

O Tratamento da Histeria: Um Desafio para a Rede de Saúde Mental

The Treatment Of Hysteria:
A Challenge For The Network Of Mental Health Services

El Tratamiento De La Histeria:
Un Desafío Para La Cadena De Salud Mental

Daniela Costa Bursztyn

Universidade
Estadual do Rio de Janeiro

Artigo



Resumo: Este trabalho pretende discutir o desaparecimento do diagnóstico da histeria nos manuais psiquiátricos e os resultantes impasses clínicos no manejo do tratamento de sujeitos histéricos nas instituições médicas e nos serviços públicos de saúde mental. Por meio da interlocução entre diversos profissionais, o desafio de uma prática clínica com esses casos vem sendo lançado, em particular, através da proposta da *desmedicalização da demanda de tratamento* presente nos novos serviços criados a partir da reforma psiquiátrica brasileira. Ao sustentar o sintoma histórico como algo que exerce uma função importante para cada caso, ao invés de somá-lo à variedade de nomenclaturas que tornam esses sintomas apenas uma fenomenologia dos novos manuais psiquiátricos, a orientação psicanalítica indica suas contribuições aos dispositivos clínicos que hoje cercam o campo da saúde mental. Este estudo apresenta uma reflexão teórica, tendo como eixo a teoria freudiana sobre alguns casos de histeria e uma revisão da literatura psiquiátrica que situe indicativos históricos sobre o tratamento da histeria.

Palavras-chave: Histeria. Reforma psiquiátrica. Psicanálise. Saúde mental.

Abstract : This paper discusses the hysteria's diagnosis disappearance in the psychiatric manuals and thinks over the clinical consequences in the treatment of hysteria in the medical institutions and in the public services of mental health. Through the interlocution among different professionals, the challenge of the clinical practice with such cases has been launched mainly through the proposal of *demedication* present in the new services created by the Brazilian psychiatric reform. Sustaining the treatment of the hysteric's symptom as something important in each case, rather than adding it to the variety classification of psychiatric symptoms, the psychoanalytic orientation indicates its contributions to the clinical investigations held in mental health services. This study presents a theoretical discussion on the freudian theory of hysteria and a review of the psychiatric literature about the treatment of hysteria.

Keywords: Hysteria. Psychiatric reform. Psychoanalysis. Mental health.

Resumen: Este trabajo pretende discutir el desaparecimiento del diagnóstico de la histeria en los manuales psiquiátricos y los resultantes obstáculos clínicos en el manejo del tratamiento de sujetos histéricos en las instituciones médicas y en los servicios públicos de salud mental. Por medio de la interlocución entre diversos profesionales, el desafío de una práctica clínica con esos casos ha sido lanzado, en particular, a través de la propuesta de la "desmedicación de la demanda de tratamiento" presente en los nuevos servicios creados a partir de la reforma psiquiátrica brasileña. Al sustentar el síntoma histórico como algo que lleva a cabo una función importante para cada caso en lugar de sumarlo a la variedad de nomenclaturas que tornan estos síntomas tan sólo una fenomenología de los nuevos manuales psiquiátricos, la orientación psicanalítica señala sus contribuciones a los dispositivos clínicos que actualmente rodean el campo de la salud mental. Este estudio presenta una reflexión teórica, teniendo como eje la teoría freudiana acerca de algunos casos de histeria y una revisión de la literatura psiquiátrica que ubique indicios históricos acerca del tratamiento de la histeria.

Palabras clave: Histeria. Reforma Psiquiátrica. Psicoanálisis. Salud Mental.

Na clínica psiquiátrica contemporânea, o diagnóstico de histeria foi suprimido entre outras categorias nosológicas inauguradas pela psiquiatria clássica, dando lugar às novas classificações diagnósticas dos transtornos dissociativos, transtornos de personalidade, transtorno bipolar ou síndromes psicóticas. A função clínica do diagnóstico, tão essencial ao psiquiatra e à equipe que se ocupa do paciente, tende cada vez mais a ser centrada nos manuais de diagnósticos como o DSM IV e o CID-10. Assim, o próprio conceito de doença tem desaparecido, pois já não se espera conhecer o processo e a dinâmica de vida do paciente que adocece.

Na medida em que a histeria desaparece do discurso médico-psiquiátrico, *como são tratados esses casos nas instituições psiquiátricas e nos novos serviços de saúde mental?* Apesar de se situar na interface entre neurologia e psiquiatria, as crises histéricas, ou crises dissociativas, como classificado pelos manuais diagnósticos da CID-10 e DSM IV, costumam não responder aos efeitos de muitas medicações, e, com isso, torna-se notável a ineficácia desse tratamento para alguns pacientes. Comprometidos com a lógica dos recentes manuais, alguns profissionais que se ocupam do tratamento de sujeitos histéricos nas instituições psiquiátricas

utilizam instrumentos terapêuticos muitas vezes invasivos e ineficazes, visando à suspensão de alguns sintomas histéricos e negligenciando, com isso, o dizer desse sujeito sobre seu adoecimento e seu sofrimento psíquico revelado sob forma sintomática.

Ao observar os efeitos dessa problemática evidenciados na cronificação de sujeitos histéricos nas atuais instituições médicas, uma aposta clínica vem sendo lançada nos novos serviços de saúde mental orientados pelo desafio da *desmedicalização* da demanda de tratamento apresentada por esses pacientes. Ao descentralizar a referência única do saber médico-psiquiátrico sobre o tratamento das doenças mentais, *“a reforma psiquiátrica abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico”* (Rinaldi, 2005), propondo um trabalho multidisciplinar que reformule o antigo formato de assistência e que reorienta a prática clínica das psicoses e neuroses graves nos serviços públicos de saúde. Ainda que uma acentuada referência ao discurso médico compareça em alguns serviços, por meio da forte demanda de tratamento medicamentoso por parte dos pacientes e de seus familiares, o novo formato de assistência criado pela reforma psiquiátrica vem redimensionando o trabalho clínico, promovendo, com isso, a presença de variados dispositivos clínicos. A discussão deste trabalho visa ao exame da possibilidade de contribuição do dispositivo psicanalítico no campo da saúde mental ao assegurar a clínica da histeria na prática institucional.

O crescimento das produções teóricas e clínicas fomentadas a partir da reforma psiquiátrica revela-se ainda insuficiente em relação à temática apresentada neste artigo. Diante da complexidade que envolve o trabalho clínico com a psicose no âmbito da atenção psicossocial, encontramos, hoje, uma ampla produção de pesquisas e estudos bibliográficos fundamentais para situar a experiência clínica com sujeitos psicóticos

nesse novo campo de assistência pública. Muitas perguntas, contudo, ainda cercam o trabalho com sujeitos histéricos nos serviços de saúde mental, principalmente no que se refere aos casos graves de histeria que compõem em variados serviços, como os leitos de internação, os serviços ambulatoriais e os centros de atenção psicossocial.

Nos estudos históricos sobre o tratamento da histeria, não deixamos de reconhecer uma proposta antimanicomial para a clínica com sujeitos histéricos que nos parece relevante resgatar no atual contexto da reforma psiquiátrica. Essa história se inicia na Salpêtrière, o hospício parisiense onde Charcot pôde nomear e estabelecer em quadros clínicos os fenômenos histéricos, propiciando a formulação de procedimentos terapêuticos para os casos graves de histeria. Seu trabalho exaustivo de propor uma descrição dos quadros histéricos teve como principal consequência a elevação do interesse clínico sobre os ataques histéricos no contexto de sua época. Com isso, a histeria pôde ser assemelhada aos quadros das patologias neurológicas, por meio de um método descritivo e nosológico, retirando-a do estigma de uma *simulação* de doentes que vinha confinando esses pacientes no cenário asilar. Nesse panorama do século XIX, Freud aprende, com as históricas de Charcot, a importância da oferta de tratamento para esses casos, o que lhe possibilitou formular uma nova metodologia de tratamento para a histeria. Com a descoberta freudiana do inconsciente, os métodos da sugestão e da hipnose empregados no tratamento da histeria foram, portanto, subvertidos com a finalidade de encontrar uma nova direção clínica para tratar desses sujeitos, que, como veremos, não se afastam de uma proposta desmedicalizante. A partir do método da associação livre, Freud inaugura uma lógica de tratamento para a histeria capaz de sustentar o saber que o sujeito histórico atribui sobre o sintoma e sua causalidade psíquica na direção de um tratamento.

Se, no século XIX, foi constatada a exclusão da histeria pela lógica manicomial, notamos, hoje, que essa exclusão permanece sob a nova lógica dos manuais diagnósticos. A prática clínica da psicanálise se desenvolveu como algo inovador para tratar os casos de histeria segregados pela Medicina. Diante disso, podemos indicar a contribuição da corrente psicanalítica ao sustentar o tratamento de sujeitos histéricos que, ainda hoje, podem ser apartados das discussões clínicas desenvolvidas nas instituições públicas de saúde.

Um breve histórico sobre o tratamento da histeria

A fim de analisar o processo que envolve o nascimento da clínica psicanalítica, torna-se necessário examinar as inovações epistemológicas do século XIX no que tange ao tratamento da histeria. Nas formulações teóricas e nos atravessamentos clínicos que Freud (1996), revela em sua obra, é notável a importância dos avanços promovidos pela Medicina de sua época para a constituição da psicanálise.

Imersa no cenário científico da psiquiatria clássica, a clínica psicanalítica advém das indagações freudianas sobre os sintomas histéricos a partir da escuta dos fenômenos inconscientes e da causalidade psíquica revelada no dizer de seus pacientes. Nesse panorama do século XIX, Charcot citado por Trillat (1995) defendia a manifestação do fenômeno histórico assemelhando-o às patologias neurológicas e revelando as regras e as leis da histeria que podiam ser obtidas de uma observação atenta. Desse modo, suas investigações clínicas inauguraram procedimentos de tratamento, fomentando o interesse de Freud em pesquisar os sintomas de paralisias, convulsões, espasmos e anestésias observados na clínica com sujeitos histéricos.

Por meio das descobertas clínicas de Freud, (1996) algumas inovações no tratamento de sujeitos histéricos foram inauguradas no final do século XIX. Atento ao método introduzido por Charcot, Freud começa a formular os conceitos que embasavam a nova metodologia que inaugura o tratamento psicanalítico. Nesse período, a terapêutica da hipnose possibilitava uma escuta dos relatos desses sujeitos acerca de sua história e de sua sintomatologia, suscitando, ainda, o interesse dos médicos de sua época pelos diversos tipos de tratamento indicados para supressão dos sintomas. As demonstrações do *hipnotismo* impressionavam muitos médicos na Salpêtrière, motivando Freud na escolha dos fenômenos da hipnose e da histeria traumática como ponto de partida de sua investigação clínica. Portanto, desde 1880, Freud utilizava com seus pacientes o método hipnótico e o associava às massagens, aos regimes alimentares e à eletroterapia, como uma conduta terapêutica orientada por Breuer.

Segundos dados históricos (Trillat, 1995, p. 223) durante o ano 1889, Freud decepçiona-se com o método da sugestão sob hipnose, em proveito do método catártico utilizado por Breuer. Defende o mérito de médicos como Bernheim e Janet ao mostrar que a hipnose se articula com fenômenos normais da vigília e do sono e ao fornecer uma explicação psicológica para a sugestão hipnótica. Freud recusou, contudo, a oposição psicológico-fisiológica, já que os tipos clínicos apontados por Charcot negligenciavam alguns fatores psicológicos, mas continuou sustentando a necessidade de se estabelecer com objetividade a sintomatologia histórica para que a histeria fosse concebida como doença naquele cenário científico.

No início de sua experimentação, o método catártico estava estreitamente ligado à hipnose. O hipnotismo, no entanto, deixou de ser usado por Freud como processo

destinado a provocar diretamente a supressão do sintoma e passou a ser utilizado para induzir a rememoração. Por meio do método catártico, Freud percebeu a possibilidade de reintroduzir no campo da consciência experiências subjacentes aos sintomas e deu início às suas investigações psicanalíticas, trazendo à sua obra o conceito de recalque para fundamentar os acontecimentos esquecidos pelo sujeito histérico.

Por meio dessa reformulação teórica, Freud renunciou rapidamente à hipnose e à sugestão, fiando-se simplesmente nas associações livres do doente. Em 1889, o dizer de Emmy von N. já indicava a Freud a importância dessa *regra fundamental* no tratamento analítico em detrimento do método hipnótico, ao ouvir de sua paciente “*num claro tom de queixa, que não devia continuar a perguntar de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar o que tinha a dizer*” (Freud, 1893-1895/1996, p.107). Constitutivo da teoria psicanalítica, o método da associação livre evidenciou a aposta de Freud no papel desempenhado pelo paciente na direção de seu tratamento. Ao renunciar a procedimentos clínicos como o da hipnose e o da sugestão, Freud funda o método analítico, cuja regra não seria outra senão a de convocar seus pacientes a associarem livremente.

Desapropriando o saber que o sujeito produz no dizer dos sintomas, a hipnose mantinha a figura do médico como a de um guardião do saber sobre a doença. Ao abandonar o método hipnótico, Freud supôs que algum saber havia do lado do sujeito, e que os elementos inconscientes que constituem esse saber, emergidos na fala do analisante, também supõem o sujeito por eles representado. Ao instituir a associação livre, Freud lançou sua aposta para o saber que o sujeito atribui sobre o sintoma e suas causas, e viu, aí, uma nova direção clínica

para o tratamento da histeria, por isso foi levado, cada vez mais, a seguir seus pacientes no caminho que as associações livres lhe indicavam, inaugurando um método que definiu a descoberta da psicanálise.

A teoria freudiana sobre a etiologia dos sintomas histéricos

A investigação sobre a etiologia da neurose originou-se a partir da interrogação de Freud sobre os sintomas histéricos no encontro com Charcot, levando-o a postular uma causalidade psíquica e a indicar o papel da representação mental no inconsciente atuando no corpo. Com esse intuito, Freud procurou estabelecer o funcionamento do mecanismo psíquico dos sintomas histéricos, contribuindo para as descobertas médicas que consideravam a histeria uma *doença por representação*. O avanço nessa teoria constituiu um rompimento com os estudos da psiquiatria clássica, e possibilitou descobrir a origem psíquica dos sintomas, sustentando a determinação simbólica e sexual figurada na fantasia inconsciente.

Em *Estudos sobre a Histeria* (Freud, 1893-1895/1996, p. 161), Freud demonstra que o sintoma histérico não é o negativo do orgânico¹, como considerado no campo científico. A propósito do caso de Elizabeth von R., Freud afirma a existência de uma interseção entre a dor física e a palavra falada, emitida pela própria paciente. Em tratamento, Freud a diagnostica com uma expressão precisa: “*Trata-se de uma paralisia funcional baseada na simbolização*”. Daí Freud retira mais um ensinamento precioso para o tratamento analítico da histeria: “*Uma simbolização como essa pode gerar sintomas somáticos na histeria*” (Freud, 1996, p. 200), ratificando que a conversão histérica não obedece à anatomia, mas a um excesso de simbolização inscrita no corpo capaz de

¹ Essa expressão indica que não há uma oposição psicológica-fisiológica na sintomatologia histérica, ou seja, que os mecanismos inconscientes se inscrevem no corpo sob a forma de sintomas.

"O interesse de quem estuda a histeria logo se desvia dos sintomas para se voltar para as fantasias de que eles resultam"

(Freud, 1908/1996, p. 151).

lhe retirar a função orgânica. Ao longo do tratamento de Elizabeth, Freud esclarece: *"A dor foi desfeita pela fala"*, ratificando a importância do tratamento analítico da histeria como dispositivo clínico que assume a função de fazer o sujeito dizer a palavra que foi recalcada.

A teoria freudiana sobre o sintoma histórico, indicada no caso de Elizabeth von R., esclarece dois relevantes aspectos acerca da conversão histórica. O primeiro aspecto revela que o sintoma é tecido de linguagem, e o segundo, que os órgãos – ou partes do corpo – anexados pelo sintoma são conduzidos a desempenhar um papel de zona erógena para o qual não foram destinados. Esclarecendo a ideia de que uma cena traumática deixa uma marca mnêmica impressa no corpo histórico através de uma representação simbólica recalcada, a teoria freudiana possibilita considerar que a função orgânica do corpo esteja submetida ao campo de linguagem.

No início de sua obra, Freud estava convencido de que o doente histórico havia sofrido, durante sua infância, uma experiência traumática, como vítima da sedução perversa de um adulto. A partir daí, instalava-se no inconsciente um excesso de tensão inassimilável e errante, que passaria a subsistir como um sintoma, sob forma de uma representação inconsciente sobrecarregada de energia sexual e fonte de uma dor psíquica intolerável pelo sujeito.

Na passagem dos anos 1905-1906, em *Minhas Teses sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses*, Freud apresentou modificações no bojo de sua teoria sobre o *trauma sexual* diante da nova concepção que afirmava a origem da neurose histórica a partir de uma fantasia inconsciente, desconsiderando, assim, o desencadeamento de um sintoma provocado por um evento traumático real na história do paciente. A

partir dessa reformulação teórica, o termo *trauma* já não se referia a um evento externo, mas designava um acontecimento psíquico carregado de afeto como uma ficção de uma cena traumática, nomeada *fantasia* na obra freudiana.

Freud revelou, com isso, que, diante de um sintoma, o psicanalista não deveria buscar um acontecimento traumático datável e real, mas o *trauma* de uma fantasia angustiante pertencente à história de cada sujeito. Uma nova contribuição para o método analítico de tratamento da histeria foi, então, traçada em sua obra: *"O interesse de quem estuda a histeria logo se desvia dos sintomas para se voltar para as fantasias de que eles resultam"* (Freud, 1908/1996, p. 151). Inferindo dos sintomas o que as fantasias inconscientes representam, o método empregado por Freud possibilitou torná-las conscientes para o paciente no curso de seu tratamento.

O desaparecimento da histeria nos manuais diagnósticos

Como Freud já havia considerado em 1888, a histórica continua a fazer de seu sintoma uma *bête noire* (Freud, 1888/1996, p. 77) da Medicina. Ao se debruçarem na descrição minuciosa dos fenômenos relatados pelo próprio paciente, os médicos do século XIX conseguiram captar os mecanismos subjetivos referentes à enigmática sintomatologia histórica para sustentá-la como categoria nosológica. Imerso nesse cenário científico, Freud avançou na pesquisa dos fatores etiológicos da neurose histórica subvertendo a lógica terapêutica empregada nesses casos e inaugurando uma prática clínica que situa o sujeito do inconsciente na direção do tratamento.

A clínica psiquiátrica contemporânea, no entanto, vem se desapropriando do que foi pesquisado pela psiquiatria clássica do século XIX a respeito da histeria. Verifica-

se, em manuais de diagnósticos como o DSM IV e o CID-10, que o diagnóstico de histeria foi rejeitado pela comunidade científica, dando lugar às novas classificações diagnósticas dos transtornos dissociativos, transtornos de personalidade, transtorno bipolar ou síndromes psicóticas. A radical supressão do diagnóstico de histeria nos atuais manuais diagnósticos já demonstra o risco de abandono dos ensinamentos da psiquiatria clássica e da psicanálise, principalmente no que tange à etiologia dos sintomas histéricos. Nos serviços psiquiátricos em que se desenvolvem pesquisas e novos métodos de tratamento para os transtornos mentais, o tratamento da histeria continua sendo um enigma para a ciência. O desaparecimento do diagnóstico de histeria no discurso médico, aliado ao reducionismo biológico empregado nas condutas clínicas orientadas pelo paradigma da psiquiatria atual, vêm ocasionando graves consequências clínicas para o sujeito histórico que busca tratamento nas instituições psiquiátricas.

Destituída das atuais categorias nosológicas, pouco se aprende sobre a sintomatologia da neurose histérica no âmbito da formação médica. O discurso médico deixou de reconhecer a importância dos fatores etiológicos da neurose histérica no estabelecimento de condutas terapêuticas como o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica. Como efeito, observamos nas instituições psiquiátricas a prevalência da prescrição medicamentosa de benzodiazepínicos e antidepressivos como terapêutica orientada pela classificação diagnóstica dos novos transtornos mentais ou das doenças neurológicas e, ainda, do uso de técnicas como a hipnótica como condutas que visam a suprimir a quadro sintomático da histeria. Novos recursos tecnológicos de mapeamentos cerebrais são empregados como terapêutica e pesquisa das pseudocrises², na tentativa de encontrar uma causa orgânica para o sintoma histórico.

Nota-se, ainda, a perplexidade e a resistência daqueles que acompanham uma encenação histórica, muitas vezes compreendida como *simulação* e tratada com altas dosagens medicamentosas. Cabe ressaltar, como problemática observada nas instituições médicas, a insuficiência do tratamento medicamentoso para sujeitos histéricos e o risco de cronificação de alguns desses pacientes, que podem ser tratados, ainda, com longas e recorrentes internações.

Quadros histéricos como os descritos no século XIX: a histeroeplesia, os delírios de possessão demoníaca, as alucinações visionárias, as contraturas, paralisias, cegueiras, amnésias e, além dessas, as novas classificações de anorexia e bulimia tornam-se cada vez mais enigmáticos para os psiquiatras. Ao mostrar que tais sintomas podem regredir subitamente sem qualquer intervenção médica ou que, por outro lado, se mostram inarredáveis mesmo após terem sido esgotados todos os recursos *mais modernos* da Medicina, o sujeito histórico revela que seu quadro sintomático não remete ao discurso médico, mas ao seu próprio discurso. Embasados no paradigma da psiquiatria atual, os métodos diagnósticos, no entanto, pretendem cada vez mais apreender o sintoma em sua exterioridade e isolá-lo a partir de critérios e condutas que visam a eliminar os efeitos subjetivos da função diagnóstica cara à tradição clínica da psiquiatria.

A evolução recente dos sistemas de pesquisa e a própria prática da psiquiatria estão sob a referência do modelo americano *Diagnostic and Statistical Manual Disorders* (DSM IV, 1994), sistema de classificação diagnóstica que acentua as referências e as influências do atual paradigma técnico-científico na identidade médica da psiquiatria. De acordo com esse sistema de classificação, o diagnóstico médico se resume a uma enumeração de transtornos, sob uma perspectiva que se considera a-teórica e não etiológica.

2 Termo diagnóstico empregado atualmente na clínica neurológica para estabelecer uma diferenciação entre as crises histéricas e as crises epiléticas.

Se o diagnóstico psiquiátrico sempre foi fenomenológico, atualmente assistimos a uma tendência da psiquiatria de substituir as grandes categorias clínicas por descrições especificadas de fenômenos objetivos. Uma das consequências indisfarçáveis dessa *evolução* reduz a prática clínica à excessiva prescrição medicamentosa, o que caracteriza fortemente o modelo médico atual.

A Classificação Internacional de Doenças (CID), (1993) da Organização Mundial de Saúde, transformou-se significativamente na décima versão atual, aproximando-se dessa lógica descritiva do DSM. Em relação à versão anterior, as categorias nosográficas da CID-10 são cada vez mais descritivas e detalhistas em detrimento das grandes categorias que já caracterizaram a psicopatologia psiquiátrica. Ainda na introdução desse manual diagnóstico, os editores enfatizam essa ampliação como uma vantagem no que se trata das mudanças em relação à versão anterior. Uma delas é a abolição do uso da divisão entre psicose e neurose: “(...) *Os transtornos são agora arrançados em grupos de acordo com os principais temas comuns ou semelhanças descritivas*” (CID-10/OMS, 1993, p. 03), e o termo neurose é reduzido a um *uso ocasional*. Isso indica uma tendência diagnóstica da OMS de se aproximar da fragmentação que já caracterizava o norte-americano DSM. Longe de evocar as categorias de sujeito e estrutura, o que se reconhece é um empobrecimento interno à própria lógica psiquiátrica ao privilegiar a descrição dos sintomas e a síndrome no lugar da categoria de doença. A síndrome é o conjunto de sinais e sintomas, mas não a doença de fundo. O diagnóstico *sindrômico*, portanto, descreve o conjunto de sinais e sintomas sem definir a doença, e o *nosológico* abrange a descrição das doenças. Como indicado pelos editores do CID-10, as descrições e as diretrizes diagnósticas do manual “*não contém implicações teóricas*” (CID-10/OMS, 1993, p. 02), o que torna

o diagnóstico *nosológico* um descritivo diagnóstico *sindrômico*.

O termo neurose que nos remete a uma teoria é banido dos manuais diagnósticos, ainda que estes continuem descrevendo os sintomas neuróticos. É relevante indicar que até o CID-9 (1975), a nosologia e a nosografia freudianas influenciaram a psiquiatria em suas classificações. A versão atual do CID-10, portanto, marca justamente o abandono do modelo freudiano, fragmentando as estruturas clínicas nas entidades dos transtornos. E os sintomas, que são significativos para identificar um diagnóstico, são retidos na objetividade descrita nos manuais desconsiderando a importância dos fenômenos de linguagem que a psicanálise desvela.

Como efeito disso, verifica-se que os casos de histeria mais polêmicos nas discussões clínicas das instituições, para os quais muitas vezes o tratamento medicamentoso se torna insuficiente, são diagnosticados sem considerar a possibilidade de aparecimento de sintomas psicóticos mesmo no campo de uma estrutura neurótica. Sobretudo na história da psiquiatria, afirmou-se a existência de fenômenos como o delírio e a alucinação em pacientes histéricos³ pela importância de indicar um diagnóstico que conduzisse o método de tratamento mais eficaz para cada paciente.

No artigo *Sobre o início do tratamento* (Freud 1913/1996), Freud apresenta sua preocupação em separar as psicoses, sobre as quais não acreditava que o método analítico pudesse ter alguma eficácia, em relação às neuroses. Para tanto, contrapõe o uso do diagnóstico diferencial no sentido classificatório ao uso empregado em psicanálise, que não teria outra função senão a de auxiliá-lo na condução do tratamento de pacientes neuróticos, comumente *classificados* como psicóticos. A atenção que Freud dirige a essa função nos alerta quanto à importância de se

3 Os estudos clínicos de Freud sobre a histeria, como o caso Ana O., indicam a existência dos delírios histéricos concebidos, tal como o sonho, como uma formação do inconsciente.

detectar a estrutura clínica do sujeito ao longo dos atendimentos. A prática diagnóstica da psicanálise implica, portanto, a escuta dos ditos dos sujeitos como efeitos da estrutura para que, a partir desse discurso, as leis que regem a lógica significativa de cada sujeito sejam apreendidas na dimensão de uma posição subjetiva. Se o diagnóstico psiquiátrico visa a uma *classificação*, em psicanálise, o diagnóstico visa a uma *construção* do caso que não interessa à causa da doença, mas à causa singular de cada sujeito em tratamento.

O estabelecimento das categorias diagnósticas da psicanálise não se restringiu apenas à delimitação das estruturas clínicas da neurose, psicose e perversão; além disso, Freud pôs em evidência o aspecto etiológico na formação dos sintomas sob o referencial da nosografia psiquiátrica, o que demonstra sua preocupação de preservar um intercâmbio de saber com o campo da psiquiatria. Na conferência em que aborda a relação entre *Psicanálise* e *psiquiatria* (Freud, 1916-1917/1996), Freud ressaltou o sentido singular que os sintomas apresentam independentemente da classificação diagnóstica que cada caso receba. Com isso, a teoria freudiana esclarece que a análise dos sintomas deve ser tomada como uma forma particular de o sujeito dizer a sua verdade, criando condições para se reconhecer na *loucura* o estatuto de um sujeito cuja fala tem positividade.

Ameaçada pelo triunfalismo atual da Medicina científica, a clínica psiquiátrica tende a se reduzir à mera aplicação *apriorística* de condutas na tentativa de suprimir os sintomas, prescindindo do sujeito e de suas circunstâncias. Estaríamos inseridos em um contexto diferente do cenário científico de Freud, onde “*o que se opõe à psicanálise é a própria psiquiatria, e não mais os psiquiatras*”⁴? Ao mesmo tempo, o campo da psiquiatria hoje testemunha o surgimento e o amadurecimento de inúmeras iniciativas

de uma clínica psiquiátrica reformada, em que a doença mental é considerada em sua dimensão subjetiva. Nesse cenário, o dispositivo analítico vem reencontrando seu lugar ao contribuir com suas referências éticas e metodológicas para a construção de um novo campo terapêutico.

O tratamento da histeria na rede de serviços de saúde mental

Considerado um processo histórico de reformulação crítica e prática do sistema nacional de saúde mental, o movimento da reforma psiquiátrica tem como objetivo o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico das instituições psiquiátricas e do paradigma da psiquiatria. Nessa perspectiva, a reforma psiquiátrica propõe um afastamento da figura médica da doença, que não leva em conta os aspectos subjetivos de cada paciente assistido, demarcando um campo de práticas e saberes que não se restringe ao saber médico e aos saberes psicológicos tradicionais. No cumprimento desse objetivo, esse movimento vem reorganizando o campo de práticas e de instituições de tratamento, tornando-se, cada vez mais, referência para o que se oferece como tratamento clínico e cuidados institucional e social para os casos que vêm sendo acompanhados pelos serviços públicos de saúde.

Entre os diversos movimentos de transformação que marcam o campo atual da psiquiatria⁵, a reforma psiquiátrica recebe destaque nesse trabalho por sua importante tarefa de denunciar os imperativos do discurso unificador e segregador sobre o qual vem se apoiando a psiquiatria. Esse movimento considera a doença mental como um problema que concerne à “*existência global dos sujeitos assistidos*” (Tenório, 2001, p. 95), procurando intervir nos percalços ocasionados pela doença

4 Referência à afirmativa freudiana “*o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras*” (Freud, 1916-1917/1996, p. 262) enunciada na conferência *Psicanálise e psiquiatria*.

5 Como a transformação dos manuais diagnósticos orientados pelo atual paradigma médico-psiquiátrico.

na vida cotidiana de cada paciente. A lógica de assistência e de tratamento denunciada pela reforma psiquiátrica, portanto, refere-se às “*instituições de abandono*” (Tenório, 2001, p. 94), sejam elas os asilos, seja o antigo modelo ambulatorial, onde os sujeitos são induzidos à internação e à demissão subjetiva. Nesse cenário, a reforma situa, ainda, a crítica ao reducionismo da psiquiatria biológica, que aprisiona o trabalho clínico ao modelo classificatório dos manuais diagnósticos atuais, à prescrição excessiva de psicofármacos e à prática indiscriminada da internação hospitalar.

Sob essa nova lógica de assistência, o tratamento de sujeitos histéricos na rede pública não mais se restringe aos procedimentos clínicos *prescritos* pelo modelo médico. Diferindo do que ocorre nas instituições psiquiátricas, onde a presença de diversas abordagens clínicas é ofuscada pela pregnância do discurso médico-científico, no novo campo da saúde mental, “*o dispositivo analítico vem se inserindo, com sua ética própria, junto ao dispositivo psiquiátrico redimensionado e aos dispositivos de atenção psicossocial trazidos pela reforma psiquiátrica*” (Rinaldi, 2005, p.88). É por esse viés de propostas e reformulações no âmbito da clínica que considero importante a contribuição da reforma psiquiátrica para o tratamento da histeria nas instituições públicas, pois isso abriu espaço para a inserção de profissionais ligados às orientações clínicas da psicanálise nos debates sobre a condução desses casos no cotidiano dos serviços. Enquanto as instituições psiquiátricas excluem radicalmente o sujeito histérico e, em consequência, uma discussão clínica atravessada pela lógica do inconsciente transparente nesses casos, no campo da saúde mental, esses sujeitos podem ser acolhidos preservando a importância da escuta analítica na interlocução entre vários profissionais que tentam apreender uma outra resposta clínica para a prática medicalizante da psiquiatria contemporânea.

A criação de uma rede de serviços de atenção psicossocial, entretanto, não garante, por si só, a discussão das questões clínicas que dizem respeito ao tratamento da histeria. Organizadas na perspectiva de oferecerem os cuidados necessários para cada sujeito no cotidiano das diversas esferas do viver – como trabalho, lazer e moradia – as práticas da atenção psicossocial não visam a um trabalho clínico no seu sentido estrito. Se, por um lado, a reforma psiquiátrica promove os agenciamentos sociais e uma prática de cuidados como uma resposta para a antiga ordem asilar, por outro, nem sempre ficou clara a função clínica exercida pelos dispositivos da atenção psicossocial na condução de cada caso.

No artigo *Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental*, Doris Rinaldi acentua “*a dupla referência à política e à clínica presente no movimento da reforma psiquiátrica*” (Rinaldi, 2005, p. 90), pela qual se orientam os serviços e os profissionais do campo de saúde mental. O paradigma da desinstitucionalização e da desmedicalização se apoiou, historicamente, na crítica à própria instituição da clínica – que se refere à clínica psiquiátrica tradicional – chegando a fundamentar propostas como a de eliminação da clínica no campo da atenção psicossocial. Do artigo citado, é importante enfatizar o desafio assumido no campo da saúde mental na sustentação de uma prática clínica no espaço público das novas instituições criadas a partir da reforma psiquiátrica.

A incidência da prática analítica na orientação política da saúde mental resulta da intervenção de psicanalistas no sentido da valorização da clínica, indicando, desse modo, a importância da interlocução entre as dimensões política e clínica para orientar o tratamento de sujeitos assistidos nos novos serviços. A aposta na clínica do sujeito assume, dessa forma, uma dimensão política importante ao nortear o

acompanhamento de pacientes inseridos nessa rede de serviços. O engajamento de psicanalistas nesse campo de assistência, portanto, fortalece a discussão contínua sobre uma prática clínica que leva em conta as questões da cidadania, essencialmente no que tange à inserção desses sujeitos na rede social.

Seguindo as *Linhas de progresso no tratamento psicanalítico* previstas por Freud em 1919, a prática psicanalítica nos serviços públicos vem se ampliando na sua importante tarefa de tratar pacientes de “*camadas sociais mais amplas, que sofrem de neurose de maneira extremamente grave*” (Freud, 1919/1996, p.180). Com o desafio de buscar “*novas condições*” de trabalho para que a ética da psicanálise atravessasse uma prática norteada por várias orientações, os analistas são convidados, cada vez mais, a se deslocarem de seu consultório tradicional para assumirem uma prática clínica entre vários – profissionais e usuários – que compõem a rede pública de saúde mental.

Desde Freud, o tratamento analítico da histeria se caracterizou como uma prática clínica realizada no consultório privado do analista. No início do século passado, porém, Freud já previa a inserção de psicanalistas em “*instituições ou clínicas de pacientes externos*” (1996, p.180) cujos tratamentos oferecidos gratuitamente a essa clientela seriam atributos do Estado. O autor ainda indica, para uma perspectiva futura de seu tempo, a importância de conciliar a prática da psicanálise com um “*certo apoio material*” para aqueles pacientes que necessitem de assistência na esfera pública. A propósito da aposta freudiana e das recentes transformações políticas e institucionais, o tratamento da histeria se concentra⁶ hoje, em grande escala, em serviços públicos de saúde mental como os CAPS e os ambulatórios.

A ampliação da atual rede de serviços de saúde mental disponibiliza seus atendimentos em dispositivos variados, como hospitais gerais e psiquiátricos, ambulatórios, centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e serviços residenciais terapêuticos. Dessa rede de serviços, os CAPSs e os ambulatórios recebem destaque no que tange ao tratamento da histeria, na medida em que esses sujeitos, frequentemente, dirigem aos profissionais dessas instituições seus pedidos de assistência e de acompanhamento clínico continuado.

A tendência observada nos encaminhamentos recebidos da rede pública de saúde mental, contudo, é a de indicar para atendimentos ambulatoriais os casos de sujeitos histéricos inicialmente acolhidos pelas equipes dos CAPSs, das emergências de hospitais gerais e das especialidades médicas também inseridas em unidades ambulatoriais. Sabemos que alguns estados graves de sofrimento psíquico e de adoecimento físico necessitam da intervenção de dispositivos de assistência mais complexos – como os CAPSs e os leitos de internação – para que esse sujeito seja acolhido e assistido considerando seu depauperamento físico e seu cotidiano social e familiar. Diante disso, a clínica da histeria realizada nos serviços públicos de saúde mental não se restringe ao trabalho solitário do analista com seu paciente, mas propicia a interlocução entre vários profissionais sobre os manejos possíveis e necessários para a condução de cada caso. Nessa perspectiva, é relevante ressaltar a importância da interlocução entre os profissionais desse campo como elemento fundamental para assegurar a articulação entre os serviços da rede de saúde mental a partir do trabalho, em equipe, de construção dos casos de histeria assistidos nesses serviços. A crescente demanda de atendimentos ambulatoriais para casos de neurose histérica encaminhados pelos CAPSs reafirma o

desafio assumido pelas equipes de saúde mental na oferta de uma prática clínica que descentralize a ação medicamentosa como principal conduta clínica. Nessa mesma direção, a ineficácia do tratamento de sujeitos histéricos centrado no paradigma da psiquiatria biológica é problematizada no início deste trabalho, indicando a contribuição do método analítico para a clínica da histeria ao conduzir a fala desse sujeito a um trabalho clínico eficaz para esses casos. Desse modo, os fundamentos freudianos para o tratamento da histeria podem ser incorporados ao campo da saúde mental, em especial, pelo viés da proposta clínica de desmedicalização da demanda de tratamento apresentada pelos pacientes.

Diante das transformações provocadas pelo movimento da reforma psiquiátrica e da inserção de profissionais referidos à psicanálise nesse novo campo de assistência, alguns ambulatorios de saúde mental reúnem suas ofertas terapêuticas sob a influência das orientações psicanalíticas, tanto para o tratamento continuado de sujeitos histéricos quanto para a *recepção* desses pacientes nas unidades ambulatoriais. Tomando o exemplo dos encontros de recepção, observamos que a incidência da psicanálise nas transformações propostas para um ambulatório da reforma revelou-se fundamental pela contribuição de uma escuta clínica que visasse o sujeito desde os primeiros passos da chegada de um paciente ao serviço de atendimento.

O atendimento da recepção no ambulatório de saúde mental designa um ato terapêutico que visa a *“desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa”* (Tenório, 2000, p. 82) como ponto de partida para acolher e envolver os pacientes nas rotinas terapêuticas que lhes fossem indicadas. A proposta de *desmedicalização da demanda* não implica uma recusa à Medicina; ao contrário, a inserção da avaliação e da intervenção psiquiátrica é mais uma ferramenta somada

às demais ofertas discutidas em equipe. A estratégia de não subordinar à intervenção médica, ou a qualquer outra, o trabalho subjetivo possibilita ao sujeito retificar sua demanda inicial de *medicalização do sofrimento* ao mínimo de elaboração sobre seu pedido de tratamento. Ao *desmedicalizar* e *subjetivar* as falas desses sujeitos, as equipes de saúde mental vêm resgatando os referenciais da psicanálise – ainda que alguns profissionais não estejam vinculados aos seus fundamentos clínicos – no sentido de convidar o sujeito a se interrogar sobre seu sintoma e a se envolver no tratamento psíquico.

As intervenções clínicas sustentadas nos encontros de *recepção* se relacionam, portanto, ao modo de operação do dispositivo analítico. A concepção do sintoma como algo que detém um sentido vinculado à experiência do sujeito e não aos signos classificatórios do saber médico é, sobretudo, um desígnio freudiano. Não seria essa a lógica de tratamento fundada por Freud para o tratamento da histeria? A posição assumida por Freud diante das histéricas que intrigavam os médicos, todavia, afirmou a formação do sintoma histérico como algo inexplicável pelo campo de saber da Medicina, redirecionando o manejo da clínica da histeria a partir da suposição da existência de uma razão inconsciente e do envolvimento do sujeito em seu sintoma.

As formulações freudianas influenciam, assim, as modificações introduzidas pela reforma psiquiátrica no âmbito da clínica que se realiza nos serviços ambulatoriais. A proposta clínica da desmedicalização da demanda de tratamento interessa, sobretudo, à prática clínica com sujeitos histéricos por retomar a relação entre a doença e a existência do sujeito do inconsciente, suprimido pela psiquiatria atual. Se, desde Freud, foram constatadas a insuficiência e a ineficácia da oferta única de tratamento médico para os casos de histeria, poderíamos afirmar, com

base em seus fundamentos, que o tratamento eficaz para esses sujeitos deve se dar a partir do acolhimento do saber produzido pelo sujeito acerca de seu sintoma.

Nesse sentido, considero relevante a tendência de encaminhamentos recebidos da rede pública de saúde mental para que o tratamento de sujeitos histéricos se realize a partir das proposições freudianas nos serviços ambulatoriais. Convém esclarecer que alguns desses casos vêm sendo acompanhados por profissionais dos CAPSs, o que não se desvia da aposta de um tratamento eficaz para a histeria. O que sublinho nesta discussão, portanto, é a importância de uma escuta clínica que tome o saber que o sujeito histérico produz sobre seu estado sintomático na direção de seu tratamento, seja realizado no CAPS, seja no ambulatório, seja acompanhado ou não por especialidades médicas.

Considerações finais

Em função do enigma que a sintomatologia histérica representa, ainda hoje, para o campo da psiquiatria, acentuado pela supressão desse diagnóstico nos presentes manuais de classificação dos transtornos mentais, o dispositivo analítico vem lançando suas contribuições na condução clínica desses casos na rede pública. Pulverizados entre diversos transtornos psiquiátricos, também nos CAPS e nos ambulatórios de saúde mental os casos graves de histeria podem ser diagnosticados e tratados pelos psiquiatras como quadros de psicose, entre outras categorias diagnósticas. Nesse cenário, a inserção de profissionais referidos à psicanálise possibilita não somente a ratificação do diagnóstico de histeria para orientar o trabalho da equipe que se ocupa desses casos mas também a oferta de um tratamento psíquico capaz de tomar a demanda e o saber inconsciente revelados por esses sujeitos como norteadores do estabelecimento de

novas ofertas de assistência na rede pública.

Ressaltando a importância da interlocução como proposta para que esse trabalho clínico se configure na articulação entre os serviços ambulatoriais e de atenção psicossocial, o dispositivo analítico vem sustentando a ferramenta da escuta junto ao dispositivo médico-psiquiátrico e ao dispositivo da cidadania postulado pela reforma psiquiátrica. Nessa perspectiva, a função diagnóstica e o tratamento medicamentoso podem ser articulados à imprescindível ferramenta clínica da escuta – nos atendimentos individuais, nas oficinas terapêuticas, nos entretenimentos e nas visitas domiciliares – como capazes de considerar a demanda apresentada pelo paciente no estabelecimento de um projeto terapêutico.

Diferindo das condutas adotadas nas instituições psiquiátricas, de introduzir procedimentos e medicamentos para abolir os sintomas, nos serviços públicos de saúde mental, esse sintoma pode ser acolhido como algo que exerce uma função importante para o sujeito. Por meio de intervenções que visam a uma direção *desmedicalizante* para o tratamento da histeria, a conjugação dos preceitos clínicos da psicanálise com as propostas políticas e institucionais da reforma psiquiátrica vem possibilitando a escuta do sujeito histérico como algo fundamental para a formulação de ofertas na assistência pública. É, portanto, na direção de um trabalho clínico que a orientação psicanalítica lança suas contribuições aos dispositivos que hoje se desenvolvem nas instituições de assistência em saúde mental, transmitindo o que, da particularidade de um sujeito, pode ser apreendido por diversos profissionais na promoção de ofertas institucionais e sociais disponíveis na rede pública de saúde mental.

Daniela Costa Bursztyn

Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ – Brasil.
E-mail: daniela@lb.com.br

Endereço para envio de correspondência:

Rua General Glicerio, 147/203 Laranjeiras – Rio de Janeiro, RJ – Brasil. CEP: 22245-120

Recebido 16/3/2010, 1ª Reformulação 18/7/2011, Aprovado 12/8/2011.

Referências

- Bursztyn, D. (2008). O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: um desafio para a psicanálise. In *Estudos e pesquisas em psicologia*, 8(1), 126-135.
- Bursztyn, D. (2007). *O tratamento da histeria: um enigma para a psiquiatria, um desafio para a psicanálise*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise / UERJ, Rio de Janeiro.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Mundial de Doenças* (10a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (1993). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV). (4a ed.). Washington, DC: Autor.
- Freud, S. (1996). *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1888).
- Freud, S. (1996). Histeria. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905-1906)
- Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1835).
- Freud, S. (1996). Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905-19-6)
- Freud, S. (1996). Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. X). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1908).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1916-1917). Psicanálise e psiquiatria. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso no tratamento psicanalítico. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918-1919).
- Rinaldi, D. (2005). Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In M. Mello, & S. Altoé (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos.
- Rinaldi, D., & Bursztyn, D. (2006). A reinvenção da clínica. In *Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*. Recuperado em 20 de julho de 2007 de www.psicopatologiafundamental.org
- Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 17.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos.
- Trillat, E. (1995). *História da histeria*. São Paulo: Escuta.