charcot) provavelmente teria feito o mesmo se me tivesse sido dado vê-lo novamente. Mas essas três opiniões idênticas, que ouvira sem compreender, tinham ficado adormecidas em minha mente durante anos, até que um dia despertaram sob a forma de uma descoberta aparentemente original” (FREUD, 1914).

— o deciframento significante através da escuta, criou não somente uma inovação radical na abordagem da histeria, mas também, a própria psicanálise. Por isso, dizemos que a psicanálise nasce da tentativa de uma nova resposta à histeria. Não existiria uma, sem a outra.

Assim, ao propor sua formulação teórica a respeito do aparelho psíquico — guiado por suas pacientes — estabelece, indo além do fenômeno, pela primeira vez, uma idéia estrutural da histeria. A qual virá a modificar — a partir de *Mais Além do Princípio do Prazer* — em 1920. No nosso entender, a história da estrutura, limitar-se-ia ao percurso freudiano, ao tempo em que, em relação ao aspecto fenomênico, poderíamos retrotrair-nos a quatro mil anos de civilização. Embora, paradoxalmente, isolando a estrutura, a expulsamos da história. Assim, quando pensamos que sua continuidade é estrutural, as históricas de ontem são as mesmas do mundo (pós?)-moderno que nos toca viver; sendo que, sua moderna apresentação depende, ao mesmo tempo, da labilidade sintomática constitutiva, e das novas formas de saber que deve desafiar.

Porém, como veremos, o incomodo que a histeria provoca à ciência é ainda presente.

No primeiro telefonema M. afirmava ter recebido meu¹³ número telefônico do Dr. P. — renomado neurologista com prática na minha cidade —; afirmava que a indicação deste, a levava a me telefonar para ver “se têm alguma hora”. Ouvi-me dizer que não tinha — quando sempre devemos ter¹⁴ —, logo propondo-lhe que me telefonasse na semana entrante. Fiquei intrigado com minha atitude: que teria acontecido? Na semana seguinte a mesma M. solicitava um horário. Nesse segundo chamado o pedido parecia mais próprio, sem intermediação. Também não perguntava o valor da sessão; fato que tinha ocorrido na primeira ligação. Difícil subtrair-se à beleza. Foi o que pensei quando a vi. Sabia que essa seria uma questão crucial para que a direção da cura pudesse avançar. Passaram-se algumas entrevistas para que meu interesse — apesar dela — pudesse deslocar-se para o discurso. E digo ‘apesar dela’ porque a biografia de M. é marcada por sua beleza física. Foi esse o instru-

¹³ Optamos, quando a referência for ao caso clínico, pela utilização da primeira pessoa do singular; onde os sujeitos do enunciado e da enunciação parecem se aproximar.

¹⁴ Tempo atrás, num dos seus seminários, ouvi dizer de Roberto Harari que é impossível que um psicanalista não dispuha de um horário para um novo paciente. Tratar-se-ia, a seu ver, da resistência do analista.

mento que a levou a se destacar na sua pequena cidade natal. Concur-
sos, debutes, apresentações as quais o mandato materno a expunha, propi-
ciaram um casamento — alcançado — com um rico e trabalhador
herdeiro da capital. Mas, M. sofria e fazia sofrer a seu jovem marido
que, pateticamente dedicado, não conseguia ajudá-la: nem caviar, nem
salmão defumado.¹⁵ O diagnóstico — de idoneidade médica compro-
vada — propunha: *depressão acompanhada de cefaléias fortes e*
inibitórias. A questão — médica — era que nem os exames — sofis-
ticados — encontravam, nem a variada medicação produziam, os efei-
tos esperados. Uma rebeldia persistente ludibriava à química. “Parece
que o Dr. P. não pode comigo”, afirmava M. Não avançarei — aqui —
em outros aspectos da apresentação deste caso, já que este recorte
clínico pretende apontar somente duas questões. A primeira diz respei-
to à apresentação da paciente, seu *mise en scène*; a segunda, a forma
de desafiar o saber instituído.

A histeria, frente à medicina atual, perpetua a milenária provoca-
ção ao poder social vigente. Os médicos parecem padecer — hoje —
ainda mais do que outrora; já que, socialmente, o saber médico — cada
vez mais — ocupa um lugar de destaque na nossa sociedade industrial;
como diz Szpirko “En nuestras sociedades, entre las prácticas de quienes
asisten, la que está afectada de la mayor nobleza es la de los médicos”¹⁶
(1995, p.11). O problema médico acentuar-se-ia — ante a inocuidade quí-
mica — quando o recurso ao “Thot” de cera é de difícil prescrição cien-
tífica. “Ainda não foi descoberto o exame/remédio que encontre/soluci-
one esse problema...” é o argumento — muito distante da ciência — que
permite ao médico apresentar o fracasso. A histérica, sabendo da im-
portância das palavras, ouve a castração daquele que — tendo perdido
seus braços — não vale mais a pena tentar governar. Dezesseis sécu-
los de rebeldia à ciência tiveram seu efeito. A histeria há pouco tempo
foi excluída da nomenclatura científica.¹⁷

¹⁵ Em referencia ao sonho da paciente de Freud, que Lacan batizou mais tarde como sendo o da *bela açougueira*, o qual veremos mais adiante.

¹⁶ Não dispondo do original francês, optamos por não traduzir este texto para o português apresentando-o em espanhol, para, desta forma, não fazer uma tradução de uma tradução.

¹⁷ Pela primeira vez, o D.S.M. III R (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed.) não incluiu mais a palavra *histeria*. (JULIEN, 1996, p.245). Somente encontramos, nesta nova categorização médica, o termo *conversão*, incluído no capítulo “Transtornos Somatoformes” Porém, com o aparecimento — em 1994 — do D.S.M. IV (p.425-449)

Historicamente, o avanço tecnológico fez com que a medicina se distanciasse, cada vez mais, daquilo que em algum momento foi seu meio privilegiado de acesso à doença: a palavra na sua dimensão simbólica. Hoje, a pregnância é escópica, e a dimensão imaginária predominante; neste campo desenvolve-se a luta entre a demanda de cura — histórica — e o saber tecno-científico. O recurso simbólico fica assim, relegado — em alguns casos até foi excluído — diante da promessa tecnológica. Com isto, normalmente confunde-se a queixa simbólica com a real; demanda que, para a medicina moderna, teria somente um viés real atrelado ao corpo. Trata-se, então, de uma dupla leitura, na fala e — especialmente hoje — no corpo do doente, onde a interpretação — médica — consiste na leitura de signos que remetem a um repertório de saber específico. Quer dizer, o médico deve *comprender* o que acontece com seu paciente.

Es totalmente diferente para el psicoanalista, que no descifra la demanda en función de un saber constituido, de una nosografía de referencia. Para ser brutal y marcar bien el asunto diré que, ante la demanda del enfermo, toda la formación del analista, la que tuvo en su propio análisis, en el estudio de los textos, en sus confrontaciones con colegas, en su clínica, toda su formación consiste esencialmente en... en que? En no comprender (SZPIRKO, 1995, p.33).

Voltaremos a esta questão crucial para a Psicanálise. O antigo desafio histórico justifica-se no prejuízo, na desqualificação da qual a histórica sente-se vítima, caindo numa vindicação que pode assumir as mais diversas formas e intensidades. Desde a *belle indifférence* eternizada por J. M Charcot, até a fúria reivindicativa de verniz paranóide. Mas, o que reivindica se sabemos que sua subjetividade inclui a possibilidade do gozo fálico — lembremos da fórmula da sexualidade¹⁸ e do fenômeno;

vemos a reintrodução de algumas referências anteriores, embora muito distante de uma definição etiológica. “En las declaraciones militares en favor del DSM 3, en nombre de la objetividad, de la racionalidad científica, se proponía renunciar a las etiologías clásicas, demasiado entrapadas en aproximaciones y dejando la mejor parte a la subjetividad de los médicos. Hoy el DSM 4 se propone reintroducir ciertos aspectos de la etiología de las “enfermedades mentales” (SZPIRKO, 1995, p.20).

¹⁸ LACAN, J. *Aun*. Buenos Aires: Paidós, 1989. Trad. Diana Rabinovich, p. 95.

inclusive também, desse gozo Outro — suplementar — que como nos diz Lacan, partilha com os místicos? Reclama do que têm pelo que não possui. Esse é um dos aspectos pelo qual frequentemente recebemos aquele tipo de indicações de pacientes vindo do impasse galeno. Os médicos afirmam, sem se ouvirem, compungidos ante a queixa: “Não tem nada”, perguntando-se, às vezes, “O que quer de mim, então?”. Assim, “Lo que justifica el nombre de “psi” es la incongruencia de los signos: un dolor que no tiene razón de ser, cuando la constelación de signos está en contradicción con los signos conocidos. En ese caso, o bien se trata de una enfermedad nueva, o bien “eso no existe” y, que hacer?” (SZPIRKO, 1995, p.15). Pois bem, *d-Isso*¹⁹ se trata na histeria, da pergunta pelo desejo que, desde sempre, pensou-se obter com o fetiche fálico. Outra *bela*, neste caso, esposa do açougueiro²⁰ — através de seu paradigmático, e desafiador²¹, sonho — soube dar-lhe a Freud, a pista para saber de que insatisfação se tratava, “Observo además que mi paciente se ve obligada a crearse en la vida un deseo insatisfecho. — diz Freud — Su sueño le muestra también realizada la negación de un deseo. Mas ¿para qué puede precisar de un deseo insatisfecho?” (1973, p.437). Esta questão orienta a Freud; nela, mais tarde, Lacan lerá como se articula o desejo na histeria: desejo de um desejo insatisfeito onde,

[...] um só índice não caracteriza suficientemente o grau. Pois é preciso distinguir duas dimensões nesses reenvios: um desejo de desejo, dito de outra forma um desejo significado por outro desejo, (o desejo na histérica de ter um desejo insatisfeito, é significado por seu desejo de caviar: o desejo de caviar é seu significante) se inscreve num registro de um desejo substituindo a um desejo (no sonho o desejo de salmão defumado da amiga é

¹⁹ Em referência ao *Id* freudiano.

²⁰ O conteúdo manifesto do sonho da bela açougueira é o seguinte: Freud diz do conteúdo manifesto do sonho, “Eu queria oferecer uma ceia, mas não tinha nada em casa além de um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas então me lembrei que era domingo à tarde e que todas as lojas estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava com defeito. Assim, tive de abandonar meu desejo de oferecer uma ceia.” (FREUD, 1900). Em itálico no original.

²¹ Lembremos que o sonho pretendia contestar a premissa freudiana do sonho enquanto realização de desejo.

substituível ao desejo de caviar da paciente, o qual constitui a substituição de um significante por um significante.) (LACAN, 1966, p.621).²²

Pelo afirmado, contudo, nos dias que correm — para a histeria — o desafio vai além. Já que — depois de Freud — o psicanalista encarna, agora, outro saber a ser derrocado. Quer dizer, a histeria deve instigar àqueles herdeiros do homem que soubera ouvi-la demarcando um novo paradigma por onde abordá-la. Cientes das respostas que a histeria souber dar ao saber instituído em cada momento da história, nos perguntamos: estando a Psicanálise inserida na cultura — frequentemente apesar dela —, não devemos esperar uma nova forma de questionamento ao — agora instituído — saber psicanalítico?

Voltemos a M. Encontrávamos, dizíamos, dois aspectos relevantes: a forma de apresentação e a questão do desafio ao saber instituído. Já no divã, um dia não posso deixar de notar uma — significativa — mudança na forma de M. se vestir. Minutos depois afirmava “para vir aqui não preciso mais *me produzir*”, significante que lhe permitiu avançar por novas trilhas subjetivas. Meses depois, disse em relação ao nosso trabalho, “não entendo de que se trata isto, a onde vai me levar. *O que quer de mim com esse silêncio irritante?*”. Foram momentos como esses, onde o desfiladeiro das palavras lhe abriram a M. a possibilidade do recurso do significante — agora — dirigido ao Outro pelo viés simbólico;²³ ou de outra maneira, uma nova possibilidade de apresentação; procurando se fazer representar por um significante, para outro significante; inaugurando um circuito — a ser percorrido — que vai do deslumbramento escópico, à inquietação invocante.

O aspecto distintivo da psicanálise consiste em que, ante a histeria e seu desafio, apresenta-se munida de um saber paradoxal e revolucionário o qual atinge à estrutura, quando o dispositivo — transferência — consegue se instalar. O paradoxo radica em que o psicanalista deve saber — contrariamente à medicina — que nada sabe, ou melhor, que

²² A tradução é nossa.

²³ Tanto circulando no campo escópico como no invocante encontramos o lugar destinado ao outro. No primeiro caso, onde apresenta-se a figura do *observador*, a impregnância e sentido são imaginários. No segundo, o campo é predominantemente simbólico, o qual deve ser suportado por alguém que se dispunha a ocupar o lugar de *semblante*.

nada deve *comprender*. Quer dizer, deve saber sobre a estrutura²⁴, sendo que a ignorância deve fixar-se naquilo que a histérica lhe supõe saber, ou seja, sobre a singularidade de cada subjetividade: supõe-se, assim, um sujeito a um saber, oferecendo um semblante.

Cúal es el efecto de no comprender? En general, es el de la vergüenza, el de la culpabilidad de aquel que se ha confrontado a ello. Cuál es el efecto de no comprender para un psicoanalista? Simplemente el de comprometer al que habla a precisar esta demanda justamente, a desenvolver sus asociaciones al respecto. Por qué lo hace? Es simplemente porque para el psicoanalista la demanda es intransitiva²⁵, que no podría estar acompañada de un complemento de objeto directo o indirecto, que la demanda es su propio objeto. La demanda es un producto de la palabra y el objeto del análisis consiste justamente en desgajar eso que precisamente esta demanda revela enmascarándolo (SZPIRKO, 1995, p.34).

Nesta relação tão singular com o saber que propõe a Psicanálise, a histeria encontra uma nova resposta a seu drama. Com isto, através da palavra — no seu espectro simbólico — atrelada à demanda intransitiva, restitui-se um campo onde o viés real do sintoma pode vislumbrar-se.

Em relação a isto — o real do sintoma — vejamos o grande desafio deixado — retomado por Lacan — em relação à elaboração freudiana após 1920. Falávamos de um primeiro momento onde Freud, através do recalque — possibilidade do deciframento —, do princípio do prazer e do relacionamento corpo-psíquico, ordenava a teoria. Esses eram os elementos com os quais contava para se dispor à escuta. Mas, com a introdução

²⁴ Contudo, do lado do saber sobre a estrutura encontramos outra questão fundamental: nesse saber o psicanalista deve reconhecer-se, também, em falta; na medida em que, sobre a estrutura, continuamos a elaborar uma teoria.

²⁵ A condição intransitiva caracteriza-se pela ação não transitar de um sujeito a um objeto; não sendo, assim, *demanda de...*, mas somente a ação — na palavra — de demandar. É importante lembrar mais uma vez que a transitividade da demanda corresponde à escuta do psicanalista, sendo para o paciente sempre uma demande de alguma coisa; desses objetos que se inserem metonimicamente na cadeia significante que suporta o sujeito.

da *pulsão de morte* — quer dizer, da *repetição*, ultrapassando o princípio regulado pelo prazer — faria uma revolução dentro da sua própria proposta. Lembremos os efeitos desta virada, inclusive, no movimento psicanalítico.²⁶ É importante destacar que não há na obra freudiana uma retomada profunda da questão da histeria após a introdução da pulsão de morte. Perguntamo-nos: qual é o lugar que esta pulsão ocupa em relação a irredutibilidade sintomática verificada em alguns casos? Tratando-se de um elemento inerente à estrutura, qual é o lugar que a pulsão de morte ocupa em relação ao sintoma, nesta outra economia? Não avançaremos — aqui — além da proposição destas questões. Somente assinalaremos que, se Freud não avançou nestes problemas, o *retorno a Freud*, se faz cada vez mais necessário, retornando, para avançar através dessa falta.

Finalizando, diremos que o desafio histórico atualiza-se na dimensão real do sintoma, naquilo que não cessa de não se inscrever, quer dizer, na repetição onde se presentifica a pulsão de morte. Pensamos que a histeria, na sua dimensão simbólica, rendeu-se à resposta freudiana. Podemos afirmar o mesmo em relação ao viés real — irredutível — do sintoma psicanalítico? Como vemos, a histeria resiste.

Referências bibliográficas

BORGES, J. L. *Obras completas 1923-1972*. 17ed. Buenos Aires: Emecé, 1989.

D. S. M. IV *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Trad. Dayse Batista

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2ª ed., 1987. Trad. José Teixeira Coelho Netto.

FREUD, S. Histeria (1888). In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.I.

FREUD, S. Charcot (1893). In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. III.

²⁶ Ainda hoje encontramos autores que resistem à introdução deste conceito na teoria psicanalítica. Ver por exemplo, GREEN, A. et al. *La pulsión de muerte*. In: PRIMER SIMPOSIO DE LA FEDERACIÓN EUROPEA DE PSICOANÁLISIS, 1984, Marsella. Buenos Aires [s.n.], 1989.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. Capítulo IV. Distorção nos sonhos. (1900) In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.IV.

FREUD, S. História do movimento psicanalítico (1914). In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XIV.

JULIEN, P. Histeria. In: KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de Psicanálise. O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 245-252.

MELMAN, CH. *Novos estudos sobre a histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. Trad. Davi Levy.

LACAN, J. *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.

SZPIRKO, J. *La clínica psicoanalítica... con el correr de la ciencia*. Rosario: Homo Sapiens, 1995.