



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO
LATO SENSU
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA – PCL**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TEORIA
PSICANALÍTICA
2011-2013**

Coordenadora: Profa. Dra. Terezinha de Camargo Viana

Apresentado por: Angela Barbosa da Veiga

Orientado por: Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard

BRASÍLIA, 2013

**HISTERIA E PSICANÁLISE: UMA RELAÇÃO DOS
TEMPOS DE FREUD À ATUALIDADE.**

Apresentado por: Angela Barbosa da Veiga

Orientado por: Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard

AS CONTRADIÇÕES DO CORPO

Meu corpo não é meu corpo,
É ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
E é de tal modo sagaz
Que a mim de mim ele oculta.

Meu corpo, não meu agente,
Meu envelope selado
Meu revolver de assustar,
Tornou-se meu carcereiro;
Me sabe mais que me sei

Meu corpo apega a lembrança
Que eu tinha de minha mente
Inocula-me seu patos,
Me ataca, fere e condena
Por crimes não cometidos

Meu corpo inventou a dor
A fim de torná-la interna,
Integrante do meu ID
Ofuscadora da luz;
Que ai tentava espalhar-se.

Quero romper com meu corpo;
Quero enfrentá-lo, acusá-lo;
Por abolir minha essência,
Mas ele sequer me escuta
E vai pelo rumo oposto

Já premido por seu pulso
De inquebrantável rigor;
Não sou mais quem dantes era:
Com voluta dirigida,
Saio a bailar com meu corpo.

Carlos Drumond de Andrade

RESUMO

O trabalho resgata a importância da histeria para a construção da Psicanálise e evidencia que a relação de ambas permanece na atualidade. A histeria teve grande repercussão no momento inicial da Psicanálise, porém sua terminologia caiu em desuso com o avanço do conhecimento médico a respeito dos males da alma. A histeria não deixou de existir e está presente em novos formatos, em uma roupagem que a cultura da atualidade comporta sustentar como, por exemplo, a fibromialgia. Assim, a Psicanálise permanece como um método de trabalho relevante. Para a compreensão do funcionamento histórico e para fundamentar sua existência hoje desenvolveu-se os conceitos de corpo, pulsão e sintoma. A obra freudiana foi tomada como principal referência do trabalho, que se segue com o estudo bibliográfico de outros autores.

Palavras-chave: histeria, conversão, psíquico, somático, fibromialgia.

ABSTRACT

The work captures the importance of hysteria for the construction of psychoanalysis and it shows that their relationship remains today. Hysteria had great repercussion in the initial stage of psychoanalysis, but its terminology fell into disuse with the advancement of medical knowledge about the evils of the soul. Hysteria still exists and is present in new ways that today's society accepts, such as fibromyalgia. Thus, psychoanalysis remains as a relevant work method. In order to understand the functioning of hysteria and to justify its existence today, the concepts of body, pulse and symptom were developed. Freud's work was taken as the main reference work, besides the bibliographical study of other authors.

Keywords: hysteria, conversion, psychic, somatic, fibromyalgia.

SUMÁRIO

Introdução	6
1. A história da histeria	7
1.1. Charcot e a quebra de paradigma	8
1.2. Freud, a histeria e o percurso até a psicanálise	9
1.3. Parceria com Breuer	11
1.4. Enfim a psicanálise	14
2. A histeria de conversão	17
2.1. O corpo para a psicanálise	18
2.2. Breve colocação sobre a pulsão	21
2.3. O sintoma	24
3. A histeria, de Freud aos dias de hoje	28
3.1 Fibromialgia: uma nova roupagem da histeria	30
Considerações finais	33
Referências bibliográficas	36

INTRODUÇÃO

A histeria é o assunto pelo qual a psicanálise ficou conhecida e que, de certa forma, permitiu a sua concepção. Existem várias indagações a respeito de sua relevância hoje e também em relação à prática psicanalítica como forma de trabalhá-la. O interesse pelo assunto surgiu da clínica em consultório e da participação do grupo de pesquisa realizado na Universidade de Brasília, que oferece atendimento psicanalítico a pessoas diagnosticadas com fibromialgia. O presente trabalho tem como propósito apresentar a trajetória da relação entre histeria e psicanálise desde o surgimento de ambas até os dias de hoje.

Embora a existência da histeria esteja sendo questionada na atualidade, sobretudo por argumentações sobre a maior relevância das patologias modernas, a presente monografia argumenta que isso não implica dizer que tenha deixado de existir, assim como a psicanálise não deixou de ser um método de trabalho relevante.

O trabalho ora introduzido foi dividido em mais três partes, além desta introdução. A primeira traz um levantamento histórico da histeria e da psicanálise. A segunda refere-se ao funcionamento histérico, com o desenvolvimento dos conceitos de corpo, pulsão e sintoma. Na última parte é apresentada a histeria do século XX aos dias de hoje, ilustrada pela fibromialgia. A histeria, mesmo com divergências a respeito de seu tratamento e de sua existência na atualidade, continua presente. A terminologia que a designa mudou, assim como sua manifestação, no entanto a psicanálise é ainda uma possível forma de trabalho em relação a histeria em seus novos formatos.

1. A HISTÓRIA DA HISTERIA

A palavra histeria se origina do grego *histera* e tem em seu significado “matriz” uma associação direta com a mulher. O termo matriz faz referência a útero e por isso foi inicialmente tido como uma condição médica exclusiva do feminino. No século IV a.C., Hipócrates descreveu a histeria como a “sufocação da matriz”, ou seja, o útero, que possui autonomia de um ser, desloca-se em direção ao cérebro. Isso ocorre principalmente nas mulheres que não possuem relações sexuais, o que deixaria o útero mais leve e com melhor mobilidade. Inicialmente, a história da histeria mistura-se com a da epilepsia. Foi Hipócrates quem esclareceu sobre a origem da epilepsia no cérebro e separou a história das duas condições médicas (Leite, 2012).

A noção de histeria como algo obscuro permanece na Antiguidade, passa pela Idade Média e segue até o estudo de Charcot, a quem Freud seguiu. Freud (1888/1996) relata que na Idade Média a histeria é evidenciada através da possessão e feitiçaria, o que leva as mulheres a serem tratadas como bruxas e então serem queimadas vivas.

Sobre esse histórico, Trillat (1991) aponta que durante os séculos a histeria provocou desconforto em poderes diversos, sendo tratada por médicos, padres e filósofos. Além do incomodo provocado pela obscuridade da histeria, a diversidade de interesses sobre suas características também proporcionou desenvolvimento do conhecimento em relação a tal condição.

No final do século XIX, o estudo da histeria começa a ganhar espaço na carreira do médico neurologista francês Charcot, que se tornou cada vez mais conhecido por seus feitos em relação a tal assunto. Segundo Freud (1888/1996), até aquele momento

não havia ocorrido significativo aprofundamento acerca do tema, pois histéricas não eram dignas de observação clínica devido à simulação e ao exagero.

1.1. CHARCOT E A QUEBRA DE PARADIGMA

Uma mudança de fundamental importância no paradigma da histeria veio a partir do trabalho de Charcot, e foi desenvolvido no Hospital de Salpêtrière, em Paris. Seu principal avanço é relatado por Freud em *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim* (1886/1996) onde afirma ter provado a incidência da histeria em pessoas do sexo masculino. Além disso, demonstrou a autenticidade dos sintomas histéricos e também que o seu funcionamento obedecia a leis. Charcot evidenciou também a produção de sintomas a partir da sugestão hipnótica com características semelhantes às provocadas por traumas.

Tamanho avanço do conhecimento despertou o encantamento de Freud pelo trabalho do neurologista francês. Em sua *Autobiografia* (1924-1925/2003), Freud se refere a esse momento ao dizer “De todo que lo vi al lado de Charcot, lo que más me impresionó fueron sus últimas investigaciones sobre la histeria...” (p.2764). O foco do trabalho de Freud nesse momento eram as doenças nervosas.

O estigma da histeria é alimentado por alguns fatores como a dificuldade de diagnóstico, a importância dada à simulação, à restrição da histeria ao feminino e à ausência de alterações orgânicas visíveis. Na época em que Freud inicia seus estudos a respeito do tema, a chegada ao diagnóstico de histeria era o fator limitante da continuidade de um tratamento.

1.2. FREUD, A HISTERIA E O PERCURSO ATÉ A PSICANÁLISE

A história de Freud mistura-se à história da psicanálise, como ele mesmo cita no início de sua *Autobiografia* (1924-1925/2003), assim como a história da psicanálise contém, em seu início, a história da histeria.

Freud foi incentivado por seu pai a buscar uma profissão que lhe interessasse. Inspirado por Darwin e Goethe, escolheu a medicina. Desde suas primeiras vivências na universidade, Freud, devido a questões de raça e religião, acostumou-se às oposições e a ter independência em seu pensamento. Isso o ajudou a se preparar para os incontáveis embates que iria enfrentar com a comunidade científica.

Seu maior interesse na medicina situava-se entre a neurologia e a psiquiatria, campo no qual se dedica inicialmente ao estudo da anatomia e fisiologia. Por sua situação econômica não ser favorável, Freud deixou a teoria, o laboratório de fisiologia e seguiu para o campo prático como assistente clínico no Hospital Geral de Viena. É neste período que conhece Martha Bernays e pretende se casar com ela.

Freud dedicou-se à anatomia do cérebro, porém não foi um trabalho que lhe tenha causado nenhum grande entusiasmo em relação à fisiologia. Em virtude disso, passou a se dedicar às doenças nervosas. Por não ser uma área bem desenvolvida em Viena, Freud almeja passar um tempo em Paris, sobretudo para ter maior contato com Charcot. Por mérito de seus feitos em relação aos trabalhos histológicos e clínicos, recebeu uma bolsa para estudar fora do país. Freud partiu para Paris, mais especificamente, para o Hospital Salpêtrière, em 1895.

Durante sua estada no Hospital, tornou-se tradutor oficial dos escritos de Charcot para o alemão, o que lhe permitiu estar mais próximo de tudo o que ocorria na clínica, inclusive as manifestações da histeria e os efeitos da sugestão.

Após sua temporada ao lado de Charcot, Freud parte para Berlim e interessa-se pela neuropatologia infantil. Embora tenha retornado a Viena entusiasmado com o que havia presenciado na França, chega a ser questionado pela comunidade científica local quanto ao seu aprendizado em Paris. O que Freud havia apresentado sobre as descobertas de Charcot trouxe à tona o quanto estava congelada a percepção da comunidade sobre a histeria. Isso ocorreu, pois foi indagado sobre o significado útero da palavra hysteron e, então, tudo o que Freud lhes dizia foi tachado de tolice.

Freud inaugura seu consultório particular, casa-se com Martha e publica a tradução do escrito de Charcot *Leçons sur le maladies du système nerveux, III*.

Para sobreviver tratando os pacientes nervosos, muniu-se inicialmente de duas técnicas, eletrochoque e hipnose. Logo percebeu a ineficácia da eletroterapia e afirmou a falta de credibilidade das autoridades que haviam lhe rechaçado. Apostou na hipnose, que atraía para o consultório os enfermos e tirava do médico a sensação de impotência diante de tais casos. No entanto, reconhece que não era uma técnica que funcionava em todos.

Freud foi em busca de aperfeiçoar sua técnica hipnótica e passou a contar com a possível existência de processos anímicos ocultos à consciência, por não se poder obter profundidade na hipnose em alguns casos. Deixou em parte a investigação científica para se firmar na nova prática e prover sua família.

Freud afirma que o uso que fazia da hipnose era diferente da sugestão hipnótica. Isso, porque o seu interesse era acessar a história da origem dos sintomas que não podiam ser relatados pelos pacientes de forma consciente. Freud chegou a esse outro procedimento ao conhecer Breuer, o que considera fundamental para o entendimento das neuroses.

1.3. PARCERIA COM BREUER

Antes mesmo de ir a Paris, Freud já havia se comunicado com Breuer e tomado conhecimento de um caso clínico seu, Anna O. Relatou a Charcot, quando esteve em Paris, os feitos de Breuer, porém o ídolo francês não demonstrou interesse.

Breuer observou, no caso de Anna O., que a paciente podia ser libertada de suas perturbações da consciência quando expressava verbalmente a fantasia afetiva do momento que a dominava, pois o sintoma estava relacionado a restos de situações afetivas não elaboradas. O sintoma desaparecia ao recordar uma situação através da hipnose e ao realizar o ato psíquico que estava reprimido. Assim, esse processo dá livre curso ao afeto e o sintoma desaparece. De tal forma, o sintoma passa a ter um significado afetivo e Breuer chega a um novo método de tratamento, nomeado por ele mesmo de catarse. Tal percepção retrata a importância da expressão verbal da fantasia afetiva envolvida no sintoma para obter a cura.

O método catártico consiste em dar vazão ao afeto armazenado que sustenta o sintoma em vias erradas, o efeito do método era obtido ao ab-reagir o afeto por vias normais. O princípio da catarse é dar livre curso aos afetos que não foram descarregados naturalmente, ou por uma situação traumática ou por dissociação mental.

Freud passa a desenvolver com suas pacientes a mesma experiência e confirma que o sucesso obtido não era limitado a um único caso. Aprofunda seus estudos em relação à histeria, sua etiologia e sintomas.

Após a insistência de Freud, em conjunto com Breuer, publicam *Estudios sobre la histeria*, em 1895. A carta de Freud a Breuer de 29/06/1892, presente em *Aportaciones a la comunicacion preliminar de los <Estudios sobre la histeria>* torna

evidente a iniciativa de Freud em relação à publicação. Na carta, Freud apresenta todo o roteiro do texto a ser publicado.

O texto *Estudios* desenvolve-se a partir da busca de Freud e Breuer sobre as causas da histeria. Afirmam que para acessar o que desencadeia a histeria, é necessário o uso da hipnose, pois não se trata de conteúdos conscientes. Com a lembrança trazida a tona, é possível relacioná-la ao sintoma apresentado e assim sua resolução. É uma busca pela conexão causal. No entanto, existem casos em que a relação causal entre a situação traumática na infância e o sintoma não é estabelecida de forma tão direta. Com isso, é feita uma analogia entre a neurose traumática e o fato de o ponto desencadeante da histeria estar implicado em um trauma repleto de afetos não elaborados e, assim, denominam a histeria traumática.

Nesse momento fica sedimentada a ideia de que a lembrança da cena traumática não basta para eliminar o sintoma. O que realmente faz a diferença em termos de melhora do paciente é a lembrança do afeto que por sua vez está associado ao sintoma. Nesse ponto, os autores revelam a importância de se traduzir em palavras o afeto envolvido no sintoma histérico.

A ab-reação não é a única maneira de lidar com o afeto envolvido em um trauma psíquico. É possível associá-lo, de maneira saudável, até o seu desaparecimento. A reação a um afeto precisa ser suficiente para que ele não fique guardado provocando reminiscências. No caso da reação ser reprimida, o afeto não é suficientemente descarregado e permanece vinculado à lembrança traumática. Assim, o silêncio da reação é tomado como mortificação, literalmente traduzido por um "fazer adoecer". Em *Estudios*, os autores concluem que “el histérico padecería principalmente de

reminiscências” (Freud 1895/2003, p.44), ou seja, a histeria advém de afetos não resolvidos, estrangulados ou não reagidos.

A partir do estudo da histeria, tornou-se necessário o desenvolvimento de uma teoria que explicasse razoavelmente o funcionamento da mente humana. O primeiro conceito fundamental evidenciado é o de inconsciente. Freud deixa clara a suspeita de que ocorrem fenômenos ocultos à consciência no desenvolvimento do sintoma.

Outro questionamento surge ao perceber que existe uma necessidade em se reagir a um afeto. A partir de tal inquietação, desenvolve-se o princípio da constância, que implica em o psiquismo trabalhar no sentido de manter constante sua quantidade de energia e evitar o excesso de excitação.

Em sua autobiografia, Freud afirma que em *Estudios* não tinha a intenção de esclarecer a natureza da histeria e sim de elucidar a origem dos sintomas. Sua publicação retrata a importância da vida afetiva para os sintomas e a distinção entre aspectos conscientes e inconscientes do psiquismo. Apresenta também o aspecto dinâmico do psiquismo, no qual o sintoma nasce do estancamento de um afeto, e o aspecto econômico, que tem o sintoma como resultado de uma transformação de energia. Nesse momento, a importância da sexualidade na etiologia das neuroses ainda não está evidente.

O momento seguinte é marcado pelo rompimento de Freud e Breuer e, em outras palavras, da transição do método catártico para o psicanalítico.

1.4. ENFIM A PSICANÁLISE

O principal ponto de discordância entre Freud e Breuer se dá em relação à etiologia das neuroses. Freud está certo que a sexualidade tem papel fundamental na

neurose. Breuer não está disposto a enfrentar o escândalo que uma teoria da sexualidade provocaria na sociedade da época. Freud lamenta tal momento em sua Autobiografia na passagem “Durante muchos años compartimos todo interés científico, siendo yo, naturalmente, a quien este intercambio beneficiaba más. El desarrollo del psicoanálisis me costó después su amistad. Muy difícil me fue prescindir de ella, pero resultó inevitable.” (Freud, 1924[1925]/2003, p. 2768)

Logo após a dissolução da parceria entre os dois, Freud publica sozinho *Etiologia* em 1896, onde apresenta suas percepções iniciais a respeito da importância da sexualidade infantil na etiologia das neuroses.

A causa da histeria foi atribuída por cada teórico a um motivo distinto. Para Charcot, sua causa estava na lesão decorrente de um trauma mecânico que, por sua vez, favorecia a sugestibilidade da histeria. Breuer atribuía sua origem ao estado hipnótico e à clivagem provocada no psiquismo. Assim, a hipnose se assemelhava a esse estado primeiro e permitia maior acesso ao campo de consciência. Bernheim parte do princípio de que a histeria era produzida pela sugestão e podia ser curada pela hipnose. (Alonso & Fuks, 2012)

Com a tentativa de ampliar o tratamento de seus pacientes com perturbações nervosas, Freud altera o método catártico. Percebe que a relação médico paciente é de extrema relevância para o tratamento, mais importante que a catarse em si. Freud se atentou para o que Bernheim já havia afirmado: que o paciente lembra-se do que se passa no momento hipnótico e que é preciso que fale sobre a lembrança que veio em tal momento. Freud decide abandonar o hipnotismo e mantém o divã.

A partir disso, Freud questiona o que leva o indivíduo a esquecer tantos feitos e conclui que se trata de algo doloroso e temido, o que provoca resistência do paciente em

recordar. Tal questionamento leva ao desenvolvimento da teoria do recalque como um mecanismo de defesa do sujeito. O conteúdo recalcado busca um meio de satisfação, ainda que ocorra de forma indireta. No caso da histeria, a satisfação se dá através do sintoma. É uma satisfação distorcida e distante do fator desencadeante. Transformar o conteúdo recalcado em algo expresso através do sintoma, é denominado conversão. Assim, a finalidade do tratamento deixa definitivamente de ser uma descarga do afeto para a uma compreensão e elaboração do mesmo pelo próprio paciente.

A teoria do recalque torna-se uma das bases da psicanálise e fundamenta ainda mais o conceito de inconsciente. Tal elaboração teórica leva Freud a voltar-se aos momentos iniciais da vida de seus pacientes e abre lugar para o desenvolvimento da sexualidade infantil como um conceito. Da sexualidade infantil passa para o trauma relacionado à sedução de um adulto e posteriormente à revelação de que o trauma em si é ligado à fantasia do sujeito e não a uma situação factual. Com isso, a realidade psíquica passa a ser considerada com a devida importância e a simulação da histeria ganha outra dimensão.

Na tentativa de vencer as resistências do paciente, Freud percebe que tal êxito não viria pela insistência do médico e assim chega ao método da associação livre. No caso Dora, publicado em 1905, porém escrito em 1901, evidencia a mudança do método de tratamento ao direcionar o desenvolvimento da análise partindo apenas dos sintomas para buscar seus esclarecimentos. Ele afirma:

Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento. Mas desse modo, tudo que se relaciona com a solução de determinado sintoma emerge em fragmentos, entremeado com vários contextos e distribuído por épocas amplamente dispersas. Apesar dessa aparente desvantagem, a nova técnica é muito superior à antiga. E é incontestavelmente a única possível (Freud, 1905[1901]/1996, p. 23).

Freud denomina o novo método de psicanálise. Afirma que a partir da teoria do recalque uma nova maneira de trabalho foi imposta onde não mais cabia o método catártico. “En acatamiento a este nuevo estado de cosas, di al método de investigación y curación resultante el nombre de *psicoanálisis* en sustitución de *cartasis*”. (Freud, 1924-1925/2003, p. 2774)

A psicanálise torna-se enfim um método de trabalho com sua base estruturada nas as teorias da resistência, do recalque do inconsciente, da etiologia sexual das neuroses e também da sexualidade infantil. A histeria tem um papel de guia no percurso de Freud até o fundamento de sua teoria. Através dela, a psicanálise foi sendo construída a partir da prática clínica e da necessidade em se compreender o psiquismo em seu funcionamento.

Essa é a história da histeria entrelaçada à da psicanálise. Mais de um século após o nascimento da teoria freudiana questiona-se como se encontra a histeria hoje e a psicanálise em relação a ela.

2. A HISTERIA DE CONVERSÃO

A histeria de conversão implica na transposição de um conflito psíquico para o corpo. Inicialmente o termo conversão foi utilizado por Freud para caracterizar a histeria como um todo. Ao escrever a *Análise de uma fobia de um menino de cinco anos*, em 1909, Freud diferencia histeria de conversão da histeria de angústia e também da fobia.

A principal diferença reconhecida por Freud entre os dois tipos de histeria é que, na histeria de angústia, a excitação provocada pela moção de afeto é escoada para o corpo e sentida como angústia. No caso da histeria de conversão, evita-se a angústia ao

converter a libido em uma parte do corpo (Leite, 2012). Cabe ressaltar que a conversão é a maneira encontrada pelo psiquismo para dar conta de uma excitação a mais, impossível de ser elaborada, pelo menos no momento em que é provocada.

O excesso de excitação é explicado por Valas (2004) ao descrever o funcionamento do aparelho psíquico de Freud e Lacan.

A tensão psíquica se eleva quando a quantidade de informação que o psiquismo recebe aumenta. Para tratar dessa informação suplementar, o princípio do prazer que regula o funcionamento do aparelho psíquico mobiliza um número maior de traços mnêmicos (significantes, para Lacan) a fim de ligar essas informações (classifica-las de alguma maneira na memória do inconsciente). Essa ligação permite reduzir todo excesso de tensão que seria dolorosa e, conseqüentemente, prejudicial ao sujeito. Tal é sucintamente a concepção de aparelho psíquico que Freud utiliza como uma verdadeira metáfora da homeostase do próprio corpo (p.117).

Tal excitação ou tensão psíquica a mais está ligada ao afeto embutido no sintoma conversivo. Esse afeto, dolorido e não elaborado é, na histeria, traduzido pelo corpo como o sintoma.

Assim, a conversão pode ser pensada “como uma forma paradigmática da materialização do poder das ideias inconscientes sobre o corpo, do efeito plástico do ato inconsciente sobre os processos somáticos” (Sarué, 2004). No entanto, é importante esclarecer que processo somático é diferente de psicossomática.

O termo psicossomática não fez parte da obra de Freud. Para ser considerado psicossomática é preciso que haja lesão corporal observável clinicamente. Na histeria, a lesão corporal inexistente. Nesse caso, a lesão ocorre sobre o corpo simbólico, pulsional e não sobre o real do corpo (Valas, 2004, p.121). Com isso, fica claro que ocorre uma diferença fundamental a respeito do que é entendido como corpo pela psicanálise e a concepção de corpo trabalhada na medicina.

2.1. O CORPO PARA A PSICANÁLISE

A partir da histeria foi possível perceber a existência de um corpo diferente do corpo orgânico. Afinal, que corpo é esse que está em jogo na histeria e que não corresponde ao que é entendido como corpo pela medicina? Para o estudo médico, o corpo é objeto da anatomia e tem funcionamento comum para todos os seres humanos. Este é o corpo biológico. No entanto, esta conceituação de corpo não satisfaz a psicanálise, que por sua vez o conceitua como *corpo erógeno*.

Lazzarini (2006) aponta que Freud passa a dar atenção diferenciada ao corpo a partir de sua percepção sobre o inconsciente. Assim, a histérica retrata no corpo, pela via do sintoma, algo de si e conclui que “o corpo da histérica, evidenciado pelo fenômeno da conversão, tende a expressar o psíquico obedecendo a lei do inconsciente, coerente com a história do sujeito” (p.113).

O corpo em questão para a psicanálise corresponde a uma imagem do corpo que é construída no mesmo processo de constituição psíquica do *eu*. É

um corpo atravessado pelo simbólico, que é um corpo histórico, erógeno, sexual que se constitui à maneira da montagem de um quebra-cabeça, que vai sendo armado em cada história singular. É sobre esse corpo fantasístico, construído em cima de uma anatomia simbólica, que a histérica estrutura seus sintomas, e é justamente esse corpo que muitos médicos teimam ainda em desconhecer (Alonso & Fuks, 2012, p110).

Segundo os autores acima citados, Freud passou a considerar uma nova concepção de corpo ao perceber que os sintomas de paralisias e anestésias das pacientes histéricas atingiam partes do corpo que não estavam relacionadas à estrutura e enervação do sistema nervoso. As partes afetadas estavam ligadas às representações populares que os indivíduos possuem de seu corpo (Idem, p.51).

O corpo histérico tomado por Charcot era diferente do reconhecido por Freud. Para o primeiro, servia como tela onde se projetava sua teoria. As histéricas, identificadas com a patologia, lhe ofertavam os sintomas corporais esperados. Já para Freud, o corpo passa do campo da observação para o campo da escuta. Assim, reconhece que as histéricas possuem um “saber não sabido” e muda a concepção de lugar do corpo histérico. De algo a ser examinado fisicamente para algo a ser escutado, pois representa o lugar em que se expressa um saber inconsciente de algo que se remete a outro espaço, *a outra cena* (Alonso & Fuks, 2012, p.113). Freud, em 1888, já havia relatado não ter encontrado qualquer alteração fisiológica ou anatômica observável e admite não ter qualquer expectativa quanto a isso. Dessa forma, o sintoma seria a continuidade da cena primeira, a traumática, que é repetida no corpo.

A cena traumática, depois da substituição da teoria da sedução, é entendida como algo da ordem da fantasia. A fantasia, por sua vez, é sexual. Com isso, a lembrança da cena traumática é sempre uma experiência sexual. Assim, a fantasia ganha forma é no corpo, através do sintoma. O corpo faz a ligação do sintoma com a sexualidade infantil não elaborada contida na outra cena, na cena traumática (Lazzarini, 2006).

Freud apresenta o eu como uma instância corporal. O corpo em si e sua superfície são lugares de sensações internas e externas, é a margem do exterior com o interior. Assim, o corpo é o lugar onde nasce o sujeito. “Em suma, o eu é mais uma subjetivação da superfície corporal do que uma aparelhagem mental do corpo” (Idem, p.127). De tal forma, a relação que o sujeito cria com o próprio corpo é única, é um componente estruturante da própria identidade.

A ideia de corpo para a psicanálise é completada por Garcia (2004) que o descreve como um “corpo marcado pelo significante” (p.81). Tal afirmação desconstrói o corpo como puramente biológico e a hegemonia do saber médico sobre ele e seus sintomas, pois inclui a subjetividade em sua constituição.

A partir da colocação que o corpo é marca de significantes, entende-se que o corpo pulsional é constituído assim como o sujeito se constitui psiquicamente, ao ser inscrito pela linguagem. Com isso, Valas (2004) afirma que a “as palavras nos tocam e podem afetar o corpo” (p.119).

Escutar o corpo permitiu Freud livrar suas pacientes do sofrimento que as acometia. Freud afirma em 1929 que a infelicidade é mais facilmente experimentada em três situações, sendo uma delas no próprio corpo. Lazzarini (2006) aponta que com o desenvolvimento da pulsão de morte e masoquismo, a corporeidade, que fundamenta o eu, está também no registro da dor, do trauma e da angústia. Assim, é de extrema relevância escutar o sujeito que dói e que se estrutura pela dor.

O corpo é lugar de desejo, primeiramente habita o desejo do outro para então advir um sujeito desejante. Lazzarini refere-se a Fernandes que coloca o corpo tanto como lugar do somático como lugar da realização de um desejo inconsciente. O corpo é regido por ambos, somático e psíquico, e é parte atuante dessa inter-relação. Tal lugar lhe confere a posição de ser fonte e finalidade da pulsão (Idem, 2006).

O conceito de corpo é de fundamental para a psicanálise, pois é nele e a partir da relação com ele que o sujeito se constitui. O corpo erógeno é único e construído em conjunto com a subjetividade do indivíduo. Assim, é uma noção importante para o presente trabalho, pois na histeria é através do corpo que o sujeito se manifesta e demonstra seu sofrimento.

Para compreender a relação entre corpo e psíquico é importante entender a pulsão e o que ela representa no funcionamento do psiquismo. Tal conceito é fundamental não só para a compreensão da histeria, mas para o funcionamento do sujeito como um todo.

2.2. BREVE COLOCAÇÃO SOBRE A PULSÃO

Além de um conceito psicanalítico, a pulsão é um conceito, segundo Freud, fundamental em sua obra. É definido por ele em 1915, no texto *Os instintos e suas vicissitudes*, como uma força constante que provém do interior do próprio corpo e implica em necessidade e satisfação. Em tal texto, Freud faz a seguinte colocação:

a “pulsão¹” nos aparece como um conceito limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma, como uma medida do trabalho imposto à psique por sua ligação com o corpo (1915/2010, p.57).

Garcia-Roza (1995) explica que o caráter fronteiro a que Freud se refere não deve ser confundido com uma entidade específica, designada para mediar a ligação entre corpo e alma. A pulsão não habita lugar algum, seja ele físico ou psíquico. O autor explica ainda que as pulsões são, por natureza, indeterminadas, e que qualquer organização que venham a ter vai depender de sua captura pelo aparato psíquico.

A pulsão chega ao aparato anímico em forma de intensidade e é tal aparato que as organiza. O mesmo aparato é também descrito por Garcia-Roza (1995) como aparato de linguagem, sendo ela o princípio que estrutura as pulsões.

Assim, a pulsão pode ser entendida como um efeito da inscrição do sujeito no tesouro dos significantes, pois é sua inscrição na linguagem que o constitui como

¹ O termo pulsão é usado neste trabalho para substituir o termo instinto presente na tradução da edição de 2010.

sujeito. A pulsão anda junto com a estruturação do psiquismo desde o início e representa também a não dissociação de corpo e alma.

A articulação entre o físico e o psíquico está presente em Freud na conceituação de *erogeneidade*. Esse termo foi apresentado em *Introdução ao narcisismo* (1914/2010) e consiste na atividade de um órgão em enviar estímulos sexualmente excitantes para a psique.

Dois autores explicam o conceito de erogeneidade e sua relação com a mútua influência entre corpo e psiquismo. Ericson (2004) caracteriza tal conceito como uma propriedade geral de todos os órgãos, nos quais a excitação pode aumentar ou diminuir, e tal estímulo é enviado à vida anímica. Leite (2012) acrescenta que um órgão sofre uma perturbação ao servir à pulsão, ou seja, tem sua erogeneidade incrementada, o que facilita a disposição para o adoecimento.

Os conceitos de pulsão e erogeneidade se complementam para a compreensão de algo emocional expresso corporalmente, que é o caso da histeria. Outros aspectos da pulsão também são de enorme relevância para tal compreensão.

Freud definiu elementos característicos da pulsão em *Os instintos e seus destinos* (1915/2010). São eles fonte, objeto e meta. A fonte da pulsão está ligada à erogeneidade, pois se trata de uma força constante que parte do interior do corpo. A pulsão se move em busca da satisfação, que ocorre através de objetos. O objeto em si pode ser variável e pode, inclusive, ser uma parte do próprio corpo.

Mais tardiamente em sua obra, Freud reconhece que o princípio do prazer, buscar a felicidade e evitar o desprazer, não é o único a regular o psiquismo e desenvolve a ideia do princípio de Nirvana, movimento para a morte. Com isso, inclui o

conceito de pulsão de morte na dinâmica do psiquismo e reconhece o papel da dor e do desamparo na estruturação subjetiva do sujeito (Alonso & Fuks, 2012).

A partir do desenvolvimento da pulsão de morte, Freud distinguiu três formas de masoquismo em *El problema económico del masoquismo* (1924/2003). Uma dessas formas, a do masoquismo erógeno, pode ser entendida como a base do masoquismo como um todo, pois explica sua relação com o prazer pelo sofrimento. Nesse caso, Leite (2012) explica que o masoquismo erógeno permanece como um resíduo da pulsão de morte projetada para fora sobre os objetos, ou seja, existe um componente da libido que flui para o externo e outro que mantém como objeto o próprio sujeito, no caso, seu corpo.

Com isso, a satisfação pulsional pode ocorrer através da dor no próprio sujeito, o que facilita a compreensão da histeria. A dor serve como uma excitação sexual e então se torna uma forma de prazer. Uma das formas de satisfação encontrada pela pulsão é o sintoma, que aparece de forma diversa e sofre influência do momento histórico e cultural em que se apresenta.

2.3. O SINTOMA

A sintomatologia da histeria é o que mais chama a atenção à primeira vista. Tal patologia costumava ser descrita, na época de Freud, pelo quadro sintomático de paralisias, afonias, anestésias e etc. O sintoma é o que a medicina busca sanar, é dessa forma que se obtém a cura médica. Assim como o conceito de corpo, abordado anteriormente, o sintoma, manifestado nesse corpo pulsional, apresenta um lugar diferente para a psicanálise.

Freud escutou suas pacientes e percebeu o sintoma histérico como algo que continha um saber inconsciente, era dotado de sentido e podia ser decifrado. Foi a partir do sintoma que suas pacientes chegavam ao consultório, como é até hoje. O que continua a incentivar as pessoas a buscarem um tratamento, seja médico ou psicanalítico, é o incomodo que o sintoma provoca.

Com a substituição da teoria da sedução e o reconhecimento da relevância da sexualidade infantil na etiologia das neuroses, a fantasia ganha lugar de destaque na formação do sintoma histérico. Isso é evidenciado por Freud em 1906 como comentam Alonso e Fuks (2012).

A fantasia passa a ocupar um papel fundamental no funcionamento psíquico, pois ela é única em cada sujeito. É o que torna a realidade psíquica algo de imenso valor não só para a histeria e psicanálise como para qualquer área que busca compreender o sujeito em sua singularidade. É essa a realidade escutada pela psicanálise.

Freud (1908/2003) afirma a relação entre fantasia, pulsão e desenvolvimento do sintoma ao esquematizar nove características dos sintomas, dentre as quais chama a atenção para duas delas. A primeira se refere à afirmação que necessariamente o sintoma possui um significado sexual. E a outra característica se refere à origem do sintoma como consequência de duas moções pulsionais opostas, uma sexual e a outra que age na tentativa de inibi-la. Assim, mostra a fantasia ligada à sexualidade na histeria e o sintoma também como efeito do movimento pulsional.

As percepções de Freud e Lacan se complementam na compreensão do que representa o sintoma, como satisfação pulsional, para o funcionamento do psiquismo. Lacan, no seminário 11, cita Freud nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, e o

reafirma ao dizer que “a sexualidade só se realiza pela operação das pulsões” (p.174). E no caso da histeria, através do sintoma.

Partindo da afirmação que o sintoma é uma via de satisfação da pulsão, Quinet (2011), faz um paralelo entre Freud e Lacan. Se para o primeiro a pulsão é o conceito-limite entre o físico e o psíquico, para o outro é o conceito-limite entre o simbólico e o real. Assim, no registro simbólico, “a pulsão é representada no inconsciente por significantes. São os significantes representativos da pulsão que fazem o inconsciente ser estruturado como uma linguagem.” No registro real, “é a energia que se presentifica como satisfação pulsional ou gozo do sintoma” (p.47).

O significante pode ser entendido como o que produz uma ordem, a ordem do simbólico. O real é o que escapa à simbolização, é o resto que sobra dessa ordem impossível de ser simbolizada. Assim, o sintoma ao mesmo tempo em que está na ordem simbólica, que permite que seja elaborado, está também na ordem do impossível, é o que foge e não poderá, em parte, ser compreendido.

O neurótico goza pelo sintoma, goza por ser impossível de ser elaborado. Essa é uma afirmação paradoxal, pois implica em dizer que a satisfação é obtida também pelo desprazer. Tal situação torna-se mais clara a partir da afirmação de Quinet (2011) que toda pulsão é pulsão de morte. Entende-se que a pulsão de morte tem como princípio a satisfação irrestrita, ou seja, o gozo pleno.

Uma conceituação de sintoma feita por Reis (2004) ilustra bem a relação do simbólico e do real, do gozo e de sua restrição. Ele afirma que o sintoma é “uma formação do inconsciente enquanto recalcado (...) resultado de um conflito e uma formação de compromisso entre o gozo e a norma” (p.201). Um compromisso que implica em uma relação pulsional onde uma parte tenta inibir a outra.

Após a colocação sobre a economia pulsional e seu movimento decorrente, fica clara a necessidade de convivência das pulsões, mesmo que, para alguns, aparentem princípios opostos como de vida e morte. Um funcionamento psíquico saudável consiste em uma harmonia ou fusão pulsional. E o adoecimento seria o descompasso entre elas.

Estar atento aos sintomas histéricos levou Freud ao questionamento do que favoreceria os histéricos a desenvolverem os sintomas de tal forma. Nesse momento, elaborou a ideia de *solicitação somática*. Freud a apresenta no relato do caso Dora, em *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905 [1901]/1996) e é explicado por Leite (2012) como condição de produção do sintoma histérico, pois tal solicitação é oferecida por um processo no interior de um órgão.

A mesma autora completa que no caso da histeria de conversão, é a solicitação somática que indica o retorno libidinal a se satisfazer no próprio corpo, pois tal parte do corpo está repleta de sentido simbólico. Esse funcionamento evidencia a articulação entre as pulsões de vida e de morte (Idem, 2012).

A partir do desenvolvimento da teoria psicanalítica, Alonso e Fuks (2012) resumem o sintoma conversivo como não mais resultado de uma “descarga de afeto ou transposição de energia resultando em uma alteração somática, mas uma economia de forças vivas em conflito de oposições e interdições” (p.150). Dessa forma, integram os conceitos de pulsão, corpo e sintoma.

Um outro ponto relevante a respeito do sintoma é a sua relação com o desejo. Garcia (2004) afirma que a conversão é caracterizada pelo desejo e que Freud, ao escutar suas pacientes, identifica que o sintoma é a manifestação de um desejo inconsciente, sendo esse desejo o avesso da manifestação somática.

Assim, o sintoma para a psicanálise é algo estruturante, algo que permite o funcionamento do sujeito e não o implica em um comprometimento psíquico maior. O sintoma é uma solução que poupa o sujeito de um trabalho psíquico, a elaboração de seu sentido.

A satisfação pulsional se relaciona com o aspecto sócio-cultural na medida em que, até certo ponto, existe uma aceitação da cultura e da sociedade para que tal satisfação ocorra de determinada forma, como ocorreu com a histeria manifestada em diversos momentos e de maneiras distintas. Tal satisfação é marcada pela individualidade e ocorrerá pela forma que o psiquismo de cada um sustenta em realizá-la.

No trecho a seguir transcrito, as autoras Oliveira e Barros (2004) relacionam o aspecto cultural à educação e evidenciam a relação entre satisfação da pulsão e cultura:

Educar é oferecer “dutos” à satisfação pulsional. Não se educa sem violência como violentas são as margens de um rio que o conduzem em direção ao mar. Ninguém pergunta ao rio se é isso que ele deseja. Mas as margens de um rio foram postas assim pela Natureza. Já as margens dos sujeitos foram postas assim pela linguagem, pela cultura, nossa segunda natureza e tão forte quanto ela. Essa linguagem, contudo é a marca do inconsciente. Ela está dentro e fora de nós. É um inconsciente vivo e modificável, embora marcado pelos traços (significantes) das experiências vividas (p.97).

Tal relato esclarece os aspectos do funcionamento psíquico relacionados à imposição cultural à singularidade de cada um. Com toda mudança cultural desde os tempos em que Freud e Charcot começaram o estudo da histeria, questiona-se o que se pode esperar da histeria de conversão quanto a sua forma de manifestação nos dias atuais.

3. A HISTERIA, DE FREUD AOS DIAS DE HOJE

O termo histeria, assim como seus sintomas exacerbados, saiu de cena a partir de 1914. Quando sintomas semelhantes surgiam eram então classificados de outra forma como, por exemplo, de psicose. A histeria foi retomada através das neuroses de guerra, no período das grandes guerras mundiais, que deram novamente abertura para a histeria de conversão (Plon e Rudinesco, 1998). Trillat (1991) atribui o desuso do termo histeria por Freud ter designado sua etiologia à sexualidade infantil.

O conceito de histeria deixou de ser usado o quê, no entanto, não implica em dizer que tenha deixado de existir. Alonso e Fuks (2012) apontam que o termo neurose como um todo desapareceu, tanto do meio popular, quanto dos manuais classificatórios de patologias mentais. O espaço anteriormente ocupado pela neurose foi substituído por categorias do tipo “anorexias e bulimias, síndrome do pânico, fibromialgias e etc” (p.295). Com isso, a histeria em si aparece dissolvida em diversas formas de transtornos como os: somatoformes, sexuais, de personalidade histriônica e dissociativos.

Tal fragmentação é uma tentativa de dispersar os sintomas e desligá-los tanto de sua etiologia sexual quanto do conflito psíquico. A dispersão não deixa de ser uma forma de se dar conta do que era impossível para a medicina (Alonso e Fuks, 2012). A autora Trillat (1991) acrescenta que a manifestação histórica saiu da cena médica a partir do momento que os médicos deixaram de se interessar por ela, ou seja, quando acabou a sedução recíproca entre médico e paciente.

Bollas (2000) chama a atenção para o fato de que a dispersão não ficou restrita ao cenário médico, mas ao psicológico também. Muitos casos ditos *borderlines* se tratavam na verdade de casos de histeria. O diagnóstico excessivo da personalidade fronteira se confunde com outros casos por ter uma denominação ampla, o que, por

sua vez, satisfaz a necessidade de muitos em classificar ou ser classificado por um nome.

A nova maneira de lidar com as patologias proporciona uma dessubjetivação de quem adoece. A medicalização e a diversa lista de categorização médica entram no lugar da escuta e objetivam o sintoma. A ideia não é desconsiderar o avanço científico da medicina, mas também de não deixar de considerar o tratamento como algo em que o sujeito está implicado em sua complexidade psíquica. O “positivismo que dessubjetiviza, dessexualiza e que impede que a histeria seja escutada” (Alonso e Fuks, 2012, p.297) não tira o caráter epidêmico de suas novas versões difundidas pela mídia.

A cultura do momento atual é de massa e assim se espera que o sofrimento ou adoecimento também o sejam. A manifestação e expressividade de uma doença também fazem parte do contexto histórico-cultural de uma época. O sujeito é um ser social que já nasce inserido na cultura assim como na linguagem.

O império da cultura de massa e a importância que a mídia possui atualmente, levam a reflexão a respeito de sua influência na sugestibilidade histórica de hoje. A mídia entra tanto no lugar do médico e hipnotiza com seus diversos parâmetros do sentir, pensar e agir ou do que é belo, certo, feliz e ideal, como delimita o limiar entre o patológico e o normal (Alonso e Fuks, 2012).

3.1. FIBROMIALGIA: UMA NOVA ROUPAGEM DA HISTERIA

Com o intuito de exemplificar uma nova versão da histeria de conversão, serão explorados brevemente alguns aspectos da fibromialgia. É importante esclarecer que o diagnóstico de fibromialgia ou qualquer outro das patologias atuais não determinam que tais pessoas sejam necessariamente históricas.

A fibromialgia foi classificada pela Organização Mundial de Saúde e está presente na décima revisão da *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados a saúde* (CID-10) com o número M79.7. Foi definida pelo Colégio Americano de Reumatologia como uma síndrome de dor crônica, não inflamatória, caracterizada por dores musculares difusas e com alguns pontos sensíveis à pressão. Pode vir associada a distúrbios do sono, do humor e a fadigas (www.rheumatology.org, acessado em 10/03/2013).

Na fibromialgia, assim como na histeria, não existe, qualquer lesão orgânica associada às dores. O que a caracteriza como algo de ordem conversiva e sua origem é indefinida.

A dor, principal sintoma da fibromialgia, recebeu uma nova definição em 1979, pela International association for the study of pain (IASP), que considera seu fator subjetivo como algo determinante. É definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial (Castellanos, 2009).

Castellanos chama a atenção para o sujeito que dói. Ele se refere a uma definição da dor que a compreende como tudo que o paciente disser que ela é. A dor é o que a pessoa experimenta no momento, lugar e intensidade que a descreve.

Tal colocação e preocupação nos remete à importância que Freud deu a considerar a realidade psíquica como a verdade do sujeito. É a partir dessa realidade que se torna possível um trabalho que envolva a fala e a escuta, como é o caso da psicanálise.

A dor é uma experiência subjetiva e manifestada pela linguagem do corpo. O corpo falante não segue uma regra de comunicação. É preciso uma articulação

simbólica para que, pelo menos em parte, seja elaborado um pouco do real da dor. Dor que goza no corpo (Castellanos, 2009).

A partir de toda a subjetividade que a fibromialgia compreende torna-se questionável a eficácia de um tratamento objetivo, médico e terapêutico, para uma consistente melhora do sujeito. A necessidade de dar conta de tudo pelo saber, que desencadeia a necessidade classificatória do diagnóstico, ambas favorecem o distanciamento do indivíduo da própria subjetividade. A pessoa identifica-se e justifica-se pelo nome da doença, comprometendo assim a própria melhora.

A dor não é uma novidade em qualquer aspecto. Desde os tempos iniciais da histeria ela aparece e deixa seu caráter obscuro evidente. Castellanos (2009) propõe um trabalho para a fibromialgia, no qual medicina e psicanálise possam se articular para darem conta desse corpo que atua em curto circuito suportando o sintoma.

A fibromialgia tem sido encarada, por alguns, como uma nova forma da histeria se apresentar, justamente por seu sintoma conversivo e as implicações subjetivas que ele traz. Assemelha-se também à histeria, em época anterior, por representar um retrato do real para a medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da histeria foi de extrema relevância para o desenvolvimento da psicanálise. Existe entre as duas uma relação de benefício mútuo em que fica difícil dizer qual foi a maior beneficiada.

A histeria foi e continua sendo um fator de inquietação diante de todos que tentam compreendê-la. A principal dificuldade está na relação entre o orgânico e o psíquico. Essa articulação traz o caráter obscuro da histeria e é justamente o que não pode ser entendido exclusivamente de forma pragmática.

Restringir o corpo à noção de organismo é o fator limitante para se considerar a subjetividade no desenvolvimento de seu sintoma. É contribuir para o afastamento do sujeito do que ocorre com ele. Com isso, tornou-se imprescindível explorar o corpo pulsional como efeito do tornar-se sujeito.

Outro conceito fundamental para a compreensão do funcionamento do psiquismo, principalmente por envolver a tradução de um trauma psíquico no corpo, é o de pulsão. Freud reformulou sua ideia a esse respeito durante toda sua obra e chegou à elaboração da pulsão de morte como algo tão necessário quanto a pulsão de vida para manter o equilíbrio do aparelho psíquico.

Em todo o desenvolvimento da histeria, o fator que ganha maior destaque é o sintoma. Seu processo de formação é complexo pois envolve a satisfação pulsional, ligada a fantasias infantis carregadas de afetos não simbolizados. Dessa forma, o sintoma acaba por ser uma maneira de lidar com conteúdos impossíveis.

Diversas áreas apresentam uma forma diferente de lidar com a manifestação histórica. A ideia do presente trabalho foi abordar a relevância da psicanálise como

método atual de trabalho em relação à histeria e suas manifestações contemporâneas. A sociedade médica foi bastante citada com a intenção de mostrar que não é possível abarcar somente com o saber objetivo algo que é da ordem da subjetividade. Não se pretende fazer uma apologia à psicanálise como a única forma viável de tratar o sujeito histérico, mas de trazer à tona a necessidade de uma melhor comunicação entre as áreas médica e psicanalítica.

Mesmo com todo o avanço tecnológico e científico, e com todo empenho que a medicina possui em desmistificá-la, a histeria permanece presente, ainda que disfarçada, e é evidenciada através de patologias atuais. A fibromialgia é um exemplo da manifestação histérica nos dias de hoje. Tal assunto, em conjunto com o conceito de dor para a psicanálise, pode ser explorado mais profundamente em oportunidades futuras.

São possíveis trabalhos a partir do conceito de dor como um dos pontos que estruturam o psiquismo e sua apreensão na clínica. A forma do sofrimento e da dor que aparecem hoje é abafada pelo momento contemporâneo, uma época em que o sofrimento não é tolerado. Assim, o sujeito torna-se distante de si mesmo, mais próximo do que acredita desejarem dele e acaba por desenvolver algum tipo de recurso para dar conta da própria dor, ainda que camuflada. O sofrimento, a dor e o desamparo estão presentes, são necessários para o sujeito se constituir e não é privilégio ou exclusividade do mundo atual. Dessa forma, é, sim, muito atual a indagação: como se relacionar com algo que é parte de nossa constituição como sujeito em um momento cultural que caminha na direção oposta?

A psicanálise tornou-se um trabalho pela fala e escuta a partir da prática clínica. Escuta tanto do discurso quanto do corpo. Conceitos foram desenvolvidos na constante

tentativa de dar conta do sujeito como um todo, sem a intenção de fragmentá-lo, e em toda a sua complexidade psíquica. A eliminação do sintoma como sinônimo de cura nunca foi o propósito psicanalítico.

O foco de tal trabalho não é dar fim ao sintoma com a promessa de felicidade plena, oferecida ilusoriamente pela cultura de massa, mas favorecer a que cada sujeito consiga transformar seu sofrimento impossível ou insuportável em um sofrimento comum. O sintoma, a fala que afeta o corpo e a escuta são o meio de trabalho para a psicanálise, que é a construção de um saber próprio do indivíduo, para que possa viver satisfatoriamente livrando-se de seus incômodos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, S.L. & Fuks, M. P. (2012). *Histeria*. (2. ed.). [Coleção clínica psicanalítica]. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bollas, C. (2000). *Hysteria*. São Paulo: Escuta.
- Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del corpo*. (1.ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Colégio Americano de Reumatologia, www.rheumatology.org, acessado em 10/03/2013.
- Ericson, N, (2004). Considerações sobre o auto-erotismo. In *O corpo do outro e a criança*. Ano XXIII, nº 33. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, p. 101-104.
- Freud, S. (1886/1996). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.I. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____ (1888/1996). Histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.I. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____ (1895/2003). Estudios sobre la histeria. In *Obras Completas* (1.ed.). Buenos Aires: El Ateneo, t.1. p. 39-167.
- _____ (1896/2003). La etiologia de la histeria. In *Obras Completas* (1.ed.). Buenos Aires: El Ateneo, t.1. p. 299-316.
- _____ (1905[1901]/1996). Fragmento da análise de um caso de histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago Editora.

- _____ (1908/2003). Fantasías histericas y su relación con la bissexualidad. In *Obras Completas* (1.ed.). Buenos Aires: El Ateneo, t.2. p. 1349-1353.
- _____ (1909/1996). Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.X. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____ (1914/2012). *Introdução ao narcisismo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____ (1915/2010). *Os instintos e suas vicissitudes*. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____ (1924/2003). El problema económico del masoquismo. In *Obras Completas* (1.ed.). Buenos Aires: El Ateneo, t.3. p. 2752-2760.
- _____ (1924[1925]/2003). Autobiografía. In *Obras Completas* (1.ed.). Buenos Aires: El Ateneo, t.3. p. 2761-2800.
- _____ (1930[1929]/1996). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Garcia, A. (2004). O corpo para a psicanálise. In *O corpo do outro e a criança*. Ano XXIII, nº 33. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, p. 81-85.
- Garcia-Roza, L. A. (1995). Pulsão: parénklisis ou clinamen? In Moura, A. H. (Orgs.). *As pulsões*. São Paulo: Escuta.
- Lacan, J. (1964/2008). *O seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (2.ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

- Lazzarini, E. R. (2006). *Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea: novos rumos, reiteradas questões*. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Leite, S. (2012). Histeria de conversão: algumas questões sobre o corpo na psicanálise. In *O corpo em questão*. Rio de Janeiro: Tempo psicanalítico, v. 44, p. 83-102.
- Oliveira, G. F. T. & Barros, R. M. M. (2004). As margens da pulsão. In *O corpo do outro e a criança*. Ano XXIII, nº 33. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, p. 95-99.
- Reis, M. (2012). O interpretável no sintoma. In Fernandes, A. H. (Org.). *A lógica da interpretação*. Salvador: Associação campo psicanalítico.
- Sarué, S. (2004). O sintoma histérico como efeito plástico do ato inconsciente sobre os processos somáticos. In *O corpo do outro e a criança*. Ano XXIII, nº 33. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, p. 205-211.
- Quinet, A. (2011). *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. (4.ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Trillat, E. (1991). *História da histeria*. São Paulo: Escuta.
- Valas, P. (2004). Um fetiche para os ignorantes: a psicossomática. In *O corpo do outro e a criança*. Ano XXIII, nº 33. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, p. 113-126.