



PUC-SP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP
Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica

NEUSA CRISTINA TREVISAN

*In valle lacrymarum: Da miséria histórica à infelicidade comum-
o percurso de um caso psicanalítico*

SÃO PAULO

2018

NEUSA CRISTINA TREVISAN

*In valle lacrymarum: Da miséria histórica à infelicidade comum-
o percurso de um caso psicanalítico*

Dissertação de mestrado apresentada a banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Dr. Renato Mezan.

SÃO PAULO

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

In valle lacrymarum: Da miséria histórica à infelicidade comum- o percurso de um caso psicanalítico

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

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Minha Vó, te dedico este trabalho.

Você sabe por quê.



Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior – CAPES, mediante concessão de bolsa Mestrado, processo número 88887147855/2017-00.

Agradeço ao apoio financeiro da CAPES , imprescindível para a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Renato Mezan a quem tenho profundo respeito, admiração e me acolheu gentilmente em um momento no qual só haviam incertezas, tornando possível a realização deste trabalho.

Ao professor Dr. Manoel Tosta Berlinck (*in memoriam*) por ter me ensinado que existe beleza no *pathos*, que é preciso enfrentar com coragem o desconhecido em cada um de nós. Seus ensinamentos estarão para sempre entrelaçados a minha experiência clínica, sua voz ainda ecoa.

Ao Professor Dr. João Ezequiel Grecco que percorreu comigo este longo caminho, me ajudando a sustentar o peso que por vezes parecia insustentável. Sem a sua presença, este percurso não teria nem mesmo começado. A ti minha profunda gratidão, respeito e admiração.

Ao Professor Dr. Oscar Angel Cesarotto a quem tenho grande admiração, por ter aceitado o convite de participar da qualificação e banca.

Aos meus pais, irmãs Yaya, Kelly e Nathally, ao meu irmão Charles e ao pequeno Lolinho. Vocês iluminam minha vida, me dão o apoio e o amor que preciso para conseguir qualquer coisa.

À Dra. Daniela Mingues Signorini, por tantas vezes ter me devolvido o equilíbrio, me ensinando que nossas cicatrizes falam. À Dra. Kelly Cristina Brandão, por ter participado do meu percurso clínico e formação, sempre com ensinamentos valiosos e sorrisos acolhedores, deixando lembranças que não serão esquecidas.

Aos amigos que conheci neste mestrado, Alexandre Patrício de Almeida, Luís Cláudio Moura, Patrícia Bouças (nos reconhecemos) e a Marcos Paim, pelas horas e horas de trocas, livros e cumplicidade.

À Ohana Bettine por me ensinar que sou mais forte do que imaginava. À Ligia Vertematte (passarinha) pela parceria ímpar tanto no profissional como na vida, e a Suzana Assis e à querida Mary Ellen, pela paciência e inumeráveis almoços felizes.

À aquele que é dono do sorriso mais lindo, que veio para me dizer que eu sou capaz e me ensinar que às vezes, devemos renunciar à razão em nome do inexplicável. Obrigada por ter cruzado meu caminho.

À minha Vó Neusa Trevizan e a tudo e todos que você representa. Você é o exemplo a ser seguido, a fé que não se abala, o sentido de tudo isso. Minha vida tua vida, tua força minha força.

A todos os pacientes que encontrei, especialmente à Maria Clara, por me oferecerem o que existe de mais precioso: valores e lições que os livros não ensinam.

TREVISAN, N. C. *In valle lacrymarum: Da miséria histórica à infelicidade comum- o percurso de um caso psicanalítico.*

Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP. São Paulo, SP.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mezan

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo demonstrar através do relato de um caso clínico, alguns movimentos ocorridos ao longo de um percurso que levaram a paciente a uma mudança de posição diante de seu sofrimento, delineando concomitantemente o exercício da psicanálise nesta transfiguração. Também são expostas algumas considerações sobre a atuação da psicanalista, compreendendo que ao discorrer sobre um caso clínico, revela-se um trabalho de construção entre o profissional e o paciente. São abordados conceitos psicanalíticos como a transferência, o sujeito suposto saber e levantados determinados aspectos da histeria e sua história para melhor compreensão do caso.

Palavras- chave: caso clínico, histeria, transferência, sujeito suposto saber.

TREVISAN, N. C. *In valle lacrymarum: Da miséria histórica à infelicidade comum- o percurso de um caso psicanalítico.*

Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP. São Paulo, SP.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mezan

ABSTRACT

The purpose of this study was to demonstrate, through the report of a clinical case, some movements that occurred along a path that led the patient to a change of position in the face of her suffering, concomitantly delineating the exercise of psychoanalysis in this transfiguration. Some considerations are also presented on the psychoanalyst's performance, understanding that when discussing a clinical case, a work of construction between the professional and the patient is revealed. Psychoanalytic concepts such as transference and the subject supposed to know are approached. Certain aspects of hysteria and its history are raised for a better understanding of the case.

Keywords: clinical case, hysteria, transference, subject supposed to know.

Ninguém que, como eu, conjure os mais maldosos dos demônios semidomesticados que habitam o peito humano, e que com eles procure se medir, pode esperar sair ileso do combate.

Sigmund Freud

Sumário

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I	
SOBRE O MÉTODO	15
1. A psicopatologia Fundamental	15
2. O <i>Pathos</i>	16
3. Método clínico	17
4. Procedimento ético.....	20
CAPÍTULO II	
“MINHA VIDA PERDEU O BRILHO” – O CASO DE MARIA CLARA.....	21
1. Primeiro modo de implicação	23
2. Segundo modo de implicação.....	30
CAPÍTULO III	
A HISTERIA.....	35
1. Breuer , Charcot e Freud	36
2. Mudanças na teoria	39
3. O conceito de sintoma em Freud.....	42
4. Dora.....	43
5. Dora e Lacan.....	48
CAPÍTULO IV	
CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO CLÍNICO	51
1. Primeiro modo de implicação	54
2. Segundo modo de implicação	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

INTRODUÇÃO

*...e ninguém se pode isentar de tristezas,
porque todo o mundo é vale, e todo o vale
é de lágrimas: In Valle Lacrymarum¹.*

(Padre Antonio Vieira)

Seja feliz! Viva o agora! Sorria! Ame (tudo e todos)! Seja grato! Publique!
Repita!

Se prestarmos atenção ao que se passa à nossa volta, não demora muito para nos depararmos com mensagens desse tipo, seja em livros, programas de televisão, conversas com amigos, Facebook etc. São mensagens que chegam até nós e que podem acabar nos influenciando negativamente.

Desde sempre o ser humano busca algum tipo de prazer e felicidade, ninguém quer uma vida infeliz e sem graça. Mesmo sabendo que certos acontecimentos são inevitáveis, como por exemplo, mortes, doenças e acidentes, a maioria das pessoas tem grande dificuldade para enfrentar e aceitar as frustrações e tristezas.

Além de tudo, vivemos na era dos medicamentos, queremos que um comprimido resolva nossos sofrimentos, temos pressa, temos novos transtornos, novos nomes e muita ansiedade.

Afinal, se o objetivo de nossas buscas for a felicidade, momentos felizes ou algum sentido para a vida, temos que saber por onde começar, temos que encarar nossos monstros, nossa impotência e, mesmo assim, não teremos garantia nenhuma de sucesso.

Podemos dizer com toda a certeza que qualquer pessoa nesse mundo, pelo menos em algum (ou outros tantos) momento da vida se encontrará em um estado mais profundo de dificuldade, infelicidade e introspecção. Não existe saída, não se escapa disso. Sendo assim, podemos lembrar aqui de uma citação de Clarice Lispector em *A hora da estrela*: "*Que se há de fazer com a verdade de que todo mundo é um pouco triste e um pouco só*". Ora, isso não é um segredo; quantos escritores, músicos, filósofos e poetas sabem disso e são capazes de fazer da tristeza humana o tema central de suas produções?

Com os religiosos não é diferente. Padre Antônio Vieira (orador, filósofo, escritor e um dos missionários enviados para a catequização dos índios na conquista do

¹Tradução: no vale de lágrimas

Brasil, no século XVII), escreveu cerca de duzentos sermões nos quais fazia uso da retórica e do encadeamento lógico de idéias e conceitos para defender suas posições, destacando-se então por sua habilidade como orador sacro missionário e político (VIEIRA, 2011).

Em um de seus sermões², faz uma longa reflexão sobre a tristeza, nos dizendo ser essa a enfermidade mais universal que existe: todos os homens, em todas as terras, estão sujeitos as eventualidades de certa melancolia.

e ninguém se pode isentar de tristezas, porque todo o mundo é vale, e todo o vale é de lágrimas: *In Valle lacrymarum*. Só este vale é vale sem montes: e posto que alguns quiseram levantar montes neste vale, e parece que o conseguiram, todos esse montes, por altos e altíssimos que sejam, não escapam do dilúvio da tristeza. Os reis, os príncipes, os monarcas, os imperadores, os papas, por mais que o seu estado os tenha levantado tanto sobre os outros homens, nem por isso deixam de chegar lá os nublados, e chuviros contínuos das tristezas. [...] As tristezas que correm pelos olhos, não são as mais tristes; as que se afogam no coração, e as que o afogam, essas são as mais sensíveis e penetrantes. Aqueles mesmos resplendores que cá se admiram por fora, são os relâmpagos das grandes tempestades que lá se ocultam e devoram por dentro. Assim que a tristeza é um mal e enfermidade universal, de que ninguém escapa (VIEIRA, 2006).

Segundo o missionário, um coração triste nos afeta de modo absoluto, atrapalhando nosso juízo das coisas e ferindo nossos sentidos: não sentimos os sabores, não enxergamos cores, emudecemos a fala e temos o corpo entorpecido (VIEIRA, 2006).

No texto de 1930, *O mal-estar na civilização*, Freud escreve que só podemos ser felizes circunstancialmente por conta de nossas limitações e nos mostra o quanto a infelicidade é bem mais presente em nossas vidas, uma vez que padecemos constantemente de três grandes ameaças de sofrimento advindas das seguintes fontes: nosso corpo (que se angustia, sente dores e envelhece), o mundo externo (que nos oferece muitos perigos e ameaças) e, por último mas não menos importante, as frustrações e descontentamentos derivados das relações com os outros seres humanos. Dessa forma, nossa verdadeira busca por felicidade se resumiria apenas em esforços para evitar a tristeza e o sofrimento (FREUD, 1930).

²Sermão da quarta domingo depois da Páscoa. Com comemoração do Santíssimo Sacramento. Pregado em S. Luiz do Maranhão, publicado na revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.

Para um exemplo disso, basta atentar para o quanto alimentamos a indústria de seguros, de todos os tipos, justamente por estarmos mais preocupados em escapar do sofrimento do que em buscar felicidade (SAROLDI, 2011).

Retomando o sermão já citado anteriormente, Padre Antonio Vieira refere-se à uma passagem em que o Senhor comunica a seus apóstolos que havia chegado a hora de separar-se deles. Os homens então mergulham em uma melancolia profunda, ao que Jesus responde apontando que nenhum deles lembrou-se de perguntar-lhe para onde ele estava indo, uma vez que ficaram tomados pela tristeza.

Quo Vadis? Para onde vai? Seria, segundo Vieira (2006), o que todos nós deveríamos nos perguntar em momentos de tristeza, uma vez que todos caminhamos para a morte, todo sofrimento em vida se tornaria supérfluo e despropositado. Seria esse pensamento o único antídoto invencível contra toda a tristeza.

Deixando crenças e aspectos religiosos de lado, podemos aproveitar esta pergunta para pensarmos o que uma pessoa busca quando procura um psicanalista. Algo acontece em sua vida, algo se quebra, se perde, as coisas já não são como antes e então é necessário perguntar para onde se caminha. Ora, sabemos que caminhamos para a morte mas, enquanto estamos por aqui, vale a pena tentar alternativas, saber de nossos desejos, conhecermos nosso lado mais obscuro e, uma vez que vivemos em um vale de lágrimas, tentar transformar nossa miséria neurótica, que nos custa tanto, em infelicidade comum.

É justamente isto que propõe Freud em seu texto *A psicoterapia da histeria* de 1895:

De fato, não duvido que seria mais fácil para o destino do que para mim eliminar seu sofrimento: mas você se convencerá de que muito se ganha se conseguimos transformar sua miséria histérica em infelicidade comum. Desta última você poderá se defender melhor com uma vida psíquica restabelecida (FREUD,1985).

No caso clínico a ser apresentado, notaremos uma grande carga de sofrimento psíquico na paciente e o quanto isto influenciava em sua vida e em sua individualidade.

Em conformidade com a linha psicanalítica de Freud, na Psicopatologia Fundamental, o psiquismo é concebido como uma organização desenvolvida a partir da necessidade de defesa do ser humano contra ataques de origem interna e externa, sendo possível considerá-lo como parte do sistema imunológico que pode fracassar diante de fortes ataques ou para os quais não está preparado, o que leva o sujeito ao adoecimento.

Uma defesa contra o excesso; uma resposta à violência à qual o ser humano se viu exposto quando das mudanças provocadas por uma catástrofe ecológica de proporções avassaladoras: a perda do Éden. Para enfrentar o excesso sem adoecer - as transformações do meio ambiente (excesso externo) e as demandas pulsionais que não podiam ser satisfeitas (excesso interno), foram necessárias profundas reorganizações psíquicas. Esse longo processo, a História da Humanidade (filogênese) é repetida por cada ser humano (ontogênese) [...] O ser humano traz um sofrimento psíquico, geneticamente herdado, causado pelo excesso. Freud resgata a noção grega de *pathos* colocando-a como ingrediente central da essência do humano, de tal forma que a particularidade da organização psíquica de cada um deve ser compreendida como uma criação singular e única para garantir a sobrevivência da espécie (CECCARELLI,2005).

Entende-se então que o excesso de *pathos*, além de ser fonte de dor, pode também ter a função de criador da subjetividade do homem a partir da catástrofe. Berlinck (2000) afirma que esta catástrofe é vivida como um conflito entre a vida e a morte, estando a sexualidade no epicentro deste conflito. Já a depressão, a dor e a angústia são por sua vez invenções do humano, isto é, o corpo freudiano abrange em sua própria concepção, a inventividade, a criação.

A presente dissertação tem como principal objetivo demonstrar, através da trajetória de um caso clínico específico, os movimentos ocorridos que levaram a paciente a uma mudança de posição diante de seu sofrimento, delineando concomitantemente o exercício da psicanálise nesta transfiguração. Cabe ressaltar que, ao abordarmos o percurso de um caso clínico, convém incluir a atuação do psicanalista, uma vez que o trabalho de construção de ambos (paciente e analista) encontra-se entrelaçado. Deste modo, no relato de caso, estão também expostos alguns acontecimentos e impressões da profissional.

Maria Clara, a paciente do caso, inicia seu tratamento em uma situação de muito sofrimento, uma tristeza aguda que a impedia de viver de forma considerada satisfatória por ela mesma. No decorrer das sessões e dos anos, a paciente foi transformando sua dor, descobrindo questões e criando um novo saber sobre si. Um enigma deixado pelo caso de Maria Clara a mim resulta nesta pesquisa acadêmica. Enigma este que me convida a fazer indagações sobre o sofrimento humano e o quanto o caminho para enfrentá-lo é dificultoso, um vale de lágrimas.

Antes de seguirmos, faremos uma breve reflexão sobre a importância de discorrer sobre a prática clínica nas pesquisas psicanalíticas. Por que revelar o que acontece dentro do consultório?

POR QUE UM CASO CLÍNICO?

Já faz algum tempo, pouco mais de cem anos nos separam do começo daquilo que traria uma nova forma de pensar o ser humano. Sigmund Freud assinou o decreto: não somos senhores em nossa própria casa! Algo (ou seria quase tudo?) nos escapa da consciência, nos trai e fala por nós.

O inconsciente existe e persiste! Não como uma parte específica em nosso cérebro que possa ser verificada ou dissecada, mas sim como algo que atravessa nosso lado mais racional, que se manifesta em sonhos, deslizes na fala e até mesmo em atos que cometemos sem nos darmos conta.

Freud estudou e atendeu pessoas por longos anos de sua vida com rigorosa disciplina, dedicou-se ao estudo do psiquismo humano incansavelmente e, sendo o criador de um novo pensamento, encontrou fortes resistências e enfrentou duras críticas. Nas palavras do escritor Stefan Zweig:

Sigmund Freud deu à humanidade uma noção mais clara de si mesma – digo mais clara, não mais feliz. Aprofundou a concepção de mundo de toda uma geração – digo aprofundou, não tornou mais bela. Pois o que é radical nunca traz felicidade, apenas decisões (...) nunca, em nome do consolo, Freud apontou ao homem uma saída confortável, um refúgio em paraísos celestes ou terrenos, sempre indicou somente o caminho que conduz para dentro, o trajeto perigoso que leva às próprias profundezas (ZWEIG, 2017).

Basta um breve estudo da obra de Freud para que se possa notar o quanto a prática clínica e a teoria encontram-se entrelaçadas, são imanentes, uma necessita da outra para que se possa produzir a então psicanálise.

Em 1923, no texto “Dois verbetes de enciclopédia”, Freud propõe uma definição da psicanálise: ela é 1) um procedimento para a investigação de processos mentais que, por outro modo, seriam praticamente inacessíveis; 2) um método que se baseia nessa investigação para o tratamento de distúrbios neuróticos; 3) um conjunto de informações

psicológicas obtidas ao longo dessas vertentes que aos poucos se acumula numa nova disciplina científica.

Ainda no mesmo texto, podemos ler a seguinte definição:

A psicanálise não é, como as filosofias, um sistema que parta de alguns conceitos básicos nitidamente definidos, procurando apreender todo o universo com o auxílio deles, e, uma vez completo, não possui mais lugar para novas descobertas ou uma melhor compreensão. Pelo contrário, ela se atém aos fatos de seu campo de estudo, procura resolver os problemas imediatos da observação, sonda o caminho à frente com o auxílio da experiência, acha-se sempre incompleta e sempre pronta a corrigir ou a modificar suas teorias. Não há incongruência (não mais que no caso da física ou da química) se a seus conceitos mais gerais falta clareza e seus postulados são provisórios; ela deixa a definição mais precisa deles aos resultados do trabalho futuro (FREUD, 1923).

Seguindo estas indicações, podemos concluir que a psicanálise investiga, trata e, justamente por isso, não se encerra.

Freud precisou mostrar sua teoria e prática para convencer alguns profissionais da medicina e estudiosos que sua ciência tinha eficácia e ainda assim, é questionada até hoje. Sua obra é repleta de movimento, descobertas, correções e constatações. Sua rotina de vida resumia-se em várias horas de atendimentos clínicos durante o dia e outras tantas horas de estudos à noite. Ele precisava desvelar o que fazia, sem os casos ou fragmentos clínicos publicados, a psicanálise não passaria de uma teoria sobre o funcionamento do inconsciente, teríamos certamente muita dificuldade em vivenciá-la na clínica, pois é exatamente nesse lugar que a teoria avança e que podemos ver a psicanálise funcionando a todo vapor sem disfarces ou ornamentos muitas vezes utilizados por teóricos.

A direção da pesquisa psicanalítica é dada pela experiência psicanalítica; desde os primeiros trabalhos de Freud, a clínica forneceu a base e o norte a partir dos quais se construíram os eixos fundamentais da elaboração teórica em psicanálise. Se a experiência fornece as bases da construção teórica, então o relato do caso – um caso único –, ou seja, os desdobramentos de uma análise e seu acompanhamento pelo analista, são um instrumento na construção do método e da pesquisa em psicanálise (ZANETTI, 2006).

Renato Mezan (2014), nos fala da clínica *stricto sensu*, um tipo de centro do qual podem partir diversos tipos de pesquisas na área da psicanálise, pois é diretamente da clínica que emergem os conceitos centrais da psicanálise, instrumentos com que opera qualquer pesquisa nesse campo.

Desta forma, evidencia-se a importância do estudo de casos ou relatos clínicos no campo da pesquisa psicanalítica. Um projeto de pesquisa em psicanálise nasce na atividade clínica, tornando-se um prolongamento desta. Berlinck (2000) nos diz que uma pesquisa em psicanálise se mantém primeiramente pela transferência, quando o psicanalista ocupa o lugar de um saber a partir de um enigma. Esse enigma faz com que o psicanalista inicie uma busca, uma atividade de pesquisa que será sustentada por suas perguntas originadas na clínica.

O interesse para a realização da presente dissertação surgiu no início da minha prática clínica. O percurso psicanalítico é repleto de situações capazes de nos deixar inquietos, criando enigmas que nos convidam a buscar mais clareza e compreensão do funcionamento do aparelho psíquico e também do nosso papel como psicanalistas.

O primeiro capítulo consiste em uma apresentação e justificção do método utilizado: o método clínico. Para tanto, foi necessário recorrer a Psicopatologia Fundamental e a noção de *Pathos*.

No segundo capítulo, é apresentado o caso clínico de Maria Clara, dividido em dois diferentes momentos correspondentes aos modos de implicação da paciente em sua análise.

Na sequência, o leitor encontrará um terceiro capítulo dedicado ao conceito de histeria segundo a teoria psicanalítica, passando por um breve histórico, abordando algumas considerações teóricas de Freud e Lacan, dando destaque ao caso Dora.

No último capítulo, são realizadas devidas articulações do caso clínico com a teoria.

A dissertação é concluída com algumas considerações finais acerca do trabalho apresentado e uma analogia do caso com o mito de Sísifo.

CAPÍTULO I

SOBRE O MÉTODO

Para a presente dissertação utilizarei os pressupostos da Psicopatologia Fundamental que tem como interesse a promoção de uma experiência compartilhada pelo sujeito. Sendo assim, esta pesquisa utilizará o método clínico baseando-se no relato de um caso que contém questões a serem investigadas.

1. A psicopatologia Fundamental

Iniciada na Université de Paris XII – Denis Diderot pelo Professor Doutor Pierre Fédida, a Psicopatologia Fundamental é marcada por uma diferenciação da Psicopatologia Geral de Jaspers, que tem o objetivo de abordar a doença mental de maneira mais objetiva e universal através da descrição sistemática dos sintomas (FÉDIDA, 1998).

Em contrapartida, a Psicopatologia Fundamental procura levar em consideração aspectos da vivência do sofrimento psíquico expressado pelo sujeito do *pathos*.

A Psicopatologia Fundamental, não dispensando os saberes adquiridos nem pela Psicopatologia Geral, nem por outros saberes que contribuem para a compreensão do sofrimento psíquico – a filosofia, a psicologia, a psicanálise, a literatura, as artes, o jornalismo, etc – não está tão interessada na descrição e classificação da doença mental como no que é vivido e expressado pelo paciente, pois baseia-se no pressuposto de que o *pathos* manifesta uma subjetividade que é capaz, através da narrativa, do relato, do discurso, da expressão em palavras, de transformar a paixão e o assujeitamento numa experiência servindo para a existência do próprio sujeito e, quem sabe, à medida que for compartilhada, para outros sujeitos (BERLINCK, 2000).

Para Manoel Berlinck (2000), a Psicopatologia Fundamental ocupa uma posição específica na polis: a posição clínica. É a partir desta posição que se dá uma escuta do discurso do paciente a respeito de seu próprio *pathos*, e, deste modo, de sua subjetividade e singularidade.

Deve-se considerar também a importância do diálogo com outros saberes para que se possa estabelecer um campo interdisciplinar apesar da especificidade clínica da Psicopatologia Fundamental, que parte do pressuposto que não é possível esgotar a experiência do *pathos* com conhecimentos especializados.

Temos conhecimento de que não se sabe tudo sobre o sofrimento psíquico. Desta forma, torna-se necessário um diálogo plural, que inclua diferentes visões e discursos sobre o caráter subjetivo do *pathos*

Seria, então, conveniente pensar o projeto de uma psicopatologia fundamental como o de uma natureza intercientífica, em que a epistemologia comparativa de modelos e de seus respectivos funcionamentos teórico- clínicos desempenharia o papel determinante de uma consciência de seu limite de operatividade e de sua aptidão a transformarem-se uns aos outros. Caso em que, o fundamental seria aqui um ideal de comunicação mais do que o objeto de uma esperança da ciência unificada (FÉDIDA, 1998).

De acordo com esta proposta, ao escolher um caso clínico para a presente dissertação, não pretendo esgotá-lo teoricamente, mas sim abrir sentidos e elucidar questões ainda obscuras com base em referenciais teóricos.

2. O *Pathos*

Segundo Berlinck (2000), a Psicopatologia Fundamental trata do sofrimento humano num sujeito trágico, que não é nem racional nem agente e senhor de suas ações, coincidindo e sendo constituído com o *pathos*, o sofrimento, paixão e passividade.

Quando o *pathos* acontece, quando o ser humano é atravessado por ele, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em processo sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator. Tanto o sofrimento como as paixões e a passividade tomam conta do corpo sem fazerem parte inerente dele, o *pathos* vem de fora, se apodera do corpo e o faz sofrer (BERLINCK, 2000).

Considerando o *pathos* como algo que acomete o humano, torna-se possível transformá-lo em experiência, em algo que enriquece e amplia o pensamento.

A posição da Psicopatologia Fundamental é tal que se dispõe sempre a escutar um sujeito que porta uma única voz que fale do *pathos* que é somático e que vem de longe e de fora, ela é sempre objeto da transferência, ou seja, de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e

de fora e que possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar com o sujeito, essa narrativa em experiência. Esta palavra, aqui, adquire o sentido preciso de enriquecimento, ou seja, a experiência é a possibilidade de se pensar aquilo que ainda não foi pensado (BERLINCK,2000).

Sendo o *pathos* algo que incide sobre o humano, é a partir dessa condição de sofrimento que é possível transformá-lo em uma experiência,ou seja, ao transformar o *pathos* psíquico em narrativa, constrói-se um discurso plural e clínico, constituindo assim uma terapêutica no âmbito da Psicopatologia Fundamental.

Dessa forma, pode-se perceber que o *pathos* não se restringe apenas ao sofrimento sintomático, mas é constitutivo, logo, fica evidente a importância da clínica como objeto fundamental na Psicopatologia Fundamental. É na clínica que o sujeito pode construir um discurso narrativo sobre seu sofrimento.

A partir da pesquisa sobre uma experiência clínica atravessada por *pathos*, que deixou questões, pretende-se criar um discurso narrativo ampliador de sentido, transformando assim o *pathos* em experiência.

3. Método clínico

Deve-se ressaltar que o método clínico não se confunde com a clínica.

Berlinck (2009), refere-se ao método clínico como o percurso do que ocorre na clínica, um segundo movimento acerca do tratamento.

Se levamos a sério o significado da palavra psicopatologia – discurso (logos, logia) da paixão, do afeto (*pathos*) psíquico seremos, imediatamente, remetidos ao método clínico: espaço percorrido a caminho da palavra representante desse sofrimento. O método assim entendido contém uma lógica que não é formal e se revela pela narrativa construída pelo médico e o paciente na situação clínica (BERLINCK 2009).

Uma vez que a paixão e o afeto revelam-se no caminho em direção à palavra-representante do sofrimento psíquico, podemos perceber que o *pathos* não é dado imediatamente a ver, é sempre obscuro. As representações obscuras só podem tornar-se mais claras através da prática de se colocar em palavras as representações sobre o mundo interno e é a isto que o método clínico se dedica.

Descobrir maneiras de pôr em palavra o obscuro é a finalidade mesma do método [...] O método clínico, desencobrendo pela palavra o encoberto, revela a verdade sempre provisória, evanescente do afeto: o pathos psíquico. Colocar em representação o pathos é produzir um conhecimento do humano, pois transforma aquilo que é singular e obscuro no que é claro, abrindo oportunidade para o coletivo. Enquanto internas, as representações obscuras são vivências que podem se transformar em experiência, isto é, em representações socialmente compartilhadas (BERLINCK, 2009).

Portanto, podemos entender que a pesquisa em Psicopatologia Fundamental possui três pilares centrais: a experiência clínica, o caso clínico e o método clínico.

Segundo Magtaz e Berlinck (2012), a essência do método clínico encontra-se na premissa dele partir do relato de uma vivência e buscar uma compreensão desta situação através de uma formulação representativa. É a partir da narrativa clínica que pode-se revelar algo inovador e surpreendente na ciência (como o processo de atenção flutuante) para que o inesperado possa surgir.

O trabalho de interpretação do caso teria, para o clínico pesquisador, a função de colocar em palavras – a formulação de uma situação problemática – aquilo que ele viveu na transferência e apresentou-se como surpreendente enigmático. A interpretação em análise visa, antes de tudo, a eliminação das resistências, da tendência a selecionar o material a ser analisado. O trabalho de interpretação do caso em pesquisa seria, então, um trabalho de associação do clínico pesquisador para superar suas resistências na formulação de um problema de pesquisa, e poder ficar livre em sua atenção e favorecer o pensamento metapsicológico. Este delicado e complexo processo envolve principalmente a memória, ou seja, aquilo que foi vivido e esquecido, pois sem esquecimento não há memória (MAGTAZ;BERLINCK 2012).

Deste modo, a psicopatologia Fundamental afirma que o que possibilita a transformação do *pathos* em experiência é o método clínico. A partir deste método, abre-se a possibilidade de que o *pathos* torne-se uma experiência enriquecedora tanto para o paciente que sofre quanto para o clínico que se depara com o enigmático.

Para Fédida (1992), a narrativa é também uma excelente maneira de se transmitir não somente o *pathos*, mas também a atividade clínica. Porém, para que o ato técnico da escritura em psicanálise reencontre sua função de ‘episteme’, deve-se permitir que a palavra se represente deixando-a surpreender seu inesperado inescutado, portanto, a construção da narrativa não diz respeito à reconstrução e descrição fiel de todas as sessões de atendimento clínico.

A narrativa Clínica é de natureza ficcional, ou seja: *“é exatamente um relato que, graças as suas rupturas temporais e suas descontinuidades possibilita a produção das condições de linguagem do figurável”* (FÉDIDA, 1992).

O que se busca com o método clínico é uma construção, e não uma explanação sobre o caso

o objetivo da construção deve ser o de partilhar elementos de cada caso em um trabalho conjunto, o que não seria possível em um trabalho de interpretação. A construção seria um método clínico de maior alcance em comparação com a interpretação (MAGTAZ;BERLINCK 2012).

Sendo assim, é a partir do estudo de caso que podemos pensar em uma transformação metapsicológica do tema que surge a partir de um enigma.

O caso aponta para uma transformação metapsicológica, para o levantamento de um tema suscitado por ele. A metapsicologia não se reduz, de maneira nenhuma, a uma compreensão da dinâmica do paciente nem de sua estrutura clínica. Ela precisa ser ampla, como Freud o fez ao criar noções pertinentes à clínica como um todo. Todavia, para a pesquisa clínica entendida aqui, a interpretação do caso constitui possibilidade de representação figurativa do mesmo a partir do vivido enigmático na clínica (MAGTAZ;BERLINCK 2012).

É importante ressaltar que a pesquisa através do método clínico é realizada somente se houver uma vocação, um chamado do pesquisador acerca de sua experiência.

O clínico pesquisador possui uma vocação para a pesquisa, atende a uma voz que chama (vocare) e “realiza um desejo” de pesquisa muito próximo à pesquisa sexual infantil. O caso – como porta-voz de um tema de pesquisa – é um objeto investido libidinalmente pelo pesquisador, instigante e erótico (faz ligações). É preciso formular uma questão enigmática a partir do que o surpreendeu e traçar um caminho a ser seguido para respondê-la, um caminho de ligações (MAGTAZ;BERLINCK 2012).

E ainda:

Isso possibilita pensar que o caso é do clínico e não do paciente. É do clínico que se trata quando se trata do caso, do clínico e de seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada por meio de um tema de investigação (MAGTAZ;BERLINCK 2012).

Portanto, é do desejo de transformar uma experiência clínica em uma experiência compartilhada dentro da ciência e da polis que se realiza a pesquisa em Psicopatologia Fundamental. É através do enigma que se apresenta e da voz que chama que se pode, a partir da pesquisa, encontrar um lugar para a experiência clínica.

4. Procedimento ético

A utilização dos recortes do caso clínico para discorrer sobre aspectos da teoria psicanalítica na presente dissertação foi orientada pela resolução disposta a seguir:

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

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

Parágrafo único.

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

Sendo assim, a pesquisa prosseguirá com o compromisso da autora, diante dos procedimentos éticos e normas estabelecidas acima.

CAPÍTULO II

“MINHA VIDA PERDEU O BRILHO” – O CASO DE MARIA CLARA³

De um certo ponto adiante não há mais retorno.

Esse é o ponto que deve ser alcançado.

(F. Kafka)

Como devemos chegar a um conhecimento do inconsciente? Certamente, só o conhecemos como algo consciente, depois que ele sofreu transformação ou tradução para algo consciente. A cada dia, o trabalho psicanalítico nos mostra que esse tipo de tradução é possível.

(S. Freud)

“Eu estou aqui porque minha vida perdeu o brilho”, me disse Maria Clara em meio a muitas lágrimas. Foi com essa frase que se deu início a um percurso que se estenderia pelos quatro anos seguintes.

Naquele momento, me encontrava no começo de minha trajetória profissional. Maria Clara seria a primeira paciente que atenderia depois de concluir minha formação universitária em psicologia.

Optei por iniciar meus atendimentos em uma clínica que recebia pacientes que possuíam planos de saúde. Ao ingressar nesse tipo de instituição, o profissional deve escolher um período do dia no qual realizará os atendimentos e sua agenda é preenchida de acordo com a disponibilidade de horário dos pacientes.

Antes que as sessões se iniciem, o paciente deve consultar um médico que faça um diagnóstico e solicite o acompanhamento psicológico a fim de obter a autorização do plano de saúde para o pagamento das sessões. Comumente com preços baixos, o valor da consulta nesses casos varia de acordo com o convênio do paciente e é efetuado diretamente para clínica, que o repassa ao profissional.

³Nome fictício – Os detalhes específicos do caso foram devidamente alterados para proteger a identidade da paciente.

Com o devido diagnóstico e o encaminhamento já realizados, o paciente pode procurar uma clínica ou um profissional que trabalhe com estes planos de saúde para dar início ao tratamento psicológico.

Em uma clínica deste tipo, na qual diferentes profissionais prestam atendimento, cada um tem a liberdade de atender os pacientes de acordo com o referencial teórico e metodológico escolhido, seja psicanalítico, comportamental, etc. Os pacientes não são informados dessas particularidades, recebem apenas o nome do psicólogo e o horário no qual devem estar presentes. Os contatos telefônicos também são realizados por algum funcionário da clínica, ou seja, até a primeira sessão, não há qualquer contato entre o psicólogo e o paciente.

Maria Clara havia passado pelo atendimento médico e já possuía seu diagnóstico. Com base no CID 10⁴, ela se enquadrava no item F411, Transtorno de ansiedade generalizada.

Podemos perceber que primeiro há uma demanda médica e, ao receber o diagnóstico, o paciente recebe um nome para o seu sofrimento, que faz com que ele parta para o atendimento psicológico esperando que sejam apresentadas soluções ao diagnóstico levantado pelo médico. Sendo assim, a transformação desta demanda médica de cura para uma demanda pessoal, será apenas o primeiro passo de um longo trabalho de construção.

O caso desta mulher que parecia tão triste foi o primeiro que pude atender em meu percurso profissional. As lições aprendidas com Maria Clara são extremamente valiosas; Assim como Anna O, Dora, Katharina, entre outras que levaram Freud a criar e aprimorar a psicanálise, o sofrimento dessa paciente me comoveu, fazendo com que eu pudesse criar questões e produzir um saber, uma pesquisa acadêmica sobre seu caso.

Diante do desafio de transpor para a escrita um caso clínico que perdurou por alguns anos, se faz necessária a realização de alguns recortes e seleção do material que será comunicado, com o objetivo de organizar e melhor representar o que chamamos de sofrimento psíquico desta mulher que falava em análise.

⁴ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems – ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para derimentos ou doenças.

Para melhor disposição, dividirei o caso em dois modos de implicação da paciente no tratamento que considero serem distintos.

O modo de implicação nos fala sobre uma maneira de portar-se, uma conduta ou estilo de envolvimento ou comprometimento.

No primeiro modo de implicação, relatarei alguns fatos clínicos dos três primeiros anos de atendimentos de Maria Clara até o momento em que ocorre uma interrupção por sua vontade. No segundo modo de implicação do caso, trataremos do que decorreu após esta breve interrupção até o momento em que a análise se encerra.

1. Primeiro modo de implicação

Maria Clara tinha 48 anos, estatura mediana, morena, estava quase sempre com os cabelos presos. Vestia-se de maneira simples e discreta, cores sempre básicas, não usava qualquer maquiagem e caminhava sempre devagar, sua voz era suave e baixa. Tinha certa delicadeza em seus movimentos e um olhar muito abatido. Apesar do desgosto que sentia por sua vida, não tinha desistido de si, por trás de toda simplicidade e tristeza ainda era possível notar uma mulher vaidosa, atenta e que buscava ajuda por ter alguma esperança, um anseio por uma possível cura que a levou a submeter-se a um tratamento psíquico.

Era seu marido quem a trazia para os atendimentos e a aguardava fora da clínica. Maria Clara sabia dirigir, mas se dizia fraca e sem vontade. Para ela, a vida havia perdido as cores, os gostos e o sentido, fazendo com que começasse a pensar na morte com certa frequência.

O que a impedia de ter um pouco de prazer ou mesmo algumas gotas de alegria para que sua existência não fosse tão densa? O que apagava o brilho da vida de Maria Clara? Estas foram as primeiras questões que me intrigaram, que seriam apenas a ponta de um iceberg ou então a entrada de um labirinto no qual inúmeros trajetos estariam disponíveis.

Casada desde os 20 anos, a paciente acreditava estar atravessando um momento delicado em sua vida. Seu único filho se casaria em três meses e sairia de casa. Dizia que desde o nascimento do menino havia se dedicado apenas a ele e esquecido de cuidar

de seu “*lado mulher*”⁵. Acreditava ser o casamento do filho o fator desencadeante de sua tristeza. Além do sentimento de abandono, a situação fez com que alguns conflitos que estavam adormecidos emergissem para Maria Clara. Conflitos estes todos entrelaçados: sua relação com o marido que estava bastante crítica (brigas e discussões diárias), com sua mãe que estava doente e sua feminilidade (dizia não se sentir feminina, havia desistido de se arrumar, de cuidar do seu corpo, considerando-se feia e envelhecida).

Naquele momento sofria porque precisava escolher um vestido para o casamento, era a mãe do noivo e acreditava que precisava ser discreta em sua escolha, pois não poderia “*aparecer demais*”, já que estava completamente insatisfeita com sua imagem.

Aos 48 anos, estava começando a ter sintomas da menopausa, relatou ter muita dificuldade em aceitar o envelhecimento, seu corpo já não era o mesmo de 10 anos atrás, sentia vergonha dele e procurava sempre usar roupas compridas e mais soltas para escondê-lo. Ligado a essas condições, Maria Clara não tinha vontade de ter relações sexuais, não desejava seu marido e nem se sentia desejada.

Algo já vinha sendo dito pela paciente, algo que ainda levaria tempo para tomar minha atenção para que algum apontamento pudesse ser feito: dizia sempre sobre um receio de parecer “*vulgar*”, tinha medo de que as pessoas, inclusive no casamento do filho, pensassem que ela fosse uma mulher vulgar.

Meses depois, seu filho se casou, o vestido escolhido foi o mais discreto possível, de cor cinza, como sua vida, se ela pudesse ser definida por uma cor.

Maria Clara trabalhava com seu marido em uma loja. Passava todo o dia com ele e dizia não suportar seu trabalho. Nem sempre fora desta maneira, quando se casou e durante alguns anos, era o marido quem sustentava a casa enquanto ela cuidava do filho. A loja de tecidos foi mais uma tentativa de êxito financeiro depois de alguns outros fracassos comerciais. A paciente lamentava a passividade de seu marido, via-o como um homem “*sem atitude, relaxado e que não se cuida*”, ao mesmo tempo em que se perguntava se ele ainda a amava. Demandando atenção constantemente, as discussões eram frequentes, queixava-se da falta de reconhecimento por seu trabalho e de seu pouco acesso às finanças, uma vez que era ele quem as controlava.

⁵As falas e expressões usadas pela paciente e por mim serão destacadas em itálico e entre aspas.

Também tinha que lidar com a doença de sua mãe. Sendo a mais nova entre nove irmãos, era a responsável por administrar as finanças e despesas da mãe que se encontrava internada em uma clínica em estado vegetativo por sofrer da doença de *Alzheimer*. Via a mãe semanalmente e, além de todo o sofrimento por testemunhar o fim de sua vida, ainda tinha que lidar com os percalços burocráticos e operacionais da clínica e de seus funcionários (cobranças, falta de cuidados básicos, medicamentos etc).

Católica desde criança, a paciente tinha forte apego à religião, frequentava a igreja e grupos de oração. Dizia ser uma pessoa boa, temente a Deus, que só queria o bem de todos, só queria amar ao próximo e, apesar disso, era vítima da maldade e insensibilidade alheia. Para ela, as pessoas eram egoístas, frias e incapazes de amar, mas, mesmo assim, dizia não sentir raiva ou mágoa. Em sua fala, dificilmente emergiam teores considerados “feios” ou “errados” pela cultura ou religião. Quando sentia inveja, era sempre “*inveja branca*”, quando provocava discussões, era sempre por não ter sido compreendida.

Esses traços contribuíam para que Maria Clara ocupasse um lugar de vítima, passiva a tudo e todos.

Inicialmente, a direção do tratamento tinha o objetivo de ajudar Maria Clara a conscientizar-se de seu lugar de vítima e de sua constante busca por uma satisfação que, para ela, só poderia vir por meio do amor pleno das pessoas de sua vida. Faltava amor (dos outros), faltava que retribuíssem tamanho carinho e cuidado que ela lhes dedicava, claro, sem pedir nada em troca. Dizia-me que eu parecia ter a idade de seu filho, me levava presentes (sempre coisas de comer), me elogiava, preocupava-se com o horário em que eu sairia da clínica. Procurava mostrar-se como uma mulher muito boa. Algumas vezes, era difícil fazer apontamentos ou questionamentos que eu julgava serem mais duros, temia dizer algo que desagradasse essa mulher que sofria tanto. A tristeza de Maria Clara era comovente e, ao término de suas sessões eu ficava cansada e também triste, sem que percebesse, era seduzida pela paciente e envolvida em sua fantasia.

Neste ponto, gostaria de salientar a importância de se fazer supervisões clínicas, principalmente no início de nossas atividades como psicanalistas.

Após relatar e analisar uma das sessões de Maria Clara, faço um comentário que imediatamente é pontuado pela minha supervisora: Comovida pelo sofrimento da paciente diante das brigas com seu marido, digo: “*Mas também, deve ser difícil conviver com um marido assim*”. Encontrava-me completamente capturada pela paciente; envolvida em toda sua trama de queixas e insatisfação, me compadecia de seu

sofrimento. Após, em supervisão, me dar conta deste movimento, pude passar a indagar Maria Clara, como se eu também tivesse que aceitar que ela não era vítima de nada, apenas de seu próprio desejo.

Indagações simples, como por exemplo quando ela dizia da irritação de seu marido e eu perguntava como havia começado a discussão, foram fazendo emergir, aos poucos, “outro lado” de Maria Clara. *“Ele ficou irritado porque eu tentei jogar a batedeira nele, porque eu quebrei a cozinha toda, porque eu não aguento mais”*. Quem era essa mulher que quebrava tudo? Capaz de gritar e arremessar objetos, tão diferente daquela religiosa, de fala mansa, que amava a todos?

Este tipo de apontamento foi abrindo um novo caminho para Maria Clara, como se ela começasse a perceber que, parafraseando Freud, tinha participação direta na desordem da qual se queixava.⁶

O relato desses episódios nos quais ela deixava seu lugar de vítima era esporádico. Aos poucos, e quando suas defesas permitiam, relatava acontecimentos que iam de encontro à imagem que tentava passar de si mesma: a esposa, filha perfeita e religiosa que só queria bondade e amor. Maria Clara não faltava, não chegava atrasada, ainda me levava presentes e continuava preocupando-se comigo. Queria ser também a paciente perfeita. Era uma pessoa que tentava agradar a todos e frustrava-se na medida em que não obtinha um retorno considerado (por ela mesma) mais do que merecido.

A frustração então passava por mim, que tinha a sensação de estar andando em círculos com Maria Clara, pois, quando parecia que haveria algo novo em meio a queixas e relatos de sua rotina, na sessão seguinte era certo que retornaria ao seu sofrimento e sua posição de insatisfação, culpando o marido, o filho, os clientes da loja e o mundo pela falta de amor.

Passado o primeiro ano, em uma das sessões, Maria Clara faz um longo silêncio, começa a chorar e diz que precisava me falar de coisas das quais ainda não tinha tido coragem para dizer: aos 16 anos, havia feito um aborto por vontade própria. Seu marido, que naquela época era seu namorado, terminou o relacionamento, porém, voltou atrás devido a uma tentativa de suicídio de Maria Clara que, ao perceber que ele a deixaria, tomou muitos remédios.

⁶“Veja qual é a sua própria parte na desordem de que você se queixa” – Fragmento da análise de um caso de histeria (Freud, 1905)

Perguntei o porquê dela não ter tido coragem para falar sobre este assunto anteriormente, isso a incomodava. Foi então que Maria Clara me respondeu: *“porque eu não queria que você pensasse mal de mim”*.

Naquela ocasião, disse a Maria Clara que ela poderia falar sobre qualquer assunto, que estávamos ali para isso e que apenas lidando também com as questões obscuras é que poderíamos chegar a algum lugar. Sentiu-se aliviada e a partir de então, algo começou a mudar em suas sessões.

Foi também nesse período que pude sair da clínica de convênio e passei a atender Maria Clara em meu consultório particular, uma sala no segundo andar de um sobrado na qual a janela era de frente para a rua. Em certa sessão, queixou-se do local, pois ao sair na semana anterior, flagrou seu marido embaixo da janela tentando escutar o que ela me dizia.

Indaguei então até quando o marido a levaria até ao consultório, dado que ela tinha carro e estava habilitada. Abriu-se então mais um caminho a ser explorado.

Falava de um passado no qual não precisava trabalhar, tinha melhor condição financeira, cuidava de seu filho e de sua casa. Agora tudo era diferente, trabalhava na loja com o marido e não tinha acesso às finanças, além de todo o trabalho doméstico que tinha de fazer em sua casa. Precisava pedir dinheiro a ele se quisesse comprar alguma coisa e certa vez chegou a roubar de seu próprio caixa sem que ele soubesse. Culpava-o por seu cansaço e por não reconhecer seus esforços no trabalho.

Faço então uma série de apontamentos sobre as regras de seu cotidiano, quem as havia criado? Maria Clara também era proprietária da loja, poderia controlar as finanças e fazer sua carga horária, então por que deixava tudo nas mãos de seu marido?

Eis que nesse momento Maria Clara fala sobre seu desejo de ser *“dondoca”*: acreditava que uma dondoca era uma mulher que não precisava trabalhar, vivia com luxos sustentados pelo marido. Associou que o fato de deixar que o marido controlasse tudo e inclusive a levasse para os diferentes lugares nos quais tinha que ir, era uma forma de resgatar um tipo de vida que ela já tivera uma vez e sempre quis desde que se casou. Ilusoriamente, o marido a servia e, desta forma, cobrava dele um ideal que não poderia ser cumprido. Para a paciente, o marido ideal era um homem rico, que sustentava a mulher, sem que essa precisasse trabalhar e pudesse viver uma vida requintada.

Foi extremamente doloroso para a paciente se deparar com esses pontos, sentiu-se culpada, chorava por começar a ver sua vida de outra maneira. Houve um tempo de

sofrimento por este ideal partido, falava de como gostaria que as coisas fossem e de como elas realmente eram: queria que o marido a sustentasse, mas para isso ela precisava trabalhar!

Após alguns meses, ela percebeu que determinadas condições de sua vida estavam apenas em suas mãos e, foi então que Maria Clara começou a fazer pequenas mudanças: passou a ir sozinha para suas sessões, criou novos horários para seu trabalho e passou a gostar mais do que fazia. Disse que a loja também era sua e que estava começando a voltar a sentir prazer em trabalhar ali. As brigas com o marido também haviam diminuído consideravelmente e começou a se arrumar de outra maneira, usava roupas um pouco mais elegantes e passou a usar rímel, fato que destacava seus olhos antes tão apagados. A paciente dizia sentir que estava “*caminhando em sua melhora, mesmo que lentamente*”.

Concomitante a estas mudanças, a questão de sua mãe passou a tomar mais tempo nas sessões.

Filha mais nova, Maria Clara tinha muitos irmãos, sendo dois já falecidos. Criada em meio a muitas dificuldades, contava que seu pai era alcoólatra e sua mãe sempre trabalhara muito para cuidar de todos os filhos. Maria Clara se lembrava de inúmeras cenas de seu pai bebendo ou passando mal na rua. Dizia que apesar do álcool e de sua seriedade, o amava muito. Acreditava que seu pai, já falecido, sempre traía sua mãe e o culpava por isso.

Como já dito anteriormente, sua mãe sofria de Alzheimer há muitos anos e se encontrava internada em uma clínica em estado vegetativo. Maria Clara viu sua mãe sumindo aos poucos, perdendo a memória, a capacidade física e cognitiva lentamente. A visitava toda semana e dizia que “*agora a mãe virou filha*” e precisava de todos os seus cuidados. Relatava que sua mãe era uma santa que trabalhara muito por ela e por seus irmãos, além de sempre ter dado muito amor. Ver a mãe adoecendo foi um processo muito difícil para Maria Clara, falava sobre a dor de vê-la “desaparecer” e da culpa por ter deixado-a na clínica. Sofria pelos irmãos que não se preocupavam com a mãe, sofria por desconfiar que os funcionários da clínica a maltratavam, sofria pela ambiguidade de seu desejo de querer ter a mãe por perto ao mesmo tempo em que intimamente desejava, com muita culpa, que ela partisse para que o sofrimento de ambas pudesse terminar.

Ela contava que sua mãe costumava ser “cheia de vida”, uma mulher muito bonita e à frente de seu tempo. Trabalhava quando não era tão comum que mulheres trabalhassem, usava roupas justas e chamava a atenção de todos.

Conforme o estado de saúde de sua mãe foi piorando, Maria Clara foi ficando mais triste e mais cansada. Passou a dizer que estava com depressão, assistia a programas na televisão nos quais este tema era abordado e se identificava imediatamente.

Eu não acreditava nesse diagnóstico de depressão para Maria Clara. Certamente ela enfrentava um momento delicado em sua vida, se aprofundava cada vez mais nas questões de sua história, de suas queixas e, de fato, algo parecia estar se mobilizando. Pensava que se apoiasse este diagnóstico, estaria novamente sendo complacente com a posição de vítima na qual Maria Clara encontrava-se no início do tratamento e para a qual sempre tentava retornar. Chegava às sessões contando que havia chorado muito, sentia o peito vazio, muita angústia e me perguntava: “*você não acha que é depressão?*”. Diante dos questionamentos da paciente, eu devolvia a pergunta com o intuito de que ela pudesse desenrolar seu auto-diagnóstico e não rotulasse seu sofrimento: “*você acha que é depressão? O que é depressão para você?*”

Maria Clara passou a se irritar com seu filho e seu marido, dizia que eles a acusavam de estar “*fazendo frescura*”. Deixou de se arrumar, se atrasava, desmarcava sessões e, algumas vezes quando eu perguntava ou apontava algo, ela respondia com uma pequena risada irônica.

Particularmente, também encontrava-me em um momento delicado de minha vida, não estava fazendo análise, apenas supervisão enquanto ignorava o famoso tripé de Freud (ensino teórico, supervisão e análise pessoal). Não percebia o quanto isto poderia me afetar profissionalmente.

Neste momento, já nos encontramos no terceiro ano deste caso e foi então que, em um domingo, por volta das 6:30 horas da manhã, recebo uma ligação de Maria Clara. Aos prantos, me dizia que estava indo ao hospital com seu marido pois achava que iria morrer. Ela me disse: “*eu queria dizer que estou indo ao hospital e queria saber se caso eu precise, você poderia ir lá pra me ver*”. Respondo que sim e ela começa se acalmar. Mais tarde ligo para Maria Clara que já se encontrava bem e em casa. Mesmo assim, sua situação me preocupava. Não se tratava de decidir se ela tinha depressão ou não, sabia que algo estava acontecendo e um sentimento de impotência me atingiu diante daquele sofrimento.

Na semana seguinte, Maria Clara me liga novamente pedindo para que eu mudasse o dia de nossa sessão. Não havia pior momento para que ela ligasse, uma vez que eu estava voltando do velório de um familiar. A única coisa que consegui dizer a Maria Clara foi “*você precisa ser forte*”, frase comum dita em velórios. Ao relatar este fato em minha supervisão, sou questionada sobre minha análise pessoal, afinal, eu era o “lugar” que Maria Clara tinha para falar sobre suas angústias e sofrimentos, porém, seu sofrimento tornara-se ensurdecedor, já não o escutava mais, sentia que não poderia fazer nada por aquela mulher e, foi então que percebi a importância do analista também ter o seu lugar, o seu analista com quem poderá tratar de suas questões e, assim, procurei um psicanalista.

Semanas depois, Maria Clara chega à sessão e me diz que tinha ido somente para informar que aquele seria seu último dia, estava determinada a encerrar seu tratamento. Conta que tinha ido a um psiquiatra, este havia finalmente a diagnosticado com depressão e receitara um medicamento que a estava curando. O psiquiatra também a havia indicado para um tipo de terapia chamada “*terapia do espelho*”. Nesta terapia, uma pessoa se dirigia a frente de todos os participantes, falava um pouco de seu sofrimento e os membros do grupo diziam suas impressões e opiniões.

Maria Clara já havia participado de uma sessão desta terapia, relatou que fora pela primeira vez na semana anterior e havia decidido me contar apenas se gostasse, disse ter se sentido extremamente acolhida: “*Lá eles me acolheram, lá eles me abraçam.*”. Muito frustrada, digo a Maria Clara que ela poderia encerrar nosso processo, porém, deveria deixá-la ciente de que ele não estava finalizado, pois ainda havia muitas questões a serem trabalhadas e que ela poderia voltar se sentisse necessidade.

Maria Clara optou por interromper seu tratamento analítico e, desta forma, encerra-se o que considero o primeiro período de implicação.

2. Segundo modo de implicação

Três semanas depois, recebo uma ligação de Maria Clara dizendo que queria voltar. Concordo com seu retorno e retomamos as sessões.

Contou que havia se irritado no grupo de terapia, pois percebera que as pessoas ali apenas se queixavam de suas vidas: *“todos lá eram vítimas, só reclamavam, falavam do quanto sofriam por causa dos outros e eu percebi que já passei por isso. Tinha vontade de falar pra eles que só eles mesmos podiam fazer alguma coisa”*.

Em seguida me diz o seguinte: *“Sabe, também vi que preciso falar de coisas muito pessoais, que não posso falar em um grupo de pessoas que não vão me escutar porque só estão preocupadas com elas mesmas”*.

Fiquei surpresa com o que Maria Clara estava dizendo, em conclusão, o grupo de terapia parecia ter apenas contribuído para seu processo, como se algo externo tivesse tido a função de confirmar a Maria Clara o que ela já sabia, o que ela mesma já havia construído em sua análise. A partir de então, pensei que todo o processo continuaria naturalmente, Maria Clara voltaria ao ponto no qual havia interrompido suas sessões e seguiria fazendo novas indagações e descobertas.

Não foi o que aconteceu, Maria Clara parecia “aérea”, falava de política, artistas, compras, entre outros assuntos variados. Esquivava-se de cada pergunta que eu fazia a seu respeito. Dizia estar em uma fase muito “zen”, graças a seu medicamento e não queria tocar em nenhum outro assunto. Quando Maria Clara falava de todas essas variedades, também estava falando de si mesma, porém, era uma forma de resistência difícil de ser atravessada. Assim seguiram-se os próximos dois meses depois de seu retorno.

Em uma determinada sessão, me sentindo desconfortável enquanto Maria Clara falava da situação do país, interrompo-a e questiono: *“e a sua situação? Como está?”*. Maria Clara se espanta, começa a chorar e diz: *“a quem estou querendo enganar vindo aqui e falando dessas coisas? Não está tudo bem, minha mãe ainda está doente e eu ainda fico muito triste.”* Ofereço a caixa de lenço a Maria Clara e digo: *“vamos falar sobre isso.”*

O estado de saúde de sua mãe se agravara ainda mais. Já em outra sessão, Maria Clara contava de uma visita que fizera à clínica e o quanto sua mãe estava fragilizada. Relata então que era ela quem escolhia as roupas da mãe, agora a vestia como sempre quisera que ela se vestisse, de maneira simples e discreta, *“com camisas de botões fechados até o pescoço”*. Ao pedir para que Maria Clara falasse mais sobre as roupas da mãe, a paciente conta que quando era mais nova, sentia vergonha pelo modo como ela se vestia: decotes, roupas justas ao corpo que atraíam os olhares de todos, principalmente dos homens. Lembrou-se do sentimento de querer que sua mãe fosse

igual às mães de suas amigas, não queria que ela fosse diferente: *“Minha mãe era vista como uma vadia, uma mulher vulgar”*.

Maria Clara ficou surpresa por ter dito tudo aquilo, lembrou-se que sua mãe também tinha amantes e traía seu pai. Após algumas sessões acerca deste tema, Maria Clara disse finalmente ter entendido que via sua mãe como uma santa, porém, agora sabia que ela também era uma *“mulher de carne e osso”*, como ela.

Neste momento nossas sessões foram interrompidas pelo recesso do final de ano. Ao retornarmos, a mãe de Maria Clara já havia falecido. A paciente contou que mesmo já esperando a morte da mãe, todo o processo fora muito difícil, porém, ela havia se aproximado das irmãs e mesmo ainda estando de luto, aceitava o que acontecera.

Certa vez, Maria Clara me presenteou com um colar parecido com os que eu costumava usar. Disse que havia gostado muito, que sempre quisera usar algo deste tipo mas não tinha coragem. Pergunto o porquê de precisar de coragem para usar um colar e Maria Clara diz que aquilo atraía olhares. Conta que em casa tinha uma gaveta cheia de acessórios e roupas íntimas mais ousadas que estavam ainda com etiquetas, pois as comprava e não usava: *“tenho medo de parecer vulgar”*, justifica a paciente, ao que prontamente respondo: *“vulgar igual à sua mãe?”*. Maria Clara fica surpresa e concorda. Diz que temia se tornar aquilo que tanto condenava em sua mãe.

Nas sessões seguintes, passa a se arrumar mais, vinha maquiada, usava brincos e contava que sua vida sexual havia melhorado. Falava de suas fantasias, desejo por outros homens e sobre conseguir ser sensual depois dos 50 anos.

Passou a observar mais outras mulheres, comentava sobre suas roupas e dizia que uma mulher tem de se vestir do jeito que quiser. Ao contar que havia comprado um *short* mais curto, diz que antes jamais o usaria por medo de parecer uma mulher vulgar e que agora admirava sua mãe por sempre ter sido mais moderna do que todas as outras mães.

Indago Maria Clara sobre como (quando ainda era criança) chegara a pensar que sua mãe fosse uma mulher vulgar e vadia, uma vez que é difícil que uma criança faça sozinha este tipo de construção. É então que Maria Clara conta de sua tia, extremamente surpresa por nunca ter falado sobre esta mulher em suas sessões durante todo aquele tempo.

Dos 6 aos 8 anos, Maria Clara morou com a irmã de sua mãe para que esta pudesse *“trabalhar mais tranquila pois tinha muitos filhos”*. Uma mulher autoritária, triste, solteira e ranzinza. Conta que por diversas vezes ouvira sua tia falar que sua mãe

era uma mulher vadia e muito vulgar, lembrando-se de um acontecimento ocorrido quando tinha 7 anos de idade: voltava a pé de sua escola e num dia de chuva, disse a um colega de classe que ele poderia voltar com ela embaixo de seu guarda-chuva para que não se molhasse. Desta forma, os dois entrelaçaram os braços para dividir o guarda-chuva e ao virarem à esquina, já próxima de sua casa, a tia de Maria Clara a avistou, começando a chamá-la desesperadamente e a dizer que ela seria igual à mãe, por estar com um menino, seria uma vadia.

Chorando, Maria Clara estava surpresa por ter se esquecido deste fato, dizia que agora conseguia perceber o peso que esta tia teve em sua vida e lembrou-se de situações nas quais sofria abusos. A tia a acariciava e depois proferia discursos sobre moralidades e pecados religiosos. Nas sessões que se seguiram, Maria Clara elaborava estas questões ainda dolorosas para ela, porém, conforme falava e ia fazendo novas associações, sua tristeza sempre tão presente, parecia minguar.

Maria Clara começou então a avaliar todo seu percurso, parecia estar fazendo um balanço de todas as suas mudanças até aquele momento. Recordando-se do casamento de seu filho, disse-me que se pudesse voltar atrás, jamais teria escolhido um vestido cinza e tão discreto. Agora ela podia aparecer e não seria vulgar por causa disso.

Já não chorava mais, disse-me que sentia estar chegando a hora de terminarmos à análise pois estava bem, voltara a se exercitar, ter prazer no trabalho, já não tinha brigas homéricas com seu marido e uma vez por mês visitava o túmulo de sua mãe com suas irmãs para lembrá-la.

Particularmente, relutei. Não estava convencida do fim de todo aquele processo. Acreditava que Maria Clara poderia "avançar", dentro da minha concepção, ainda mais. Imaginava que ela estaria devidamente bem ou curada se começasse a fazer diversas mudanças em sua vida: emprego novo, retomar os estudos, novas atividades de lazer, etc. Ou seja, se ela mudasse toda a sua vida. Doce ilusão de principiante! A finalidade de um bom tratamento está longe de ter essas grandes mudanças como objetivo.

Em sua última sessão, Maria Clara me disse: *“sabe, eu gosto da minha vida, eu sei que ainda tenho e vou ter mais problemas, ainda vou ficar triste de novo, mas, depois de muito tempo, estou me sentindo viva”*.

E então, naquele momento, eu soube que poderíamos finalmente encerrar o nosso percurso. Não sabemos se de fato existe algum brilho em nossas vidas, mas Maria Clara pode olhar para seus abismos, repensar sua história, responder algumas de suas questões e finalmente sustentar o peso de suas escolhas. Sua vida não mudou da água

para o vinho, estava no mesmo trabalho e com o mesmo marido que tanto se lamentara, mas conseguiu um novo posicionamento diante de suas queixas, de seus sofrimentos e isto devolveu-lhe a vontade de viver.

CAPÍTULO III

A HISTERIA

Por onde andarão as histéricas de outrora, essas mulheres maravilhosas, as Anna O., as Emmy von N.? Elas representavam não apenas um certo papel, mas um papel social certo. Quando Freud se pôs a escutá-las, foram elas que permitiram o nascimento da psicanálise. Foi a partir de sua escuta que Freud inaugurou um modo inteiramente novo de relação humana.
(J. Lacan)

Antes de nos aprofundarmos no caso clínico, se faz necessária uma breve reflexão sobre a histeria e sua arquitetura para que melhor se possa compreender a dinâmica de funcionamento psíquico do caso apresentado.

Também não é nosso objetivo explicar detalhadamente a história da histeria, entretanto, faremos um breve percurso panorâmico acerca desta questão a fim de que se possa assimilar minimamente a importância do estudo da histeria para a concepção da psicanálise.

Da antiguidade aos dias de hoje, o diagnóstico de histeria já sofreu diversas e grandes modificações, podendo ser desde a consequência da movimentação do útero que causava sufocamento (Grécia Antiga) até um tipo de efeito do demônio (Idade Média). De qualquer maneira, a histeria sempre foi relacionada à sexualidade e às mulheres (TRILLAT, 1991).

Tendo sido objeto de estudo de grandes nomes da história como Hipócrates, Platão, Galeno, Mesmer, Pinel, entre outros, a histeria sempre provocou enigmas que convocam o saber e, para Freud, não foi diferente. Em sua obra, clínica e teoria caminham e evoluem juntas. As descobertas clínicas de Freud sugerem hipóteses teóricas que ao longo do caminho foram remanejadas ou descartadas em proveito de novas hipóteses. A pesquisa clínica vai avançando na medida em que as hipóteses não se mostram efetivas.

Como exemplo, podemos pensar que até chegar ao método da associação livre, Freud teve de percorrer um caminho feito de tentativas, erros, observações e muitos estudos. Ao longo de sua obra, podemos constatar o quanto cada paciente “ensina”

Freud, que as atende utilizando a hipnose, o método catártico até chegar finalmente à associação livre.

1. Breuer , Charcot e Freud

Uma vez que já havia ingressado no Grande Hospital Geral de Viena, Freud encontra Breuer, um médico de renome e extremamente bem sucedido que se torna um amigo, protetor e conselheiro. Ambos trabalham e publicam juntos o “*Estudos sobre a histeria*” de 1885 e acreditavam que a histeria seria uma doença reativa que responderia a certas palavras, podendo ser simulada através do hipnotismo.

No mesmo ano, Freud recebe uma bolsa de estudos para estudar com Charcot na Salpêtrière, em Paris, e embora já se interessasse pela histeria, foi com o médico francês que pode aprofundar ainda mais suas pesquisas. Freud se tornaria o representante de Charcot em Viena.

Originalmente fundada como parte do Grande Confinamento do fim do século XVII para servir de prisão à prostitutas, jovens libertinas e mulheres adúlteras, a Salpêtrière tinha se transformado em asilo no século XIX: um grande museu de patologias e uma aldeia de custódia, na qual de cinco a oito mil mulheres, 1% de toda população de Paris, eram abrigadas (APPIGNANESI; FORRESTER, 2010).

Com 37 anos, Jean Martin Charcot foi nomeado médico-chefe, construindo nos dez anos seguintes uma reputação médica e científica internacional com estudos clínicos neurológicos de caráter duradouro. Nos anos de 1870, Charcot voltou sua atenção às históricas depois de uma reorganização das várias alas do hospital que visava à separação de loucas, epiléticas e históricas, tentando distinguir nosologicamente estas últimas das epiléticas. A ampla fama de Charcot era baseada na exposição dramática e pública da domesticação da histeria, que ele praticou desde o início dos anos 1870 até meados de 1880.

Charcot teve um papel fundamental na formação do jovem Sigmund Freud, que assistia maravilhado às suas demonstrações clínicas enquanto estava na Salpêtrière entre outubro de 1885 e fevereiro de 1886. Depois, manteve uma troca de cartas com o médico francês, chegando até mesmo a traduzir o primeiro volume de sua obra. Charcot fazia da histeria uma doença nervosa e funcional, de origem hereditária e orgânica. Para distingui-la da simulação, recorreu à hipnose: adormecia as mulheres, fabricava

sintomas histéricos experimentalmente, fazendo-os desaparecer imediatamente, provando desta forma o carácter neurológico da doença (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Freud avança na teoria do trauma pela mesma metodologia usada por Charcot: a hipnose. Obtém, contudo, resultados absolutamente diferentes, principalmente porque deixa de privilegiar aspectos fisiológicos da histeria e põe em primeiro plano os psicológicos. O trabalho freudiano combinava os estudos de Charcot com os de seu antigo amigo: Joseph Breuer

Na época, a questão se revestia de uma importância teórica considerável. Duas teses se opunham: para uns (a escola da Salpêtrière), a prova de que hipnose, e por conseguinte a histeria, são de natureza fisiológica, é que elas são produzidas por um estímulo físico (luz forte, som de gongo etc.). Para outros (a escola de Nancy), é a sugestão da idéia de dormir, ou a auto-sugestão, que provoca a hipnose. Dessa forma, a hipnose é de natureza psicológica, a histeria também (TRILLAT, 1991)

Breuer e Freud se conheceram em 1870 e dez anos depois, em 1880, Freud é iniciado por Breuer no trabalho com a hipnose. Breuer, tratava de algumas pacientes histéricas, entre elas, Anna O., caso conhecido por muitos como fundador da psicanálise. Tratava-se de uma jovem sedutora e inteligente, dotada de uma grande imaginação. Uma histeria bastante clássica e muito conforme as descrições de todos os autores: sintomas, delírios, sonambulismo etc.

A principal contribuição de Breuer à psicanálise é então o método catártico com o qual tratava Anna O.

A palavra Catarse é tirada da tragédia grega: ela significa purificação, purgação, e Aristóteles a utilizava para designar o efeito produzido no espectador pela tragédia. A tragédia purifica as paixões, permitindo ao expectador liberar-se ao experimentá-las sob o modo imaginativo (TRILLAT, 1991)

Segundo Trillat (1991), Breuer renunciou à sugestão enquanto sua paciente Anna O. utilizava a liberdade que lhe era dada para, nos “estados de auto-hipnose” proceder com o que ela chamava de “limpeza de chaminé” ou “cura pela palavra”. Ou seja, ao remontar uma cadeia de associações a propósito de cada sintoma, a paciente

acabava encontrando as circunstâncias da primeira aparição do sintoma enquanto Breuer constatava que desta forma, o sintoma desaparecia.

Assim, estava inventado o método catártico, um processo de busca do acontecimento desencadeador, que despertava o afeto que lhe era ligado, reproduzindo assim a emoção primitiva que era verbalizada e resultava na desapareção do sintoma.

O entendimento da histeria pela psicanálise, desde o início, passa pela descoberta de um vínculo simbólico entre o sintoma somático e sua causa, desconectados por um chamado trauma psíquico, afastando então a idéia de Charcot sobre a ocorrência de um trauma físico.

Em um primeiro momento, mais precisamente em 1893, no artigo *“Sobre o mecanismo psíquico de fenômenos histéricos: comunicação preliminar”*, redigido por Freud e Breuer, considerava-se que a histeria tinha duas causas principais: uma ideia patogênica recebida durante um estado hipnóide que permanece isolada do eu desde o início (desta forma, a dissociação da consciência estaria relacionada às suas causas) e também uma ideia que despertou um afeto desagradável, de vergonha e rejeição sendo retirada da consciência pelo recalçamento e provocando sintomas somáticos devido à excitação correspondente a essa lembrança. Daí se origina a frase de que *“os histéricos sofrem principalmente de reminiscências”*

No mesmo artigo, podemos ver que os autores defendem que a histeria é uma doença psíquica, sendo curável pela terapêutica da fala. Se a histérica sofre de reminiscências, de representações ligadas a afetos submersos, e não de distúrbios orgânicos, ela poderia ser curada através da verbalização desses afetos. Assim deu-se a idéia de substituir a sugestão por um tratamento pela fala, sob ligeira hipnose.

Ainda no início de seus estudos, Freud acreditava que a ideia recalçada estaria sempre vinculada a um trauma, algo sexual que despertava vergonha ou repugnância, sendo afastada da consciência pelo recalque. Ou seja, a histeria seria o resultado de um conflito psíquico motivado por um evento traumático que deixou marcas, mas que não é lembrado conscientemente.

Em 1896, em *A hereditariedade e a etiologia das neuroses* Freud atribui a etiologia da histeria a *“uma experiência sexual passiva antes da puberdade”*, deduzindo que o trauma sexual permanecia na origem de toda neurose e que as cenas traumáticas de abuso são verídicas:

O evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é uma experiência precoce de relações sexuais com excitação real dos órgãos genitais, resultante de abuso sexual cometido por outra pessoa; e o período da vida em que ocorre esse evento fatal é a infância – até a idade de 8 ou 10 anos, antes que a criança tenha atingido a maturidade sexual. Uma experiência sexual passiva antes da puberdade: eis, portanto, a etiologia específica da histeria (FREUD, 1896)

Freud e Breuer romperam devido à discordâncias teóricas que vinham surgindo desde 1891 a propósito de suas concepções de ciência, de histeria e de sexualidade. Para Freud, a ruptura tinha tido como motivo central o fato de Breuer não separar a psicologia da fisiologia, sendo incapaz de reconhecer a existência da primazia da sexualidade na neurose e compreender a transferência amorosa de Anna O (ROUDINESCO; PLON, 1998).

2. Mudanças na teoria

É no ano de 1897 que podemos encontrar registros de textos freudianos nos quais ele faz mudanças fundamentais em relação à teoria do trauma. Freud passa a reconhecer que não se pode atribuir valor de realidade aos conteúdos inconscientes. Sendo assim, o trauma (que antes tinha valor de verdade) se torna suposto ou inferido, a cena tida como verdadeira pelo paciente, parte de sua realidade psíquica.

E agora quero confiar-lhe, de imediato, o grande segredo que foi despontado lentamente em mim nestes últimos meses. Não acredito mais em minha neurótica [...] o conhecimento seguro de que não há indicações de realidade no inconsciente, de modo que não se pode distinguir entre a verdade e a ficção que foram catexizadas pelo afeto. (FREUD, 1987.p. 265-267)

Este momento da teoria freudiana nos abre um ponto valioso que prevalece até os dias atuais na prática clínica. Enquanto psicanalistas, não devemos nos ater na veracidade ou não dos fatos relatados pelos pacientes, mas sim ao seu discurso, à sua fala, que é nosso material de trabalho e nos dá acesso à sua realidade psíquica. A beleza desta descoberta consiste no fato de que sobre um acontecimento real pouco pode ser transformado, enquanto que no campo do psiquismo existem mais aberturas para que o passado possa ser ressignificado, diminuindo o sofrimento.

Na conferência XXIII, intitulada *Os caminhos da formação de sintomas*, ao abordar a confusão que pode surgir na clínica sobre o grau de realidade do que é relatado pelo paciente, Freud nos diz:

Após alguma reflexão, compreendemos facilmente o que tanto nos confunde nessa situação: é o menosprezo da realidade, a negligência da diferença entre ela e a fantasia. Ficamos tentados a nos ofender com o fato de o doente nos ter relatado histórias inventadas. A realidade nos parece enormemente afastada da invenção, e tem, entre nós, uma avaliação bem diferente [...] equiparar fantasia e realidade, sem de início nos preocuparmos se as vivências infantis a serem esclarecidas são uma coisa ou outra, constitui uma proposta que o doente precisará de um longo tempo para assimilar. E, no entanto, essa é claramente a única postura correta ante tais produções psíquicas (FREUD,1917).

Ainda sobre as produções psíquicas, Freud continua:

Também elas tem uma espécie de realidade; é e permanece sendo fato, afinal, que essas fantasias foram criadas pelo próprio doente, e seu significado para a neurose não se faz menor por ele não as ter vivido no âmbito da realidade. Se não se apresentam dotadas de realidade material, essas fantasias decerto revelam realidade psíquica, e pouco a pouco aprendemos que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva (FREUD,1917).

Enquanto prevaleceu a teoria do trauma, a sexualidade infantil e o Édipo não puderam entrar em cena, dado que nela os sintomas neuróticos permanecem dependentes de um acontecimento traumático real que os produziu e não das fantasias edipianas da criança.

A fantasia ganha então uma dimensão de causalidade na etiologia da histeria e das neuroses em geral. Em 1897, em outra carta a Fliess, Freud menciona o complexo de Édipo anunciando que os impulsos sexuais são naturais nas crianças, sem que necessariamente tenha havido estímulos externos. Neste momento, reconhece-se a sexualidade infantil e a etiologia das neuroses passa a ser baseada nas experiências sexuais da infância. A fantasia passa a ser a realidade psíquica reconhecida por Freud e é justamente isso que sustentará os caminhos que desenvolverão a psicanálise.

Uma única idéia de valor geral despontou em mim. Descobri, também em meu próprio caso, o fenômeno de me apaixonar por mamãe e ter ciúme de papai, e agora o considero um acontecimento universal do início da infância, mesmo que não ocorra tão cedo quanto nas crianças que se tornam histéricas.

[...] Mas a lenda grega capta uma compulsão que todos reconhecem, pois cada um pressente sua existência em si mesmo. Cada pessoa da platéia foi, um dia, um Édipo em potencial na fantasia, e cada uma recua horrorizada, diante da realização de sonho ali transplantada para a realidade, com toda a carga de recalçamento que separa seu estado infantil do estado atual.(FREUD, 1987, p.271-274)

A partir de 1900, Freud modifica sua teoria defendendo que a origem da histeria se fundamenta em uma fantasia inconsciente. É necessário verificar o desenvolvimento do corpo pulsional entendendo que uma experiência vivida enquanto criança tem valor de trauma. Desde então, Freud passa a considerar o próprio corpo erógeno da criança como produtor de eventos psíquicos. Bastava imaginar o desenvolvimento de nosso corpo pulsional e compreender que toda experiência vivida na infância, no nível das diferentes zonas erógenas (boca, ânus, músculos, pele, olhos) tinha valor de um trauma. Sem ter que sofrer uma experiência traumática real, desencadeada por um agente externo, o eu infantil (ao longo de sua maturação sexual) era sede natural da eclosão espontânea e violenta de uma tensão excessiva, nomeada desejo (NASIO, 1991).

O ano de 1900 é marcado pelo lançamento de *A interpretação dos sonhos*. Os sintomas, assim como os sonhos, também são a realização de um desejo, que é sempre sexual. O sintoma, neste momento da obra freudiana é tomado como uma mensagem cifrada que vai encontrar lugar para sua interpretação e elaboração no espaço analítico ao mesmo tempo em que provoca resistências ao seu tratamento.

Em *Análise fragmentária de uma histeria*, de 1905, Freud nos diz que o sintoma histórico tem o significado do pensamento reprimido, e o seu esclarecimento pode ser alcançado quando se busca sua significação psíquica, no entanto, ressalta que:

os sintomas têm mais de um significado e servem para representar simultaneamente diversos cursos inconscientes de pensamento. E eu acrescentaria que, na minha opinião, um único curso de pensamento ou fantasia inconsciente dificilmente bastará para a produção de um sintoma. (FREUD, 1905)

No mesmo texto citado acima, ao analisar o caso Dora, fica clara a questão de que a raiz da histeria é a fantasia sexual infantil e, Freud declara que considera histérica qualquer pessoa em que uma oportunidade de excitação sexual desperta sentimentos preponderantes ou unicamente desprazerosos, sendo ela capaz ou não de produzir sintomas somáticos.

3. O conceito de sintoma em Freud

Dentro das *Conferências introdutórias sobre psicanálise* de 1917, conferência XVII, intitulada *O sentido do sintoma*, Freud faz uma análise da dimensão do sentido, do “modo de dizer” do inconsciente expressado no sintoma, que guarda íntima relação com a vivência dos pacientes. Nos casos de histeria, os sintomas conversivos mostram a forma como o sintoma aparece no corpo das histéricas. Sendo assim, para trabalhar o sintoma, seria preciso fazer uma conexão da representação no inconsciente com a excitação no corpo. Neste momento, o sentido do sintoma estaria no inconsciente e bastaria torná-lo consciente para que ele desaparecesse. Porém, posteriormente Freud percebeu um limite para este conceito: além do sofrimento, os pacientes encontravam uma certa satisfação no sintoma, não querendo abandoná-lo, algo do sintoma era resistente ao sentido.

Na conferência XXIII, *Os caminhos da formação do sintoma*, Freud chama de fixação o resto resistente à interpretação do sintoma, que se satisfaz de forma fechada, fora de um sentido, não obedecendo nem ao princípio do prazer, nem ao da realidade.

Quando existe uma permanência do sintoma, Freud considera que ele possui uma função secundária para o paciente:

A princípio, o sintoma é para a vida psíquica um hóspede indesejável: tudo está contra ele, e é por isso que pode dissipar-se com tanta facilidade, aparentemente por si só, sob a influência do tempo. No início, não tem nenhum emprego útil na economia doméstica psíquica, porém com muita frequência encontra serventia secundariamente. Uma ou outra corrente psíquica acha cômodo servir-se do sintoma, que assim adquire uma *função secundária* e fica como que ancorado na vida anímica. Aquele que pretende curar o doente tropeça então, para seu assombro, numa grande resistência, que lhe ensina que a intenção do paciente de se livrar de seus males não é nem tão cabal nem tão séria quanto parecia. (Freud, 1905).

Na histeria, o eu do paciente adota uma postura defensiva para tratar uma “representação incompatível” que seria insuportável para a consciência. Na impossibilidade de eliminá-la, separa a soma de excitação gerada pela própria representação. Esta excitação é deslocada para o corpo, restando uma “representação desvitalizada” (por ter perdido o afeto a ela antes associado) no inconsciente e, ao mesmo tempo, uma excitação no corpo do paciente histérico. Ou seja, a conversão

histórica seria justamente a excitação colocada sobre o corpo, relacionada à representação insuportável para o paciente, mesmo que este vínculo esteja desconexo (FREUD,1894).

Em 1905, Freud nos diz que o sintoma conversivo não se trata de ser “ou psíquico ou somático”, sendo que esse dualismo leva ao desconhecimento da inter-relação dessas duas dimensões:

Até onde posso ver, todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a presença de uma certa complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado. Porém não se produz mais de uma vez - e é do caráter do sintoma histérico a capacidade de se repetir - a menos que tenha uma significação psíquica, um *sentido*. O sintoma histérico não traz em si esse sentido, mas este lhe é emprestado, soldado a ele, por assim dizer, e em cada caso pode ser diferente, segundo a natureza dos pensamentos suprimidos que lutam por se expressar. (Freud, 1905)

4. Dora

Além dos casos apresentados em *Estudos Sobre a Histeria*, durante os primeiros anos de sua carreira como psicanalista, Sigmund Freud publicou cinco relatos de casos clínicos que se tornaram famosos, conhecidos como o caso *Pequeno Hans*, *Homem dos Ratos*, *Schereber*, *Homem dos Lobos* e o caso *Dora*. Em cada um deles, Freud relevou algo de novo que havia aprendido sobre o psiquismo humano ou a técnica psicanalítica. Estes casos, apesar de antigos, são utilizados até hoje pelos analistas para adquirir conhecimento e domínio das descobertas freudianas.

O próprio Freud reconheceu que fazia algo diferente ao escrever o material de seus casos clínicos:

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui formado na prática dos diagnósticos locais e do eletrodiagnóstico, e a mim mesmo ainda impressiona singularmente que as histórias clínicas que escrevo possam ser lidas como novelas e, por assim dizer, careçam do cunho austero da cientificidade. Devo me consolar com o fato de que evidentemente a responsabilidade por tal efeito deve ser atribuída à natureza da matéria, e não à minha predileção; o diagnóstico local e as reações elétricas não se mostram eficazes no estudo da histeria, enquanto uma exposição minuciosa dos processos psíquicos, como estamos acostumados a obter do escritor, me permite adquirir, pelo emprego de algumas poucas fórmulas psicológicas, uma espécie de compreensão do desenvolvimento de uma histeria (FREUD,1895).

Dado que não é nosso objetivo nos atermos em cada um dos casos de histeria de Freud, elegemos o caso Dora para darmos continuidade a este breve percurso teórico sobre a histeria.

Oficialmente, o caso clínico de Dora é intitulado *Análise fragmentária de uma histeria* e é conhecido por sua vívida ilustração do fenômeno da transferência.

Freud redigiu o caso em janeiro de 1901, porém, foi publicado apenas em 1905. Um dos motivos para esta demora foi que Freud estaria insatisfeito com seu manejo da transferência e teria precisado desse tempo para formular as teses do Posfácio, no qual é apresentada uma compreensão bem mais fina dos fenômenos transferenciais do que aquela que dispunha quando ainda tratava Dora. Também é sabido que antes de publicá-lo, foi afetado pela reação de seu colega e médico da família Oscar Rie, que ao ler o caso ficou horrorizado, fazendo com que Freud desistisse momentaneamente de sua publicação. Meses depois chegou a insinuar que o publicaria mas só o fez após quatro anos (MEZAN,2014).

O interesse particular por selecionar o caso Dora na presente dissertação se deve ao fato de que nele, Freud descreve mais especificamente a transferência. Inicialmente Freud acreditou ter encontrado em Dora a confirmação do acerto de suas ideias sobre a origem sexual dos fenômenos histéricos e sobre o papel desempenhado pelos sonhos na representação dos sintomas, porém, após Dora interromper seu processo analítico, Freud pode perceber que existia uma resistência ligada à transferência que havia se manifestado involuntariamente.

Dora começou a análise com Freud aos 18 anos de idade devido à imposição de seu pai, terminando o tratamento abruptamente apenas onze semanas mais tarde. Freud conta ao leitor que a paciente fora a segunda de dois filhos, sendo o irmão 18 meses mais velho. O pai de Dora tinha uma personalidade “dominante” e sua mãe era uma “mulher inculta tola” que tinha “psicose de dona de casa”, sendo obcecada com a limpeza.

Muito apegada ao pai, tendo herdado deste, segundo Freud, uma inteligência e um senso crítico precoce, aos seis anos. Dora e sua família mudaram-se para uma cidade de interior para que o pai pudesse ter condições melhores de tratar uma tuberculose. Já na nova cidade, formaram uma amizade íntima com a família K.

Na infância, Dora havia sofrido de enurese noturna e dispneia. Aos dez anos de idade, seu pai descolou a retina tendo de ser submetido a um tratamento em um quarto

escuro. Dois anos depois, devido a uma crise confusional com sintomas de paralisia, o pai de Dora é levado a Freud por um amigo da família: o Sr. K.

A Sr^a K passa então a cuidar do pai de Dora com certa regularidade, uma vez que sua esposa era uma senhora pouco presente tanto na vida afetiva quanto sexual. Em contrapartida, o Sr. K era muito amável e atencioso com Dora, que cuidava dos filhos do casal K.

Aos doze anos, Dora apresentou sintomas de enxaqueca e tosse nervosa, sendo que a enxaqueca desaparecera quatro anos depois enquanto a tosse persistiu até a época do tratamento de Freud. Nesta ocasião, a família de Dora tinha se mudado para Viena, onde a jovem apresentava um comportamento antissocial, era hostil com os pais, apresentava falta de concentração, fadiga e desânimo. Após encontrarem uma carta de Dora com intenções suicidas, seus pais passaram a se preocupar mais.

Freud avaliava que o quadro clínico da moça indicava um caso de histeria, de sintomas somáticos e psíquicos comuns nesse tipo de neurose, porém disse tratar-se de uma “petite hystérie”, uma histeria comum e menos grave.

No início de seu tratamento, Dora declarou a Freud que havia recebido uma proposta amorosa do Sr. K após um passeio pelo lago enquanto estava passando o verão num dos lagos dos Alpes com seu pai e o casal K. O acontecimento foi comunicado por Dora à sua mãe, que em seguida contou a seu marido. Este, foi pedir satisfações ao Sr. K, que desmentiu o caso e disse que Dora havia imaginado tudo aquilo uma vez que se interessava por assuntos sexuais e já havia comentado com a Sr^a K sobre a leitura de livros de conteúdos sexuais.

O próprio pai de Dora já havia comentado com Freud esse incidente no lago, reconhecendo este evento como o fato desencadeador dos comportamentos mais recentes de sua filha. A jovem pedia ao pai que rompesse seu relacionamento com o Sr. K e sua esposa, da qual Dora já havia sido mais próxima.

O pai negava a acreditar no que dizia Dora e pensando que a filha havia apenas fantasiado, não rompia sua ligação com a Sr^a K, da qual se beneficiava em sua condição de doente. Ambos viviam um relacionamento de apoio mútuo: um era enfermo e a outra infeliz em seu casamento com o Sr. K. Para livrar-se de qualquer suspeita, o pai de Dora dizia que devido a sua doença, estava impedido de ter relações sexuais, inclusive com sua própria esposa, a mãe de Dora.

Ao longo do tratamento, Dora revelou a Freud um fato ocorrido antes do incidente do lago: quando tinha quatorze anos, já havia sido seduzida pelo Sr. K em uma

ocasião na qual se encontrava sozinha com ele. O homem havia tentado beijar Dora e segundo Freud, esta situação certamente teria sido motivo de uma excitação para uma moça virgem, porém a repugnância com a qual Dora havia reagido, atestava seu caráter histérico.

Sendo assim, esta cena teria se constituído como um trauma sexual sofrido por Dora tendo permanecido em segredo até o momento do tratamento psicanalítico. Posteriormente, Freud atribui os sintomas histéricos de “repugnância, a sensação de pressão na parte superior do corpo e a evitação dos homens em conversa afetuosa” (FREUD, 1905) ao incidente traumático do beijo.

Dora era a única pessoa que parecia se importar e agir contra o incomum relacionamento do pai com a Sr^a K e, sendo assim, criava a fantasia de estar sendo usada pelo próprio pai como um objeto de troca ao Sr. K para compensar o adultério. Fantasia que era alimentada de certa forma pelas atitudes de seu pai.

Por trás da fantasia de Dora, parecia existir um interesse pelo Sr. K. Freud, deduz então que as censuras que Dora dirigia a seu pai na verdade se tratavam de autocensuras. Afirma também que a raiz das preocupações obsessivas de Dora com o relacionamento de seu pai com a Sr^a K. eram inconscientes, uma vez que seu comportamento se assemelhava ao de uma esposa ciumenta.

Também havia indícios de que Dora se identificava com a Sr^a K. As duas foram objetos do amor do pai de Dora e por conta disto, Freud conclui que a jovem estava apaixonada por seu pai, um resquício da relação edipiana infantil. O aparecimento da Sr^a K. despertara o ciúme infantil e o surgimento dos sintomas histéricos de Dora.

Freud afirma então que o retorno inconsciente ao comportamento típico do período edipiano foi uma forma de defesa que Dora encontrou para se proteger do sentimento de atração sexual pelo Sr. K, que parecia perturbá-la. Freud considera ainda uma vertente homossexual do desejo de Dora, dirigida a Sr^a K. especialmente na época em que ambas haviam estabelecido um relacionamento mais íntimo.

No caso, Freud descreve, analisa e interpreta detalhadamente dois sonhos de Dora repletos de símbolos e elementos psíquicos. Para uma melhor apreensão, é recomendável a leitura do texto original, uma vez que na presente dissertação não vamos nos ater a estes sonhos.

Após o trabalho de análise do segundo sonho, em uma nova sessão, Dora diz a Freud que aquela seria a última vez que ela iria ao tratamento. Freud a questiona então

quando havia tomado aquela decisão, ao que Dora responde ter decidido há quatorze dias.

Freud aponta a Dora que o prazo de quatorze dias parecia um aviso prévio de empregados ou governantas. A jovem lembra-se de algo que ainda não havia dito a Freud: uma governanta havia trabalhado para o casal K no lago. Esta mulher cuidava dos filhos do casal e evitava o Sr. K de todas as formas. A governanta havia dito a Dora que uma vez o Sr. K havia a assediado e mantido relações sexuais com ela enquanto a Sr^a K. havia se ausentado por algumas semanas. O homem repetia que não tinha nada com sua mulher tentando, desta forma, justificar suas atitudes e, após o ocorrido, tratava a governanta com indiferença. A governanta então contou o ocorrido a seus pais que ordenaram que ela voltasse para casa.

Com essas novas informações, Freud deduz que a bofetada que Dora havia dado no Sr. K fora motivada por uma manifestação de vingança e ciúmes. No episódio do lago, o Sr. K havia dito a Dora as mesmas palavras usadas com a governanta – “Não tenho nada com a minha mulher” – para tentar seduzi-la.

Freud acreditava que Dora havia se identificado com a governanta, uma vez que também tinha contado a seus pais sobre o incidente do lago, além de seu aviso prévio para abandonar o tratamento. Esse mesmo prazo foi ainda o quanto Dora demorou para falar do incidente do lago à sua mãe.

No posfácio da publicação do caso, Freud retoma o conceito de transferência para analisar as circunstâncias que levaram à interrupção do tratamento.

Que são transferências? São novas edições, reproduções dos impulsos e fantasias que são despertados e tornados conscientes à medida que a análise avança, com a substituição – característica da espécie – de uma pessoa anterior pela pessoa do médico [...] toda uma série de vivências psíquicas anteriores é reativada, mas não como algo passado, e sim na relação atual com o médico (FREUD,1905).

Ressalta que a psicanálise, em vez de criar, desvela a transferência e que, *“Destinada a se o grande empecilho da psicanálise, a transferência se torna o mais poderoso recurso dela, quando conseguimos percebê-la a cada vez e traduzi-la para o doente.”* (FREUD,1905).

Em seguida, Freud admite que a não atenção a transferência foi o que levou à interrupção do tratamento de Dora:

Não fui capaz de dominar a tempo a transferência; devido à presteza com que ela punha à minha disposição uma parte do material patogênico na análise, esqueci-me da precaução de atentar para os primeiros sinais de transferência, que ela preparava juntamente com outra parte do mesmo material, que ficou desconhecida para mim (FREUD, 1905).

5. Dora e Lacan

Jacques Lacan retomará a análise do caso Dora diversas vezes ao longo de seu ensino sob diferentes perspectivas. Na presente dissertação, vamos destacar os pontos fundamentais abordados nos primeiros anos de seu ensino.

Lacan faz uma análise do caso partindo dos indícios de Freud sobre a questão homossexual do desejo de Dora. Conforme diz Lacan, o objeto de amor de Dora seria a Sr^a K.

Para Lacan, trata-se de reconhecer que a ambigüidade do desejo de Dora só pode ser compreendida quando se investiga o papel fundamental que a Sr^a K. desempenha como objeto do amor de Dora (LACAN, 1956-7).

O fato do pai de Dora ser impotente é outra questão apontada por Lacan. Este pai seria o responsável por dar simbolicamente o objeto faltoso na relação primitiva da criança e da mãe; este objeto é o que sustenta o desejo do sujeito, “No caso de Dora, ele não o dá, porque não o tem” (LACAN, 1956-7). Desta forma, o amor de Dora em relação ao pai se manifesta na medida em que o pai é “castrado”. A jovem se prende ao pai por aquilo que ele não pode lhe dar:

Toda situação se instaura como se Dora tivesse que se formular a questão: O que é que meu pai ama na sra. K.? A sra. K. se apresenta como algo que seu pai pode amar para além dela mesma. Aquilo a que Dora se apega é o que é amado por seu pai numa outra, na medida em que ela não sabe o que é. (LACAN, 1956-7)

Ao se colocar numa posição entre a Sr^a K e seu pai, Dora vê na amante do pai uma representação do ideal da função feminina, ou seja, a Sr^a K. seria a resposta para a questão “O que é uma mulher?” (LACAN, 1956-7).

Quando, no incidente do lago, o Sr. K diz a Dora que sua mulher não significa nada para ele, um conflito é estabelecido. Reconhecer que o Sr. K interessa-se apenas

por ela, é, para Dora, admitir que seu pai se interessa apenas pela Sr^a K. e isto parece não ser tolerado por Dora (LACAN, 1956-7).

Lacan também atenta para a ausência da mãe de Dora no caso, a demanda de amor da jovem é direcionada apenas ao pai que, possuidor de um desejo insatisfeito, o endereça a Sr^a K. Dado que é impotente, o desejo do pai de Dora é barrado (LACAN, 1957-8).

Segundo Lacan (1957-8), pode-se perceber que o desejo de Dora reflete precisamente o desejo do Outro. A Jovem e seu pai amam a mesma mulher (Sr^a K.) e, desta forma, o desejo de Dora também é barrado. Para sustentar esse desejo, Dora realiza uma identificação imaginária “*com um pequeno outro, que por sua vez, está em condições de satisfazer o desejo*”. Este pequeno outro é o Sr. K e, sendo assim, Dora consegue se situar na relação quaternária, composta por ela, seu pai e o casal K. Portanto, é apenas como objeto de identificação imaginária que o Sr. K desperta o interesse de Dora.

O que marca a posição histórica é o desejo enquanto desejo o Outro. No caso, isso fica claro na medida em que Dora inconscientemente se coloca a tarefa de sustentar o desejo de seu pai pela Sr^a K. Tarefa esta que dependeria do envolvimento do Sr. K como quarto elemento imaginário destas relações. Quando isso é rompido, Dora perde seu referencial sendo destituída de seu lugar, o que faz com que a jovem passe a reivindicar o amor do pai.

No texto *Intervenções sobre a transferência*, de 1951, Lacan faz um estudo sobre a transferência com base no caso Dora, considerando que em uma análise, existe uma relação de sujeito, sendo que a presença do analista introduz a dimensão do diálogo enquanto o sujeito-paciente traz um discurso da verdade. Para Lacan, a psicanálise é uma experiência dialética sendo o caso Dora apresentado por Freud operado por uma série de reversões dialéticas, ou seja: Dora é exposta por Freud sob a forma de inversões dialéticas, quando a verdade se transmuta tocando em sua posição como sujeito do qual seus objetos são funções.

No primeiro desenvolvimento dialético, Dora se vê como objeto de troca para o Sr. K, devido ao caso de seu pai com a Sr^a K. Quando questiona Dora acerca de seu papel em sua queixa, Freud opera a primeira inversão.

Na segunda exposição da verdade subjetiva, Dora fala de sua cumplicidade e proteção do caso do pai, demonstrando que a identificação paterna teve um papel

decisivo nos seus sintomas conversivos. Freud, assinala então que o ciúme de Dora por seu pai mascara um interesse pela Sr^a K.

Em um terceiro desenvolvimento, ao dar sinais de fascínio pela Sr^a K, Freud questionaria como ser possível Dora não se ressentir uma vez que a mulher a havia traído ao denunciar suas leituras. Fica claro portando ser a Sr^a K. o objeto de Dora, que encarna o mistério da feminilidade corporal.

Ao retomar a lembrança mais primitiva encontrada na análise, Lacan deposita o significado do que é uma mulher e um homem para Dora, ancorando-se no ato de chupar o dedo e puxar a orelha do irmão com a outra mão. Desta forma, ser mulher consistiria em ser um objeto impossível de separar de um desejo oral primitivo, porém, seria necessário o reconhecimento da natureza genital. Para obter o reconhecimento de sua feminilidade, seria necessário ascender ao corpo, sem que isto ocorra, Dora continuaria com seus sintomas conversivos e, para reconhecer este caminho, a jovem recorre à identificação com seu irmão (LACAN, 1951)

Freud avistou o caminho para a feminilidade, manifestado em sua insistência no amor de Dora pelo Sr. K, contudo, este ponto só seria possível após o esgotamento do sentido daquilo que a jovem procurava na Sr^a K. Lacan percebe que o que atrapalhara Freud não havia sido a transferência, e sim sua contratransferência, que ficava evidente em sua simpatia pelo Sr. K e pelo triunfo do amor heterossexual. Freud havia dado demasiada importância a figura paterna, negligenciando desta forma outros aspectos do caso.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO CLÍNICO

O indivíduo neurótico que foi curado é, de fato, outra pessoa, mas, no fundo, permaneceu o mesmo, naturalmente; isto é, tornou-se o que, na melhor das hipóteses e nas condições mais favoráveis, poderia ter se tornado. Mas isso já é muito.

(Freud, 1917)

Antes de analisarmos cada modo de implicação do caso clínico apresentado, convém fazer algumas considerações.

Assim como Maria Clara, muitas pessoas procuram atendimento psicológico por meio de planos de saúde e convênios médicos. Se o profissional for um psicanalista, é estimável que se faça uma reflexão sobre esta forma de acolhimento, uma vez que as condições iniciais podem ser peculiares.

Nova condição da contemporaneidade, o atendimento via plano de saúde pode ampliar a possibilidade de realização de tratamentos psicológicos para uma maior quantidade de indivíduos. Em 1919, considerando a importância de estender a psicanálise para mais pessoas, Freud diz:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições [...] Qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes, continuaram a ser certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1919).

A psicanálise tem a transferência como conceito fundamental e, uma vez que se acredita que uma análise só ocorra sob transferência, como isso se dá quando um paciente chega como Maria Clara, por um encaminhamento médico feito através do plano de saúde?

há necessidade de um trabalho inicial diferente de quando um paciente nos procura a partir da indicação que buscou o atendimento terapêutico, que já tem formulada a sua questão a ser dirigida a aquele que supõe saber a resposta. No caso dos pacientes encaminhados pelos Planos de Saúde, a entrevista inicial é considerada por eles uma consulta única de solução de um problema

levantado pelo médico. A transformação dessa demanda médica em demanda pessoal é apenas o primeiro passo de um longo trabalho de construção do lugar onde analista e analisando poderão, enfim se encontrar (PIRES,2014).

Portanto, o psicanalista deve atentar para que a transferência, inicialmente direcionada ao plano de saúde, possa se transformar em um vínculo transferencial ao analista.

Outro ponto a ser considerado é que, ainda que exista um diagnóstico médico que busca uma análise objetiva dos sintomas, o psicanalista deve escutar o sujeito dos sintomas, resgatando as dimensões subjetivas e a singularidade do sujeito contida em seu *pathos*.

quando *pathos* ocorre, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha, sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente, inaugurando, assim, condições necessárias e suficientes para a posição do terapeuta e para a transformação da vivência prática numa patologia e, daí, numa experiência. (BERLINCK, 2000)

A narrativa do *pathos* se dirige ao clínico que então é afetado por este na transferência. Assim, a técnica de uma escuta especializada pode fornecer material para a construção de uma teoria sobre o caso.

No texto de 1917, denominado “A transferência”, ao considerar o que nos leva ao adoecimento (além da predisposição hereditária e da influência das primeiras vivências da infância), Freud nos fala daquilo que chamou de “frustração real”: os infortúnios da vida que incluem a privação de amor, pobreza, dissensão familiar, má escolha do cônjuge, condições sociais desfavoráveis e rigor das demandas morais que pesam sobre o indivíduo. Em um primeiro momento, era por esses infortúnios que Maria Clara sofria. Ainda no mesmo texto, Freud nos diz que o tratamento psicanalítico pode dar coragem ao paciente para que busque satisfação e cura, renunciando a realização de um ideal que a sociedade tanto estima. Portanto, vemos aqui de antemão que o tratamento analítico não serve à moralidade geral (FREUD,1917).

Maria Clara também tentava responder a este ideal imposto pela sociedade e por sua religião, buscava uma perfeição que era inalcançável (amar incondicionalmente, não sentir inveja, raiva ou sentimentos hostis, não desejar outros homens, ser uma esposa zelosa, mãe perfeita, estar sempre feliz, etc). Justamente pela impossibilidade de cumprir estes papéis, frustrava-se e sofria. As restrições morais exigidas pela sociedade

participam de uma privação imposta ao doente, que pode se curar, então, na medida em que “*vive plenamente sua sexualidade*” (FREUD,1917).

Ainda segundo Freud (1917), podemos perceber que no neurótico predomina a ascese, uma prática da renúncia ao prazer, um processo de santificação pessoal que pode fazer com que a aspiração sexual reprimida se desafogue nos sintomas.

Quanto ao psicanalista, as recomendações de Freud servem em qualquer circunstância. No texto “Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades?”, Freud (1919), afirma que a formação do analista deve estar sustentada por um tripé composto por: ensino teórico, supervisão e análise pessoal. Pudemos ver no caso relatado que não foram em todos os momentos que segui estas recomendações, deixando de lado a análise pessoal. É possível supor que a falta da análise pessoal interferiu no andamento do caso, principalmente quando digo a paciente que ela “deveria ser forte”. Naquele momento, transferei a Maria Clara minhas próprias questões em uma tentativa de responder a suas demandas. Não por obra do acaso, no segundo momento do caso clínico, no qual paciente encontra outro modo de implicar-se em seu tratamento, não acontecem interferências desta natureza, uma vez que já havia retomado meu processo analítico.

Foi Lacan (1958) quem deu mais consistência ao tripé freudiano ao abordá-lo no texto “A direção de tratamento e os princípios de seu poder”. Neste escrito, reforça o que Freud afirmava: “Ninguém jamais esquece aquilo que aprendeu na transferência”, colocando que o ensino é produzido dentro do contexto da experiência analítica, uma vez que é em análise que se tem acesso ao inconsciente, tornando possível articular saber e verdade. A análise é um pilar fundamental, sendo a partir dela que o futuro analista obtém uma referência para sua prática clínica, conseguindo estabelecer seu próprio estilo atravessado pela maneira como lida com seu gozo, desejo e fantasia, além de permitir que o analista se defronte com sua própria castração.

Não temos como objetivo responder ou analisar todos os pontos e dúvidas que podem vir a ser levantados com o caso clínico, tampouco ambicionamos solucionar os embaraços da histeria, assim como nos diz Freud (1905): *Não é sensato exigir mais de um caso do que aquilo que ele pode oferecer*”. Isso posto, passemos agora a análise das duas formas de implicação da paciente.

1. Primeiro modo de implicação

Falaram, então, da mediocridade provinciana, das existências que ela sufocava, das ilusões que nela se perdiam.
(Gustave Flaubert – *Madame Bovary*)

Este primeiro modo de implicação da paciente consiste num longo período de queixas, repetições e também reconstruções de sua história.

Quando iniciou seu tratamento Maria Clara apresentava muita insatisfação com tudo em sua vida. Questionava suas escolhas, falava sobre arrependimentos, não tinha perspectivas de mudanças.

Segundo Nasio (1991), a histeria não é, como se acreditava antigamente, uma doença que afeta uma pessoa, mas sim um estado doentio de uma relação humana que assujeita uma pessoa a outra. “*É o nome que damos ao laço e aos nós que o neurótico tece em sua relação com os outros a partir de sua fantasia*”.

Ainda segundo o autor, o sujeito histérico (como qualquer sujeito neurótico) impõe na relação afetiva com o outro a lógica de sua fantasia inconsciente; fantasia na qual ele desempenha o papel de uma vítima infeliz e constantemente insatisfeita. O sujeito histérico é fundamentalmente um ser de *medo* que, ao tentar atenuar sua angústia, mantém sem cessar o doloroso estado de insatisfação em suas fantasias.

Medo do quê? O que a histérica teme?

Existe apenas um perigo essencial que a ameaça, um perigo sem imagem nem figura, um perigo absoluto, muito mais pressentido do que definido: o perigo de viver a satisfação de um gozo⁷ máximo que, se vivido, a faria enlouquecer ou desaparecer. O problema consiste em evitar a qualquer preço qualquer experiência que evoque de perto ou de longe um estado de plena e absoluta satisfação. É justamente o medo e a recusa obstinada a gozar que estão no cerne da vida psíquica da histérica que, para afastar esta ameaça, inventa um cenário fantasístico destinado a provar para si e para todos que só existe gozo insatisfeito, ou seja, o outro será sempre desencantado, portador de

⁷Raramente utilizado por Freud, o termo *gozo* aqui empregado refere-se a um conceito na obra de Jacques Lacan que implica a idéia de uma transgressão da lei: desafio, submissão ou escárnio. Foi teorizado por Lacan como um dos componentes estruturais do funcionamento psíquico. (ROUDINESCO; PLON; 1998)

insatisfação, ora forte e supremo, ora fraco e doente, sempre desproporcional e decepcionante em relação às suas fantasias (NASIO, 1991).

Portanto, a recusa ao gozo e à satisfação repercutem na vida da histérica em diversos âmbitos, seja nos relacionamentos afetivos, sexuais e nas constantes queixas de inadequação.

Maria Clara via-se permanentemente como não tendo sido amada pelos outros, como se não tivesse recebido todas as provas de amor de seus pais, marido e filho, culpando-os por seu sofrimento e implorando por reconhecimento. Insatisfeita consigo e com o outro, sentia-se inadequada e incompreendida, nada era como ela gostaria ou havia sonhado um dia.

Principalmente ao longo do primeiro ano do caso, Maria Clara mantinha-se neste lugar de insatisfação e vitimismo. A posição de Maria Clara se assemelha também a posição do ressentido, proposta pela psicanalista Maria Rita Kehl:

O ressentido tem um apego todo especial em relação ao que o faz sofrer: apego que se manifesta em lamentos e acusações repetidas, dirigidas não contra si mesmo (como na melancolia) mas contra um outro, supostamente mais poderoso do que ele, responsável por seu mal (KEHL,2003)

Mesmo que as queixas repetitivas do ressentimento não escapem à determinação inconsciente, elas servem acima de tudo aos mecanismos de defesa do *eu*, ou seja, no processo de análise, estas queixas ressentidas trabalham contra a associação livre, impedindo a implicação subjetiva do analisando. O ressentido reconhece seu sofrimento mas atribui toda a responsabilidade ao outro (KEHL,2003).

O casamento de seu único filho fez com que seu sofrimento se manifestasse com mais força. Depois de tantos anos dedicados à sua criação, o filho saíria de casa para viver com sua mulher. Maria Clara estaria novamente apenas com seu marido, com quem, naquele momento, vivia uma relação conflituosa.

Ainda segundo Kehl (2003), na clínica, pode-se encontrar o ressentimento nas mulheres que renunciaram a todas as reivindicações fálicas em nome do amor, isto é, na relação amorosa ela cede ao seu desejo para fazer-se “a senhora fulano de tal”, tributária das conquistas fálicas do homem que a tomou por esposa. Quando os filhos crescem, filhos que seriam um prêmio de consolação dessas mulheres que aceitaram a condição da castração infantil como se fosse a versão da verdadeira feminilidade, estas mulheres

perdem sua função de sacrificarem-se pelo bem estar da família, fomentando assim, o ressentimento.

Portanto, são nessas condições que se iniciou o percurso de Maria Clara. Uma mulher afogada em sua própria insatisfação, ressentida, sofrendo por não sentir-se amada o suficiente e perdendo aos poucos a vontade de viver.

Maria Clara agia em sua vida procurando ser amada, fazia tudo para agradar a todos e ser reconhecida por isto. Acredito que este fato favoreceu com que a demanda médica, antes direcionada ao plano de saúde e a clínica de convênios, se modificasse para uma demanda pessoal direcionada a mim.

Nas primeiras sessões Maria Clara chorava muito, não tinha dificuldade em falar de si e eu procurei recebê-la de forma acolhedora e amável. Como relatado no caso, após algum tempo e após conseguir em supervisão me dar conta do meu grau de envolvimento com o sofrimento da paciente, pude perceber que Maria Clara custava a deixar a posição queixosa, resistia em aprofundar suas questões, o problema parecia ser sempre o outro. Porém, em alguns momentos de seu relato, era possível notar uma agressividade e episódios de formação reativa, como por exemplo quando conta que ao brigar com seu marido, provocava as discussões e quebrava objetos. Estes eventos denunciavam a contradição de Maria Clara, ao dizer-se uma mulher boa que amava a todos.

A formação reativa é considerada um hábito ou atitude psicológica de sentido oposto a um desejo recalcado e constituído em reação contra ele, por exemplo: o pudor opondo-se a tendências exibicionistas. Trata-se de um contra-investimento de um elemento consciente de uma força igual e de direção oposta ao investimento inconsciente. Do ponto de vista clínico, as formações reativas possuem um valor sintomático naquilo que oferecem de rígido, de forçado, de compulsivo, pelos seus fracassos acidentais, pelo fato de às vezes levarem diretamente a um resultado oposto ao que é conscientemente visado (LAPLANCHE; PONTALIS, 2008).

Se pela transferência a paciente resistia, pela transferência o processo clínico poderia começar. Desta forma, conduzi o meu trabalho direcionando-o para essa dinâmica transferencial, ouvindo as queixas e tentando indagá-la sobre sua participação nos conflitos existentes em sua vida.

Como já explicitado anteriormente, Maria Clara buscava aprovação, queria ser bem quista pelas pessoas e acreditava que para isto deveria ser uma mulher “boa”, que não comete erros e faz tudo pelos outros. É evidente que a paciente também não

conseguia sustentar este ideal e eventualmente em suas falas, deixava transparecer uma outra realidade. Como psicanalista, eu estava inclusa nesta dinâmica, ela não queria que eu “pensasse mal” dela e certificava-se disto não falando sobre suas faltas.

A transferência é um fenômeno fundamental para a psicanálise, desde o início ela é acompanhada pelo amor e se mostra como um desafio, sobretudo para os principiantes na psicanálise. Segundo Lacan (1964), ela “*dirige o modo de tratar os pacientes, e inversamente, o modo de tratá-los comanda o desejo*”

No texto de 1912, intitulado *A Dinâmica da transferência*, Freud mostra que necessariamente a transferência é ocasionada durante o tratamento psicanalítico e se produz graças ao funcionamento do próprio inconsciente. Cada sujeito produz um “clichê estereotípico”, uma maneira de conduzir-se na vida erótica que é repetido constantemente ao longo de sua vida. A partir do momento em que a necessidade de ser amado não é satisfeita pela realidade, o sujeito passa a ter ideias libidinais antecipadas de acordo com o clichê estereotípico produzido anteriormente. Desta forma, Freud considera normal que a catexia libidinal do paciente insatisfeito também se dirija ao médico, ou seja, ao psicanalista durante o processo de análise.

O psicanalista é então incluído nas séries psíquicas que o paciente já formou. Freud esclarece que as características da transferência são próprias da neurose, e não da psicanálise.

Tomando o médico como ponto central, o aparelho psíquico alcança, através dessa falsa ligação, seu objetivo principal: interromper o fluxo associativo e o consequente resgate da lembrança afetiva dolorosa.

Para Freud, a psicanálise procura rastrear a libido tornando-a acessível à realidade. Se isto acontece, temos como resultado um embate, uma vez que as forças que a fizeram regredir se apresentarão como resistências ao trabalho de análise.

a resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que elas compõem. (FREUD, 1912)

Ainda no texto de 1912, podemos ler que ao nos aproximarmos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada em primeiro lugar para a consciência e defendida de maneira obstinada. Freud enfatiza o papel da

transferência como resistência ao tratamento analítico, a sua arma mais forte, sendo que a intensidade e a persistência da transferência constituem o efeito e a expressão da resistência.

Freud nos diz que para pensarmos a transferência como resistência, é necessária a distinção entre transferência positiva e negativa, tratando-as separadamente.

A transferência positiva pode ser dividida em transferência de sentimentos amistosos ou afetuosos, sendo os últimos ligados a fontes eróticas. Para Freud, todas as relações emocionais positivas são vinculadas à sexualidade, pois, em última instância o inconsciente conhece apenas objetos sexuais, e as pessoas que admiramos em nossa vida se mantêm como tal para nosso inconsciente.

Existem duas configurações clínicas em que a transferência pode aparecer como resistência na neurose: a transferência positiva de impulsos eróticos recalçados e a transferência negativa, referente à afetos hostis dirigidos a figura do analista.

Na histeria, elas operam em dimensão ambivalente, como é notado na discussão freudiana sobre a transferência no caso Dora de 1905:

A atuação do “desejo de vingança” de Dora, que leva à interrupção prematura do tratamento, revela a faceta negativa da transferência, que é claramente articulada à dimensão positiva do amor de transferência. A questão central de Dora, como bem apontou Lacan (1951), é relativa ao desejo [...] Freud identifica outros afetos hostis operando como obstáculo ao tratamento. Além das resistências de transferência, Freud destaca duas formas de queixas relativas ao analista: perda da confiança, quando a paciente se sente pouco amada e insultada ou quando ouviu algum comentário desfavorável sobre o analista ou o método de tratamento, e medo da dependência (ROBERT; KUPERMANN,2002).

Conforme destacam Robert e Kupermann (2002), as soluções encontradas por Freud (discussão e explicação) para superar estes obstáculos evidenciam que as manifestações de hostilidade do paciente não impõem a necessidade de criação de estratégias de manejo para além do uso da autoridade e do esclarecimento pelo saber teórico, desta forma, estas reações não deveriam ser analisadas e sim apaziguadas através da explicação para que se possa retomar o estado de confiança anterior. Essa solução é bastante distinta do manejo das resistências entendidas como transferências, que entram em nexos associativos e permitem a circulação afetiva necessária ao trabalho clínico.

No texto *Recordar, repetir e elaborar* de 1914, Freud faz novos apontamentos quanto à questão da transferência na clínica da neurose, especialmente no que diz respeito ao manejo das resistências que surgem invariavelmente no contexto analítico.

Freud nos diz ainda que o analista não deve colocar em foco um momento ou problema específico, mas sim estudar tudo o que se apresenta na mente do paciente, identificando as resistências que aparecem para que se tornem conscientes ao paciente através da interpretação. Faz também uma discussão sobre a técnica psicanalítica e sobre como a análise pode ajudar o paciente a trazer conteúdos que foram “esquecidos” ou que nunca foram conscientes mas que o sujeito reproduz em comportamentos e repete seguidamente ao longo da vida. A própria transferência é em si uma repetição, uma transferência de todo o passado esquecido não somente para a figura do médico, mas para toda a situação de vida atual (FREUD, 1914).

Quanto à resistência, Freud refere que quanto maior ela for, mais a atuação substituirá a recordação, sendo que a resistência é influenciada pelo tipo de transferência que se estabelece. Se a transferência é positiva e branda, a recordação é possível, porém, com o progredir da análise, a transferência se torna hostil ou excessivamente intensa, fazendo com que o recordar abra caminho a atuação, para que o inconsciente se defenda do progresso do tratamento, e o paciente passe, desta forma, a repetir todos os sintomas.

Segundo Freud (1914) o psicanalista deve se preparar para:

uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que este último gostaria de dirigir para a atmosfera motora; e comemora como um triunfo para o tratamento o fato de poder ocasionar que algo que o paciente deseja descarregar em ação seja utilizado através do trabalho de recordar (FREUD 1914/2016).

Desta forma, a transferência serve para impedir que o paciente execute as repetições e traga material para o trabalho terapêutico. O manejo da transferência seria o principal instrumento para reprimir a compulsão a repetição do paciente, transformando-a num motivo para recordar. A instauração de uma “neurose de transferência” seria uma forma de criar uma “doença artificial” acessível ao trabalho analítico, uma vez que é a partir das reações repetitivas exibidas na transferência que o analista pode ser levado pelos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que podem aparecer sem dificuldades após as resistências terem sido superadas.

Segundo Miller (2002), toda vez que desejarmos promover uma análise sobre o conceito de transferência na obra freudiana, é necessário tomar como centrais as relações estabelecidas entre esta e outros três conceitos estreitamente correlacionados. Tomando os textos de Freud, o autor aponta três formas de transferência: a transferência com função de repetição, com função de resistência e a transferência identificada com a sugestão.

A primeira forma de transferência apresentada por Freud seria a transferência de sentido, do deslocamento do desejo inconsciente para outros objetos, despojados de significação, que separadas de sua primeira significação, fazem com que o significado continue recalcado, quer dizer, esta primeira transferência é o funcionamento básico do inconsciente, através dos chistes, lapsos e sonhos. Como já dissemos anteriormente, a partir do caso Dora, atenta-se para uma significação precisa de transferência, no seu sentido psicanalítico, produzida quando o desejo se vincula a um elemento particular: a figura do analista. A figura do analista é mais ilusória e imaginária do que a pessoa real do analista, desta forma, sendo um fenômeno imaginário. Para que se possa entender essa questão, é preciso considerar que o analista não é exterior ao inconsciente do paciente, e sim parte dele. Existe um lugar na economia psíquica que será ocupado pelo analista e este é o descobrimento da transferência. O engate na transferência se dá mais com um significante do que com uma pessoa, ou melhor, o analista é, ele mesmo, uma formação do inconsciente (MILLER, 2002).

A transferência é um obstáculo no processo de análise, como uma nova patologia que aparece no lugar de uma antiga. Entretanto, é também um testemunho do inconsciente, que permite que se veja na própria sessão o funcionamento e uma atualização de um mecanismo inconsciente e sua realidade. Sendo um obstáculo para a análise, a transferência interrompe as associações em vez de facilitá-las, constituindo um tempo de fechamento do inconsciente, e não de abertura, mostrando desta forma toda sua ambigüidade, dado que a análise ocorre graças a transferência mas, ainda, apesar dela.

Maria Clara chega à clínica buscando respostas e reconhecimento por seu sofrimento. Assim como fazia em sua vida, procurou mostrar-se uma pessoa bondosa e disposta a agradar o outro. Preocupando-se comigo e levando presentes, ela tentava cuidar de mim como fazia com as pessoas de seu convívio, obviamente mais tarde eu viria a ser cobrada por receber este amor. Era justamente este “modo de agir” que fazia com que a paciente resistisse em continuar sua análise: ao me oferecer seus cuidados e

amor, não poderia aprofundar-se em suas questões, uma vez que seus conteúdos inconscientes ou esquecidos iam contra o ideal de bondade que ela buscava representar.

Segundo Miller (2002), ao pensar a transferência como repetição, possibilita-se dizer que ela é o momento em que o analista é captado na cadeia de estereótipos que o paciente carrega por toda vida, e que se alternam entre diferentes objetos. O autor aponta que o inconsciente foi atingido e imediatamente manifesta-se através de uma infração à regra fundamental, através de um silêncio do paciente que evita o pensamento acerca do terapeuta. O motor do tratamento seria então o combate entre a libido do paciente e a demanda do analista. É justamente nesse ponto que Freud introduz as já mencionadas noções de transferência negativa e positiva.

Por sugestão, entende-se uma forma de influir sobre o paciente mediante os fenômenos de transferência possíveis no caso. Ou seja, o analista se utiliza da sugestão para propiciar a instauração dos fenômenos transferenciais, assim como para permitir a identificação da dialética da transferência/resistência, a qual de um lado se alia a doença opondo-se à recuperação enquanto, ao mesmo tempo, se constitui como aquilo que permite o entendimento da forma pela qual o paciente vem se comportando em sua vida (FREUD,1905).

Por vezes, as defesas cediam e Maria Clara deixava transparecer em seu discurso estados velados de sua personalidade, por exemplo: a agressividade (como quando atirava objetos em seu marido), a culpa (pelo aborto e por desejar que a mãe não demorasse a morrer) e a sexualidade (interesse por outros homens e fantasias sexuais).

A respeito da neurose de transferência, Miller (2002), refere que neste sentido os sintomas adquirem nova significação, uma vez que são direcionados ao Outro e, assim, é necessário determinar em que lugar se situa o psicanalista na cura, pois se o analista se situa no lugar ao qual se dirige o sintoma, torna-se seu receptor essencial e o lugar que deve à transferência lhe permite operar sobre ele. Lacan procura fazer uma distinção entre transferência e sugestão, aceitando que resta uma margem de sugestão em toda operação de transferência. A neurose de transferência é a modalidade de conjunto da cura, uma doença artificial própria da psicanálise. A psicanálise permite que todos os sintomas do paciente adquiram nova significação, e o sintoma é um elemento que se dirige ao Outro.

Em seu tempo, Maria Clara foi se conscientizando de seus ideais , frustrações, fantasias e medos. Lentamente ia abrindo sua história e ressignificando os acontecimentos, sendo alguns de recordações ainda dolorosas para ela.

Acredito que este primeiro modo de implicação de Maria Clara no processo analítico assumiu uma característica mais investigativa: eu oferecia uma escuta ao mesmo tempo em que necessitava fazer indagações para que a paciente fosse recordando e trazendo para as sessões conteúdos esquecidos e não elaborados.

Nos últimos momentos do primeiro modo de implicação, Maria Clara passou a dizer-se depressiva, sua demanda por amor e reconhecimento aumentaram significativamente (me fazia ligações, exigia a confirmação de minha presença caso a solicitasse fora do horário das sessões). Tornara-se extremamente dificultoso para mim sustentar esse lugar e, de alguma forma, não respondia a essas demandas, não conseguia mais escutar e questionar o sofrimento de Maria Clara.

Conforme relatado, houve um período em que eu passava por problemas pessoais e Maria Clara parecia piorar cada vez mais. Não conseguia oferecer interpretações ou esclarecimentos à ela. No início do caso, houve momentos nos quais me compadecia do sofrimento da paciente, porém, nestas ocasiões, este sofrimento me sufocava. Era desta forma que Maria Clara me afetava, ora compaixão, ora sufocamento. Às vezes uma mulher boa e injustiçada, às vezes uma mulher exigente e demandante.

A transferência torna-se portanto uma transferência negativa que leva a uma atuação, fazendo com que a paciente interrompesse os atendimentos em seguida.

Como já trabalhado anteriormente, sabemos que com o avanço do processo de análise, se a transferência se torna hostil ou muito intensa, o recordar abre caminho à atuação (*acting out*), é então que as resistências passam a determinar a sequência do material que deve ser repetido. Freud (1914) nos diz que: *“O paciente retira do arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento – armas que lhe temos que arrancar, uma por uma”*. Ele repete (*acts out*) suas atitudes, inibições e todos seus demais sintomas sob condições da resistência.

Maria Clara disse que estava indo para outro lugar, no qual sentia-se acolhida e reconhecida em seu sofrimento, controlava através da ação algo que não pôde passar pelo processo de simbolização. Da mesma forma que chegara para os atendimentos, acusando os outros de não a amarem, a paciente agora colocava esta falta em minha figura, apontando que eu não era capaz de ajudá-la.

Concluindo este primeiro modo de implicação e após algumas considerações teóricas, podemos sintetizar alguns movimentos do caso até então.

2. Segundo modo de implicação

*Porque há desejo em mim, é tudo cintilância.
 Antes, o cotidiano era um pensar alturas
 Buscando Aquele Outro decantado
 Surdo à minha humana ladradura.
 Visgo e suor, pois nunca se faziam.
 Hoje, de carne e osso, laborioso, lascivo
 Tomas-me o corpo. E que descanso me dás
 Depois das lidas. Sonhei penhascos
 Quando havia o jardim aqui ao lado.
 Pensei subidas onde não havia rastros.*

(Hilda Hilst – Do desejo)

Com o retorno de Maria Clara, podemos pensar que finalmente sua análise começa de fato. É apenas nesse momento que a paciente me coloca no lugar de “sujeito suposto saber”, alguém que supostamente sabe algo sobre seu sofrimento, que supostamente teria respostas. Ao participar do grupo terapêutico, apenas constatara que já não poderia regredir em seu percurso, a posição de vítima insatisfeita já não a beneficiaria do mesmo modo. É então que decide voltar a me procurar, diferente da primeira vez em que chegou ao atendimento através da clínica, Maria Clara opta por conta própria retomar seu tratamento comigo.

Retomadas as sessões, a paciente ainda mostrava-se resistente, parecia não querer falar sobre suas questões, gastava o tempo dos atendimentos fazendo divagações sobre assuntos variados, estava em um momento “zen”. Ela já havia percebido que ainda tinha um caminho a percorrer, bastava retomá-lo. Foi necessário convocar Maria Clara, fazer uma pequena intervenção (“*e a sua situação? Como está?*”) que a despertasse para o processo. Ela também sabia que eu estaria ali acompanhando-a, eu estava lá quando ela voltou, eu supostamente sabia pra onde ela deveria ir.

Lacan considera a transferência separadamente da repetição, fundando-a como uma consequência imediata da regra fundamental. Para Lacan, a transferência se articula em torno do Sujeito Suposto Saber, termo inexistente nos escritos de Freud e que aparece em seu Seminário 11, intitulado *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*.

Quinet (2009) refere que o surgimento do sujeito sob transferência é o que dá o sinal de entrada em análise e, este sujeito é vinculado ao saber: “*No começo da*

psicanálise é a transferência”, nos diz Lacan. A transferência não é condicionada ou motivada pelo analista, é uma função do analisante e não do analista. A função do analista é saber utilizar a transferência.

No livro *Escritos*, mais precisamente no texto “Função e campo da fala e da linguagem”, Lacan nos diz sobre a *Transferência de saber*, uma ilusão que faz com que o paciente acredite que o analista já conheça sua verdade, ilusão esta imanente à entrada em análise.

Porém, o analista apenas empresta sua pessoa ao encarnar esse sujeito suposto saber, não deve de maneira alguma identificar-se com esta posição, pois isto seria um erro.

A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. Sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância, não a simples ignorância ignara, mas a ignorância douda [...] “um saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites”. A ignorância douda é um convite não apenas a prudência, mas também a humildade: um convite a se precaver contra o que seria a posição de um saber absoluto: contra a posição do analista de aceitar essa imputação de saber que o analisante lhe faz. O saber é, no entanto, pressuposto à função do analista (QUINET, 2009).

O sujeito suposto saber, no início do ensino de Lacan, é definido como “aquele que é constituído pelo analisante na figura de seu analista”. (LACAN, *apud*, QUINET, 2009).

No texto intitulado *A transferência é amor que se dirige ao saber*, D. e M. Silvestre (1993) indicam que a prática psicanalítica resulta de um estranho encontro, o do psicanalista com seu paciente. Neste encontro, o psicanalista oferece um tratamento ao qual o paciente quer confiar seu sofrimento. A relação que liga os dois e que só termina na separação é a transferência, que nasce da confiança outorgada pelo paciente e do sofrimento que motiva sua palavra, dando consistência ao processo todo. Segundo os autores, a análise, pela via da transferência, permite que haja uma adequação entre a pergunta do sujeito e sua resposta, por isso a transferência inicial definida por Freud é o deslocamento de palavra, palavra esta que é transferida de um lugar da fala a outro, do esperado para o inesperado.

Portanto, o sujeito é aquele que fala e com a análise, ele pode perceber que ele mesmo é o responsável por sua história passada e pela que virá, uma vez que seu desejo

se encontra aí implicado, mesmo que nem sempre seja reconhecido. O sujeito não é senhor do que diz, o não domínio da palavra, consequência da associação livre, é a condição para a transferência, desta forma, o sujeito pode dizer o que não sabe (SILVESTRE, 1993).

Necessário para explicar a transferência, o inconsciente é o lugar no qual são guardadas em reserva as determinações do sujeito e a transferência é o processo pelo qual tais determinações são reveladas pela palavra. Trata-se de um lugar de saber que escapa ao sujeito, porém incide sobre tudo o que constitui o próprio ser deste sujeito. Silvestre (1993) chama este tipo de rejeição de *ignorância ativa*, pois é o próprio sujeito quem prefere não saber. A transferência implica um saber que não vem sem desprazer, uma vez que a verdade pode não ser fácil de suportar, contudo, para haver análise é preciso demanda, uma demanda de saber sobre o que escapa e ao mesmo tempo determina. Esta demanda é uma pergunta dirigida ao analista em função desse saber suposto ao inconsciente. Não se interroga no vazio, o paciente dirige-se a um lugar, o do Outro; a transferência oferece ao analista o lugar de onde ele pode ouvir aquele que nele confia e de onde pode responder-lhe pela interpretação. A função do analista não é de compaixão, compreensão ou simpatia, mas sim de marcar o que a transferência produz fora do inconsciente para aí revelar o desejo veiculado pela palavra.

Neste segundo tempo de todo o percurso, Maria Clara pôde trazer aspectos de sua história nunca ditos anteriormente, conseguindo fazer elaborações a respeito da relação com sua mãe e trazendo à luz uma personagem determinante para a decifração de alguns enigmas: sua tia.

Lembranças dolorosas e antes encobertas emergiram para que Maria Clara pudesse prosseguir, recordou que sofrera abusos de sua tia e era esta figura, não sua mãe, quem exercera uma maior influência sobre sua maneira de encarar questões ligadas ao corpo e a conflitos sexuais.

Ao trazer à palavra estes conteúdos, Maria Clara de certa maneira liberta-se. Saíra da posição queixosa e já não sofria por acreditar que não era amada. Também há uma mudança em meu posicionamento, já não havia necessidade de investigar ou acolher, a escuta e pequenas pontuações bastavam; A própria paciente buscava explorar suas questões em favor da busca de um saber sobre si.

Como trabalhado anteriormente, a transferência como uma forma de amor é uma espécie de ilusão. Maria Clara passa a se dar conta disto e percebe que poderia prosseguir sem minha presença em sua vida.

Sigmund Freud escreveu e publicou o artigo “Análise terminável e interminável” no ano de 1937. Como destaca o editor da publicação “*Freud sempre esteve bem ciente das barreiras ao sucesso da análise e sempre se mostrou pronto a investigá-las*”, é justamente essa preocupação de Freud com os obstáculos para a realização da análise que o levaram a questionar-se sobre o término ou não da análise ao longo do referido artigo.

Contudo, nos diz Freud (1937), o fim pode ocorrer quando o paciente não sofre mais de seus sintomas, de suas angústias ou de suas inibições, e quando o reprimido tornou-se consciente, de forma que não há necessidade de temer a repetição de processos patológicos.

Fazendo uma reflexão sobre o artigo de Freud, Gérard Pommier (1990), propõe o termo *desenlace* para nomear este momento. Esta palavra convém se considerarmos que, com a análise, se descobre um sujeito que mantém com seu destino uma relação cujo advento nunca teria se realizado sem a análise, tratando-se da “*instalação de um estado que nunca surge espontaneamente no Eu e cuja criação original constitui a diferença essencial entre o homem analisado e aquele que não foi.*” Pommier mostra que não se pode falar de uma conclusão no sentido usual da palavra, por isso, o termo *desenlace* convém mais, dado que o instante em que um nó se desfaz não implica a ruptura de um fio, subentendida pelas palavras fim ou conclusão.

Desta forma, Maria Clara demonstrou ter percebido sua condição. Fez um giro em seu posicionamento. Não acredito que tenha recuperado sua vontade de viver ou o brilho que acreditara ter tido sua vida, mas sim, construiu uma nova maneira de se colocar diante de sua história e subjetividade. Maria Clara preencheu lacunas, ressignificou suas relações e alcançou um saber sobre si.

Junto com Maria Clara, aprendi que a saída é para o lado de dentro. Não existem fórmulas rápidas que nos libertem de nossos fantasmas, assim como não são grandes mudanças na vida que garantem algum tipo de cura.

Em 1975, em uma de suas conferências já no final de seu ensino, alguém pergunta a Lacan quando termina uma análise e o psicanalista então responde: “*Eu só posso testemunhar o que minha prática me fornece. Uma análise não deve ser forçada*”

*até muito longe. Quando um analisando pensa que está feliz na vida, é o bastante”*⁸
(LACAN, 1975)

Salvo as discussões teóricas sobre esta colocação de Lacan, utilizo a frase citada para delinear o fim do percurso de Maria Clara que, sabendo que a vida não tem brilho algum, seguiu seu caminho.

⁸ Tradução nossa (Je peux seulement témoigner de ce que ma pratique me fournit. Une analyse n'a pas à être poussée trop loin. Quand l'analysant pense qu'il est heureux de vivre, c'est assez.)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deixo Sísifo na base da montanha! As pessoas sempre reencontram seu fardo. Mas Sísifo ensina a fidelidade superior que nega os deuses e ergue as rochas. Também ele acha que está tudo bem. Esse universo, doravante sem dono, não lhe parece estéril nem fútil. Cada grão dessa pedra, cada fragmento mineral dessa montanha cheia de noite forma por si só um mundo. A própria luta para chegar ao cume basta para encher o coração de um homem. É preciso imaginar Sísifo feliz.

Vivemos num tempo de índices alarmantes de depressão e ansiedade. Profissionais da saúde são cada vez mais convocados por aqueles que adoecem a decifrar e solucionar o sofrimento. A vida passa acelerada, a busca por certa felicidade inabalável segue desmedida.

Na era das respostas rápidas, Maria Clara foi buscar uma solução para seu sofrimento. Procurou um médico e uma clínica de convênio em busca de algum resultado: me encontrou; eu encontrei Maria Clara. Começo de dois percursos: o meu e o dela.

A experiência psicanalítica se deu pelo reconhecimento da presença de conflitos no psiquismo. Para Freud, a constatação destes conflitos foi a base para a construção de sua teoria e direcionamento clínico, fato que nos faz reconhecer a impossibilidade de separação de uma prática clínica da teoria, uma vez que estão profundamente entrelaçadas.

Em consequência disto, pudemos perceber que as transformações da teoria ao longo do texto freudiano foram decorrentes das mudanças que aconteciam na clínica. O caso Dora descrito no terceiro capítulo é apenas um exemplo entre tantos de como a prática era o guia de Freud em suas formulações teóricas.

O dispositivo da clínica psicanalítica foi criado para que os conflitos do paciente pudessem encontrar outro destino. Estes conflitos mostravam que existia uma luta entre partes opostas do psiquismo que se confrontavam, gerando dor e sofrimento.

A psicanálise procurava trazer a tona o conflito para que o paciente pudesse elaborá-lo, dissolvendo desta forma o sofrimento. Foi neste contexto que Freud nos disse que seria preciso transformar a miséria histórica em infelicidade comum.

Transformar a miséria histórica em infelicidade comum. Vou repetir: transformar a miséria histórica em infelicidade comum. Como? Como uma recém formada novata na psicanálise poderia fazer isso? Ora, eu não transformaria nada, Maria Clara transformaria, ou melhor, a transferência seria a resposta. Eu ofereci a escuta, Maria Clara trouxe as palavras e, assim, a transferência cumpriu seu papel, com tudo o que tinha direito (resistências, excessos, amor, abandono, lágrimas e elaborações) para que a paciente pudesse mudar sua posição diante de sua própria vida, responsabilizando-se por seu sofrimento e abdicando de uma atuação queixosa e insatisfeita, característica essencial da miséria histórica.

Aonde se chegou ao fim desse percurso? Maria Clara buscava recuperar o brilho perdido de sua vida e descobriu que ele não existia. O que encontrou foi a infelicidade comum, ou seja, a consciência de que a vida não faz sentido, que não são mudanças ou os outros os responsáveis pelo seu sofrimento e, mesmo assim, vale a pena viver.

O panorama do caso de Maria Clara me remete à interpretação de Camus do mito de Sísifo. Albert Camus, escritor, romancista, ensaísta, dramaturgo e filósofo, escreveu um ensaio em 1941 intitulado “O mito de Sísifo”, no qual se aprofunda no mito a fim de encontrar o heroísmo trágico de todos nós, trazendo alguma luz ao caos de nossas vidas.

Na mitologia grega, Sísifo era considerado o mais astuto entre todos os mortais. Mestre da felicidade e da malícia, era tido como um grande ofensor dos deuses, tendo conseguido enganar a morte por duas vezes ao driblar Tântatos e Hades.

Quando morreu, Sísifo foi considerado um rebelde e condenado pelos deuses a seguinte sentença:

Os deuses tinham condenado Sísifo a rolar um rochedo incessantemente até o cimo de uma montanha, de onde a pedra caía de novo por seu próprio peso. Eles tinham pensado, com as suas razões, que não existe punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança (CAMUS, 2018).

Justamente por isso, quando uma tarefa envolve esforços inúteis, dizemos que é um “trabalho de Sísifo”. A eterna busca do homem por um sentido na vida é um verdadeiro trabalho de Sísifo.

Para Camus (2008), o “absurdo” se origina das tentativas de dar sentido ao que não tem sentido. Diante do dilema da inutilidade do esforço, por que não deveríamos cometer suicídio? O autor nos responde que esta não é a solução para o absurdo, a saída é a revolta:

A “revolta” é a consciência de nossa condição, mas sem a resignação que deveria acompanhá-la. Aceitar o absurdo é aceitar a morte, mas recusá-lo é aceitar uma vida no precipício, na qual não se pode encontrar o conforto, mas apenas viver num vertiginoso cume – isso é integridade, o resto é subterfúgio (CAMUS,2018).

O cume vertiginoso do qual nos fala Camus, é a experiência inteiramente consciente de estar vivo. Ao final de grande esforço, quando Sísifo chega ao topo, olha a pedra despencando e sabe que terá que descer e recomeçar.

É durante esse regresso, essa pausa, que Sísifo me interessa [...] Essa hora, que é como uma respiração e que se repete com tanta certeza quanto sua desgraça, essa hora é a da consciência. Em cada um desses instantes, quando ele abandona os cumes e mergulha pouco a pouco nas guaridas dos deuses, Sísifo é superior ao seu destino. É mais forte que sua rocha. Este mito só é trágico porque seu herói é consciente. O que seria a sua pena se a esperança de triunfar o sustentasse a cada passo? [...] Sísifo, proletário dos deuses, impotente e revoltado, conhece toda a extensão de sua miserável condição: pensa nela durante a descida. A clarividência que deveria ser o seu tormento consome, ao mesmo tempo, sua vitória. Não há destino que não possa ser superado com o desprezo (CAMUS,2018).

Portanto, ao mesmo tempo em que a consciência da dor angustia Sísifo, o torna liberto do castigo dos Deuses:

Toda a alegria silenciosa de Sísifo consiste nisso. Seu destino lhe pertence [...]sabe que é dono dos seus dias. No instante sutil em que o homem se volta para a sua vida, Sísifo, regressando para a sua rocha contempla essa sequência de ações desvinculadas que se tornou seu destino, criado por ele, unido sob o olhar de sua memória e em breve selado por sua morte. Assim, convencido da origem totalmente humana de tudo o que é humano, cego que deseja ver e que sabe que a noite não tem fim, ele está sempre em marcha. A rocha ainda rola(CAMUS,2018).

Camus (2018) argumenta que a felicidade possível em um mundo absurdo é a consciência e a atitude impassível diante da falta de esperança e significado.

Acredito que o trabalho da psicanálise caminhe na direção do cume vertiginoso, guiando o paciente no trajeto em que cada um carrega sua pedra. Maria Clara sofria por suas escolhas ao mesmo tempo em que reivindicava amor, acreditava que a solução viria do outro. Usando o mito como metáfora, podemos pensar que a subida da sua montanha se deu pelo trabalho realizado nas sessões, a pedra que Maria Clara carregava era sua própria história. O trabalho é inútil na medida em que não há esperança, não há um fim ou solução jubilosa, há a constatação de que ela é dona de seu destino, que terá de realizar outras subidas carregando pedras e, é justamente este trajeto que torna tudo mais interessante. Este saber, por si só, garantiu que Maria Clara conseguisse voltar a sentir-se viva.

Quanto a mim, também percorri a subida descobrindo limites e aprendendo que o importante é o caminho e não o fim. O psicanalista está longe de ser uma figura inatingível e enigmática: sentimos o efeito da transferência, nos cansamos das repetições, buscamos respostas até compreender que não passamos de sujeitos que supostamente sabem alguma coisa e é justamente desta forma que se pode avançar.

Graças à complexidade do psiquismo e a riqueza clínica/teórica da psicanálise, qualquer caso clínico apresenta muitas possibilidades de assuntos a serem abordados. O caso de Maria Clara oferece diversos caminhos de interpretações, por exemplo, apenas com a questão da relação entre mãe e filha já seria possível a realização de outra pesquisa. Sem o objetivo de dissecar o caso de Maria Clara, alguns pontos permaneceram obscuros e sem aprofundamento.

O caso de Maria Clara não se encerrou com o fim dos atendimentos, além de ter sido o principal motivo para a realização da presente dissertação, continuará gerando enigmas, inquietações e, por tudo o que me ensinou estará de alguma forma presente em cada paciente histórica que pisar em minha clínica, assim como o caso Dora está chancelado na clínica da histeria.

O percurso de um caso psicanalítico aborda pontos inconscientes, forças opostas a ele, questões transferenciais, entre outros. Desta forma, sempre apresentará obstáculos, tocando em questões difíceis e dolorosas. Estamos em um vale de lágrimas. O que Freud nos ensinou é que somos seres complexos, mas temos todas as condições de nos

compreendermos melhor e aos outros, sem que permaneçamos presos aos obstáculos que nós mesmos nos impomos. É justamente na busca daquilo que nos deixa perturbados que podemos nos tornar mais donos de nós mesmos, confiantes e livres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPIGNANESI, L.; FORRESTER, J. As mulheres de Freud. Rio de Janeiro: Record, 2010.

BERLINCK, M. T. Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta Ed. 2000.

BERLINCK, M. T. O método clínico: fundamento da psicopatologia . Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo. V. 12, n.3, p. 441-444. Set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000300001.

CAMUS, A. O mito de Sísifo. Record Ed. 2018.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a14.pdf> .

FÉDIDA, P. Nome, figura e memória. São Paulo: Escuta. 1992.

FÉDIDA, P. De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a função de paradigma. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, I (3), pg. 107-121, 1998.

FREUD, S. A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887/1904. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREUD, S. (1893) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In: Obras Completas, volume 2 (1893-1895). Sigmund Freud; tradução Laura Barreto. 1ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa (1894). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol 3. Edição Standard Brasileira da Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1895) A psicoterapia da histeria. In: Obras Completas, volume 2 (1893-1895). Sigmund Freud; tradução Laura Barreto. 1ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. A hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 3. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1905) Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”). In: Obras Completas, volume 6 (1901-1905). Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. 1ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. (1912) A Dinâmica da Transferência. In: Obras Completas, volume 10 (1911-1913). Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. 4ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. (1914) Recordar, repetir e elaborar. In: Obras Completas, volume 10 (1911-1913). Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. 4ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. (1917) Conferências introdutórias à psicanálise. In: Obras Completas, volume 13 (1916-1917). Sigmund Freud; tradução Sergio Tellaroli. 1ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. (1919) Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? In: Obras Completas, volume 14 (1917-1920) Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. 3ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2016

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol 17. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. Dois Verbetes de enciclopédia (1923). Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 18. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1930). O mal-Estar na civilização . In: Obras Completas, volume 18 (1930-1936). Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. 1ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, S. (1937). Análise terminável e interminável. In: Obras Completas, volume 19 (1937-1939); Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. 1ª Ed.: São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

KEHL, M. R. A histeria e o ressentimento. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Variantes da Cura, n.25. Out. 2003. P. 76-84.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. Intervenção sobre a transferência (1951). In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

LACAN, J. O seminário: livro 4: a relação de objeto (1956-1957). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

LACAN, J. O seminário: livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

LACAN, J. O seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais em psicanálise (1963-1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. “Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines – Yale University, Kanzer Seminar” 1975, Scilicet, n. 6/7. Disponível em: <http://www.lutecium.org/aejcpp.free.fr/lacan/1975-11-24b.htm>

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MAGTAZ, A. C.; BERLINCK, M. T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. XV, n. 1, 71-81. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000100006

MEZAN, R. *O tronco e os Ramos*. São Paulo: Cia das letras Ed. 2014.

MILLER, J.A. *Percurso de Lacan. Uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2002.

NASIO, J. D. *A histeria*. Rio de Janeiro: Zahar. 1991.

PIRES,S. *Psicanálise e Planos de Saúde*. São Paulo: Biblioteca 24 horas. 2014.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2009.

POMMIER, G. *O desenlace de uma análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1990.

ROBERT, P. P.; KUPERMANN, D. Dor e resistência na clínica psicanalítica. O manejo das transferências negativas em Freud. **Cad. psicanal.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 26, p. 37-49, jun. 2012 . Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000100004&lng=pt&nrm=iso>

ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAROLDI, N. *O Mal-estar na civilização: as obrigações do desejo na era da globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Ed. 2015.

SILVESTRE, D.; M. A transferência é amor que se dirige ao saber. In: Miller, G. (org.) *Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar Editor. 1993.

TRILLAT, E.. *História da Histeria*. São Paulo: Escuta Ed. 1991.

VIEIRA, P.A. Sermão da quarta domingo depois da Páscoa.Com comemoração do Santíssimo Sacramento. Pregado em S. Luiz do Maranhão. Ver. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v.9, n.3, p. 538-564, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142006000300013&lng=en&nrm=iso>.

VIEIRA, P. A. *Essencial*. Org. e introdução: Alfredo Bossi. Penguin. São Paulo: 2011.

ZANETTI, S.A.S., & Kupfer, M.C. (2006). Relatos de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da clínica*, 11(21), 170-185.

ZWEIG,S..*A cura pelo espírito*.Rio de Janeiro: Zahar ed. 2017.

