

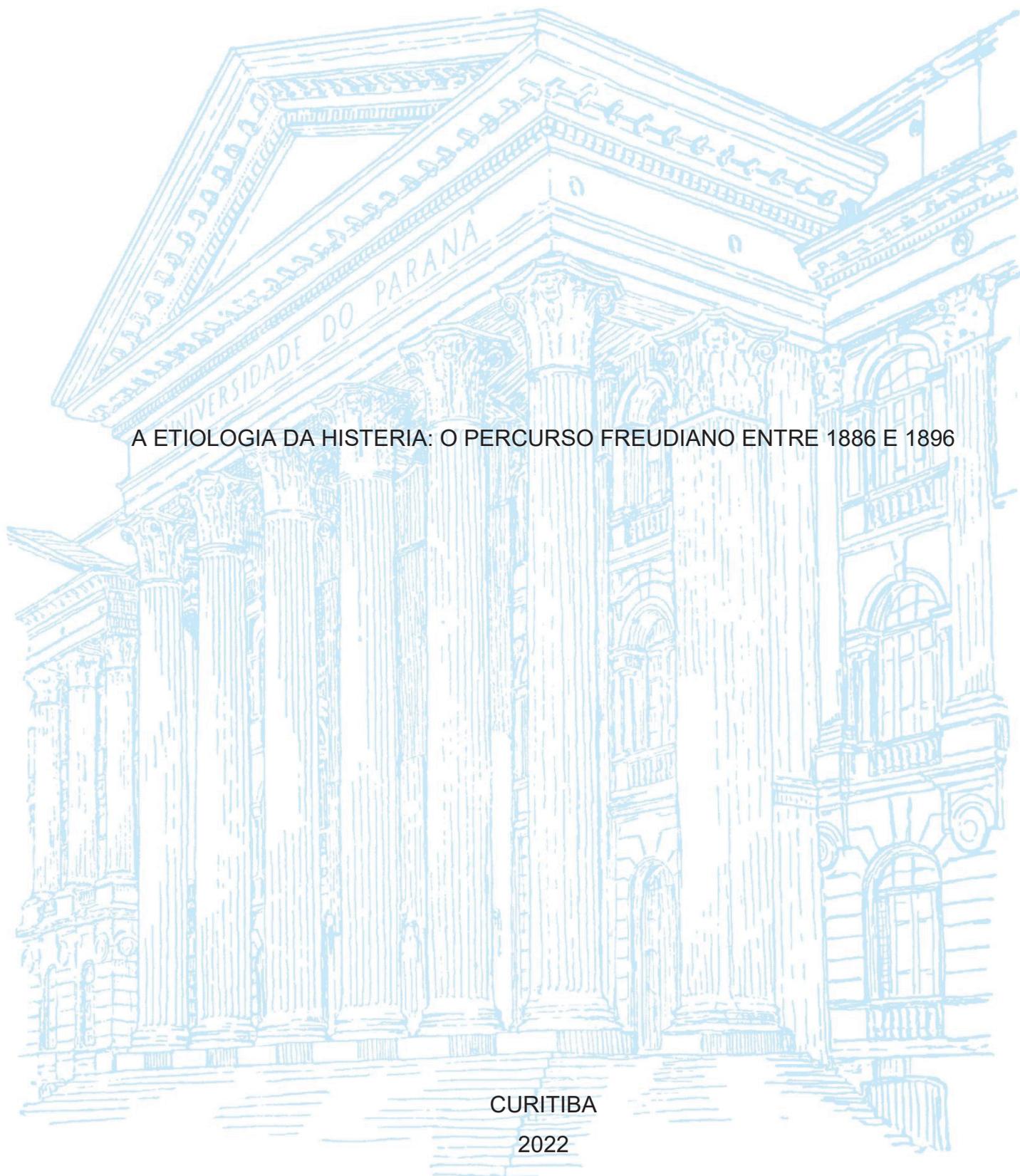
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA RAFAELA SYPNIEWSKI

A ETIOLOGIA DA HISTERIA: O PERCURSO FREUDIANO ENTRE 1886 E 1896

CURITIBA

2022



FERNANDA RAFAELA SYPNIEWSKI

A ETIOLOGIA DA HISTERIA: O PERCURSO FREUDIANO ENTRE 1886 E 1896

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, do Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em História.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Plaza Pinto.

CURITIBA

2022

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA

Sypniewski, Fernanda Rafaela

A etiologia da histeria: o percurso freudiano entre 1886 e 1896. / Fernanda Rafaela Sypniewski. – Curitiba, 2022.

1 recurso on-line : PDF

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Plaza Pinto.

1. Histeria. 2 Etiologia. 3. Psicanálise. 4. Freud, Sigmund, 1856-1939. I. Pinto, Pedro Plaza, 1977 . II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO HISTÓRIA -  
40001016009P0

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação HISTÓRIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **FERNANDA RAFAELA SYPNIEWSKI** intitulada: **A ETIOLOGIA DA HISTERIA: O PERCURSO FREUDIANO ENTRE 1886 E 1896**, sob orientação do Prof. Dr. PEDRO PLAZA PINTO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação,

CURITIBA, 01 de Setembro de 2022,

Assinatura Eletrônica

01/09/2022 16:14:11,0

PEDRO PLAZA PINTO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

02/09/2022 09:23:06,0

RODRIGO RODRIGUEZ TAVARES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

01/09/2022 16:57:07,0

JOSÉ ARTUR MOLINA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

---

Rua General Carneiro, 460, Ed.D,Pedro I, 7º andar, sala 716 - Campus Reitoria - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80060-150 - Tel: (41) 3360-5086 - E-mail: cpghis@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 219469

**Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 219469**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste trabalho em tempos tão desafiantes de pandemia.

Em especial...

Às amigas de longa data, Heloisa Canteri e Jaqueline Fujimura, por serem minhas companheiras de jornada.

Aos meus pais, Elizeu Sypniewski e Glaciete Ribeiro, por todo o investimento em minha educação e formação.

À minha irmã, Flávia Sypniewski, por ser, sempre, do meu time.

À minha analista, Maria de Souza, pois sem o seu apoio muitas coisas não seriam possíveis.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rosane Kaminski, pela contribuição na banca de qualificação.

Ao Prof. Dr. José Artur Molina, pela leitura atenta e enriquecedora.

E, por fim, aos meus orientadores, Prof. Dr. Rodrigo Rodriguez Tavares e Prof. Dr. Pedro Plaza Pinto, pelo acolhimento e pela escuta.

## RESUMO

A psicanálise surge como uma tentativa de tratar uma série de sintomas que aparentemente não tinham origem orgânica; sintomas que surgiam, principalmente, em mulheres. Assim, a mulher histérica aparece como tema de investigação para esse campo do conhecimento e práxis, tornando-se um de seus principais objetos. Foi com o sofrimento delas que Sigmund Freud lançou a pedra fundamental do método e do pensamento psicanalíticos, entre 1886 e 1896. A presente pesquisa investiga como a histeria e o sintoma histérico se manifestavam nos anos iniciais da psicanálise, para apreender de que forma se deu a construção da teoria psicanalítica da etiologia da histeria. Para isso, foram analisados os artigos psicológicos publicados pelo autor logo após seu regresso de Paris, em 1886: são textos que abordam principalmente a histeria, escritos sob a influência do neurologista francês Jean-Martin Charcot (1825-1893) com poucas referências aos processos mentais, mas que constituem uma ponte entre os trabalhos neurológicos e psicológicos. Foram examinados, ainda, à luz de estudos recentes, cinco casos clínicos de mulheres diagnosticadas como histéricas, presentes nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), com o intuito de compreender como a prática clínica tornou-se o laboratório freudiano e da psicanálise. Por fim, em 1896, o criador da psicanálise publica *A Etiologia da Histeria*, onde suas descobertas são expostas em maiores detalhes, junto ao relato das dificuldades que ele teve de enfrentar para atingi-las. A pesquisa conclui que o período entre 1886 e 1896 foi decisivo para o desenvolvimento da técnica terapêutica e da própria teoria da psicanálise. Nesse contexto, Freud teorizou dois dos seus conceitos fundamentais, o recalque e a defesa; e descobriu também a relação entre as cenas sexuais infantis e o surgimento dos sintomas neuróticos. Tais teorizações se tornaram centrais na pesquisa psicanalítica dos anos posteriores.

Palavras-chave: etiologia da histeria; psicanálise; casos clínicos; conceitos fundamentais.

## ABSTRACT

Psychoanalysis appears as an attempt to treat a series of symptoms that apparently had no organic origin; symptoms that appeared, mainly, in women. Thus, the hysterical woman appears as a subject of investigation for this field of knowledge and praxis, becoming one of its main objects. It was with the suffering of these women that Sigmund Freud laid the foundation stone of the psychoanalytic method and thought, between 1886 and 1896. The present research investigates how hysteria and the hysterical symptom manifested themselves in the initial years of psychoanalysis, in order to apprehend how they were giving the construction of the psychoanalytic theory of the etiology of hysteria. For this, psychological articles published shortly after his return from Paris, in 1886, were analyzed: they are texts mainly dealing with hysteria, written under the influence of the French neurologist Jean-Martin Charcot (1825-1893) with few references to mental processes, but constitute a bridge between neurological and psychological work. We also examined five clinical cases of women diagnosed as hysterical, present in the *Studies in Hysteria* (1893-1895), in order to understand how clinical practice became the Freudian laboratory and psychoanalysis. Finally, in 1896, the creator of psychoanalysis publishes *The Etiology of Hysteria*, where his findings are given in greater detail, together with an account of the difficulties he had to face in achieving them. The research concludes that the period between 1886 and 1896 was decisive for the development of therapeutic technique and psychoanalytic theory itself. In this context, Freud theorized two of the fundamental concepts, repression and defense, and also discovered the relationship between infantile sexual scenes and the emergence of neurotic symptoms, theorizations that became central in psychoanalytic research in later years.

Key-words: ethology of hysteria; psychoanalysis; clinical cases; fundamental concepts.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	09
1.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE ESCRITA E ESTRUTURA	11
<b>2</b>	<b>SOCIEDADE, CULTURA E A MULHER NA VIENA DO SÉCULO XIX</b>	23
2.1	BURGUESIA VIENENSE	28
2.2	ARTE E CULTURA	32
2.3	O ENCONTRO DE FREUD COM O SOFRIMENTO DAS MULHERES	39
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO E ESTRUTURA HISTÉRICA</b>	48
<b>4</b>	<b>DA ETIOLOGIA AOS CASOS CLÍNICOS: A HISTERIA ENTRE 1886 E 1896</b>	61
4.1	O MESTRE JEAN-MARTIN CHARCOT	62
4.2	FREUD VAI A PARIS	68
4.3	O COMEÇO DE UMA TEORIA PRÓPRIA: A CONSTRUÇÃO DA ETIOLOGIA DA HISTERIA (1888-1893)	76
4.3.1	A busca por uma definição da neurose histérica	76
4.3.2	Esboços para os Estudos sobre a Histeria	83
4.3.3	O sintoma está no psiquismo	92
4.4	POR FIM, A PSICANÁLISE	98
4.4.1	As psiconeuroses de defesa	98
4.4.2	As construções etiológicas de 1896	101
4.4.3	A etiologia específica da histeria	109
4.5	ESTUDOS SOBRE A HISTERIA (1893-1895)	116
4.5.1	Srta. Anna O., paciente de Josef Breuer	117
4.5.2	Sra. Emmy von N., ou a primeira tentativa de hipnose	124
4.5.3	Miss Lucy R. e o cheiro de pudim queimado	141
4.5.4	Katharina dos alpes austríacos	146
4.5.5	Elisabeth von R., uma análise levada ao seu fim	149

4.5.6 A psicoterapia da histeria ..	159
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	165
<b>FONTES</b> .....	169
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	171

## 1 INTRODUÇÃO

O encontro de Sigmund Freud (1856-1939) com as teorias de Jean-Martin Charcot (1825-1893), em 1885, é o cenário que inaugura o que posteriormente receberá o nome de psicanálise<sup>1</sup>. A histeria está presente nessa cena inaugural: não apenas nas mulheres que frequentavam o Hospital Salpêtrière, em Paris, mas também, e especialmente, em suas pacientes, que de alguma forma se dirigiam aos médicos com a demanda de um saber sobre seus sofrimentos. Assim, a mulher histérica se torna uma inspiração para o então jovem Freud. A dificuldade da medicina da época era localizar no corpo a lesão orgânica produtora do sintoma histérico. Entretanto, a histeria aponta para o que é subjetivo no corpo, o corpo erótico e psíquico não-anatômico. Foi com o sofrimento dessas mulheres que Freud lançou a pedra fundamental do método e do pensamento psicanalíticos.

Esta dissertação de mestrado investiga como a histeria e o sintoma histérico se manifestavam nos primeiros anos de teorização freudiana. O período compreendido entre 1886 e 1896 abarca os primórdios da teoria psicanalítica, anos que viram a elucidação de dois de seus conceitos fundamentais, o recalque e defesa; as causas e origens das neuroses; e a renúncia de Freud à técnica da hipnose. Examinar tal percurso pavimenta o caminho para que se possa apreender de que maneira se deu a construção da teoria psicanalítica sobre a etiologia – estudo das causas e origens de um determinado fenômeno – da histeria.

A temática freudiana sobre as neuroses é ampla: a produção do psicanalista sobre o tema percorre toda a sua obra até 1939. O recorte deste trabalho propõe um olhar histórico sobre a teorização da psicanálise nesse período de dez anos. Para isso, foram analisados os artigos neurológicos e psicológicos publicados a partir de 1886, ano importante para Freud e sua teoria, pois foi em sua viagem para conhecer o trabalho do médico Jean-Martin Charcot, ocorrida no ano anterior, que o jovem médico austríaco se deparou com as novas técnicas terapêuticas e teorias francesas acerca da histeria.

---

<sup>1</sup> O termo Psicanálise aparece pela primeira vez nos escritos de Freud no ano de 1896, para descrever seu método de pesquisa e tratamento. Nesse ano, ele discute também a influência das experiências sexuais infantis no desenvolvimento das neuroses (Andersson, 2000f). O ano de 1926 é o marco de “outra mudança”: a separação da psicanálise da medicina. O trabalho em que Freud empreendeu “sua última batalha”: a defesa da psicanálise praticada por não-médicos (SOUZA, 2018). Tendo em vista o melhor andamento possível para o texto, e considerando que o período que antecede a demarcação diacrônica da passagem freudiana da medicina à psicanálise guarda pontos de tensão, convencionou-se adotar neste trabalho ambos os termos - “médico” e “psicanalista” - para se referir a Freud.

Pouco após seu retorno a Viena, Freud escreve um relatório sobre essa temporada, descrevendo sua experiência. No final de 1886, publica *Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico* (1886c), onde oferece sua primeira visão sobre os temas da psicopatologia. Já em 1888, Freud publica um artigo de grande interesse para o estudo do tema, *Histeria*. Até meados de 1892, muitos trabalhos do psicanalista estão influenciados por sua estada parisiense. Gradualmente, Freud começa a buscar uma fórmula própria para a histeria, de modo que aparecem também críticas à teoria da hereditariedade de Charcot.

São examinados no presente trabalho os cinco casos clínicos publicados em *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), estudos que reuniram todos os anos de trabalho com a neurose histérica. Os casos clínicos são utilizados com o intuito de compreender como a prática clínica se tornou o laboratório freudiano e da psicanálise. Por fim, em 1896, com a publicação de *A etiologia da histeria*, suas descobertas são apresentadas em maiores detalhes, junto com o relato das dificuldades que enfrentou para atingi-las.

O capítulo inicial situa o contexto da vida burguesa, a partir da segunda metade do século XIX, e a condição social que era imposta às mulheres. A escolha desse período é por estar nele a origem das ideias que pretendem descrever uma “natureza feminina” universal. Essas concepções fazem parte das formações que produziram o sujeito neurótico da psicanálise. Mergulhando dentro do contexto da sociedade burguesa vienense, visamos apresentar as características que foram propícias à criação da psicanálise. O século XIX é o momento histórico em que a perspectiva de vida das mulheres se altera, um período em que se constituíram e se fixaram os discursos sobre o feminino. É na passagem do século XIX ao século XX que a psicanálise surge enunciando a voz da mulher. A importância do feminino na obra de Freud está determinada por um contexto histórico, por estar inserida em uma cultura marcada pela presença do feminino, seja no domínio da arte ou da filosofia.

O capítulo seguinte dedica-se aos problemas relacionados ao diagnóstico psicanalítico, em especial da histeria. Essa questão já é abordada por Freud em 1895/2016, que desenvolve o artigo *A psicoterapia da histeria* ao se deparar com as dificuldades técnicas que o método terapêutico catártico trazia. Desde o início do trabalho freudiano estava o problema do diagnóstico para a clínica psicanalítica. Para isso, será usada a obra do psicanalista francês Joel Dor, *Estruturas e clínica psicanalítica* (1991), principalmente no que se refere ao problema do diagnóstico, e também a obra da psicanalista Cintia Palonsky (1997), *Estruturas clínicas na clínica: Histeria*. Obras do psicanalista brasileiro Antonio Quinet (2009, 2012), auxiliam na contextualização de alguns conceitos e da prática psicanalítica contemporânea.

No capítulo derradeiro, aborda-se a dimensão criadora da histeria, apresentando as teorias freudianas sobre o tema e a etiologia da neurose. As primeiras contribuições de Freud, como dito ao início, começaram em 1885, após o período de estudos em Paris com o neurologista Charcot. Suas primeiras formulações teóricas estão diretamente ligadas ao médico francês, pois foi com seu trabalho e pesquisa no Hospital do Salpêtrière que a histeria passou a um novo estatuto. Charcot inaugurou um modo de classificação que distinguia a crise histérica da crise epiléptica, o que permitiu que a histeria escapasse da acusação de simulação. Assim, a definição antiga de histeria foi abandonada, sendo aproximada de um conceito mais moderno de neurose. Em outras palavras, Charcot fez da histeria uma doença fisiológica do sistema nervoso, com origem hereditária e orgânica. E, a partir dessa suposição, propôs o uso da hipnose como intervenção clínica. O uso da hipnose tinha por objetivo o controle da situação e, através disso, era possível obter um conjunto de sintomas definidos e regulares.

Alguns comentários sobre a escrita e a estrutura dos casos clínicos são necessários para a compreensão das estruturas textuais utilizadas pelo psicanalista. Nos textos analisados nesta pesquisa, a forma como são escritos varia de acordo com o assunto tratado, o tipo de texto, e o público ao qual se dirige. Por exemplo, o relato de um caso clínico, que foi escrito para ser lido como um romance, não exige o mesmo grau de abstração que um artigo teórico, como nos casos de *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas* (1893) e *A etiologia da histeria* (1896).

## 1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ESCRITA E ESTRUTURA

O ano de 1930 marca dois acontecimentos importantes para o reconhecimento da escrita literária de Sigmund Freud: no final do mês de julho, ele foi informado que a cidade de Frankfurt lhe outorgara o Prêmio Goethe<sup>2</sup>; também, teve seus escritos tomados como objeto de estudo pelo crítico suíço Walter Muschg (1898-1965), num ensaio intitulado *Freud como escritor*<sup>3</sup>. A série de textos publicados pelo crítico ressalta o lado literário do médico, mas sem separá-lo do seu trabalho científico, afirmando que como escritor ele não poderia ser separado do psicanalista.

---

<sup>2</sup> Ver mais em: GAY, Peter. Troféus e Obituários. In: GAY, Peter. **Freud**: uma vida para nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p.573-575

<sup>3</sup> MUSCH, W. Freud als schriftsteller. In: MUSCH, W. **Die Zerstörung der deutschen Literatur**. Berna: Francke, 1958, p. 303-347. Sem tradução para o português.

Segundo o editor e tradutor das obras de Freud para o português, Paulo César de Souza (2010a), não é fácil encontrar nos textos freudianos apreciações de sua própria escrita e do ‘ato de escrever’, e isso se deve à segurança de quem, “sabendo-se rico, não vê necessidade de chamar a atenção para a própria riqueza” (2010a, p. 25). No artigo *Sobre a Psicopatologia da vida cotidiana*, Freud (1901/2006)<sup>4</sup> faz um breve comentário em relação à escrita em geral.

A maneira clara e inambígua de escrever mostra-nos que o autor está de acordo consigo mesmo; quando encontramos uma expressão forçada e retorcida, que segundo o apropriado dito, aponto para mais de um alvo, ali podemos reconhecer a intervenção de um pensamento insuficientemente elaborado, complicado, ou escutar os ecos velados da autocrítica do autor (FREUD, 1901/2006, p. 69).

Isso significa que, entre as milhares de páginas que escreveu, sua prosa varia de acordo com o assunto tratado, o tipo de texto, o público ao qual se dirige, etc. Um relato de caso clínico não exige o mesmo grau de abstração que um ensaio teórico ou um texto metodológico. Para um dos editores da edição francesa, Pierre Cotet (apud Souza, 2010, p. 26-27), Freud apresenta 21 estilos de escrita: ele não possui um único estilo, talvez possua todos, entretanto, não é necessário recorrer a “extremos para caracterizá-lo como escritor” (SOUZA, 2010a, p. 28).

A construção do texto psicanalítico passava por vários estágios de elaboração<sup>5</sup>, diferentemente do que idealizavam alguns de seus discípulos, que perpetuaram a ideia de que Freud era um escritor cujo texto era perfeitamente elaborado na primeira escrita. Esse processo de elaboração consistia inicialmente no registro de ideias, hipóteses, questões que surgiam da prática clínica, de suas leituras, etc. Num segundo momento, elaborava um rascunho ou versão provisória, para depois vir o texto ‘limpo’, pronto para ser publicado (SOUZA, 2010a).

Um traço marcante da escrita freudiana é a relação próxima que o psicanalista tenta estabelecer com o leitor, mostrando uma consideração por quem o lê, e isso se evidencia em três níveis: no primeiro, há coisas que todo escritor deve dar como sabidas por quem o lê; outras que ele deve supor como sabidas, mesmo que não o sejam; e por último, há coisas que ele deve considerar desconhecidas pelo leitor. Essa consideração está em saber distinguir esses níveis de conhecimento e antecipar as possíveis dúvidas e objeções. Por exemplo, os textos *Três ensaios de uma teoria da sexualidade* (1905); *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), e alguns textos metapsicológicos, como *O inconsciente* (1915), podem ser considerados dogmáticos, em contraponto aos textos considerados genéricos. Nesta forma, há uma construção do caminho

<sup>4</sup> FREUD, Sigmund. *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901). In: FREUD, Sigmund. Edição standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. 6. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

<sup>5</sup> Pesquisa realizada pela psicanalista alemã Ilse Grubrich-Simitis, no Arquivo de Freud da Biblioteca do Congresso, em Washington, no ano de 1993 publicado no Brasil com título “De volta aos textos de Freud: dando voz a documentos mudos”, pela editora Imago, em 1995.

percorrido, da gênese de suas descobertas; na outra forma, os resultados são apresentados na versão final, com poucas informações sobre como foram alcançadas (SOUZA, 2010a).

O psicanalista Patrick J. Mahony (1911-) dedicou um livro ao estudo da prosa de Freud, *Freud as a writer*<sup>6</sup>, publicado em 1982. Nele, apresenta três aspectos de um estilo genético: o de remontar a própria origem, a natureza colaborativa (olhar para o leitor) e a impressão de encontrar-se no presente. Nesses textos, tudo parece estar acontecendo diante do leitor. Isso aparece de forma muito evidente nos relatos dos casos clínicos: a vida do paciente, seus sonhos, o tratamento, a teorização do psicanalista (Souza, 2010a). No caso da sra. Emmy, presente nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), e na tradução mais recente da obra psicanalítica:

Ela se presta muito bem para a hipnose. Ponho-lhe um dedo à frente, digo-lhe: durma!, e ela cai para trás com uma expressão de atordoamento e confusão. Sugiro-lhe sono, melhora de todos os sintomas e coisas semelhantes, o que ela escuta com os olhos fechados, mas com inequívoca e ávida atenção, ao que gradualmente sua fisionomia se descontrai e adquire uma expressão plácida (FREUD, 1893c/2016, p. 79).

Em outro trecho mais adiante, do mesmo caso clínico.

À minha pergunta, ela confirma que durante o relato vê diante de si, plasticamente e em cores naturais, as respectivas cenas. Aliás, pensa com muita frequência nesses episódios e mais uma vez pensou neles nos últimos dias (...). Compreendo agora por que ela me fala tão frequentemente de cenas de animais e imagens de cadáveres. Minha terapia consiste em apagar essas imagens, de modo que não possa voltar a tê-las diante dos olhos. Como apoio à sugestão, passo-lhe a mão sobre os olhos várias vezes (FREUD, 1893c/2016, p. 82).

É importante ressaltar o fato de que na *Edição Standard Brasileira* (assim como na inglesa, editada por James Strachey [1887-1967]), o tempo verbal foi substituído pelo passado. A primeira citação do caso clínico aparece da seguinte forma nessas edições.

Ela é uma excelente paciente para o hipnotismo. Bastou eu levantar um dedo diante dela e ordenar-lhe que dormisse para que se reclinasse com uma expressão atordoada e confusa. Sugeri que ela dormiria bem, que todos os seus sintomas melhorariam, e assim por diante. Ela ouviu tudo isso com os olhos fechados, mas sem dúvida com uma atenção inconfundivelmente concentrada, e suas feições aos poucos se relaxaram e assumiram uma aparência pacífica (FREUD, 2006, p 50)<sup>7</sup>.

Essa alteração para o tempo passado, segundo Souza (2010a), contribui para uma rigidez maior do texto. Outro traço de escrita presente nos casos clínicos são os traços da cultura

<sup>6</sup> MAHONY, P. *Freud as a writer*. New Haven: Yale University Press, 1982.

<sup>7</sup> FREUD, Sigmund. II. Casos Clínicos. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895). Rio de Janeiro, Imago, 2006.

oral, que aumentam a vivacidade da escrita, marcando o tom da conversa por autorreferências e revelações do que pensa o escritor.

A edição *Standard* inglesa das obras psicológicas completas de Freud, publicada na Inglaterra entre 1955 e 1974, constituiu para Souza (2010b) um grande empreendimento intelectual por dois motivos: a tradução do alemão foi feita pelo psicanalista James Strachey (1887-1967) e com poucos recursos materiais. O psicanalista inglês traduziu pela primeira vez a obra para o inglês, incorporou nela textos ausentes da obra original. Isso fez com que a *Standard* se tornasse a mais influente das edições das obras de Freud, sendo utilizada como texto-base para a *Standard* brasileira.

No prefácio do primeiro volume das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Strachey (1966) coloca como objetivo de sua tradução a inclusão da totalidade dos escritos psicológicos publicados pelo autor. A *Standard* inglesa e, conseqüentemente, a brasileira, não incluem as correspondências de Freud, por elas terem uma enorme extensão: até os anos 1970, poucas delas foram publicadas. Os volumes são organizados em ordem cronológica, “porém não segui a regra em alguns casos – aqueles em que, por exemplo, Freud escreveu um adendo muitos anos depois do trabalho original, ou em que ele mesmo agrupou um conjunto de artigos de diferentes datas” (1966/1996, p. 20). Cada volume contém todos os trabalhos pertencentes a um determinado período, e seu conteúdo é agrupado em três classes: primeiramente aparecem os trabalhos principais, que dão título ao volume; seguem-se os artigos importantes e de menor extensão; e por fim, os escritos breves e de importância relativamente menor.

As traduções feitas pelo psicanalista inglês baseiam-se nas últimas edições alemãs publicadas por Freud antes de seu falecimento em 1939.

Uma das minhas principais dificuldades foi a natureza insatisfatória dos textos alemães. As publicações originais, editadas sob a supervisão direta de Freud, via de regra são fidedignas; entretanto, à medida que o tempo transcorria e a responsabilidade passava a outras mãos, os erros começavam a se infiltrar (STRACHEY, 1966/1996, p.21).

Segundo Strachey (1966/1996), as edições alemãs não consideram as numerosas modificações de texto feitas por Freud nas edições sucessivas de alguns de seus materiais. O objetivo da *Standard* é o de transmitir com máxima fidelidade possível o pensamento de Freud. A tradução da *Standard* inglesa para a *Standard* brasileira foi feita sob a direção de Jayme Salomão e publicada pela Imago Editora em 1970 e o último volume foi publicado em 1980. E desde então vem sendo revisada, apesar de não ter sofrido qualquer alteração significativa na

tradução original da obra, já que a maior parte das traduções são resultado da conversão do texto da edição inglês para a língua portuguesa.

Foi apenas em 2010 que uma nova tradução, diretamente do alemão, veio a ser publicada no Brasil. A editora Companhia das Letras compilou as produções freudianas em vinte volumes, sendo dezenove compostos por textos e um por índices e bibliografia; os textos neurológicos publicados anteriores à criação da psicanálise não foram incluídos. A edição alemã que serviu de base foi a *Gesammelte Werke*, publicada entre 1940 e 1952. Foi também utilizada a edição *Studienausgabe*, publicada pela Editora Fischer entre 1969 e 1975, da qual foi consultada uma edição revisada, lançada posteriormente. O objetivo dessa nova tradução foi oferecer ao leitor o máximo de fidelidade ao original, sem interpretações ou interferências de comentaristas ou teóricos da psicanálise. Os comentários limitam-se às notas do tradutor, que de maneira geral informam sobre os termos e passagens de versão problemática, informando ao leitor uma ideia mais precisa do significado de uma palavra ou passagem. O responsável pela tradução é o doutor em língua e literatura alemã Paulo César da Silva, responsável também por algumas traduções da obra do filósofo Friedrich Nietzsche (1844-1900) (2010).

Há nos escritos a presença do *playfulness*<sup>8</sup>, tendo como exemplo o trecho de uma carta para o psicanalista Oskar Pfister (1873-1956): “[...] o trabalho e o livre jogo da imaginação constituem para mim a mesma coisa” (apud Souza, 2010a, p.63). A soma de todas essas características influencia o leitor de um modo a fazer aceitar como verdade o que Freud apresenta como hipóteses, mostrando a importância de não ler Freud com o “olhar desarmado” (SOUZA, 2010a).

Nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), mais especificamente nos casos clínicos apresentados, Freud admite que as vidas das pacientes foram descritas de modo a se parecerem com romances, e que, portanto, fora necessária alguma habilidade para escrevê-los. Para Dunker & Ravello (2017), a teoria psicanalítica emprega o caso clínico “como parte de sua teoria da verificação levando em conta a variedade de formas concorrentes para postular a unidade de sua teoria” (2017, p. 89). Assim como num mito, o caso clínico consiste apenas em suas versões, que não estão propensas a nenhuma interpretação ou a qualquer método de construção. Os psicanalistas comparam a leitura das histórias clínicas, à medida em que se classificam como gênero literário, a romances policiais, ou seja, a leitura delas implica no estudo de “certa recorrência na produção de efeitos” (2017, p. 89). Assim como na literatura,

---

<sup>8</sup> Pode ser traduzido para o português como ludicidade, embora seja uma tradução mais culta e com menor poder evocador que a palavra inglesa.

um caso clínico deve ser lido como uma série, um diálogo, um regime de plausibilidade que vai sendo redefinido de maneira contínua, e por fazer parte de um gênero não deve ser tomado isoladamente, pois isso poderia prejudicar sua veridificação. Portanto, é possível pressupor que o método de investigação psicanalítica e a escrita dos casos clínicos são semelhantes ao romance policial pelas seguintes características: há um problema, evidenciado através da exposição de um corpo; existem os suspeitos e as evidências; e, no final, há uma solução.

Segundo Clarice Paulon (2017), a construção de um caso clínico se constituiu a partir de articulações teóricas, experienciais e históricas, articulações que são apresentadas pelo historiador Michel de Certeau (2016). Toda essa articulação se dá através da noção de historicidade em Freud que leva à forma romanesca. Para os dois autores, a historicidade é atravessada pela transferência<sup>9</sup>. Segundo Certeau (2016), Freud “parece remodelar de longe o saber psiquiátrico para transformá-lo no discurso do progresso transferencial entre analista e analisando(a)” (2016, p. 94). O discurso analítico assume, então, a forma de uma ficção teórica, sendo a ficção que retorna, “à seriedade científica, não só como objeto de análise, mas também como sua forma, a maneira do romance torna-se a escrita técnica” (2016, p. 94).

Certeau aponta três elementos principais na construção da narrativa freudiana. A primeira característica é a própria definição do ‘romance’, que no texto freudiano consiste em combinar os *sintomas da doença* e a *história do sofrimento*, ou seja, combinar uma semiologia “baseada na identificação das estruturas patológicas” com os acontecimentos relacionais que surpreendem e alteram o modelo estrutural. Ao adotar essa forma de produção textual, Freud abandona o modelo de Charcot de apresentação de casos, que consistia em observações feitas a partir da coleta de dados “relativos ao modelo sincrônico de uma doença” (CERTEAU, 2016, p. 95).

Em Freud, a estrutura patológica torna-se o quadro em que se produzem acontecimentos que ela não integra, sem deixarem de ser menos decisivos do ponto de vista do “desenrolar” da doença. Por esse fato, o “quadro” de Charcot transforma-se em “romance” (CERTEAU, 2016, p. 96).

Portanto, o texto põe em primazia o funcionamento do discurso próprio à cura: podemos concluir que, sem romance, não há historicidade. Paulon (2017), articulando com o primeiro fator exposto por Certeau, sugere que a articulação entre semiologia e sofrimento é

---

<sup>9</sup> Termo progressivamente introduzido por Freud entre 1900 e 1909, para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocando-o na posição desses diversos objetos. A noção de transferência assumiu importância para a teoria e prática psicanalítica após o abandono da hipnose, da sugestão e do método catártico (ROUDINESCO, 1998).

também uma articulação entre clínica e cultura, permitindo assim, a partir dos casos clínicos da histeria, pensar a concepção de “feminilidade” na época vitoriana, “investigando por que e de que forma a sociedade da época produzia e reconhecia essa modalidade de sofrimento”(2017, p. 110). Essas construções levam à estrutura dos mitos, que são utilizados para pensar os casos clínicos, devido aos seus elementos de repetição, autenticando assim o seu uso, tanto para pensar a construção dos casos como “para pensar o historial clínico específico de alguém” (2017, p. 110). O segundo fator, é a interação que Freud estabelece com o interlocutor. A posição por ele representada em seu texto serve de quadro teórico para selecionar e interpretar os dados fornecidos pelo doente. O sistema de uma doença é uma configuração patológica, então, o romance irá resultar da alteração que o sofrimento do outro introduz nesse quadro – “no texto, tais diferenças marcam, ao mesmo tempo, déficits e acontecimentos da narração” (2017, p.96).

(...) a narrativa freudiana grava aí uma historicidade oculta do analista e uma mudança recíproca dos interlocutores; trata-se de uma escultura de acontecimentos – até então não conhecidos – no quadro estrutural de um saber (PAULON, 2017, p.96).

E por último, Certeau (2016) pontua que a concepção de escrita de Freud ensina a ler seus outros textos. Essa concepção permite enxergar a narrativa como uma relação entre a estrutura e acontecimentos, portanto, possibilita enxergá-la como parte de um sistema, bem como o vestígio desse sistema em algo diferente.

Nesse caso, a obra literária é irredutível à “seriedade” de um modelo estrutural imposto por uma cientificidade; seria impossível, também, pulverizá-la nos acontecimentos de leitura (afetos ou reminiscências), multiplicados indefinidamente pela fantasia ou pela erudição. Ela irá aparecer, de preferência, como o engaste de alterações históricas em um quadro formal (CERTEAU, 2016, p. 97).

É possível observar que nos textos e nos casos clínicos há uma continuidade entre a maneira de Freud escutar seus pacientes, seu modo de interpretar um documento e seu estilo de escrita. Certeau (2016) conclui informando que não há um ‘corte essencial’ entre essas três operações. O romance pode ser caracterizado por três instâncias que ocorrem ‘ao mesmo tempo’: as afirmações de um paciente, uma obra literária e o próprio discurso psicanalítico. É, portanto, a partir dessas rearticulações, que Paulon (2017) conclui que a experiência clínica é a mistura entre a teoria e o acontecimento, o que possibilita colocar a narrativa a serviço do *modus operandi* da psicanálise.

Há uma distinção necessária a ser feita em relação ao o que é o caso clínico e a história do paciente. Para o psicanalista Edson Luiz (2000), o lugar onde a psicanálise irá pensar o caso é o do sujeito, que “pode se encontrar implicado naquilo que provoca no outro, reconhecimento

este que envolve encontrar-se frente a frente com seu desejo, temos certamente um outro lugar possível de discurso” (2000, p.13). Esse lugar é um outro gênero literário, e essa é razão pela qual os casos de Freud continuam a serem lidos como romances. Para as psicanalistas Maria Cristina Kupfer & Sandra Zanetti (2006), o caso é o produto que se extrai da história do paciente, somado as intervenções do analista, e do que é separado do relato. Para o psicanalista Alfredo Jerusalinsky (2004 apud Kupfer&Zanetti, 2006), um caso é uma narrativa qualquer que só será elevada a um outro discurso quando há a produção de um enigma, de uma interrogação; o simples relato de uma vida não é um caso clínico.

Outra distinção indispensável diz respeito à metodologia psicanalítica não coincidir com o método literário. Freud buscou inspiração na arte literária: ele faz uso da literatura grega de Sófocles para desenvolver o conceito de Complexo de Édipo, na obra *Interpretação dos Sonhos (1900)*, considerado o trabalho inaugural da psicanálise. Nela, compara o método de interpretação com a criação poética realizada por Friedrich Schiller (1759-1805), poeta e filósofo. Em outros textos, cita também as obras de Shakespeare, Molière e Proust. Portanto, a literatura, por meio da narrativa ficcional romanesca, ajuda a dar forma à psicanálise. Tal aproximação se deu, segundo o psicanalista Zeno Germano (2015), de forma íntima, o que produziu novos sentidos e conceitos, e manteve a distância necessária para evitar a fusão e a perda dos limites, não impossibilitando assim a criação da psicanálise.

Portanto, um caso clínico não é apenas um exemplo ou uma explicação: ele é composto por um problema interno à condução do tratamento, ou um problema externo a esta condução; a singularidade de um caso não é independente de sua própria historicidade. Um caso clínico só faz sentido no interior de uma série de casos, que compõem um gênero que se transforma continuamente. Lembrando, para finalizar, que o caso clínico é uma ficção clínica, e é o resultado de uma hipótese teórica.

Sousa (2000) faz um recorte de um escrito de Freud para indicar por que os casos clínicos podem ser caracterizados como um novo gênero literário:

Não posso escrever a história de meu paciente nem do ponto de vista histórico nem do ponto de vista pragmático. Não posso fazer uma narrativa seguida da história do tratamento nem daquela doença, mas sou obrigado a combinar estes dois tipos de apresentações. Os registros literais completos das sessões de análise não seriam de nenhuma ajuda (FREUD, 1919 apud Sousa, 2000, p.18).

Retomando a afirmação feita pelo psicanalista Jerusalinsky (apud Kupfer&Zanetti, 2006): o simples relato de uma vida não é um caso clínico. Para explicar essa afirmação é necessário, em primeiro lugar, apontar as diferenças entre biografia, autobiografia e história de vida para, em seguida, distinguir a história de vida com os casos clínicos.

Os três gêneros possuem em comum o fato de serem baseados na sequência de vida de um indivíduo, e apresentam distinções quanto à construção dessa trajetória e a forma como ela é elaborada e apresentada. A biografia é a história de um indivíduo por um outro, aproxima-se da história de vida pela dupla intermediação, “consubstanciada na presença do pesquisador e no relato escrito que se segue” (Pereira, 2000, p.118). A autobiografia consiste no sujeito narrando sua própria existência, sendo o próprio narrador “quem se dispôs a narrar a sua vida, deu a ela o encaminhamento que melhor lhe pareceu e deteve o controle sobre os meios de registro” (2000, p.118). A história de vida é o “o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, com a intermediação de um pesquisador” (p.118); é, portanto, um trabalho feito por um narrador-sujeito e por um intérprete. Intérprete este que terá que realizar três operações: um recorte do texto, a montagem do texto e a passagem da linguagem oral para a linguagem escrita. O sociólogo Yves Chevalier (1979, apud Pereira, 2000) acrescenta que na autobiografia o trabalho de edição é feito pelo próprio narrador, que seleciona e constrói sua narrativa. No oposto disso, na história de vida, o texto é construído por outro.

A socióloga Ligia Pereira (2000) afirma que a história de vida é centrada na pessoa, ao contrário da entrevista, que é centrada no contexto no qual o indivíduo está inserido. A partir daí, ela faz alguns questionamentos sobre até que ponto a história de vida deve considerar toda a trajetória vivenciada ou apenas especificar um tema. Para Pereira, o narrador deve ter total liberdade de expressão e, assim, preservar a espontaneidade do discurso, ou o pesquisador é quem deve conduzir a narrativa; ou o que será reproduzido será feito em sua totalidade, ou a narrativa será reconstruída para tornar o discurso inteligível. Outra característica apresentada por ela diz respeito à ordem de uma história de vida ser inseparável de seu contexto como um todo, sendo necessário considerar cada parte, com sua significação específica, para o exame da história de vida completa. A história de vida permite, então, explorar certos elementos que não são facilmente explorados nas autobiografias e biografias: aspectos relacionados à vida íntima, processos de tomada de decisões, aspectos relacionados à vida cotidiana, enfim, elementos da vida privada.

Então, qual história ou fragmento de uma vida é considerada durante a narrativa em análise ou na construção do caso clínico? No artigo *Construções em Análise* (1937)<sup>10</sup>, Freud propõe que o analista reúna os elementos que coletou e construa um fragmento da história da vida daquele paciente, ou melhor, da vida primitiva, da vida infantil, que o sujeito não consegue

---

<sup>10</sup> FREUD, Sigmund. *Construções em Análise*. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud: Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.273-290.

se lembrar sozinho. Na psicanálise, o caso clínico é definido como o relato de uma experiência singular, escrito pelo analista que busca através dessa escrita atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico, seja de qualquer questão que o caso clínico trate – desenrolar da análise ou dos sintomas. Ou seja, são redigidos para serem lidos e discutidos. Para o psicanalista e psiquiatra J. D. Nasio (2001), o caso clínico é um texto que, através de seu estilo narrativo, “põe em cena uma situação clínica que ilustra uma elaboração teórica” (2001, p. 12), e apresenta três funções para essa elaboração: função didática, metafórica e heurística.

A função didática permite transmitir a teoria dirigindo-se à imaginação e à emoção do leitor. São essas duas características que permitem que o caso clínico ou o estudo de casos tenham um poder de ensino e transmissão da teoria psicanalítica: “o valor didático de um caso reside no poder irresistível da histórica clínica para captar o ser imaginário do leitor e conduzi-lo sutilmente, quase sem que ele se aperceba, a descobrir um conceito e a elaborar outros” (Nasio, 2001, p.14) . É frequente, principalmente nos casos célebres da psicanálise, a observação clínica e o conceito que ela ilustra estarem intimamente conectados, isto é, que a observação substitua o conceito e se torna uma metáfora dele. Por exemplo, é um recurso muito comum entre os psicanalistas se referirem aos grandes casos para exemplificarem um conceito, bastando a simples menção do nome próprio do caso para que a significação conceitual apareça (NASIO, 2001).

E, por último, a função heurística, que torna o caso clínico um gerador de conceitos. Essa função reside na especificidade de a história clínica ir além dos níveis didáticos de ilustração e metáfora que, geralmente, um caso apresenta. A fertilidade de um caso clínico traz hipóteses acerca do funcionamento psíquico, que permitem expandir a trama teórico-conceitual da psicanálise. Essa função é muito bem usada por Lacan para desenvolver, a partir do caso clínico de Freud *Memórias de um doente dos nervos*, a ideia do significante do Nome-do-Pai. Também, ele o faz com o estudo do caso “Homem dos Lobos”, de 1917, no qual Freud teorizou o conceito de forclusão. Ambas as noções renovaram a compreensão dos fenômenos psicóticos (NASIO, 2001).

Entretanto, mesmo que um caso apresente essas três funções, ainda assim o relato construído nunca é o acontecimento puro, mas uma narrativa reformulada por quem constrói o caso clínico, seja o analisante ou o analista. Isso se justifica porque

O caso se define, portanto, como o relato criado por um clínico, quando ele reconstrói a lembrança de uma experiência terapêutica marcante. Tal reconstrução só pode ser uma ficção, uma vez que o encontro com o analisando é rememorado através do filtro da vivência do analista, readaptado segundo a teoria que ele precisa validar e, não nos esqueçamos, redigido de acordo com as leis restritivas da escrita. Na experiência, o

analista participa dela com seu desejo, reencontra-a em sua lembrança, pensa nela por meio de sua teoria e a escreve na língua de todos (NASIO, 2000, p. 17).

Construir um caso clínico possibilita a transmissão da psicanálise. No prefácio do “*O caso Dora*”, Freud (1905/2016) faz um alerta sobre a publicação de seus próprios casos, tanto em relação a como comunicá-los, quanto em relação à escrita deles, e a como os leitores os leriam. A tarefa problemática para Freud era como possibilitar que a escrita se tornasse uma comunicação de um caso clínico, que pudesse contribuir para a transmissão do saber referente à psicopatologia das neuroses. A isso, se acrescenta outra problemática, pois se é verídico que a causa dos sintomas histéricos se encontra na vida íntima, e que tais sintomas são a expressão de desejos reprimidos, “a elucidação de um caso de histeria não poderá senão revelar essas intimidades e trair esses segredos” (1905/2016, p.175). Para evitar um dano pessoal direto e preservar a paciente, Freud decide manter em segredo o tratamento de Dora, e após o final do tratamento que ocorreu em 1901, decide esperar por quatro anos, até que uma mudança na vida da paciente fez o psicanalista supor que o interesse nos eventos narrados em análise teriam desaparecido. A preocupação de Freud continua bastante atual. Como construir um caso clínico para que haja a transmissão da psicanálise sem provocar danos e preservar o paciente? Talvez seja possível ir um pouco mais adiante nessa problemática, e questionar a quem pertence o caso clínico, ao paciente que narra seus sintomas ou ao analista que “comanda” o método da construção?

Ainda no prefácio, Freud (1905/2016) informa ao leitor as mudanças que fez no caso para que a paciente não fosse reconhecida: escolheu uma pessoa cuja as experiências não se passaram em Viena, mas em uma cidade do interior, e cujas experiências de vida são desconhecidas pelas pessoas da capital; não se conservou nenhum nome que pudesse ser reconhecido fora do círculo médico, nem de pessoas, nem de lugares. Mesmo após esse alerta, Freud continuou publicando casos clínicos até 1917. Isso se deve ao dever que assumiu como médico, não só com o paciente, mas

Também para com a ciência – o que no fundo significa: para com os muitos outros doentes que sofrem ou ainda sofrerão da mesma enfermidade. Tornar público o que acreditamos saber sobre as causas e a estrutura da histeria se torna um dever, e a omissão, uma covardia indecorosa, quando se puder evitar o dano pessoal direto do paciente em questão (FREUD, 1905/2016, p.175)

Em relação a quem pertence o caso clínico, podemos usar como exemplo algumas publicações dos analisantes de Freud, que trouxeram à público suas experiências de análise: o psiquiatra norte-americano Abram Kardiner, paciente de Freud entre 1921 e 1922, publicou

“*My analysis with Freud*”<sup>11</sup>. Nessa obra, ele discorre sobre o primeiro encontro com o psicanalista, sua própria análise, suas impressões sobre o Freud analista e sobre os anos seguintes após o fim da análise; no último capítulo, disserta sobre o movimento psicanalítico cinquenta e cinco anos após o encontro com o criador da psicanálise. O segundo exemplo é da poetisa americana Hilda Doolittle, que se encontrou com Freud pela primeira vez em 1933, e que em 1956 publicou seu diário de análise<sup>12</sup> dividido em duas partes: a primeira, escrita durante o tratamento, e a segunda, alguns anos depois. Essas publicações, sejam autobiografias ou diários, podem contribuir, junto com os casos clínicos, para a transmissão da psicanálise ou como uma outra nova forma de transmissão?

---

<sup>11</sup> KARDINER, A. **My analysis with Freud**. *Northon & Company Inc., New York, 1977*. Sem tradução.

<sup>12</sup> DOOLITTLE, Hilda. **Por amor a Freud**: memórias de minha análise com Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

## 2 SOCIEDADE, CULTURA E A MULHER NA VIENA DO SÉCULO XIX

Foi no século XVIII que ocorreu uma distinção maior entre o público e o privado: o público pertence ao Estado e o privado, que antes era insignificante, torna-se sinônimo de felicidade e assume, assim, um sentido familiar e espacial. A Revolução Francesa teve seu papel para essa ruptura. Um dos seus efeitos a curto prazo foi que os espaços privados oferecem um local propício aos complôs e às traições. Para a historiadora francesa Michelle Perrot (2009a), a vida pública pede transparência, na medida em que pretende transformar os costumes para criar um novo homem em sua aparência, linguagem e sentimentos, “dentro de um tempo e espaço remodelados, através de uma pedagogia do signo e do gesto que procede do exterior para o interior” (2009a, p.14).

A longo prazo, a Revolução Francesa acentuou a definição das esferas pública e privada, valorizando a família, diferenciando os papéis sexuais e estabelecendo, assim, uma oposição entre homens e mulheres – estes pertencendo à esfera política e aquelas à vida doméstica. Embora seja patriarcal, “ela limita os poderes do pai em vários pontos e reconhece o direito ao divórcio” (Perrot, 2009a, p.14), além de conferir uma primeira base para o habeas corpus e para a inviolabilidade do domicílio.

Na Inglaterra, a separação entre o público e o privado ocorre no início do século XIX, com uma diferenciação mais estrita dos papéis sexuais. É com a rainha Carolina de Brunsvique (1768-1821), esposa do rei Jorge IV (1762-1830), que surge um novo ideal doméstico. O papel das classes médias é essencial para a elaboração dessa ideologia, e para sua irradiação até as classes operárias, com um objetivo moralizador da “boa dona de casa”. Perrot (2009a) afirma que a classe operária adere a esse ideal, mas à sua própria maneira. A pequena nobreza, por outro lado, se converte à uma sociabilidade mais íntima e transforma seus castelos em interiores domésticos.

A historiadora britânica Catherine Hall (2009) afirma que, para os evangélicos ingleses, o homem era responsável pela vida pública, e a mulher era o centro do lar e da família. Acreditava-se que ambos pertenciam a esferas diferentes. Esses papéis eram considerados como “regras da natureza”, e os costumes e as relações sociais confirmavam isso. Sendo cada sexo diferente por natureza, cada qual possuindo características próprias e específicas, qualquer tentativa de mudar essa regra já estava de antemão condenada ao fracasso.

Esse novo ideal atingiu a sociedade francesa por diversas vias: seja pelos viajantes, exilados, comerciantes ou pelas cuidadoras das famílias, ele se infiltrou nas classes dominantes que buscavam na imitação dos costumes ingleses uma forma de distinção. Os franceses,

inclusive as classes populares, se apropriaram dos costumes de higiene, de vestuário, da maneira de falar, de jogar, de sentir ou de amar (PERROT, 2009a).

Durante o período revolucionário (1789-1799), o “privado” e tudo o que se refere a ele, era considerado conspiratório. Com isso, os revolucionários exigem que nada fique fora da publicidade: apenas a vigilância contínua à serviço da esfera pública poderia impedir que florescessem interesses particulares e de facções. Assim, as reuniões políticas foram abertas ao público, e as expressões de interesses privados passaram a ser vistas como contrarrevolucionárias. Essa preocupação excessiva em manter os interesses privados distantes da vida pública irá, como afirma Hunt (2009), apagar as fronteiras entre as duas esferas. Em suma, a visão revolucionária política é rousseuniana, ou seja, “a qualidade da vida pública depende da transparência dos corações” (2009, p.21). Não há necessidade de mediação entre o Estado e o indivíduo por partidos ou grupos de interesses, os indivíduos devem realizar sua revolução pessoal, sendo um reflexo daquela que se realiza no Estado.

Um exemplo que deixa clara a invasão do público no espaço privado é a preocupação constante com o vestuário. Desde 1789, a roupa possuiu um significado político. Michelet (1798-1874 apud Hunt, 2009) descreveu a sobriedade dos deputados do Terceiro Estado, à frente da procissão de abertura dos Estados Gerais: “uma massa de homens, vestidos de negro [...] com trajes modestos”, e “o pequeno grupo refulgente dos deputados da nobreza [...] com seus chapéus de plumas, suas rendas, seus paramentos de ouro” (2009, p.21). Em 1790, os jornais dedicados à moda apresentam um “traje estilo Constituição” para as mulheres e, em 1792, o traje se torna o “traje estilo igualdade com um toucado muito em moda entre as republicanas” (2009, p.21). E mais, as grandes damas de 1790 vestem “cores listradas estilo nação”, e a mulher patriota usa “tecido de cor azul-rei com chapéu de feltro negro, fita do chapéu e roseta tricolores”.

A moda masculina, por outro lado, não se definiu com tanta clareza. Sua indumentária revelava o significado público do homem privado. Os moderados e os aristocratas eram identificados por se recusarem a usar a roseta. E a partir de 1792, o barrete vermelho, o casaco com várias filas de botões e as calças largas passam a definir os *sans-cullote*, o verdadeiro republicano. Hunt (2009) observa que a roupa assume um significado político e que, em 1793, a Convenção reafirma a importância da liberdade de vestuário: “nenhuma pessoa, de qualquer sexo, poderá obrigar outro cidadão ou cidadã a se vestir de maneira particular [...] sob pena de ser considerada e tratada como suspeita” (2009, p.22). Essas discussões, segundo a autora, mostram que tal decreto se dirige principalmente às associações femininas em que as

participantes usavam toucas vermelhas e forçavam outras mulheres a imitá-las. As mulheres eram a representação do privado, e a participação ativa em praça pública era rejeitada pelos homens. Mesmo com esse decreto de livre vestimenta, em 1792 todos os homens eram obrigados a usar, por lei, a roseta tricolor; e a partir de 1793, todos os franceses, independente do sexo, estavam submetidos a esse novo decreto.

Os objetos do espaço privado também fizeram parte desse ardor revolucionário. Na residência dos patriotas ricos, as porcelanas eram enfeitadas com faixas republicanas e as camas pertenciam ou ao “estilo revolução”, ou ao “estilo federação”. Mesmo as classes pobres, como os sapateiros e os alfaiates, tinham em suas paredes os calendários revolucionários com um novo sistema de datação e vinhetas republicanas. O uso dos novos símbolos públicos nos espaços privados foi determinante para a criação de uma tradição revolucionária: “a nova decoração do espaço privado teve consequências a longo prazo, graças à vontade dos dirigentes revolucionários e seus amigos de politizar todas as coisas” (HUNT, 2009, p.25).

Os efeitos da Revolução sobre a vida privada não se mantiveram apenas limitados às expressões da cultura política representadas pelas vestimentas e pela linguagem. O novo Estado definiu um espaço para o indivíduo e seus interesses privados, atacando principalmente os poderes das comunidades do Antigo Regime: a Igreja, as corporações, a nobreza, a comunidade de aldeia e o clã familiar. A disputa pelo controle da vida privada ocorreu principalmente com a Igreja Católica. A princípio os revolucionários pretendiam fundar um regime fundado sobre a tolerância religiosa universal, e assim as questões da fé popular permaneceriam como assuntos privados. O Estado passou a controlar cada vez mais os locais, as datas e as celebrações da instituição; os bispos deveriam ser nomeados por eleição e o clero deveria prestar juramento às autoridades. Tal controle não foi aceito irrestritamente pelos católicos, e pela primeira vez mulheres e crianças, em maioria, assumiram um papel público para defender a Igreja e seus rituais. Em meados de 1794, “após emigração, a deportação, as execuções, as prisões, as demissões e os casamentos dos padres, pouco restou para que se ainda pudesse celebrar uma religião pública” (Hunt, 2009, p.30). Assim, as pessoas passavam a realizar suas devoções em casa, com a família ou com pequenos grupos de confiança.

Foi no ambiente familiar que a invasão da autoridade pública ficou mais evidente, o casamento foi secularizado e a cerimônia, para ser legal, deveria ocorrer na presença de um funcionário municipal. No Antigo Regime, era o padre quem desempenhava o papel de testemunha do consentimento matrimonial. Em 1792, em um decreto de 20 de setembro, lê-se a nomeação um funcionário para “declarar o casal unido perante a lei” (Hunt, 2009, p.31). Foi

a partir desse decreto que a autoridade pública assumiu uma participação ativa na formação da família. O Estado definiu novas leis para uniões posteriores ao decreto, restabeleceu e regulamentou o processo de adoção, determinou direitos para os filhos naturais, instituiu o divórcio e limitou o poder paterno. Essas mudanças foram possíveis, em parte, pela criação dos tribunais de família.

No espaço privado, as mulheres são objetos de prazer e de ordem: os revolucionários limitaram os papéis femininos aos de mãe e de irmã. Hunt (2009) afirma que essa concepção da mulher, limitada ao privado, é a mesma em quase “todos os círculos intelectuais do final do século XVIII” (2009, p.44). A autora cita o tratado do médico Pierre Roussel (1742-1802), de 1775: *Du système physique et moral de la femme* (Do sistema físico e moral da mulher), que se tornou uma referência no discurso sobre a mulher. Nele, as mulheres são representadas como o inverso dos homens, e identificadas por particularidades de seus corpos e pela sexualidade, enquanto os homens são reconhecidos por elementos como espírito e energia.

O útero define a mulher e determina seu comportamento social e moral. Na época, pensava-se que o sistema reprodutor feminino era particularmente sensível, e que essa sensibilidade era ainda maior devido à debilidade intelectual. As mulheres tinham músculos menos desenvolvidos e eram sedentárias por opção. A combinação de fraqueza muscular e intelectual e sensibilidade emocional fazia delas os seres mais aptos para criar os filhos. Desse modo, o útero definia o lugar das mulheres na sociedade como mães. O discurso dos médicos se unia ao discurso dos políticos (HUNT, 2009, P.44).

O fisiologista Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808) compactuava com as ideias de Roussel. Ele afirmava que os homens eram biologicamente fortes, audaciosos e empreendedores, enquanto as mulheres seriam fracas, tímidas e apagadas. Ele negava à mulher qualquer papel intelectual e político: “uma carreira pública destruiria a família, fundamento da sociedade e base da ordem natural” (Hunt, 2009, p.45). Um discípulo de Cabanis, Jacques-Louis Moreau (1771-1826) publicou um estudo em dois volumes sobre *Histoire naturelle de la femme* (1803) (História natural da mulher). Segundo Hunt (2009), este estudo apresenta ideias convencionais:

Se é verdadeiro dizer que o macho é macho em apenas certos momentos, mas que a fêmea é fêmea durante toda a sua vida, isso deve ser atribuído principalmente a essa influência [a influência uterina]; é ela que lembra o sexo à mulher de maneira contínua e confere a todas as suas maneiras de ser uma fisionomia tão acentuada (MOREAU, 1803 apud HUNT, 2009, p.45).

Moreau afirma que as mulheres, por serem mais

propensas do que os homens a acreditar em espíritos e a ver aparições; elas se entregam com tanta maior facilidade a todas as práticas supersticiosas à medida que

seus preconceitos são mais numerosos; foram elas, em grande parte, as responsáveis pela fortuna do hipnotismo (MOREAU, 1803 apud HUNT, 2009, p.45).

Foi no século XIX que as mulheres foram destinadas à esfera privada – até então, de um modo jamais conhecido. Esse deslocamento se inicia no século XVIII, mas foi a Revolução que deu um grande impulso a essa evolução entre os sexos e da concepção da família. A mulher associada ao interior, ao espaço privado, se tornou o símbolo da fragilidade que deveria ser protegido do mundo exterior. Portanto, deveriam ficar em espaços privados, devido à sua fragilidade biológica. Ao longo do século, essa fronteira entre o público e o privado, entre o homem e a mulher, a política e a família, foi se acentuando de forma constante (Hunt, 2009). O historiador Peter Gay (1988), quando descreve a postura adotada pelos amantes das classes médias do século XIX, os coloca como indivíduos que não negavam suas fortes emoções. Tratava-se, porém, de uma temática restrita à esfera íntima. As mulheres deveriam se mostrar mais recatadas do que os homens, por serem do sexo mais gentil. Tais limites, contudo, não eram claros.

Peter Gay (1988) aponta ainda que a família burguesa do século XIX era o “porto mais seguro para a privacidade” (1988, p. 319), pois o ambiente doméstico moderno poderia oferecer uma proteção contra a curiosidade alheia. Segundo Gay (1988), ter um aposento próprio era algo que os membros da clássica média aspiravam ter. Entretanto, assim como esse conforto, a privacidade também dependia do ambiente físico e dos bens materiais, e muitas vezes as condições materiais não eram adequadas para que a privacidade pudesse subsistir.

A privacidade exigia uma porta que pudesse ser fechada, uma hora que pudesse ser desfrutada como bem se desejasse, uma escrivaninha que pudesse ser trancada; e muitos burgueses, jovens ou idosos, não dispunham de todos esses requisitos, e às vezes nem de um só deles. E a muitos que deles dispunham não era permitido desfrutá-los (GAY, 1988, p. 320).

Os diários, essa “proverbial encarnação da privacidade” (Gay, 1988, p. 320), não estavam a salvo de invasões, permitidas ou não. Embora não fosse um confessionário livre de intromissões, o diário íntimo é um valioso objeto histórico, pois permite acesso a características que definem a experiência burguesa. A cultura da classe média do século XIX dava particular importância aos limites entre as esferas pessoal e pública: esses dois mundos deveriam ficar o mais distante possível. O hábito de manter um diário era, segundo o historiador, sintomático do estilo burguês de pensamento: “ordenado, apesar de aberto à individualidade e à liberdade, e autocrítico, apesar de aberto a efusões de esperança e autoestima” (1988, p. 323). Dessa forma, o diário é um exemplo do grande compromisso burguês entre a necessidade de recato e a capacidade de manifestar emoções. A vida privada tornou-se, segundo Gay (1988), a “gruta

secreta onde homens e mulheres podiam curar suas feridas, recuperar suas forças e entregar-se às suas paixões assumindo riscos calculados” (1988, p. 328).

Não foi somente a Inglaterra que exerceu certa influência sobre a vida privada francesa. No decorrer do século XIX, o vigor cultural da Alemanha atraiu os olhares de seu país vizinho. Já no começo do século XX, os Estados Unidos também passam a exercer uma atração cada vez maior. Na segunda metade do século XIX, a França apresentava um nível baixo natalidade, um alto nível de mortalidade e, por consequência, um baixo índice demográfico. Esse fator fez do país um foco de atração de imigrantes. Nesse período, chegam à França belgas, italianos e judeus da Europa central. Entre 1880 e 1925 o país recebe em torno de 100 mil imigrantes fugidos de perseguições de cunho étnico ou religioso (PERROT, 2009a).

Segundo a historiadora norte americana Lynn Hunt (2009), durante a Revolução Francesa as fronteiras entre a vida pública e a privada não estavam definidas, de modo que o que era público invadia o domínio privado da existência. O desenvolvimento do espaço público e a privatização da vida cotidiana foram responsáveis por uma definição mais clara do que era o espaço privado no início do século XIX. O domínio do público ampliou-se de maneira constante, antecedendo e preparando espaço para o fechamento do indivíduo sobre si mesmo e para sua a dedicação à família, isso num espaço doméstico determinado mais precisamente. Entretanto, antes dessas definições mais claras entre o público e o privado, a vida íntima sofreu “a mais violenta agressão já vista na história ocidental” (2009, p.18).

Desde a Revolução (1799), ventos de mudança sopravam por toda a Europa. Com o Império austro-húngaro, não foi diferente: o imperador Francisco José I (1830-1916) aceitou a implementação de um regime monárquico parlamentarista. Assim, seu Império começa a “assistir as sementes do capitalismo germinarem” (Molina, 2011a, p. 20). Viena vai gradativamente se transformando numa metrópole, atraindo trabalhadores e investidores bancários, transformando-se numa sociedade que busca poder através do dinheiro. Com o advento do liberalismo e a implementação de indústrias em todo o Império, surge uma poderosa classe emergente: a burguesia liberal, que exigia ser respeitada por seu poder financeiro.

## 2.1 A BURGUESIA VIENENSE

A burguesia, diferentemente da aristocracia, era condescendente com tudo e com todos, desde que não atrapalhassem o crescimento do seu capital. O historiador norte-americano Carl E. Schorske (1988) aponta que o liberalismo austríaco do século XIX possuía semelhanças

com outras nações europeias, conservando também suas peculiaridades. Segundo o autor, a distinção entre burgueses e aristocratas se daria pelos seus componentes morais e estéticos conflitantes. A relação com o capital deu à *intelligentsia fin-de-siècle* o aparato intelectual para enfrentar a crise.

O liberalismo austríaco, como na maioria das nações europeias, conheceu sua idade heroica na luta contra a aristocracia e o absolutismo barroco. Essa luta se encerrou com a extraordinária derrota de 1848. Os liberais moderados chegaram ao poder e, quase que à sua revelia, estabeleceram um regime constitucional nos anos 1860. O que os levou à direção do Estado não foi a sua força interna, mas as derrotas da velha ordem às mãos de inimigos externos. Desde o início, os liberais tiveram de partilhar o poder com a aristocracia e a burocracia imperiais. Mesmo durante seus vinte anos de governo, a base social dos liberais continuou frágil, restrita aos alemães e judeus-alemães de classe média urbana. Cada vez mais identificados com o capitalismo, conservaram o poder legislativo graças ao expediente não-democrático de direito de voto restrito (SCHORSKE, 1988a, p.27).

Com isso, camponeses, artesãos e operários urbanos começaram a reivindicar a participação política. Entretanto, para o psicólogo e psicanalista José Artur Molina (2011), uma sociedade que continua a propagar a pobreza, gerando com isso o desemprego, não poderia ter chances de sucesso. Nos anos 1880, esses grupos formaram partidos para enfrentar a hegemonia liberal. Os partidos social-cristãos e pangermânicos antisemitas, socialistas e nacionalistas eslavos, alcançaram êxito rápido. Em 1895 o “bastião do liberalismo, a própria cidade de Viena, foi engolfado por um vagalhão social-cristão” (Schorske, 1988a, p.27). O então imperador Francisco José I (1830-1916), com o apoio da hierarquia católica, recusou-se a sancionar a eleição de Karl Lueger (1844-1910), líder do partido antisemita cristão. Dois anos mais tarde, o imperador cedeu à vontade do eleitorado e ratificou Lueger como prefeito de Viena.

Nos anos 1860, os liberais austríacos tinham noções claras sobre as hierarquias. Eles acreditavam que a aristocracia, por estar níveis acima durante a maior parte da história, estava se “liberalizando ou afundando num hedonismo, inofensivo e ornamental” (Schorske, 1988b, p.125). Os princípios que regiam o sistema liberal visavam substituir o sistema feudal. Seguindo essa linha, a monarquia constitucional substituiria o absolutismo aristocrático, o centralismo parlamentar substituiria o federalismo aristocrático, e a ciência substituiria a religião.

Os alemães serviriam de tutores e mestres para erguer os povos sujeitados, ao invés de mantê-los como servos ignorantes, tal como tinham feitos os feudais. Assim, a própria nacionalidade seria um princípio último de coesão popular num Estado nacional. “Os alemães na Áustria”, escreveu o liberal J.N. Berger em 1861, “devem lugar não pela hegemonia política, mas pela hegemonia cultural entre os povos da Áustria. Deveriam “levar a cultura ao leste, transmitir a propaganda da inteligência alemã, da ciência alemã, do humanismo alemão. E, finalmente, o *laissez-faire* romperia o domínio arbitrário do privilégio na esfera econômica e, ao invés do privilégio ou da caridade, a base da recompensa econômica seria o mérito (SCHORSKE, 1988b, p.126).

Entretanto, os liberais austríacos não conseguiram seguir essas coordenadas de ordem e progresso. Em meados de 1875, o programa elaborado por eles contra as classes superiores provocou a explosão das inferiores. Isso fez com que as massas voltassem suas energias contra eles próprios, ao invés de contra seus antigos inimigos. Em vez de unir as massas contra a velha classe dirigente, os liberais provocaram uma desintegração geral. Novos movimentos antiliberais – o nacionalismo tcheco, o pangermanismo, o socialismo cristão, a social-democracia e o sionismo – surgiram para desafiar a classe dominante, paralisando seu sistema político e minando sua confiança na estrutura racional da história. Os líderes desses movimentos de massa apresentavam um propósito político em comum: pregavam uma nova cultura, na qual o poder e a responsabilidade se integravam de forma diferente daquela pregada pelo liberalismo (SCHORSKE, 1988b).

Os movimentos do pangermanismo, o socialismo cristão e o sionismo, representavam uma ruptura mais revolucionária da tradição do liberalismo austríaco, e provocaram uma reação mais traumática na comunidade liberal. Os líderes desses movimentos eram contra a política racional do liberalismo, e desenvolveram uma modalidade de comportamento político ao mesmo tempo “mais abrasiva, mais criativa e mais gratificante para a vida dos sentimentos do que o estilo deliberativo dos liberais” (Schorske, 1988b, p. 128). As três personalidades principais desses movimentos foram Georg von Schönerer (1842-1921), dos pangermânicos; Karl Lueger (1844-1910), dos social-cristãos; e Theodor Herzl (1860-1904), do sionismo. Eles viriam a se tornar modelos políticos para Adolf Hitler (1889-1945). Todos começaram suas carreiras como políticos liberais, carreiras que em seguida seriam renegadas em prol da organização das massas, que até então eram negligenciadas pelo liberalismo em ascensão. Apresentavam um dom particular para responder às demandas sociais de seus seguidores, convertidos em adeptos ideológicos; capturavam, de certa forma, uma realidade sociopsicológica que os liberais não conseguiam enxergar.

É necessário distinguir as duas vertentes da tradição liberal burguesa para compreender qual o papel que os escritores dos anos 1890, como Freud, tiveram para o enfrentamento da crise liberal vienense. A burguesia de Viena ancorava-se nas vertentes moralista-científica e estética, e delas fazia uso para existir. Uma vez fora do poder, a alta burguesia utilizou-se do recurso da cultura para, sem sucesso, tentar ser assimilada e incorporada à aristocracia (MOLINA, 2011a).

Schorske (1988a) define a cultura moral de científica

da *haute bourgeoisie* vienense praticamente não se distingue do vitorianismo corrente dos outros países europeus. Em termos morais, era convicta, virtuosa e repressora; em

termos políticos, importava-se com o império da lei, ao qual se submetiam os direitos individuais e a ordem social. Intelectualmente, defendia o domínio da mente sobre o corpo e um voltairianismo atualizado: progresso social através da ciência, educação e trabalho duro (1988a, p.28).

É comum não se ter grande consideração pelos resultados que a aplicação desses valores à vida jurídica, educacional e econômica trouxeram para a Áustria. Porém, esse progresso alcançado não trouxe à alta classe média austríaca um caráter único. A cultura estética da burguesia cultivada a partir da metade do século originou, no nível individual, uma sensibilidade aos estados psíquicos e, também, uma receptividade à vida artística. No início do século XX, “à cultura moralista corrente da burguesia europeia se sobrepôs, na Áustria, uma *Gefühlkultur* (cultura de sentimentos) que a minou com o seu amoralismo” (SCHORSKE, 1988a, p.28).

Schorske (1988a) apresenta algumas características gerais desse fenômeno. Segundo o historiador, há dois fatos básicos que distinguem a burguesia austríaca das demais burguesias europeias, principalmente a inglesa e a francesa. O primeiro consiste no fato de que a burguesia austríaca não conseguiu destruir e nem se unificar totalmente com a aristocracia e, segundo, devido à sua fragilidade, se manteve dependente e leal ao imperador. A incapacidade de monopolizar o poder fez com que o burguês procurasse uma integração com a aristocracia. Essa integração social de diferentes grupos à aristocracia ocorreu poucas vezes na Áustria; mesmo aqueles que recebiam um título de nobreza não eram admitidos à vida da corte imperial. Entretanto, havia outra via mais aberta para essa assimilação: a via da cultura que, por sua vez, também apresentava dificuldades (SCHORSKE, 1988a).

A cultura tradicional da aristocracia austríaca era profundamente católica, plástica e sensual, diferentemente da legalista e puritana cultura burguesa. Enquanto os burgueses viam a natureza como uma esfera a ser dominada pelas ordens divinas, a cultura aristocrática, ao contrário, concebia a natureza como “um cenário de alegria, manifestação da graça divina a ser glorificada pela arte” (Schorske, 1988a, p.29). A cultura tradicional austríaca não era moral, filosófica ou científica, mas estética, e suas maiores realizações estavam nas artes aplicadas e de espetáculo, na arquitetura, no teatro e na música. A burguesia austríaca, que era baseada numa cultura liberal da razão e do direito, se viu diante de uma cultura elegante e sensualista.

O primeiro momento de integração à cultura aristocrática ocorreu de forma externa: os dirigentes liberais tentaram, com uma reconstrução urbana, desenhar “seu caminho numa história, numa linhagem, por meio de edifícios grandiosos inspirados por um passado gótico, renascentista ou barroco que não lhes pertencia” (Schorske, 1988a, p.29). A segunda via de acesso à cultura aristocrática foi pelo patrocínio ao teatro e à música clássica. Nos anos 1890,

os heróis da classe média alta eram atores, artistas e críticos, aumentando assim o número de autores profissionais e amadores.

Não foi apenas o investimento feito pela burguesia que alterou a função da arte para a sociedade de classe média vienense, os acontecimentos políticos tiveram um papel central nessa alteração. Em princípio, o investimento burguês nas artes funcionava como uma forma de assimilação à aristocracia. Por fim, encontraram nele um refúgio para a realidade política que se tornava cada vez mais ameaçadora. A arte estava se tornando quase uma religião: uma fonte de sentimento e de alimento para o espírito.

Não precisamos concluir daí que, ao absorver a cultura estética, o burguês vienense tenha absorvido junto o sentimento coletivo de casta e função, que a aristocracia conservava mesmo na sua decadência. O burguês, fosse dândi, artista ou político, não podia anular sua herança individualista. Conforme aumentava o sentimento daquilo que Hofmannsthal chamou *das Gleitende*, o escorregar do mundo, o burguês interiorizava sua cultura estética adquirida, para assim cultivar o eu, a sua unicidade pessoal (SCHORSKE, 1988a, p.30).

Essa tendência acentuou a preocupação com a vida psíquica individual, formando um elo entre a devoção à arte e o interesse pela psique. Foi nos anos 1890 que a cultura e o desenvolvimento político convergiram. Schorske (1988a) afirma que a tentativa da burguesia em tentar assimilar-se ao universo aristocrático acabou fazendo com que ela se apropriasse da sensibilidade estética e sensual dessa cultura, mas de uma forma distorcida e individualizada. As consequências dessa apropriação foram o narcisismo e a “hipertrofia da vida dos sentimentos” (1988a, p.31).

## 2.2 ARTE E CULTURA

Segundo Bruno Bettelheim (1991), a atmosfera cultural de Viena estimulava a fascinação por doenças mentais e por questões do âmbito da sexualidade de forma singular no Ocidente, atração que se estendia da sociedade à corte. A origem dessa singular cultura remete à história da cidade, e também aos interesses daqueles que dominavam o pensamento das elites culturais vienenses.

Sigmund Freud não foi o único a inovar e a provocar uma mudança na visão da sexualidade, das perversões sexuais e de seus tratamentos. Além da psicanálise, médicos vienenses criaram e desenvolveram métodos de tratamento para distúrbios mentais. O psiquiatra Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), por exemplo, que presidia a cadeira de psiquiatria da Universidade de Viena, descobriu a aplicação da malarioterapia no tratamento da paralisia geral. Por tal descoberta, ganhou o Prêmio Nobel de Medicina, em 1927 – o primeiro

a ser concedido a uma descoberta psiquiátrica. Outro médico destacado foi Manfred J. Sakel (1900-1957), que utilizou em 1933 o choque insulínico para o tratamento da esquizofrenia.

A cultura vienense assumiu, no fim do século XIX e no início do século XX, uma forma singular de desenvolvimento. Foi durante o XIX que Viena cresceu em tamanho, em oportunidades culturais, em renome científico e em importância econômica. Parte significativa daqueles que contribuíram para a grandiosidade social de Viena vieram de províncias próximas, atraídos pelo contexto cultural efervescente. Alguns vieram trazidos na infância pelos pais, em busca de futuros mais promissores, caso de Sigmund Freud. Outros, porém, ali chegaram já adultos, como os músicos e compositores Gustav Mahler (1860-1911) e Johannes Brahms (1833-1897), o pintor expressionista Oskar Kokoschka (1886-1980), e o arquiteto modernista Josef Hoffmann (1870-1956) (BETTELHEIM, 1991).

O que trouxe a cultura vienense à sua verdadeira singularidade foi o acaso histórico, na medida em que o ápice do seu desenvolvimento cultural coincidiu com a desintegração do Império. Império que, diga-se, inicialmente a tornara importante, e do qual era capital, sede do governo e, talvez o mais importante, era a residência do imperador Francisco José (1848-1916). O imperador, além de ser um soberano, simbolizava a sua cultura, garantindo a ela uma unidade.

As coisas nunca tinham estado melhores, mas, ao mesmo tempo, nunca tinham estado piores: essa curiosa simultaneidade, na minha opinião, explica por que a psicanálise baseada na compreensão da ambivalência, da histeria, da neurose, se originou em Viena e, provavelmente, não poderia ter se originado em nenhum outro lugar. E a psicanálise foi apenas um dos principais progressos intelectuais de uma época em que uma difusa percepção da decadência política em Viena levou as elites culturais a abandonarem a política como tema sério, e a voltarem suas atenções do mundo como um todo para o seu mundo interior (BETTELHEIM, 1991, p.06).

A decadência tornou-se visível nos anos de 1850, quando a imagem de iminência do Império como potência mundial sofreu a primeira série de golpes. Nesse ano, o Império perdeu algumas de suas províncias mais prósperas, localizadas na Itália Setentrional: as cidades de Milão, Florença, Parma e Modena. Mais tarde, em 1866, em consequência da guerra com a Prússia, na Batalha de Koniggratz, perdeu os últimos territórios italianos, com a Prússia assumindo ainda o domínio de outros estados alemães. Essa derrota privou a Áustria da hegemonia que mantivera sobre a Alemanha por cerca de 600 anos. Em 1870, quando os prussianos derrotaram a França, a Alemanha se reuniu sob a liderança deles e, com isso, Berlim começou a substituir Viena como centro do mundo de língua alemã (BETTELHEIM, 1991).

Para tentar neutralizar a derrota sofrida em 1866, o governo tentou reafirmar a importância econômica e social de Viena. Para isso, planejou para o ano de 1873 uma feira mundial, com a intenção de atrair novamente para Viena a atenção e a admiração do mundo. A

expectativa de prosperidade que a feira mundial traria impulsionou uma expansão imobiliária, com a construção de prédios grandiosos, tanto públicos quanto particulares, ao longo da recém-aberta Ringstrasse<sup>13</sup>. As grandes expectativas em torno da feira mundial também promoveram uma especulação no mercado de ações; alguns dias após sua inauguração, a bolsa de valores local entrou em colapso. Assim, uma crise financeira se espalhou por toda a Europa (BETTELHEIM, 1991).

Nesse contexto, as elites culturais vienenses voltaram suas atenções para os aspectos intrinsecamente humanos, desprezando os acontecimentos políticos à sua volta. Entretanto, essa solução não alcançava a todos os moradores de Viena: a vasta maioria da população precisou procurar outra maneira de escapar aos acontecimentos da época. Foi em 1874, com a estreia da ópera *Die Fledermaus*, que Viena passou a ser conhecida como o principal centro mundial da ópera. Antes, era conhecida como o centro de uma cultura antiga de cunho elevado, com a ópera e o teatro sérios, os maiores da língua alemã; depois, se destacou na ópera leve e principalmente na música para dança. Ao longo de poucos anos, a valsa vienense conquistava o mundo, junto às inúmeras operetas de Johann Strauss (1825-1899), Franz Lehár (1870-1948), Franz von Suppé (1819-1895/2016), e outros (BETTELHEIM, 1991).

Na cultura vienense, as maiores forças interiores, tanto em temas da psique quanto das obras artísticas, eram a morte e o sexo – temas que, apesar de parecerem simples, são capazes de criar problemas psicológicos altamente complexos. Tais enredamentos psíquicos eram explorados e materializados; extrair o significado desses fenômenos psicológicos, até então desconhecidos e ocultos, era a questão central da cultura vienense. Sigmund Freud não foi o único a dedicar a vida a confrontar esses problemas. O escritor Arthur Schnitzler (1862-1931), por exemplo, exercera o ofício de pesquisador da psique humana, não somente como médico, mas como escritor. Suas novelas eram lidas e admiradas, e suas peças apresentadas com frequências nos teatros vienenses. Dois de seus trabalhos para o teatro mais importantes podem ser destacados para demonstrar que o tema da morte e do sexo estavam entrelaçados (BETTELHEIM, 1991).

Em *Liebelei* (1895/2016), um rapaz de classe social alta tem um caso com uma moça que pertence ao povo; a jovem lhe devota um amor profundo. Entretanto, a relação tem pouca importância para o rapaz, que está mais interessado em conquistar a esposa de um bem-

---

<sup>13</sup> A Ringstrasse é uma rua que circula um distrito em Viena, na Áustria. É um dos principais cartões-postais da capital austríaca, e um expoente típico do estilo histórico das décadas de 1860 a 1890.

conceituado cidadão. Para ele, a paixão não interessa, e sim o desafio da conquista, que empolga sua vaidade. O marido traído, então, desafia o rapaz para um duelo, acabando por matá-lo. Sua jovem e simplória amante não teve sequer permissão para assistir ao enterro, fato que a impressiona, na medida em que percebe o pouco valor que tivera para ele. Em desespero, ela comete suicídio.

A outra peça é *Das Weite Land* (1911), “O vasto país”. Por país, no caso, entenda-se a psique humana. Na história, uma senhora casada da elite mantém um romance com um jovem oficial da marinha. Seu marido sempre tivera muitos casos, os quais considerava insignificantes. Ao sofrer a traição, porém, sente-se ofendido e com o orgulho ferido. Como na peça anterior, o marido desafia o oficial para um duelo, assassinando-o. Assim, nas duas peças o envolvimento sexual leva à destruição (BETTELHEIM, 1991).

Schnitzler conseguia explorar facilmente os tipos sociais, dos *playboys* às *Süsse Mädels*<sup>14</sup> de Viena, suas compulsões, suas insatisfações e suas ilusões (Schorske, 1988a). Nos anos 1890, o escritor voltou-se para a psique que se manifesta na política, em *Der grüne kakadu* (1898) – uma sátira, que mostra como a vida instintual dos personagens é crucial para o destino deles durante a Revolução Francesa. O uso que faz desse acontecimento histórico é usado como uma forma de ironizar a sociedade austríaca, que se encontrava em crise. Os personagens de alta classe dedicam-se a uma vida sensual, “alguns como sensualistas declarados, outros como devotos da arte teatral” (1988a, p.30).

O cenário e centro da peça é um teatro de cabaré, onde as representações devem abolir para os espectadores a distinção entre peça e realidade, máscara e indivíduo. Meramente divertido em períodos normais, o jogo mostra-se fatal aos aficionados no período revolucionário. A corrupção da arte mistura-se à arte da corrupção. O assassinato encenado vira um assassinato real, o assassinato real cometido por ciúme por um ator aparece como um assassinato político heroico, o assassino-amante vira um herói da turba revolucionária liberal (Schorske, 1988a, p.30).

Na obra, a excessiva dedicação à vida dos sentidos foi o que destruiu a capacidade de distinção entre a política e teatro, entre arte e realidade. Schorske (1988a) afirma que, no contexto histórico ali representado, a irracionalidade reinava sobre Viena.

Outro exemplo vem do compositor e regente Gustav Mahler (1860-1911), que compôs músicas sobre a morte de uma criança, uma sinfonia da ressurreição e a *Oitava Sinfonia* – nesta, o artista combina uma missa medieval com a última parte de *Fausto*<sup>15</sup>, na qual o personagem é salvo da morte pelo amor de uma mulher: é sugerido que apenas na morte seria possível a

<sup>14</sup> Em tradução literal, são as “meninas doces” daquela geração.

<sup>15</sup> Poema clássico do escritor alemão Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832), sobre a tentação diabólica e os dilemas do homem na modernidade.

verdadeira realização pessoal. As marcas das questões do amor e da morte são também visíveis na obra de Gustav Klimt (1862-1918). Em 1902, Klimt era referido como “o pintor do inconsciente” (Bettelheim, 1991, p.14). O papel do amor era tão dominante quanto os temas eróticos. Seu aluno mais talentoso, Egon Schiele (1890-1918), levou essa tendência além: ao atingir a maturidade artística, pintou principalmente o mundo interior do homem e seus aspectos neuróticos.

A arte de Klimt é, segundo Molina (2011b), a expressão e a consequência dos movimentos humanos; sua obra traduz as condições sociais, culturais, econômicas e políticas de Viena. É através das imagens femininas que o artista começa sua revolta político-artística contra o liberalismo austro-húngaro. Sua arte convoca outros artistas para um novo cenário artístico em Viena: “uma arte com espírito de uma juventude em rebelião contra o Pai” (2011b, p. 132). Os artistas secessionistas, entre eles Klimt, rompem com a burguesia e com o Império para criar uma arte que é o espelho de uma sociedade, e “não um retrato maquiado dela” (2011b, p. 133).

A figura feminina, na arte clássica, era representada de uma forma mascarada, por meio das figuras de deusas assexuadas. Klimt rompe com essa representação em *Nuda Veritas*, de 1899. Nesse trabalho, ele traduz toda a forma feminina em sua dimensão sedutora e erótica. Expõe, assim, um feminino feito “de carne, vísceras e líquidos no imaginário do espectador, que não mais o harmonizará, mas, pelo contrário, o provocará” (Molina, 2011b, p.133). A nova ordem artística consiste em mostrar não somente a beleza e a harmonia, mas a feiura e a agressividade. É no campo da erótica que Klimt expressa o feminino, tornando a erotização e o sexual capaz de serem representados.

Nessa mudança de valores que habita o fim do século XIX, o caos convive com uma “alegria de viver inesperada” (Molina, 2011b, p. 23). Em um dos parques mais movimentados de Viena, estavam os teatros e suas operetas, com temas clichês no que se refere às mulheres.

As mulheres encontram-se nos diálogos e letras das árias de opereta que são cantaroladas por toda parte; não refletem, porém, unicamente o espírito de Viena. Naquela época, de um canto a outra da Europa e decerto também na América, gostava-se de ouvir dizer que as mulheres são frívolas, infiéis, ao mesmo tempo que bobas e maliciosas e que estão prontas a se apaixonar pelo primeiro que lhes fizer um elogio. As mulheres estão tão acostumadas com essas asneiras, que riem delas tanto quanto seus companheiros, sem perceber que eles acreditam nelas. O “machismo” ainda não fora denunciado. O casal parece concordar com o fato de que as marafonas que rebolam no palco e possuem vozes de sereias nada têm a ver com eles. Os maridos são fiéis, eles o juraram. As heroínas das operetas famosas, nascidas da imaginação de libretistas nada atemorizados pelos estereótipos, em nada se assemelham às vienenses de carne e osso (BERTIN, 1990a, p.50-51).

A arte teatral era na época um ícone da cidade, da vida e da sociedade, e possuía uma enorme importância simbólica. Foi a partir do século XVII, primeiro na Inglaterra e na França, que foi permitido às mulheres subirem aos palcos como atrizes. Para Molina (2011a), esse é um claro sinal de que a mulher começava a “despontar no palco e no teatro social como protagonista” (2011a, p.24).

A escritora francesa Célia Bertin (1990a) relata que no século XIX se proliferaram os bailes em todas as classes sociais. A princípio, eles eram reservados às classes mais favorecidas e imitavam os da corte. Todo ano, a aristocracia admitida no Palácio de Hofburg era convidada para o baile da corte, o *Ball bei Hof*. As festas do imperador recebiam cerca de três mil convidados – a nobreza, os oficiais, a aristocracia. Seus salões eram exuberantes: o espaço era decorado com buquês de flores exóticas, e as paredes ficavam repletas de tapeçarias. A burguesia emergente também organizava seus próprios bailes, com o intuito de arrecadar dinheiro para obras de caridade: o Baile da Elite e o Baile dos Farrapos. A parte da burguesia que estava ligada a associações religiosas e corporativas também organizava seus eventos, geralmente familiares, onde as jovens esperavam encontrar um noivo. A maioria desses bailes era de classe média. Além disso, acontecia o Baile das Lavadeiras e dos Cocheiros de Fiacre – este, “teve tanto sucesso, que se tornou elegante ser visto nele” (Bertin, 1990a, p.51). Curiosamente, as festas das lavadeiras e dos cocheiros atraíam pessoas de classes mais altas, que se sentiam protegidas pelo anonimato e aproveitavam para “fazer valer desejos secretos” (MOLINA, 2011a, p.24).

Viena torna-se então a capital da dança e da ópera. As casas de espetáculos e os salões de bailes são construídos em diversos lugares da capital, ganhando cada vez mais popularidade. Com isso, produziu-se uma indústria de entretenimento. Boa parte dos temas desses espetáculos eram relacionados às mulheres, retratando-as com um humor ácido que faziam todos rirem como se “se tratasse apenas de uma burla inocente” (Molina, 2011a, p.50). Para o autor, em Viena o sexo feminino fora submetido a uma espécie de clausura social. Esse isolamento, em sua leitura, propiciou a ocasião para que essas mulheres pensassem na situação de opressão em que se encontravam. Para elas, até então era natural que fosse dessa forma.

Em parte, propõe Molina (2011a), é por isso que a psicanálise surgiu ali: as histéricas representam o sintoma, não apenas o sintoma psíquico, mas também o de uma sociedade opressora e decadente. O fato de ser uma sociedade “fechada sobre si mesma” (2011a, p.50), favorecia certa interioridade. Entretanto, para o feminino, essa interioridade representava sofrimento.

Apesar desse cenário desfavorável para as mulheres, algumas conseguiram se destacar, como, por exemplo, a Baronesa Bertha von Suttner (1843-1914). Ela organizava em Viena e Berlim grupos da Associação Internacional para a Paz e a Arbitragem, além de ter escrito livros opinativos, que se tornaram muito populares. Em 1889, publicou o romance *Die Waggen nieder!* (Abaixo as armas!), em que defendia a tese de que a produção de armamento travaria o progresso cultural e social. O enredo é sobre uma mulher que vive quatro guerras e, após isso, torna-se uma combatente pela paz. Em 1905, o primeiro Prêmio Nobel da Paz foi entregue a Bertha – o primeiro concedido a uma mulher. “Esse prêmio é sua obra, pois, graças às suas exortações, Nobel tornou-se promotor de seu movimento pacifista”, escreveu Henry Dunant (1828-1910) (apud Bertin, 1990a, p.55), o fundador da Cruz Vermelha.

Outras mulheres conseguiram construir um nome adotando outras causas, como as feministas que lutavam pelo direito das mulheres burguesas a terem uma profissão ou de manifestarem suas competências intelectuais. São elas: Rosa Mayreder (1858-1938), autora da *Crítica da feminilidade*, que criou junto com Marianne Hainisch (1839-1936) a *Allgemeiner Osterreichischer Frauenverein* (União Geral das Mulheres Austríacas), uma associação de burguesas. Outros nomes podem ser acrescentados nessa lista: Betti Paoli (1815-1894/1996), que se tornara famosa publicando poemas eróticos; Eugénie Marlitt (1825-1887), que escrevia romances populares; e Emilie Marriot (1855-1938), autora de comoventes histórias de amor.

Apesar de expor os problemas sociais em suas obras, essas escritoras raramente davam às suas leitoras sugestões de como resolvê-los. Os escritos lamentavam sobre as desgraças familiares, “descritas sem espírito de reivindicação”, e ajudavam as mulheres a se sentirem menos desfavorecidas e a aceitarem a crueldade de suas condições (Bertin, 1990a, p.58). As obras tinham como público leitoras da burguesia média, que buscavam nessas histórias uma forma distração, sem necessariamente terem genuíno interesse pela literatura. Bertin (1990a) afirma que se houvesse, por parte das romancistas, um apelo para que as mulheres buscassem maior liberdade, provavelmente suas vendas cairiam. Portanto, tal assunto era evitado.

As autoras vienenses foram heroínas, pois o acesso à educação era muito restrito a elas, principalmente aos estudos superiores. Os homens, para ingressar na universidade, deveriam prestar um exame chamado “maturidade”; às mulheres também era permitido participar desse exame, porém sem o direito de ingresso ao nível superior. Aos homens era permitido lecionar nas universidades; às mulheres, estava destinado o ensino primário. As famílias burguesas não estimulavam as mulheres aos estudos de nível médio e nem aos superiores. Por essa razão, não era fácil ter acesso a um nível elevado de educação e,

consequentemente, uma ampliação de perspectivas. Para Molina (2011a), esse mundo dos homens queria que as mulheres ficassem “relegadas à solidão e também submersas na ignorância” (2011a, p. 52). Nessa época, eram raros os pais que se preocupavam com a educação das filhas; mais raros ainda eram os que as mandavam para o ginásio.

Na sociedade vienense, as mulheres estavam sujeitas ao controle e à interdição masculinas, por parte de pais e de irmãos. O ideal feminino da época girava em torno de altruísmo e dedicação, de conformismo e uma “resignação feliz”.

A autoridade da maioria dos homens na Áustria, na transição do século XIX ao XX, residia no firme terreno da tradição, que se observava de forma clara no papel decisivo do governo do imperador Habsburgo e na vitalidade do código cível austríaco, em vigor desde 1811. O império austríaco ostentava todos os adereços de uma monarquia constitucional, mas seu parlamento não tinha poder real. O imperador nomeava e destituía seus ministros, e estes não tinham nenhuma responsabilidade na legislatura. Essa situação refletia-se na posição dos maridos na família. A lei civil determinava que as mulheres tinham que obedecer a seus maridos em todas as situações referentes ao lar e aos filhos (DECKER, 1999, p.92 apud MOLINA, 2011c, p.158).

Mas, as mulheres não eram tão dóceis. Elas queriam muito mais do que uma vida doméstica e, por viverem em um período de transformações sociais, ansiavam por um novo lugar social. Foram elas que, com seus anseios, de certa forma contribuíram para que Sigmund Freud pudesse elucidar o enigma dos sintomas histéricos (MOLINA, 2011c).

### 2.3 O ENCONTRO DE FREUD COM O SOFRIMENTO DAS MULHERES

A psicanálise nasce, então, a partir da incapacidade da medicina, em meados do século XIX, de tratar uma série de sintomas. Esses sintomas enigmáticos, que surgiam em mulheres, intrigavam os médicos, porque não conseguiam determinar suas origens ou localizá-los em algum lugar do corpo. O projeto de Freud origina-se de uma dor, “de algo que não quer calar justamente porque não podia dizer: a dor das mulheres” (MOLINA, 2011a, p.12).

Para Le Rider (1992 apud Neri, 2005a), a modernidade vienense é palco para o debate em torno da polaridade masculino-feminino introduzida pela Revolução Francesa. A crise da identidade masculina é o drama central da modernidade vienense, “traduzindo-se ora por uma inquietação sobre a abolição das fronteiras entre o masculino e o feminino, que ameaça o sexo masculino de feminização, ora por uma apologia do feminino” (2005a, p. 67). Em 1903, são publicados dois livros, *Memórias de um doente dos nervos*, do juiz Daniel Paul Schreber (1842-1911), e *Sexo e Caráter*, do filósofo Otto Weininger (1880-1903), ambos dedicados à crise de identidade masculina.

A psicanalista e pesquisadora Regina Neri (2005) analisa o relato autobiográfico de Schreber, cujo delírio gira em torno da ideia segundo a qual haveria um plano que “rege o universo [e que] prevê a possibilidade de renovar a espécie humana [...], por [meio de] um homem [...] que deve ser transformado em mulher para gerar filhos” (2005a, p.67). O delírio do juiz, segundo Neri (2005a), se configura como uma “ilustração magistral da crise de identidade” (2005a, p.68) que transcorre no meio intelectual da modernidade vienense.

A obra de Weininger também se apresenta como uma ilustração dessa problemática. Ele propõe uma bissexualidade originária do ser humano, a partir da qual as identidades feminina e masculina serão construídas. Essa bissexualidade conduziria a uma feminização da cultura.

Como ele proclama em sua obra, a mulher absoluta não possuiu eu, e o criador genial na fragilidade do seu eu se mostra profundamente feminilizado, a feminilidade e a genialidade revelam estar extremamente próximas, o que o fará afirmar que a maternidade seria uma forma de genialidade. Constatando a inextricável confusão do masculino e do feminino na modernidade, essa bissexualização da cultura é para ele reveladora que o elemento feminino ganha espaço em detrimento do masculino, que se encontra em decadência. Horrorizado por essa constatação, inicia um discurso misógino radical contra tudo de feminino que ele encontra na cultura e nele mesmo, conclamando à reconstrução de uma genialidade masculina que pudesse deter a ameaça da degeneração da cultura pelo feminino (NERI, 2005a, p.68-69).

Na mesma medida de Weininger diante da feminização que o conduz à misoginia, há em contrapartida o fascínio do psiquiatra Otto Gross (1877-1920) pela feminilidade. Influenciado pela psicanálise e pela filosofia nietzschiana, ele conclui que o que se deve combater é o patriarcado e que para haver uma humanidade mais livre a revolução deverá ser pela via do matriarcado. O feminino, ao surgir na cena social, tornar-se parte da história e instaura a tarefa de problematizar a questão da diferença entre os sexos (NERI, 2005a).

O encontro de Freud com as histéricas é um dos cenários que inauguram a modernidade. A psicanálise surge, assim, enunciando o discurso das mulheres. Neri (2005a) apresenta duas interpretações acerca da presença da histeria na cena inaugural psicanalítica. Na primeira, a histérica se dirige a Freud com o seu sintoma, pedindo que um saber seja produzido sobre o enigma de sua sexualidade. Aqui, temos a mulher histérica como inspiração para a psicanálise, e o feminino num sentido mais amplo como seu objeto de investigação. Na segunda interpretação, o feminino inauguraria um mal-estar na cultura da razão, enunciando em sua crise “o descentramento do sujeito da razão” (2005a, p.94). “Temos aí a formulação do feminino enquanto sujeito de enunciação do discurso psicanalítico: a histérica como corpo da verdade, o peso da experiência e da palavra da histérica orientando o pensamento de Freud” (2005a, p.94).

Embora a psicanálise tenha se construído em torno da verdade enunciada pelo teatro da histeria, o feminino pouco a pouco se torna um objeto de exame, “o enigma misterioso do continente negro” (Neri, 2005a, p. 94)<sup>16</sup>. Aos poucos, o feminino foi colocado na posição de objeto de um discurso que busca decifrá-lo, tornando-se o grande enigma para o campo que ia sendo construído.

Segundo Neri (2005a), a psicanálise se configura como discurso a partir de duas tarefas impostas na modernidade: a consideração da presença do feminino e, ao mesmo tempo, a limitação de sua presença no espaço social. Em um duplo movimento, o discurso psicanalítico pode ser considerado por dar voz ao feminino, ao mesmo tempo em que aponta sua diferença em relação a ele, o que acaba restaurando culturalmente o papel do masculino como universal. A psicanalista apresenta alguns pontos de argumentação que justificam sua tese de que o feminino, na figura da histeria, é o sujeito por excelência do discurso psicanalítico.

O primeiro ponto gira em torno da crise histérica como teatralização dramática do mal-estar do sujeito, um eu insatisfeito e em crise de identidade. A histeria “enuncia o descentramento do eu da consciência para o inconsciente, bem como o atravessamento do eu para o outro, a passagem da identidade do eu autocentrado do *cogito* cartesiano para um eu que explode como paixão do outro” (Neri, 2005a, p. 96). A teoria da identificação, apresentada por Freud em 1921, está ligada ao teatro da histeria<sup>17</sup>.

Como segundo ponto, Neri destaca o corpo da histérica, cheio de libido, como um corpo que questiona o “dualismo cartesiano corpo-espírito e interroga o saber iluminista herdeiro dessa dicotomia” (Neri, 2005a, p. 96). A histeria desconhece a anatomia, portanto o sintoma expressa outra realidade do corpo. Isto é, um braço paralisado não tem relação com a lesão funcional, mas expressa um valor afetivo que lhe é conferido.

Seguindo adiante, Neri argumenta que a crise histérica representa um mal-estar sexual. Ela mostra que a sexualidade humana não é natural, em sua incessante interrogação “quem sou eu: homem ou mulher?”. Em sua incerteza quanto à identidade sexual, os sintomas mostram que ser homem ou mulher é tornar-se (Neri, 2005a).

---

<sup>16</sup> Ver mais em: FREUD, Sigmund. Novas conferências introdutórias à psicanálise: 33. A feminilidade (1933). In: FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. & FREUD, Sigmund. Sobre a sexualidade feminina (1931). In: FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

<sup>17</sup> SIGMUND, Freud. Psicologia das massas e análise do eu (1921): VII. A identificação. In: FREUD, Sigmund. **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

O último ponto apresentado pela pesquisadora coloca a crise histórica como o “descentramento do inconsciente para a pulsão” (2005a, p. 96). O corpo da histeria é um corpo libidinal que revela um excesso pulsional que as palavras não podem dizer.

No século XIX, a histérica como corpo da verdade expressa uma nova subversão do corpo, na qual é menos questão de um corpo despossuído e mais uma pertinência do corpo, apontando para uma mudança no estatuto do corpo: o deslocamento do corpo desapropriado para sua apropriação subjetiva – o corpo psíquico que exprime a fratura psíquica do sujeito (NERI, 2005a, p. 98).

A histeria na modernidade aponta para aquilo que é íntimo e subjetivo do corpo, o corpo erótico e psíquico não-anatômico. As pacientes que chegavam ao consultório de Freud eram mulheres históricas que traziam consigo um excesso sexual traumático que, não tendo um destino correto, se tornavam espécies de “corpos estranhos” que se manifestavam como sintomas corporais. Freud, praticando o método catártico no início de sua experiência com a histeria, buscava dar um destino para os traumas excessivos que estariam na origem do sofrimento histórico (NERI, 2005a).

Freud se deparou com o sofrimento feminino em seu consultório nos anos 1890, o que o levou a lançar a pedra fundamental do método e do pensamento psicanalítico nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). A psicanalista Maria Rita Kehl (2016a), propõe que no modo de vida burguesa da segunda metade do século XIX estariam as formações sociais que produziram o sujeito neurótico da psicanálise. Nesse direcionamento, ela tenta responder quem foi a mulher freudiana, e qual a origem social do sofrimento sintomático das históricas que chegavam ao consultório dele. Segundo a psicanalista, a cultura europeia dos séculos XVIII e XIX produziu uma quantidade de discursos cujo sentido geral foi o de promover uma adequação entre as mulheres e o conjunto de atributos, funções, predicados e restrições denominado feminilidade.

A ideia de que as mulheres formariam um conjunto de sujeitos definidos a partir de sua natureza, ou seja, da anatomia e suas vicissitudes, aparece nesses discursos em aparente contradição com outra ideia, bastante corrente, de que a “natureza feminina” precisaria ser domada pela sociedade e pela educação para que as mulheres pudessem cumprir o destino ao qual estariam naturalmente designadas (KEHL, 2016a, p. 40).

A feminilidade aparece como um atributo a todas as mulheres, em função das características de seus corpos e da capacidade procriadora. Com isso, produz-se a inclinação para ocupar um único lugar social: a família e o espaço doméstico, a partir do qual se traça um único caminho para todas – a maternidade. Para corresponder a essa determinação ao que é esperado, é necessária a presença das virtudes da feminilidade naquele contexto, que são,

segundo Kehl (2016a), o recato, a docilidade, uma receptividade passiva em relação aos desejos e às necessidades dos homens e, depois, dos filhos.

O filósofo Michel Foucault (1926-1984), em *História da Sexualidade* (1988), analisa como os poderes disciplinares modernos funcionam no microcosmo da vida privada. Segundo ele (1988), nas relações de poder a sexualidade é o elemento dotado de maior instrumentalidade, apto a ser utilizado como ponto de apoio para diversas estratégias de domínio da sexualidade. O filósofo ressalta que não existe uma estratégia única e válida para toda a sociedade referente a todas as manifestações da sexualidade.

A partir do século XVIII surgiram as ciências sexuais, um conjunto de disciplinas e saberes que visavam o adestramento dos corpos e da sexualidade. Foucault, segundo a psicanalista Regina Neri (2005a), contrapõe à hipótese repressiva do poder uma concepção do poder não em termos de uma lei simbólica universal, mas enquanto uma multiplicidade de relações de “forças imanentes a um momento histórico de uma sociedade dada que visa a criar dispositivos discursivos disciplinares de produção de novas formas de sexualidade” (2005a, p. 63). Portanto, não haveria sujeito nem sexualidade universal, mas os modos de subjetivação e sexuação seriam determinados historicamente. Isso produziria formas de subjetividade resultantes de um jogo entre poderes e formações discursivas (NERI, 2005a).

Ainda em *História da Sexualidade* (1988), Foucault mostra que os dispositivos de saber e poder produzidos pelas ciências sexuais vão atuar particularmente sobre o corpo feminino para torna-los patológicos (Neri, 2005a). O primeiro, de quatro dispositivos específicos de saber e poder sobre o sexo, formulados pelo filósofo, foi a “histerização do corpo da mulher”. Para Maria Rita Kehl (2016), a histerização atua como um conjunto de estratégias produtoras da sexualidade feminina, “uma sexualidade adequada ao lugar que deve ser ocupado pela mulher na família burguesa” (2016a, p. 41). Trata-se de um processo no qual o corpo feminino é analisado, qualificado e desqualificado como saturado de sexualidade, sendo assim admitido no campo das práticas médicas como um corpo patológico em sua essência, visando excluir a mulher do espaço público (NERI, 2005a).

Pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização (FOUCAULT, 1988, p.98).

Com relação à Mãe, o filósofo escreve:

A personagem investida em primeiro lugar pelo dispositivo da sexualidade, uma das primeiras a ser sexualizada foi, não devemos esquecer, a mulher “ociosa”, nos limites do “mundo” – onde deveria figurar como valor – e da família, onde lhe atribuíam novo rol de obrigações conjugais e parentais (FOUCAULT, 1988, p.114).

Em consequência disso, surgiu a mulher “nervosa”, que sofre de “vapores”, ponto em que a histerização da mulher encontrou seu alvo de fixação. Essa histerização seria produzida por um discurso consistente, cuja função seria “indicar às mulheres um único lugar – a família – de acordo com sua verdadeira natureza, a feminilidade” (KEHL, 2016a, p.41).

O segundo dispositivo corresponde à “pedagogização do sexo da criança”. Ele reside sobre uma dupla afirmação: 1) quase todas as crianças se dedicam ou são suscetíveis de se dedicarem a uma atividade sexual; e 2) tal atividade, sendo indevida, traz perigos físicos e morais, coletivos e individuais. As famílias, os pais, os educadores e os médicos, deveriam se encarregar “continuamente desse germe sexual precioso e arriscado, perigoso e em perigo” (FOUCAULT, 1988, p.98). A “socialização das condutas de procriação” atuava como “socialização econômica por intermédio de todas as incitações, ou freios, à fecundidade dos casais, através de medidas ‘sociais’ ou fiscais” (1988, p. 98). Por fim, a “psiquiatrização do prazer perverso” procurava uma tecnologia corretiva para as anomalias do instinto biológico e do psíquico.

Nesse período houve a proliferação de afirmações científicas e médicas sobre a verdadeira natureza das mulheres e o lugar determinando para elas na ordem natural, o que revela um “crescente apartamento entre as mulheres e as determinações biológicas, naturais, da feminilidade” (Kehl, 2016a, p.41). A psicanalista cita Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) e sua obra *Emílio, ou Da educação*<sup>18</sup>, onde ele consagra a personagem Sofia, que deve se tornar a esposa de Emílio, como o paradigma do ideal de feminilidade baseado na dedicação, na doçura, na submissão. O filósofo diz: “em tudo que não se prende ao sexo, a mulher é homem” (Rousseau, 1992 apud Kehl, 2016a). Essa afirmação antecipa o modelo freudiano de que a diferença sexual traz diferenças psíquicas entre o homem e a mulher<sup>19</sup>. A diferença sexual determina, então, a posição da mulher na espécie como procriadora e responsável pela manutenção da prole. As características desejáveis de uma mulher dependem dessa diferença fundamental (KEHL, 2016a).

<sup>18</sup> ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio, ou Da educação**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1992.

<sup>19</sup> Ver mais em: FREUD, Sigmund. Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos (1925). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas, vol. 16: O eu e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

Em *Emílio*, a natureza é o fundamento “irreduzível sobre o qual se constituem homem e mulher” (Kehl, 2016a, p. 51). As características de gênero de cada personagem são construídas com as qualidades desejáveis para que cada um cumpra em sociedade seu papel a partir das predisposições naturais. Para Kehl (2016a), a finalidade da educação de *Emílio* é a expansão dos atributos do homem: a força, o caráter, o intelecto, o conhecimento. Já a de Sofia, segue para uma direção restritiva: “ela deve receber somente o essencial do mundo da cultura e desenvolver em sua personalidade apenas o necessário para não interferir em sua virtude essencial, que é a da modéstia” (Kehl, 2016a, p. 51).

Nessa obra o feminino é concebido como uma essência que se define por funções orgânicas específicas, e nela a mulher não seria inferior nem imperfeita, mas “perfeita em sua especificidade” (Neri, 2005a, p.72). A mulher seria, então, dotada de características biológicas condizentes com o espaço doméstico e a maternidade, “e nesse sentido o aprisionamento no espaço doméstico não seria uma determinação social, mas um destino determinado pela natureza” (2005a, p. 72).

Para Maria Rita Kehl (2016a), o texto de Rousseau descreve com clareza os fundamentos do modelo de feminilidade que dominou a Europa durante o século XIX. A mulher, reduzida a seu sexo, deveria ser domesticada para que seus desejos não destruam a ordem social e familiar. Portanto, as qualidades “do recato, do pudor e da vergonha não são inatas às mulheres, mas devem ser cuidadosamente cultivadas para servir de freio a seus desejos” (2016a, p.52). Do mesmo modo, a fragilidade, a doçura e a submissão ao homem são atitudes cultivadas pela educação, para que as mulheres, a partir dessa posição, se tornem submissas e modestas para cuidar da casa e da família.

No que se refere à sexualidade, depois de seus instintos terem sido controlados, a frigidez foi uma consequência para muitas mulheres casadas. A sexualidade só estaria realizada com a maternidade, “as intensidades do parto e dos prazeres do aleitamento seriam o coroamento da vida sexual das mulheres – e de sua autoestima também” (KEHL, 2016a, p.55).

Ao aceitar a posição à qual se esperava que as mulheres correspondessem, ocorreu uma alienação subjetiva. Elas acabaram por renunciar a falar por si próprias e, durante quase todo o século XIX, deixaram de participar “das grandes tarefas da cultura” (Kehl, 2016a, p. 57), tornando-se socialmente invisíveis. Em contraponto, havia a importância da maternidade e da organização da vida doméstica para conferir um certo poder às mulheres. Kehl (2016a) aponta criticamente para o fracasso de uma posição subjetiva que não produz discurso, mas que corresponde ao que já está designado pelo alheio. Se a mulher “só produz filhos, só se produz

como mãe – o que indica, no mínimo, um repertório muito estreito de opções, além de provocar um impasse no plano das identificações” (2016a, p.57). Portanto, no século XIX, a mulher era tida como um animal selvagem, que se necessitava “domar com mão de ferro para que ela possa, pacificada, encarregar-se da paz doméstica” (2016a, p. 58). Para a psicanalista, seria ingênuo pensar que a feminilidade e a maternidade foram impostas às mulheres, que elas as aceitaram passivamente. Pelo contrário:

O casamento fundado nos ideais do amor romântico, a posição de rainha do lar *responsável pela felicidade* de um grande grupo familiar, a posse quase absoluta dos filhos, tudo isso representou, para a maioria das mulheres do século XIX, um destino intensamente desejado e, para muitas, um caminho de verdadeira realização pessoal. O que chamo de *desajuste* entre *as mulheres e a feminilidade*, na sociedade burguesa, não significa que maternidade e casamento tinham sido destinos impostos a uma multidão de mulheres infelizes, contra seu desejo, mas, sim, que sejam caminhos estreitos demais para dar conta das possibilidades de identificação a outros atributos e outras escolhas de outros destinos” (KEHL, 2016a, p. 65, *grifo do autor*).

No contexto moderno, novos destinos e horizontes começavam a se apresentar às mulheres a partir da crescente circulação de informações e de contatos com culturas diferentes (KEHL, 2016a). A crise histórica seria a expressão patológica da neurose feminina oitocentista: “a única reação possível na tentativa das mulheres de encontrar soluções de compromisso entre as antigas posições do gozo feminino<sup>20</sup> e novos anseios que trazem conflito” (NERI, 2005b, p. 107). A histeria seria, segundo Neri (2005b), a expressão negativa das experiências das mulheres, em um período no qual os ideais de feminilidade entravam em conflito com as novas aspirações da mulher.

Na vertente científica, Freud foi um dos primeiros a escutar a crise que suas pacientes atravessavam. Mesmo nomeando esse sofrimento de histeria, apoiado nas evidências de uma sintomatologia já classificada pela psiquiatria, “não significa que tenha sido incapaz de ouvir *outras coisas*, que a psiquiatria, até mesmo na voz de seu mestre Charcot, raramente mencionava” (Kehl, 2016b, p.153). A recusa que as histéricas faziam em aceitar a feminilidade como modelo de subjetivação deve ter criado uma crise em Freud, supõe Kehl, pois ele também compartilhava do “ideal admirável a que a natureza destinou as mulheres” (2016b, p.153). Para a psicanalista, “a manutenção de um ponto enigmático sobre o querer feminino, a representação

---

<sup>20</sup> O conceito de gozo foi raramente utilizado por Freud. O termo tornou-se um conceito na obra do psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981). Inicialmente, estava ligado ao prazer sexual, implicando a ideia de uma transgressão da lei. A teorização do conceito por Lacan foi repensada no âmbito de uma teoria da identidade sexual, expressa em fórmulas da sexuação que o levaram a distinguir dois conceitos de gozo: o fálico e o feminino (ROUDINESCO, 1998).

da mulher como o continente negro da psicanálise”, foram recursos aos quais Freud recorreu como uma forma de manter-se distante do que ele mesmo não queria saber. Questão que, de certa forma, ele já revelou: “a diferença fundamental entre homens e mulheres é tão mínima que não há mistério sobre o “outro” sexo a quem um cavalheiro não pudesse responder indagando a si próprio” (2016b, p.154).

### 3 DIAGNÓSTICO E ESTRUTURA HISTÉRICA

O psicanalista francês Joel Dor (1991a) afirma que Freud levantou a questão da problemática do diagnóstico desde o início da teoria psicanalítica, em 1895/2016, com o artigo *Psicoterapia da Histeria*, presente nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). Ao se deparar com as dificuldades técnicas que o método terapêutico catártico trazia, Freud tirou algumas conclusões importantes. Por um lado, “parecia-lhe difícil obter uma ideia pertinente de um caso de neurose sem tê-lo submetido a uma análise aprofundada” (1991a, p. 13) e, por outro, ele considerava necessário estabelecer um diagnóstico para determinar a orientação do tratamento antes do início do processo terapêutico. Portanto, desde o princípio de sua obra estava posta a ambiguidade em torno do problema do diagnóstico para a clínica: “estabelecer precocemente um diagnóstico para decidir quanto à condução da cura, enquanto a pertinência deste diagnóstico só receberá confirmação após um certo tempo de tratamento” (1991a, p.13).

Essa ambiguidade constitui, segundo o autor francês, a especificidade do diagnóstico em psicanálise. Para enfatizá-la, se apresenta como necessidade um esclarecimento em torno da noção de diagnóstico a partir de sua significação na clínica médica (DOR, 1991a).

Um diagnóstico é um ato médico mobilizado por dois objetivos. Primeiramente, um objetivo de observação destinado a determinar a natureza de uma afecção ou doença, a partir de uma semiologia. Em seguida, um objetivo de classificação, que permite localizar um estado patológico no quadro de uma nosografia. O diagnóstico médico é, então, sempre colocado numa dupla perspectiva: a) em referência a um diagnóstico etiológico; b) em referência a um diagnóstico diferencial (DOR, 1991a, p.14).

Por fim, o diagnóstico médico propõe, além do prognóstico da doença, a escolha do tratamento adequado. Para isso, o médico dispõe de um sistema de investigação: primeiro, parte-se da “investigação anamnética”, destinada a recolher os fatos da patologia através de uma entrevista; em seguida, utiliza a “investigação armada”, com objetivo de reunir informações a partir do exame direto do paciente, contando com o auxílio de instrumentos técnicos, biológicos etc. Um diagnóstico nesse formato, no campo da clínica psicanalítica, é impossível. Isso porque a única técnica de investigação de que o psicanalista dispõe é a escuta, e sua única forma de reunir informações sobre a doença é a verbalização fornecida pelo paciente. Será na dimensão do “dizer e do dito que se delimitará o campo de investigação clínica” (Dor, 1991a, p.14). A avaliação para o diagnóstico em psicanálise é essencialmente subjetiva, na medida em que se sustenta a partir do discurso do paciente, e se apoia na subjetividade do psicanalista que o ouve. O diagnóstico psicanalítico deve levar em conta as

propriedades mais fundamentais do seu objeto: a causalidade psíquica e os imprevisíveis efeitos do inconsciente (DOR, 1991a).

A partir da problemática do diagnóstico em psicanálise, Joel Dor (1991a) apresenta três de seus aprendizados. O primeiro, consiste em evidenciar a dimensão potencial do diagnóstico. Na clínica psicanalítica, “o ato diagnóstico é necessariamente, de partida, um ato deliberadamente posto em suspenso e relegado a um devir” (1991a, p.15); portanto, é quase impossível determinar um diagnóstico sem antes decorrer um certo tempo de análise. O segundo diz respeito à possibilidade de suspensão temporária da intervenção terapêutica, pelo fato de a avaliação ser relegada ao devir de uma confirmação diagnóstica. O terceiro aprendizado, resultante dos dois anteriores, refere-se ao tempo necessário para observação, que deve ser anterior a qualquer decisão ou proposta de tratamento. Esse tempo é nomeado de “entrevista preliminar”, ou, na expressão freudiana, “tratamento de experiência” (DOR, 1991a).

Apesar de se configurar como um período para observação, esse tempo preliminar está presente desde o início do dispositivo analítico, já consistindo no início de uma análise. O psicanalista deve, entretanto, deixar o paciente falar sem interferir além do necessário para a continuidade do relato (DOR, 1991a).

O psicanalista Antonio Quinet (2009a) aponta que a primeira meta da análise é a de ligar o paciente ao seu tratamento e ao analista, e que a função do tratamento preliminar é estabelecer um diagnóstico – num sentido mais específico, conseguir diferenciar entre neurose e psicose. Trata-se de um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, “cuja entrada é concebida não como continuidade, e sim como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar” (2009a, p. 14). Esse ensaio preliminar ou entrevista preliminar é uma condição necessária para a entrada em análise. Entretanto, segundo o psicanalista, durante o processo analítico nem sempre é possível marcar a separação entre o momento prévio e a análise em si, pois a associação livre está atuando em ambos.

Na teoria freudiana, esse ensaio preliminar já é o início de uma análise, com a diferença de que o paciente é posto a falar com poucas interrupções do analista. É nesse momento, segundo Quinet (2009a), que a questão diagnóstica está em jogo. Por terem a mesma estrutura, um paradoxo pode ser construído: as entrevistas preliminares são ao mesmo tempo iguais e diferentes da análise. “A associação livre mantém a identificação das entrevistas preliminares com a análise, e esse tempo de diagnóstico faz com que se distinga” uma da outra (2009a, p. 15).

Na prática clínica, é comum que se estabeleçam correlações entre a especificidade dos sintomas e a identificação de um diagnóstico. Parte-se da suposição de que existe certo determinismo orgânico e, quanto mais conhecimento houver, mais as correlações entre as causas e os efeitos se multiplicam. Entretanto, na práxis psicanalítica não existem correlações estáveis entre causas psíquicas e efeitos sintomáticos para determinar um diagnóstico (DOR, 1991a).

Esta constatação é essencial na medida em que se inscreve de encontro ao funcionamento habitual dos nossos processos mentais. Pensamos espontaneamente numa ordem cartesiana de racionalidades que nos leva, de ordinário, a estruturar nossas explicações segundo linhas de pensamento sistematicamente causalistas no sentido do discurso da ciência. Rejeitar esta ordem de pensamento por implicações lógicas constitui, então, sempre um esforço particular a se produzir na entrada do trabalho analítico (DOR, 1991a, p.18).

Será por meio do relato do paciente que os aspectos de sua estrutura serão localizáveis pelo psicanalista, e é a partir dela que será possível estabelecer um diagnóstico. Essa dinâmica, contudo, não se desenvolve no sentido de uma implicação lógica e imediata: o conhecimento sobre os procedimentos inconscientes invalida a possibilidade de uma relação causal apressada (DOR, 1991a).

O diagnóstico em psicanálise funciona de forma indutiva, ou seja, parte-se do que é mais evidente, do sintoma em si. Questiona-se, em suma, por que o sintoma é como é. Para tentar responder tal pergunta, o psicanalista deve formular uma série de hipóteses. Segundo o psicanalista brasileiro Renato Mezan (2002), tais formulações implicam em conceitos. Para ele, um conceito designa uma “certa classe de coisas, delimitada em relação a outras” (2002, p. 511). O raciocínio é indutivo pois parte de sintoma enigmático, que primeiro necessita ser descrito para, em seguida, buscar o gênero a qual pertence. Uma vez que a categoria é descoberta, o saber que se tem sobre ela passa a valer para aquele caso particular, permitindo uma intervenção eficaz (MEZAN, 2002).

Se a prática clínica é realizada a partir de um método indutivo, a construção do conhecimento inicial de uma determinada terapêutica também o é. No começo de seu trabalho clínico, Freud passa a formular seus primeiros conceitos, de modo que algumas das hipóteses por ele construídas acabam sendo abandonadas. Por exemplo, inicialmente a origem dos sintomas neuróticos estava ligada a uma cena de sedução ocorrida na infância, hipótese que acaba sendo abandonada quando, em meados de 1897, Freud desenvolve a ideia de que eles poderiam ser explicados pela ideia da fantasia (MEZAN, 2002).

Ora, a produção desses conceitos é um pouco rapsódica, isto é, se dá em todas as direções. Freud forja simultaneamente conceitos que poderíamos chamar de

*psicopatológicos*: isto é uma histeria, aquilo é uma obsessão, aquilo outro é uma paranoia, tal coisa é uma neurastenia. (...) Aqui, nós o vemos tateando, tentando classificar os diferentes tipos de perturbação. Há também conceitos *metapsicológicos*: inconsciente, recalque, conflito, etc. Em terceiro lugar, Freud começa a se perguntar por que aquilo que ele faz funciona, e forja conceitos que pertencem à *teoria da técnica*: intervenção, transferência, interpretação, resistência e outros (MEZAN, 2002, p. 512).

O *setting* analítico<sup>21</sup> é o espaço mais evidente para construção da teoria psicanalítica. A teoria se condensa em hipóteses sobre a vida psíquica de que dispõe o psicanalista para se orientar em meio ao fluxo discursivo e vivencial em que consiste um processo analítico. O analista escuta o relato de seu paciente com a teoria e, também, com seu repertório de lembranças, fantasias e experiências, “seu pensamento transita permanentemente entre essas várias dimensões e, dentro da dimensão teórica, entre os vários níveis em que se situam as hipóteses consideradas pertinentes para a compressão da dinâmica específica” (Mezan, 2002, 550), o analista é capaz de guiar suas intervenções.

O diagnóstico diferencial em psicanálise tem apenas uma função direcional, isto é, só terá sentido se servir como orientação para a condução da análise. Para tanto, ele só pode ser buscado no registro simbólico, onde estão articuladas as questões do sujeito em relação ao sexo, à morte, à procriação, à paternidade e à maternidade, quando esta passa pelo Complexo de Édipo. Conforme Quinet (2009a) aponta, o diagnóstico diferencial é feito por meio dos três modos de negação do Édipo, ou seja, da negação da castração do Outro, correspondentes às três estruturas clínicas abaixo descritas.

Um tipo de negação nega o elemento, mas o conserva, manifestando-se de dois modos: no recalque do neurótico, nega conservando o elemento no inconsciente e o desmentido do perverso, o nega conservando-o em fetiche. A forclusão do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa. Os dois modos de negação que conservam implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na forclusão (QUINET, 2009a, p.19).

Cada modo de negação corresponde a um tipo de retorno daquilo que é negado. No recalque, o simbólico retorna sob a forma do sintoma neurótico. Na perversão, o negado retorna sob a forma de um fetiche, e na psicose, o que é negado no simbólico retorna no real sob a forma de alucinação. Esse diagnóstico diferencial se manifesta na clínica, de maneira singular em cada uma das três estruturas.

---

<sup>21</sup> Espaço físico onde ocorre a análise, o *setting* está relacionado com os dois integrantes do processo analítico: analista e paciente.

Na neurose, o sujeito não se recorda do que aconteceu na infância; ocorre a amnésia infantil, mas a estrutura edipiana se manifesta no sintoma. Antonio Quinet (2009) cita o exemplo do caso clínico conhecido como O Homem dos Ratos (1909)<sup>22</sup>, em que a ideia obsessiva do paciente é formulada na frase “se eu vejo uma mulher nua, meu pai deve morrer”. O recalque da representação do desejo da morte do pai retorna no campo simbólico na forma de uma ideia obsessiva, “denota sua estrutura edípica, ou seja, a proibição, conectada ao pai, de ver uma mulher nua” (2009a, p.20). Portanto, o sintoma é a via para a organização simbólica do sujeito.

Na estrutura perversa, há admissão da castração no simbólico e esta é recusada, e a negação ocorre em função do sexo feminino. Por um lado, há a inscrição da diferença sexual e, por outro, essa inscrição é desmentida. O retorno desse tipo de negação é através do fetiche e sua estrutura pode ser compreendida através da linguagem. No artigo sobre *O Fetichismo* (1927)<sup>23</sup>, Freud apresenta o caso de um paciente cuja condição de desejo está conectada a um determinado brilho no nariz. A análise desvenda um jogo linguístico que permite entender essa relação: brilho, em alemão é *glanze*, é homófono a *glance* que significa olhar, em inglês. Portanto, o segredo desse fetiche residia no fato de que o paciente viveu seus primeiros anos de infância num país de língua inglesa. “Eis a pista da constituição desse fetiche que demonstra sua determinação pelas coordenadas simbólicas da história do sujeito, denotando, como fetiche, o objeto pulsional em questão (o olhar)” (QUINET, 2009a, p.21).

Na psicose, o significante retorna no real, apontado a relação de exterioridade do sujeito com o significante. De uma forma geral, o sintoma se manifesta em alucinações, intuições delirantes, onde o sujeito atribuiu uma significação enigmática a algum evento, e não consegue explicá-la. São ecos no pensamento, ou pensamentos impostos em que o sujeito não reconhece como pertencente à sua cadeia de associação (QUINET, 2009a).

É recorrente na literatura psicanalítica a afirmação de que o sujeito histérico apresenta uma inclinação aos sintomas de conversão<sup>24</sup>. Da mesma forma, a histeria se caracteriza pela predominância da formação de estados de angústia. Essas indicações apresentam um interesse

---

<sup>22</sup> Ver mais em: SIGMUND, Freud. Observações sobre um caso de neurose obsessiva (“O Homem dos Ratos”, 1909). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, VOL. 9:** observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos Ratos”], uma recordação da infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910). São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

<sup>23</sup> Ver mais em: SIGMUND, Freud. O fetichismo (1927). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas, vol.17:** Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

<sup>24</sup> Os sintomas de conversão são característicos da neurose histérica, isto é, são aqueles em que o afeto ou a ideia reprimida retorna na forma de sintoma no corpo.

diagnóstico, na medida em que participam da classificação de sintomas. Entretanto, esses sinais clínicos são insuficientes para um diagnóstico rigoroso de histeria. Essas duas características precisam ser “fortalecidas pelo balizamento de traços estruturais” (DOR, 1991b) para a confirmação do quadro.

De forma geral, a clínica da histeria se divide em três grandes quadros: a histeria de conversão, a histeria de angústia, e a histeria traumática. Do ponto de vista nosográfico, esses tipos de histeria se distinguem por uma sintomatologia fundada na especificidade dos sintomas, como ocorre nas qualificações psiquiátricas. Na psicanálise, essa especificação é secundária, e sua diferenciação é feita segundo índices mais profundos que contribuem para precisar a estrutura: os traços estruturais. Quer seja uma paciente que apresente sintomas de conversão, ou um indivíduo com sintomas de fobias e angústias, a intervenção “terá eficácia apenas se conseguir desmobilizar a economia neurótica do desejo, ou seja, se levá-la ao nível estrutural para além das manifestações periféricas dos sintomas” (Dor, 1991b, p. 69). É preciso saber, também, que algumas expressões sintomáticas da histeria estão presentes em outros tipos de neuroses. Portanto, é necessária uma avaliação rigorosa dos traços da estrutura (DOR, 1991b).

Os traços estruturais são o que se poderia chamar de *alienação subjetiva do histérico em sua relação com o desejo do Outro* (Dor, 1991b). Esse é um dos elementos mais constitutivos do funcionamento da estrutura histérica. A esse respeito, o psicanalista francês destaca a necessidade da ocorrência de uma problemática do ter – para ele, o epicentro da questão do desejo histérico. O termo desejo é empregado no contexto de uma teoria do inconsciente para designar uma propensão e sua realização. Nesse sentido, o desejo é realização de um anseio inconsciente. Na teoria freudiana, o desejo pode tanto se realizar, quanto ser concluído. Não se trata de uma necessidade biológica: esse desejar está ligado a traços mnêmicos, isto é, às lembranças. Essa realização apartada da consciência é alucinatória, e suas percepções são transformadas em signos da satisfação. Esses signos têm sempre um caráter sexual, uma vez que o desejo tem como causa a sexualidade (ROUDINESCO, 1998).

Na teoria freudiana, em *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), o falo, objeto de desejo edipiano, é aquilo de que o sujeito histérico se sente injustamente privado. “Ele não pode delegar a questão de seu desejo a não ser àquele que é suposto tê-lo” (Dor, 1993b, p.69). Nesse sentido, a histérica não se interroga sobre seu desejo senão junto ao Outro, que é suposto deter a resposta para o enigma da origem do desejo em questão (DOR, 1993b).

O psicanalista Antonio Quinet (2012) define o Outro como a alteridade do eu consciente, isto é, como o local de onde vêm as determinações simbólicas do sujeito. “É o

arquivo dos ditos de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância” (2012, p. 21), o lugar de onde o sujeito se questiona sobre sua existência, seu sexo e sua história.

Na base da estratégia clínica, o direcionamento analítico proposto e o diagnóstico devem estar correlacionados. Para a histérica, o Outro é o Outro do desejo, marcado pela falta e pela impotência de alcançar a satisfação.

A histérica confere ao Outro o lugar dominante: na cena da sedução de sua fantasia, em que figura o encontro com o sexo, ela não está presente como sujeito, mas como objeto: “não fui eu, foi o Outro”. Isso aparece na clínica como uma reivindicação ao Outro, a quem, diferentemente do obsessivo, ela não deve nada: é o Outro que lhe deve (QUINET, 2009a, p.24).

Isso permite compreender em que sentido esse outro serve de suporte aos mecanismos identificatórios, tanto no que se refere ao feminino quanto ao masculino. A identificação histérica encontra sua origem no princípio dessa alienação. Por exemplo, uma mulher histérica pode facilmente identificar-se com outra, se a primeira supuser que a identificada conhece a resposta ao enigma do desejo: “como desejar quando se está privado daquilo a que se tem direito?” (Dor, 1993b, p. 69).

A partir do momento em que uma mulher desejante se apresenta como “não tendo”, mas desejando-o apesar de tudo junto àquele que é suposto tê-lo, esta mulher aparece de imediato, para o histórico, como aquela que lhe trará a solução para sua questão. Daí a identificação subsequente da histérica com seu “modelo” (DOR, 1993b, p. 70).

Entretanto, essa identificação é um artifício neurótico, uma cegueira que não contribuiu para a solução esperada. Os processos identificatórios atestam a alienação subjetiva do sujeito histórico em sua relação com o desejo do outro. Esses processos favorecem à influência e à sugestão, e operam em conjunto com duas condições. É necessário que aquele que sugere tenha sido investigado pela histérica em um lugar privilegiado e, por outro lado, a histérica precisa reconhecer em si os meios para poder responder ao que ela acredita que este outro espera dela. O lugar privilegiado é aquele instituído pela histérica, na medida em que supostamente o outro sabe aquilo que a histérica se esforça para desconhecer sobre a questão de seu desejo (DOR, 1993b).

A associação livre marca o início da psicanálise e, também, é o ponto em que a análise deve começar. Mais de um século depois de sua instauração, essa regra fundamental continua presente na técnica psicanalítica (ROUDINESCO, 1998).

A noção de estrutura refere-se a um conjunto de elementos que mantêm uma relação entre si, sendo que essa relação e sua articulação são mais importantes que os elementos em si.

A psicanalista argentina Cintia Palonsky (1997a), apresenta uma maneira de representar uma estrutura:

$$\frac{a}{b} : \frac{c}{d}$$

O diagrama acima propõe uma relação entre relações, na medida em que as posições estão marcadas e os elementos mantêm uma relação lógica entre si. “Isto quer dizer que cada um dos elementos da expressão tem uma importância pelo lugar que ocupa *em relação aos outros elementos*, não em si mesmo” (Palonsky, 1997a, p. 15). A expressão também poderia ser composta por números, mas isso não tem importância: o que determina seu valor é a posição que cada número ou letra ocupa em relação aos outros. A mesma lógica acontece na estrutura da língua: não é possível juntar as palavras de forma aleatória; tal como numa equação, existem regras que precisam ser seguidas. Ao falar ou escrever, por exemplo, o predicado precisa concordar com o sujeito, fazer a concordância em gênero, número etc. Assim como na estrutura numérica, não importa qual o elemento colocado na estrutura, desde que a relação seja mantida (PALONSKY, 1997a).

Essas considerações também se aplicam ao sujeito na psicanálise. Uma vez que faz parte de estruturas, se não fosse em relação a elas o sujeito não existiria. Por exemplo, a palavra pronunciada pela mãe é importante porque provém do lugar da mãe, e seu valor depende do lugar por ela ocupado na estrutura. Na relação com o analista, o valor da palavra é dado pelo lugar que o analista ocupa, e não pela pessoa do analista. Enfim, o ser humano faz parte de uma estrutura mesmo antes de nascer, “uma vez que ninguém chega num vazio” (Palonsky, 1997a, p. 17). Tanto na família quanto na cultura que será inserida, já existe um lugar reservado para a criança que ainda não nasceu. Em outras palavras, isso significa que fora da vida de um sujeito existem determinações anteriores e exteriores a ele. Portanto, a estrutura na qual todo ser humano se insere, dita externa ao sujeito e que de alguma forma o determina, é nomeada pela psicanálise de Outro (*Autre*). Esse Outro é um lugar estrutural que pode ser ocupado por um deus, por uma religião, pela psicanálise, enfim, por qualquer coisa (PALONSKY, 1997a).

Um aspecto fundamental dessa noção diz respeito à inexistência de uma estrutura completa, infalível. Toda estrutura apresenta uma falha que lhe é “inerente, não sendo, portanto, devida a alguma contingência” (Palonsky, 1997a). A essa falha, a psicanálise nomeia castração simbólica. A noção de falta ou falha aparece porque existe uma suposição de certa completude. Como aponta a psicanalista, nada falta à estrutura, ela é como é.

Dada, porém a suposição da completude e da falta que lhe é correlativa, chamamos de *falo* àquilo que completaria a estrutura, àquilo que supostamente

falta. O Outro, enquanto estrutura, implica também uma castração, e a maneira como o sujeito se posiciona frente à castração do Outro e à sua própria resulta na definição ou no estabelecimento do que denominamos *estrutura clínica* (PALONSKY, 1997a, p. 19).

Dessa forma, a estrutura clínica está definindo uma posição do sujeito em relação à castração do Outro e à própria, estando, portanto, relacionada a uma posição do sujeito e não a um tipo de sintoma. Apesar de ser comum ouvir-se falar em sintomas histéricos ou obsessivos, não é possível caracterizar uma estrutura a partir dos sintomas. Fazer um diagnóstico de estrutura é um processo que consiste em determinar a posição do sujeito frente à castração. Ao lado dessa posição, cada estrutura se organiza em torno de uma pergunta fundamental: na histeria, em relação ao sexo; e na neurose obsessiva, em relação à vida e à morte (PALONSKY, 1997b).

O conceito de castração para a psicanálise, não corresponde à concepção habitual da mutilação dos órgãos sexuais, mas se refere a uma experiência psíquica, vivida de forma inconsciente pela criança por volta dos cinco anos. A característica essencial dessa experiência consiste no fato de que, pela primeira vez, a criança reconhece a diferença anatômica entre os sexos. Até esse momento, ela vivia na ilusão da onipotência e, depois desse reconhecimento, com a experiência da castração. A experiência inconsciente da castração é renovada ao longo de toda a existência do sujeito, e será também colocada em jogo durante o processo analítico do paciente adulto (NASIO, 1997).

Freud se deparou durante seu trabalho com a castração com um menino de cinco anos – caso clínico que foi publicado com o título *Análise da fobia de um garoto de cinco anos (“O pequeno Hans”, 1909)*<sup>25</sup>. Foi através dessa análise, e apoiando-se nas elaborações de outros pacientes adultos, que o psicanalista destacou esse complexo. A castração se desenvolve em quatro fases nos meninos, e nas meninas em quatro tempos totalmente diferentes (NASIO, 1997).

É importante destacar a diferença entre a teorização das estruturas clínicas e a sua casuística. De maneira geral, as estruturas estão bem delineadas em livros e artigos, mas no dia a dia clínico, outra situação se mostra. Conforme Palonsky (1997b), os quadros com os quais um psicanalista se depara em seu consultório nem sempre são tão nítidos como aqueles apresentados pela literatura da área. Do ponto de vista teórico, é possível identificar a estrutura de um paciente, “o qual não pode estar em duas posições ao mesmo tempo” (1997b, p.21);

---

<sup>25</sup> Ver mais em: Freud, Sigmund. *Análise da fobia de um garoto de cinco anos (“O pequeno Hans”, 1909)*. In: Freud, Sigmund. **Obras completas, vol. 8: O delírio e os sonhos na *Grádiva*, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

porém, na prática clínica, “às vezes pode-se duvidar durante muito tempo acerca da estrutura de um determinado sujeito” (1997b, p. 21). Fazer um diagnóstico estrutural não é a condição para o início de uma análise, mas é necessário que o psicanalista consiga aproximar-se das três grandes estruturas – psicose, neurose e perversão. Por outro lado, o diagnóstico dá ao analista certas indicações de como trabalhar em direção à cura (PALONSKY, 1997b).

A histeria possuiu um quadro de manifestações diversas. Algumas, como a chamada psicose histérica, são tão variadas que alguns de seus sintomas englobam elementos de outra estrutura. Com relação a essa pluralidade de manifestações e sintomatologias, a psicanalista Cintia Palonsky (1997c) afirma que os quadros atuais são muito diferentes daqueles descritos no fim do século XIX. Naquela época, as descrições feitas tanto por Freud quanto por Charcot eram de pacientes com graves paralisias, perturbações e as “grandes conversões históricas”. Para a psicanalista, pacientes desse tipo não são a maioria nos consultórios dos analistas atuais. Portanto, é possível considerar que a aparência contemporânea dos sintomas seja divergente daquela dos tempos de Freud. Essa diferenciação, que faz com que o sintoma apareça sob determinada forma em determinada época, aponta para a importância das identificações para seu estabelecimento e tratamento. Portanto, um diagnóstico de estrutura clínica não pode ser feito apenas considerando um certo tipo estrutural, mas toda a complexidade de sua sintomatologia (PALONSKY, 1997c).

O conceito de castração, portanto, é necessário para o reconhecimento de uma estrutura clínica em psicanálise. Trata-se de uma formulação central para o campo, haja vista que possibilita um diagnóstico diferencial em termos de estrutura clínica. O sujeito neurótico foi confrontado com a castração do Outro e, pela via do recalque, esse saber é afastado do plano consciente. O sujeito, mesmo sabendo da causa daquilo que o afeta, faz como se não o soubesse. Esse é o fundamento da neurose, presente tanto na histeria quanto na neurose obsessiva (PALONSKY, 1997c).

Há toda uma gama de sintomas nos quais a histeria vai se fazer representar. Entender isso implica considerar que o mecanismo por excelência da histeria é o recalque. Esse é o mecanismo comum a todas as neuroses; porém, na histeria, se configura como o mecanismo característico para a definição do quadro. O recalque consiste na passagem efetuada por determinando significante, afeto ou pensamento, para o inconsciente; de modo que, em seu lugar, reside uma falta. O trabalho de análise também consiste em encontrar esse significante ausente. Se na estrutura histérica, sempre algo está em falta, essa “coisa que supostamente poderia existir” também poderia ganhar “um ponto final” (Palonsky, 1997d, p.70). Durante a

análise, diversos significantes surgem, produzindo vasta quantidade de efeitos. No caso de um paciente histérico, o analista deve tentar encontrar esses significantes que, provavelmente, vão aparecer através dos sintomas: “isso porque qualquer sintoma histérico é, por definição, a tradução de uma frase que não foi colocada em palavras” (PALONSKY, 1997d, p.71).

Um dos sintomas em que a histeria se faz representar é conhecido como conversivo, ou como conversão histérica. Localizado no corpo produzindo paralisias, anestésias (perda de sensibilidade) ou dores localizadas, está diretamente relacionado à questão da erotização corporal (PALONSKY, 1997d).

O que se produz através do simbólico é uma erotização do corpo, o que não é algo natural no sentido de que o corpo em si, como organismo, não é erótico. A erotização é algo que vai se dando através de um processo que tem a ver com o imaginário e com o simbólico. Essa erotização do corpo pode ser mais ou menos estável, uma vez que existem situações em que tal erotização pode cair, resultando no aparecimento do real. Assim, são feitos esforços para que esse real não apareça, nem no nosso corpo nem no dos outros (PALONSKY, 1997d, p. 72).

A conversão histérica se dá em função da erotização relacionada aos lugares menos esperados, como, por exemplo, no caso de uma paralisia de perna. Sua manifestação não obedece à lógica do ponto de vista orgânico, abrindo caminho para que todo o corpo possa ser erotizado. Sendo o sintoma aquilo que está sendo representado, a histérica traz uma demanda através dele. Ou seja, na histeria o sintoma tem caráter de demanda: a histérica fala através dele (PALONSKY, 1997d).

Entender a histeria em sua estrutura significa pensar na posição do sujeito, independentemente do quão “normal” ou “exótica” as condutas do mesmo pareçam. É fundamental entender esse ponto para não haver uma confusão entre a histeria e a psicose, por exemplo. Tal equívoco pode levar o indivíduo a uma psiquiatrização, e seus sintomas podem se tornar crônicos. A condução de uma análise deve deparar-se com a castração do próprio sujeito e a do Outro, e lidar com os limites da possibilidade simbólica através da inclusão do real. Esse é o caminho difícil e angustiante que o sujeito histérico deve percorrer em sua própria análise.

O psicanalista francês Paul-Laurent Assoun (1993) classifica os *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) como o balanço de cerca de quinze anos da relação de Freud com as mulheres histéricas. A princípio, pode-se pensar que o papel da histérica foi apenas ilustrar a histeria; contudo, foi o contrário que se deu. Isso porque Freud foi o primeiro a se permitir enunciar, através da histérica, um novo saber.

Isso não o impediu de pretender, como o título indica, aprofundar a compreensão da histérica como tal, mas o que o livro enunciou foi algo inteiramente diferente: ficamos

condenados, a partir de então, a não procurar em nenhum outro lugar, a não ser na estratégia desejante da histérica, o “segredo” da histeria (ASSOUN, 1993, p.52).

O que os estudos transformam em saber é a História do que é a histeria. Em seus textos, Freud dá todos os elementos para decifrá-la. Quando fala sobre o sintoma histérico, a relação está ali, mas posta de uma forma implícita: o relato do encontro com a histérica, a cena primária do encontro com a feminilidade. Na afirmação de que a histérica sofre de reminiscências está a nomeação da causa do sofrimento, e o sintoma é colocado como máscara dessa causa (ASSOUN, 1993).

O ponto cego dessa relação são os momentos em que a histérica persiste em seu sintoma. Nessas situações, surge o sujeito por trás do processo. Assim, Freud precisa improvisar uma postura e intervenção; ele “sustenta voluntariamente o discurso da razão indignada, e trata a persistência do sintoma como racional” (Assoun, 1993, p.53). Freud poderia tolerar, dentro da relação analítica, uma mulher adoecer sem saber os motivos para isso; mas, caso a paciente persistisse no desconhecimento, tornava-se necessário sustentar a linguagem da razão autoritária.

No caso clínico da Sra. Emmy von N. (1893c/2016), ocorreu uma situação durante seu tratamento que ilustra essa relação. Ela se recusava a beber água e a se alimentar mais do que estava habituada. Quando Freud sugeriu que nas próximas refeições ela comesse mais, isso acarretou dores estomacais nela. Na sessão de hipnose, o psicanalista tentou adormecê-la, mas pela primeira vez seu recurso fracassou. Na sequência, ela lançou-lhe um olhar furioso, fazendo-o perceber que ela se encontrava em plena revolta.

Renunciei à hipnose e anunciei que lhe daria 24 horas para refletir e conformar-se à opinião de que as dores de estômago provinham apenas de sua apreensão; e passado esse intervalo de tempo lhe perguntaria se ainda julgava que se pode estragar o estômago por oito dias com um copo de água mineral e uma refeição modesta e se dissesse que sim, eu lhe pediria que partisse (FREUD, 1893c/2016, p.122).

Nessa situação, está claro para Assoun (1993) que o “dono do saber transforma a resistência em ameaça” (1993, p. 53): primeiro, há o ultimato acompanhado de um prazo; depois, o encaminhamento do sujeito à sua própria razão, para julgar a racionalidade de sua crença; e, por fim, a escolha de renunciar ao seu sintoma ou ao mestre. E, de fato, a estratégia funcionou. Por parte da paciente estabeleceu-se uma nova relação: ela cedeu, mas se defendeu “com um humor que traduz a emergência de uma fala que só se deixa domar na aparência” (1993a, p. 53). A sra. Emmy declarou, após o período determinado por Freud: “acredito que [meu sintoma] venha de minha angústia, mas apenas porque você o diz” (1893c/2016, p.122). Para Paul-Laurent Assoun (1993), essa formulação anotada por Freud sugere que o psicanalista

reconhecesse ali um traço de verdade, pois diz com exatidão o que pretende dizer: “essa verdade tem seu dizer como causa” (1993, p.54)

Trata-se de um assentimento que certamente merece uma decomposição lógica. O sujeito percebe que esse assentimento à veracidade da interpretação deixa inalterado o estado do próprio sujeito da enunciação. Emmy diz “sim” à interpretação freudiana, confirmando, portanto, seu “valor de verdade” (no sentido lógico do termo), mas se distancia de seu próprio assentimento, como se estivesse colocada à margem de si mesma. Ela se recusa a produzi-lo pessoalmente, como se tivesse que se manter à distância: “não sou eu que aprovo, embora esteja dizendo que sim; só faço ecoar a fala que você anuncia *em meu lugar* (ASSOUN, 1993, p. 54, *grifo do autor*).

Em pouco tempo, sua ironia histórica se torna mais aguçada e, no momento da execução da ordem de beber e comer, ela afirma que estava comendo muito bem, que até ganhou peso, e que bebeu quarenta garrafas d’água, questionando Freud sobre a continuidade dessa sugestão. O que fica implícito na fala de Emmy é o questionamento preciso do inconsciente: “até quando precisarei obedecer, para que finalmente você saiba... o que eu quero?” (ASSOUN, 1993). Em outra ocasião, quando Freud (1893c/2016) tentou utilizar sua razão autoritária, ela respondeu que ele não deveria ficar sempre perguntando a origem disso ou aquilo, mas tão somente deixar que ela falasse. Essa réplica de Emmy permitiu à Freud enunciar o princípio da associação livre (ASSOUN, 1993).

O dispositivo freudiano da associação livre corresponde “ao estatuto do inconsciente, estruturado como uma linguagem, impondo ao analisante a tarefa da decifração do saber inconsciente, sustentada, na transferência, pelo analista” (Quinet, 2009b, p. 9). Essa foi a única regra imposta pelo criador da psicanálise. Ao aceitar a proposta da Sra. Emmy, o psicanalista generaliza e postula a inclusão do saber “nos ditos dos pacientes para construir a análise como *talking cure* – a cura pela fala, o tratamento da palavra” (2009b, p. 9). Em um dos seus últimos artigos, Freud (apud Quinet, 2009b) escreve que o paciente deve relatar não somente aquilo que pode dizer de boa vontade, mas também tudo aquilo que lhe vem à cabeça, mesmo que seja desagradável dizê-lo, mesmo que pareça sem importância ou seja absurdo. Quando o paciente consegue colocar de lado sua autocrítica e censura, o material psíquico, composto por pensamentos, ideias e lembranças, está sujeito à influência do inconsciente<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Ver mais em: SIGMUND, Freud. Esboço da psicanálise (1938). In: Freud, Sigmund. **Obras completas, vol. 19:** Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939). São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

#### 4 DA ETIOLOGIA AOS CASOS CLÍNICOS: A HISTERIA ENTRE 1886 E 1896

Este capítulo derradeiro aborda a histeria e suas manifestações nos anos iniciais da criação da teoria psicanalítica. Para isso, são estudadas as manifestações do sintoma histérico entre os anos de 1886 e 1896 – período que tem como ponto culminante a publicação, junto a alguns dos casos clínicos de suas pacientes, dos *Estudos sobre a histeria* em 1895, livro produzido por Freud em coautoria com Josef Breuer (1842-1925)<sup>27</sup>. Os *Estudos* são um balanço de cerca de quinze anos de trabalho com as mulheres históricas: encontros transformados em saber.

Um fator que contribuiu para o estudo da histeria foi o encontro de Sigmund Freud (1856-1939) com médico francês Jean-Martin Charcot (1825-1893), entre outubro de 1885 e maio de 1886, na ala feminina do Hospital Geral de Paris, a *Salpêtrière*. Num primeiro momento, será feita a contextualização desse período, além de considerações sobre suas repercussões para o nascimento da psicanálise e, principalmente, para o diagnóstico da histeria e a sistematização do sintoma. Essa contextualização é necessária, pois, segundo o biógrafo e historiador Peter Gay (2012a), foi Charcot quem impeliu Freud em direção à psicologia e à pesquisa das neuroses, em especial a histeria.

Em seguida, analisa-se a evolução do conceito de histeria dentro da teoria psicanalítica. Os textos serão usados em ordem cronológica de publicação e constituem a base para a exposição do pensamento de Freud sobre o tema. Os artigos publicados nesse período são: *Histeria* (1888), *Esboço para a “Comunicação Preliminar” de 1893* (1888), *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas* (1888), *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos históricos: uma conferência* (1893), *As neuropsicoses de defesa* (1894/1996), *A hereditariedade e a etiologia das neuroses* (1896), *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896), *A etiologia da histeria* (1896).

Como texto de apoio para esses exames, mobiliza-se a obra do psicanalista sueco Ola Andersson (2000), que propõe um estudo da historiografia da psicanálise entre 1886 e 1896, principalmente no que diz respeito à etiologia das neuroses. Foi nesse período que conceitos fundamentais foram teorizados, como os de defesa, repressão e ab-reação, além da construção

---

<sup>27</sup> Josef Breuer foi um médico austríaco que no fim dos anos 1870 passou da fisiologia para a psicologia e se interessou pela hipnose. Em 1877, conheceu Freud. Logo ambos se tornaram íntimos. Breuer se interessou pelo futuro do jovem Freud e se tornou, de certa forma, seu conselheiro (ROUDINESCO, 1998).

do *setting* terapêutico e da formulação da técnica de análise, que se configuraram nos moldes como são praticados até os tempos atuais. O psicanalista mostra de maneira detalhada o balanço que Freud fez acerca de seu período de estudos com Charcot, que culmina, em 1892, com a enunciação da psicopatologia que viria a ser chamada de histeria.

Ao investigar a etiologia dos sintomas histéricos, Freud descobriu também um método terapêutico que considerou de grande importância prática. É no *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) que o autor busca explicar como esse método atua, sua diferença em relação aos métodos propostos anteriormente e as dificuldades por ele encontradas no processo. Além disso, Freud esboça mostrar a seus leitores até onde esse método seria capaz de levar a teoria e a prática psicanalíticas.

#### 4.1 O MESTRE JEAN-MARTIN CHARCOT

O psiquiatra francês Étienne Trillat (1991a) afirma que a histeria está ligada ao nome de Jean-Martin Charcot (1825-1893). Em 1848, Charcot é recebido no internato de Paris e alocado no setor comandado por Pierre Rayer (1793-1867) no Hospital Salpêtrière. Sua carreira será construída nessa instituição, onde, graças ao apoio de Rayer, em 1862 ele se torna chefe de setor. Após dez anos de trabalho, assume a matéria de anatomia patológica, tornando-se um consultor para o tema, em níveis nacional e internacional. Em 1884, é nomeado professor da clínica de doenças nervosas, em cadeira criada para ele pelo ministro León Gambetta (1838-1882). Trata-se da primeira disciplina de neurologia no mundo. Toda sua carreira como pesquisador, clínico e docente se desenvolveu dentro da Salpêtrière, local reconhecido também pelo trabalho do psiquiatra Philippe Pinel<sup>28</sup> (1745-1826).

A Salpêtrière era o maior asilo da França, além de ser um hospital geral para mulheres. O historiador Didi-Huberman (2015), nomeia a Salpêtrière como a *cidade das mulheres incuráveis*: no ano de 1873, eram 4.383 asilares. Em 20 de setembro de 1903, Jules Claretie (1840-1913) escreve para a revista *Les Annales: Politiques et littéraires*, um artigo sobre o hospital – texto que ao mesmo tempo dimensiona a tarefa do médico e a grandiosidade do local:

Mas essas coisas da terra e além, Charcot as estudou, as adivinhou, as explicou. Devia tê-la visto neste hospital onde, perto da porta de entrada, a sua estátua está de pé há séculos. La Salpêtrière é como uma cidade dentro da cidade. Atrás de seus muros vive, ferve e se arrasta, ao mesmo tempo, toda uma população especial: velhos, pobres mulheres, repousantes que esperando a morte nos bancos, loucos gritando sua fúria

---

<sup>28</sup> Philippe Pinel é considerado do pai da psiquiatria. Ele propôs uma nova forma de tratamento para a loucura: libertar os pacientes de aprisionamentos e transferi-los aos manicômios, espaço destinado somente aos doentes mentais.

ou chorando sua tristeza no pátio dos inquietos ou da solidão da cela. As grossas paredes gradeadas dessa *citta dolorosa* parecem ter preservado, em seu solene estado de ruína, o caráter majestoso de um bairro do tempo de Luís XIV esquecido na Paris dos bondes elétricos. É como o Versalhes da Dor. (CLARETIE, 1903, p.179-180).

O ano de 1870 marcou o encontro do neurologista com sintomas histéricos em pacientes. Nesse momento, suas pesquisas sobre a esclerose múltipla, as artropatias tabéticas<sup>29</sup> e a esclerose lateral amiotrófica<sup>30</sup> (ELA), entre outras, já estavam consolidadas (Trillat, 1991a). As circunstâncias de seu encontro com pacientes histéricas são relatadas pelo neurologista Pierre Marie (1853-1940), seu discípulo direto, como um mero “acaso que mergulhou seu mestre em plena histeria” (Roudinesco, 1989, p.38). A ala Saint-Laure, que pertencia ao setor de psiquiatria, estava em tão mau estado que a administração hospitalar teve de evacuá-la. A evacuação foi a ocasião usada para separar os loucos dos não epiléticos, e os epiléticos não alienados e das histéricas. Pelo fato dessas duas últimas categorias apresentarem crises convulsivas, ambas foram reunidas num único setor especial, chamado de Setor dos Epiléticos Simples (ROUDINESCO, 1989; TRILLAT, 1991a).

Sendo Charcot o mais antigo dos médicos da Salpêtrière, o novo serviço foi confiado a ele, ocorrendo assim sua imersão no mundo da histeria. Nas salas da ala Pariset, estava internada há anos uma quantidade significativa de mulheres epiléticas. Misturadas a elas, encontrava-se certo número de jovens histéricas cujas famílias, no empenho de se livrarem delas, internaram-nas no hospital. Foi nesse período que o médico francês se interessou pela doença e pelo hipnotismo, trazendo um novo conteúdo ao conceito de neurose e iniciando seu trabalho de observação e estudo da semiologia diferencial da histeria (ROUDINESCO, 1989).

Em suas aulas, segundo a historiadora e psicanalista Elisabeth Roudinesco (1989), Charcot era adepto de uma clínica fundamentada na teatralização dos sintomas, deixando claro que

A anatomia patológica não teria senão uma existência incerta se fosse realmente reduzida tão somente à contemplação da lesão morta... Na realidade, os vínculos da anatomia patológica com os setores limítrofes da biologia são indissolúveis. Situada numa espécie de posição intermediária entre a anatomia normal, por um lado, e a patologia, de outro, ela se une estreitamente, ao mesmo tempo que se confunde com elas por uma transição imperceptível (ROUDINESCO, 1989, p.30).

Charcot adota a mesma posição do médico e fisiologista Claude Bernard (1813-1878), segundo a qual “não se deve subordinar a patologia à fisiologia, é o inverso que se tem de fazer” (Roudinesco, 1989, p.31). Para ele, primeiramente era necessário colocar o problema médico

<sup>29</sup> Refere-se à degeneração progressiva de uma articulação dos pés, pernas ou pélvis.

<sup>30</sup> É uma doença que afeta o sistema nervoso de forma degenerativa e progressiva, acarretando paralisia motora irreversível.

tal como era dado pela observação da doença, para, em seguida, procurar fornecer uma explicação fisiológica.

Foi a partir de 1870 que Charcot iniciou a construção de um quadro clínico da Grande Histeria; quadro que, no decorrer dos anos, foi enriquecido e aumentado por seus discípulos. Esse quadro parte do que é mais neurológico em direção ao mais psicológico e, de maneira geral, distingue quatro fases. A primeira, fase aura, ou a dor ovariana, também pode marcar o início da crise; a segunda, fase epilética ou epileptóide, é o ataque propriamente dito, com gritos, palidez, perda de consciência e queda seguida de rigidez muscular. Em seguida, a fase clônica ou clonesca, em que tudo é histérico: aqui surgem os grandes movimentos, contorções de caráter intencional, gesticulações teatrais imitando as paixões, o pavor, o medo, o ódio, etc. E, por último, a fase resolutiva, em que aparecem soluços, choros e risos. O que garantiu a validade dessa definição clínica, segundo Trillat (1991a), foi a descrição formal com enumeração e sequências regradas, pois a ordenação de fenômenos proposta obedece a uma regra imutável, garantindo assim a solidez do conceito de “histeroepilepsia”.

Apesar dessa sistematização, outras coisas ocorrem com as pacientes no interior do quadro. A crise é antes de tudo afetiva: um drama pessoal é encenado, se exterioriza e se mostra – características evidentes para Charcot. É esse o conteúdo que diferencia a crise histérica da crise epilética, e que o faz dizer “tudo é histérico”. Em uma aula, o médico relata o caso em de uma doente de 48 anos de idade, hospitalizada há mais de vinte. Ela apresenta contorções, grita, uiva e pragueja contra personagens imaginários, lançando a eles olhares furiosos. Esse delírio, aponta Charcot, gira em torno de acontecimentos pontuais que determinaram as primeiras crises. Buscando pela origem dos sintomas, observou-se que na idade de 11 anos ela havia sido atacada por um cachorro. Alguns anos mais tarde, aos 16, ela foi aterrorizada pela visão de uma mulher assassinada e, um pouco depois, ficou traumatizada devido a um assalto seguido de agressão (TRILLAT, 1991a).

Charcot tenta fazer a histeria “entrar na linha” (Trillat, 1991, p.144) ao aplicar à neurose o método anatomoclínico, que apresentou resultados expressivos na exploração de doenças neurológicas. Foi necessário estabelecer um inventário metódico das manifestações e comparar no que cada uma delas, apesar de suas semelhanças, se diferem das manifestações análogas de origem neurológica. Com esse método, o médico buscava identificar relações constantes entre os fenômenos que observava, para tentar descobrir as leis que regeriam seu funcionamento. Esse trabalho descritivo e semiológico ocupou os primeiros anos de seu

encontro com a histeria. O psiquiatra francês Trillat (1991a), apresenta um exemplo desse trabalho

Ora, não se pode comparar senão objetos comparáveis. Uma anestesia é sempre uma anestesia, qualquer que seja a sua origem. Fundamentalmente, é a mesma coisa. O que difere são algumas características clínicas que permitem distinguir uma anestesia histérica de uma orgânica (a sede e a topografia da anestesia). Não há dúvida de que estamos diante do mesmo fenômeno, mas a anestesia histérica tem características próprias que se podem isolar e identificar, da mesma maneira que qualquer outra anestesia. Não vemos realmente como Charcot poderia ter raciocinado de outra forma. Tudo era simples, evidente, a partir do momento em que ponto de partida ou, se quisermos, o postulado de base era ter todas as variedades clínicas da anestesia como pertencentes ao mesmo gênero e se diferenciando somente ao nível das espécies (TRILLAT, 1991a, p.145).

Ou seja, o método anatomoclínico introduzia “uma identidade quanto à natureza da anestesia” (Trillat, 1991a, p.145). Ao ser submetida a esse método, a histeria se tornava uma doença como as demais: ela entrava no campo da ciência. Neste momento, tudo estava dito sobre ela, ou seja, o inventário clínico das manifestações históricas estava fechado. Pelo menos até o momento em que novo método viria a fornecer uma nova orientação às pesquisas, fazendo com que o interesse investigativo saísse das observações e caísse sobre as experimentações com os pacientes.

A adoção desse método de experimentação foi o ponto de partida para uma grande mudança dos rumos da medicina francesa. A prática clínica desenvolvia no médico a capacidade de olhar para seu paciente e de ouvi-lo, examinando-o cuidadosamente, identificando sintomas e organizando quadros clínicos. A dedicação à semiologia permitiu a produção de conhecimentos baseados na observação metódica de dados clínicos, criando uma nosologia<sup>31</sup> mais realista. O método de classificação que diferenciava a crise histérica da crise epiléptica libertou os doentes históricos da acusação de simulação; entretanto, certa ciência de viés mais “tradicionalista” continuou com a antiga concepção de fingimento, sugerindo que os sintomas eram fabricados. A descoberta de Charcot recaiu sobre dois fatos: ele abandonou a antiga definição de histeria, e a substituiu pela definição moderna de neurose, remontando-a a uma origem traumática, vinculada ao sistema genital; em seguida, foi capaz de demonstrar a existência da histeria masculina. Quando abandonou a teoria da origem uterina, o neurologista fez da histeria uma doença nervosa de origem hereditária e orgânica; para tirar-lhe a acusação de simulação, renunciou à etiologia sexual de que Freud, alguns anos mais tarde, iria se apoderar (ROUDINESCO, 1989; TRILLAT, 1991a).

---

<sup>31</sup> Ramo da medicina que estuda e classifica as doenças.

Foi estudando os casos típicos, aqueles que mais se manifestavam, que Charcot construiu sua teoria da sintomatologia da histeria, sendo o primeiro a conseguir ordenar inúmeras opiniões sobre o fenômeno histérico, a partir deste método de trabalho, observação e descrição clínica (Andersson, 2000a). Suas descobertas proliferaram por todos os lados, num movimento que percorreu o caminho de Mesmer a Braid<sup>32</sup> em direção ao hipnotismo, que voltava com toda a força para o mundo científico. Tratava-se de um novo campo de experimentação que ia se abrindo, apoiado na observação e no método experimental. O psiquiatra Trillat (1991a) cita o psicanalista britânico Edward Glover<sup>33</sup> (1888-1972) para afirmar que o estudo do hipnotismo constituiu uma parte importante da História da histeria. Foi a hipnose que permitiu a Charcot encontrar a parte faltante da patogênese da doença. O trabalho ocorreu, de início, a partir da vertente clínica e da patogênica, permitindo assim a descoberta da natureza da histeria. Toda a retórica se fundou numa dupla existência: uma histeria natural e outra experimental, em que é possível criar artificialmente sintomas histéricos permanentes e idênticos aos da primeira. Foi essa produção experimental de sintomas que permitiu à Charcot descobrir quais as leis que regem a produção dos sintomas. Entretanto, tais produções artificiais, pela via da hipnose, só podem ocorrer se estiverem sob um terreno natural, ou seja, só podem ser provocadas se a histeria da mulher for natural (TRILLAT, 1991a).

Por ter uma formação em neurologia, o médico francês buscava a origem dos sintomas em lesões localizadas no sistema nervoso. A histeria, contudo, não corresponde a nenhum esquema anatomoclínico, pois nela não há lesões. Para justificar essa ausência, Charcot construiu a tese de que se trata de uma perturbação funcional ou dinâmica do sistema nervoso. Essa será a explicação para as contrações histéricas que, mais tarde, vai ser estendida para o conjunto de todas as manifestações da neurose. O problema, apontado por Trillat (1991a), reside no fato de que, mesmo que se trate de perturbações dinâmicas dos nervos ou dos centros nervosos, “a topografia dos sintomas histéricos deveria obedecer à distribuição anatômica dos

---

<sup>32</sup> A hipnose foi precedida pelo mesmerismo. Seu pressuposto era o de que os seres animados estavam sujeitos às influências magnéticas, pois os corpos dos animais e do homem são dotados das mesmas propriedades que o imã. Essas ideias levaram Franz Anton Mesmer (1734-1815), doutor em medicina pela Universidade de Viena, a experimentar clinicamente a eficácia do magnetismo. A novidade de Mesmer residiu em substituir o imã, que era comumente empregado com fins terapêuticos, pelo seu próprio corpo. Não há necessidade de ímãs, basta o contato de sua mão para que o efeito terapêutico seja alcançado. O mesmerismo é cientificamente contestado e, a partir da metade do século XIX, impõe-se uma nova técnica inventada por James Braid (1795-1860): a *hipnose*. O importante da técnica hipnótica é que ela não faz apelo a nenhum fluido magnético nem a nenhum poder especial do hipnotizador; o efeito obtido depende apenas do estado físico e psíquico do paciente (GARCIA-ROZA, 1985, p.31).

<sup>33</sup> GLOVER, Edward. **Psycho-analysis**. Staples Press Inc., London-New York, 1949.

nervos” (1991a, p.154). Charcot demonstrou o contrário: sobre essa singularidade, se funda a semiologia diferencial das manifestações histéricas em relação às perturbações neurológicas.

A última parte da obra de Charcot, construída entre 1885-1888, compreende estudos no campo da histeria traumática. É nesse período que se situa a estada de Freud na Salpêtrière, ocasião que terá um importantíssimo papel para o nascimento da psicanálise. Trillat (1991a) apresenta razões para acompanhar o desenrolar desse período no qual Charcot exhibe diversos casos de histeria traumática em homens. De todos os casos, destaca-se o de Log, que sofreu uma paralisia dos membros inferiores em consequência de um acidente de rua. Tratava-se de um homem de 29 anos que trabalhava como vendedor em um mercado. Após seu expediente, ele puxava uma carroça quando fora atingido violentamente por um pesado carro, conduzido por pessoas embriagadas. Mesmo não tendo sido sequer tocado pelo veículo, seu corpo havia sido projetado para a calçada. O paciente permaneceu no hospital por alguns dias, sem consciência. Seus membros inferiores ficaram “como que mortos” (Trillat, 1991a), de modo que Log somente conseguia erguê-los com a ajuda das mãos. Ao recuperar a consciência, o homem havia perdido suas lembranças do acidente e recuperado o uso de suas pernas. Entretanto, ao sair para as ruas, sofreu um ataque histérico seguido de um desmaio, que o deixou em coma por semanas. Ao sair dele, sua paralisia dos membros inferiores tornou-se completa. Além disso, passou a crer firmemente que o carro havia passado por cima de seu corpo.

Ao ser encaminhado para o serviço de Charcot, Log forneceu a versão fantasiosa acerca do acidente. Sua paralisia veio acompanhada de uma anestesia; em exame mais detalhado, seu sintoma se configurou exatamente conforme aqueles produzidos artificialmente por sugestão nas histéricas hipnotizáveis. Essa semelhança clínica levou o médico francês a construir um paralelo entre as paralisias sugeridas pela via da hipnose nas histéricas e a observada neste paciente. Isso significa que o traumatismo provocou em Log um estado similar ao de hipnose, durante o qual uma autossugestão produziu a paralisia. Porém, a tarefa era provar que o rapaz, antes do acidente, já era um histérico. Foi com esse caso clínico os estigmas histéricos foram descobertos: a partir da demonstração durante a hipnose, percebeu-se ser possível despertar nos órgãos psíquicos uma ideia ou um conjunto de ideias associadas que, na falta de qualquer controle, estabelecem um estado autônomo, vivem como um parasita e adquirem uma força e poder de realização, sem barreiras (TRILLAT, 1991a).

Então, qual a semelhança do caso Log com a sugestão verbal das mulheres hipnotizadas? Trillat (1991a) aponta que nem todas as sugestões postas em cena pela palavra, cheiros, sensações, a visão de um objeto, podem provocar uma reação. É o que Charcot, chama

de “autossugestão”. No caso apresentado, a autossugestão foi causada por uma sensação, o traumatismo leve. Ao se desenvolver num estado mental particular, adquiriu força e ocasionou o surgimento da paralisia. Assim, conclui-se assim a paralisia traumática é uma paralisia histérica, provocada a partir de uma relação notadamente psíquica com o trauma.

Toda a teoria de Charcot sobre a histeria traumática será retomada pelo médico e fisiologista austríaco Josef Breuer (1842-1925) e pelo médico e neurologista Sigmund Freud (1856-1939) na construção de um novo método terapêutico e da teoria sobre a histeria.

#### 4.2 FREUD VAI A PARIS

A relação de Freud com a histeria começa em meados de outubro de 1885, quando, após solicitar à faculdade de medicina uma bolsa de viagem, desembarca em Paris para acompanhar as pesquisas de Charcot por, aproximadamente, seis meses. Desde o começo de seus estudos, ficou deslumbrado com o médico. Foi a presença poderosa do mestre que o impeliu em direção à psicologia (Gay, 2012). Ter ido à Paris para prosseguir com as suas pesquisas neurológicas o aproximou da histeria, abrindo portas para um novo campo de interesse: a psicopatologia (TRILLAT, 1991b).

Em uma carta<sup>34</sup> de 21 de outubro para sua noiva, Martha Bernays (1861-1951), Freud relata sua impressão sobre o médico:

É um homem de estatura elevada, com cinquenta e oito anos e chapéu de copa alta; tem olhos escuros e estranhamente doces (principalmente um, porque o outro é desprovido de expressão, sendo afetado por um estrabismo convergente); tem o rosto escanhado, longas mechas de cabelos puxados para trás das orelhas, traços muito expressivos e lábios cheios e largos; em suma, tem tudo do sacerdote secular cujo espírito esperamos que tenha e mostra gosto pelas boas coisas deste mundo. Sentou-se e pôs-se a admitir os doentes. Causou-me admiração por seu diagnóstico brilhante e pelo vivíssimo interesse que demonstra por tudo. Nenhuma relação com os ares de superioridade e distinção artificial a que nos habituaram nossos grandes figurões (ROUDINESCO, 1989, p.28).

Escreve também, no mesmo dia:

Acredito que estou estudando muito. Charcot, que é tanto um dos maiores médicos quanto um homem cujo bom senso é da ordem do gênio, simplesmente demole minhas concepções e meus objetivos. Muitas vezes depois de uma conferência, saio como se estivesse saindo de Notre Dame, com novas impressões para levar em consideração. Ele, porém, me absorve: quando me afastar dele, não tenho mais desejo de trabalhar em minhas coisas simples. Meu cérebro fica saciado como depois de uma noite de teatro. Não sei se a semente algum dia frutificará, mas o que sei com certeza é que nenhum outro ser humano jamais me influenciou de tal forma (citado por JONES, 1989, p. 193).

---

<sup>34</sup> Freud, S. *Correspondance 1873-1939*, Paris, Gallimard, 1966, p.188.

Segundo um de seus biógrafos, o historiador Peter Gay (2012a), desde o começo Freud ficou deslumbrado com Charcot. Em cartas para sua noiva, dizia que iria “sentir terrivelmente sua falta em Viena” (2012a, p.65). As aulas e conferências eram para o jovem médico “uma pequena obra de arte de construção e composição” (2012a, p.65), e “o momento em que ele [Charcot] aparecia mais grandioso para seus ouvintes era depois de ter se esforçado, apresentando detalhadamente seu raciocínio com a maior franqueza sobre suas dúvidas e hesitações, em reduzir a distância entre aluno e professor” (2012a, p.65). A sua evidente cordialidade fez com que Charcot se tornasse um modelo apropriado para Freud. Sua forma de trabalho considerava até o comportamento mais bizarro de seus pacientes e apresentava as mais estranhas hipóteses. Ao dar a mais cuidadosa atenção a seu material humano, Charcot era um artista, era um homem *visuel*, ou seja, um homem que vê. Tendo confiança no que via, ele defendia a prática acima da teoria. Em certa ocasião, numa de suas aulas de terça-feira, o professor fez uma observação que, segundo Gay (2012a), “imprimiu-se com ferro ardente na mente de Freud” (2012a, p.67): *La théorie, c'est bon, mais çà n'empêche pas d'exister*<sup>35</sup>. Essa foi a principal lição transmitida por Charcot: “a obediência submissa do cientista aos fatos não é a adversária, mas a fonte servidora da teoria” (2012a, p.67).

Freud chega à Salpêtrière nos momentos iniciais da pesquisa de Charcot sobre a histeria traumática, e as demonstrações de hipnotismo o impressionam tanto que ele não deixa de mencioná-las em seu relatório de estudos feito à universidade. Quando Freud retorna à Viena, leva consigo o método de pesquisa de Charcot, a técnica da hipnose e a histeria traumática. Quanto ao método, consistia em escolher como ponto de partida da investigação clínica o caso mais completo, a partir desse todos os outros podem ser deduzidos por transição (Trillat, 1991b). Freud deixou Paris em fevereiro de 1886; em abril do mesmo ano, ele abre seu consultório particular em Viena. Durante alguns anos, continuou a comentar, a interpretar e a enriquecer as lições do mestre. No período entre 1886 e 1887, foi um comentador das ideias de Charcot sobre a histeria: seus artigos e conferências da época estão, ainda, muito ligados com seu período parisiense (ANDERSSON, 2000a).

Pouco tempo após seu retorno, Freud escreve um relatório sobre sua viagem, em que descreve sua experiência na Salpêtrière. Esse material foi descoberto nos Arquivos da Universidade de Viena pelo Professor Josef Gicklhorn, o que possibilitou sua publicação, primeiramente em inglês, setenta anos depois de ter sido escrito. Atualmente, uma cópia do relatório se encontra depositada nos Arquivos de Sigmund Freud em Nova Iorque.

---

<sup>35</sup> Tradução: A teoria, está muito bem, mas isso não impede que os fatos existam.

No início desse relato, Freud expõe suas motivações para a escolha da Salpêtrière. Em primeiro lugar, tinha a certeza de que lá encontraria um grande acervo de material clínico – algo que, em Viena, estava disperso em vários departamentos, de várias instituições. Também, havia o grande renome de J.M. Charcot, que há muito estava trabalhando e lecionando no hospital. E, por último, conta que estava certo de que nada de essencialmente novo poderia aprender numa universidade alemã, depois de ter usufruído do ensino do médico psiquiatra e professor Theodor Meynert (1833-1892) e do médico e professor Herman Nothnagel (1840-1905). A escola francesa, a seus olhos, prometia agregar algo diferente em sua maneira de trabalhar (FREUD, 1886a/1996).

Na cátedra de Neuropatologia, Charcot acrescentou um complemento essencial: a fundação de uma seção clínica, na qual eram internados pacientes tanto masculinos como femininos selecionados pelo ambulatório. Havia à disposição de Freud todo um laboratório destinado aos estudos de anatomia e fisiologia, um museu de patologia, um estúdio de fotografia e preparação de molde de gesso, um gabinete de oftalmologia e um instituto de eletricidade e hidropatia. Neste relatório, o autor (1886a/1996) novamente ressalta as boas qualidades de Charcot, o descreve como um homem que “possuiu a vivacidade, a jovialidade e a perfeição formal no falar que estamos acostumados atribuir ao caráter da nacionalidade francesa; ao mesmo tempo, mostra a paciência e o amor pelo trabalho que geralmente atribuímos à nossa nação” (1886a/1996, p.41). Essa admiração fez com que Freud deixasse de assistir a outras conferências para ouvir os ensinamentos de um só homem.

Sua semana de estudo dividia-se da seguinte maneira: às segundas-feiras, assistia à aula teórica, onde as pesquisas mais recentes eram apresentadas, sempre fazendo referências a pacientes. Nas terças-feiras, Charcot realizava a *consultation externe*, na qual seus assistentes lhe apresentavam os quadros típicos ou difíceis. Às quartas-feiras eram dedicadas aos exames oftalmológicos, que o médico Henri Parinaud (1844-1905) apresentava na presença de Charcot. Os demais dias da semana eram dedicados ao trabalho nas enfermarias, examinando pacientes, e às pesquisas que estivesse empreendendo. Essa rotina de acompanhamento dos trabalhos proporcionou a Freud a chance de examinar diversos enfermos e de ouvir a opinião do mestre a respeito deles, sendo para ele a aquisição de experiência um “estímulo que recebi, durante os cinco meses que passei em Paris, do meu constante contato científico e pessoal com o Professor Charcot” (FREUD, 1886a/1996, p.43).

Charcot, segundo o que Freud (1886a/1996) apresenta neste relatório, costumava dizer que o trabalho da anatomia, de maneira geral, estava encerrado, e que a teoria das doenças

orgânicas do sistema nervoso estava completa. Para o mestre, o que precisava ser estudado eram as neuroses. De certa forma, foi o que aconteceu com seu trabalho nos anos seguintes. Ele se centralizou no estudo das neuroses, principalmente a histeria. Até o momento em que escreve o documento para a Universidade, a palavra histeria não possuía um significado bem definido, e caracterizava-se apenas por sinais negativos. Freud (1886a/1996) apresentou nesse escrito contribuições de Charcot para diminuir os estigmas da histeria: começou por reduzir a conexão entre histeria e o sistema genital a suas corretas proporções, “demonstrando a insuspeitada frequência dos casos de histeria masculina e, especialmente, de histeria traumática” (1886a/1996, p.45). Nos casos mais comuns, conseguiu encontrar sinais somáticos que possibilitaram “estabelecer com segurança o diagnóstico da histeria” (p.45). O hipnotismo foi uma técnica que também possibilitou a construção de uma sintomatologia. Quando Freud deixou a Salpêtrière, Charcot estava saindo do estudo das paralisias e artralguas histéricas para as atrofas histéricas.

No mesmo documento, Freud (1886a/1996) recorda as críticas dirigidas contra as pesquisas sobre a histeria por parte de autoridades alemãs. A disposição de considerar as neuroses provenientes de traumas encontrou forte oposição por parte de médicos alemães, principalmente do Dr. Robert Thomsen (1858-1914) e do Dr. Hermann Oppenheim (1858-1919), assistentes do psiquiatra e neurologista Dr. Carl Westphal (1833-1890), médicos do hospital universitário Charité, em Berlim. Em breve visita à cidade, Freud teve a oportunidade de se encontrar com tais médicos e verificar se sua posição era justificada.

Infelizmente, porém, os pacientes em questão já não se encontravam mais no Charité. Fiquei, todavia, com a impressão de que a questão não está madura para uma decisão, mas que Charcot acertadamente começara por abordar os casos típicos e mais simples, ao passo que seus adversários alemães partiram do estudo de exemplos indeterminados e mais complexos. Em Paris, contestou-se a afirmação de que formas mais graves de histeria como aquelas em que Charcot baseou seu trabalho não ocorriam na Alemanha; chamou-se atenção para os relatos históricos de epidemias semelhantes e insistiu-se na identidade da histeria em qualquer época e lugar (FREUD, 1886a/1996p. 46).

Por fim, Freud (1886a/1996) comunica ter iniciado as traduções de uma nova série de lições dadas por Charcot e que, a partir de discussões com ele, derivou um artigo intitulado *Confronto entre a Sintomatologia Histórica e Orgânica*. Entretanto, o primeiro estudo comparativo dos sintomas histéricos e orgânicos só viria a ser publicado em 1893. Segundo o psicanalista sueco Ola Andersson<sup>36</sup> (2000a), Freud esteve muito envolvido com essas questões durante os anos posteriores à sua temporada parisiense.

---

<sup>36</sup> Considerado um dos precursores dos estudos acadêmicos sobre a história da psicanálise.

Segundo Andersson (2000a), de todos os documentos avaliados<sup>37</sup> sobre os estudos dos problemas psicológicos e da terapia das neuroses, nenhum oferece uma “imagem mais clara de sua posição inicial do que o relatório de sua viagem a Paris” (2000a, p.68). Nele, é perceptível o entusiasmo de Freud com a personalidade de Charcot – esboça-se um quadro significativo de tudo aquilo que pensava a respeito do pesquisador francês – e de suas investigações sobre a histeria. No fim de seu relatório, há o reconhecimento da histeria masculina e, em particular, a histeria que se segue a um trauma. Foi graças a Charcot que a histeria foi retirada do “caos das neuroses” e diferenciada de outros estados semelhantes, atribuindo a ela uma sintomatologia.

Em julho de 1886, no mesmo ano em que retorna de Paris, Freud (1886b/1996) traduz para o alemão as *Conferências sobre as doenças do sistema nervoso*<sup>38</sup> e também é responsável pelo prefácio<sup>39</sup> da edição. Ernest Jones (1879-1958), psicanalista e primeiro biógrafo de Freud, relata que Charcot demonstrou seu agradecimento pelo trabalho de tradução, presenteando-o com uma coletânea de suas obras completas encadernadas em couro, com a seguinte dedicatória “*A Monsieur le Docteur Freud, excellents souvenirs de la Salpêtrière*”<sup>40</sup> (JONES, 1979, p.226).

No prefácio, Freud (1886b/1996), expõe brevemente a origem da tradução e “a matéria das conferências que ela contém” (1886b/1996, p.55). Retoma sua ida à Paris, o encontro com seu professor e o momento no qual se afasta dos estudos das doenças nervosas e se dedica exclusivamente à pesquisa das neuroses, em especial da histeria. Depois que Freud compreendeu a importância do trabalho feito na Salpêtrière, pediu ao professor a permissão para fazer uma tradução para o alemão das suas novas teorias.

O cerne deste livro está nas magistrais e fundamentais conferências sobre histeria, que, junto com seu autor, podemos esperar venham a descerrar uma nova era na conceituação dessa neurose pouco conhecida e, a rigor, denegrida. Por esse motivo, com o consentimento do Professor Charcot, modifiquei o título do livro, que em francês é *Leçons sur les maladies du système nerveux, Tome troisième*, e coloquei em destaque a histeria entre os temas nele abordados (FREUD, 1886b/1996, p.55).

<sup>37</sup> Prefácio à tradução (1886); Histeria (1888); algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893).

<sup>38</sup> Edição Alemã: J.-M. Charcot, *Neue Vorlesungen uber die Krankheiten des Nervensystems insbesondere uber Hysterie*.

<sup>39</sup> O modo como Charcot confiou a Freud a responsabilidade de fazer a tradução de suas Conferências é relatado com mais detalhes em: FREUD, Sigmund. Autobiografia (1925). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, vol. 16.:** O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011; e também numa carta para sua noiva, em 12 de dezembro de 1885 (Carta 88).

<sup>40</sup> Ao Doutor Freud, excelentes lembranças da Salpêtrière.

Por fim, sugere que aqueles que se interessarem pelo aprofundamento nas pesquisas sobre histeria feitas pela escola francesa devem remeter-se ao trabalho de Paul Richer<sup>41</sup> (1849-1933), *Études cliniques sur la grande hystérie* (1855).

Nesse mesmo ano, “por ocasião de sua primeira aparição pública da qual se tenha conhecimento” (Andersson, 2000a, p.69), Freud explanou uma conferência<sup>42</sup> sobre a histeria masculina na Faculdade de Medicina de Viena, sobre o tema da psicopatologia. Aparecem nessa conferência os sintomas significativos em termos diagnósticos, bem como suas percepções sobre a etiologia, que não apareceram no relato de sua viagem. A histeria masculina, na opinião do Professor Charcot, não era rara, e seus fatores determinantes são a idade e a hereditariedade, sendo possível ser transmitida de mãe para filho. Algo significativo surgiu nessa conferência: a ideia de que a histeria estaria ligada a um choque psíquico, e não a um “dano orgânico produzido no sistema nervoso em conexão com a experiência traumática” (2000a, p.70). Foi sugerido pelos médicos presentes que Freud apresentasse um caso de histeria contendo os estigmas histéricos aos quais Charcot atribuía grande importância.

Algumas semanas depois, apresentou uma conferência intitulada *Observação de um caso grave de hemianestesia*<sup>43</sup> em um homem histérico (1886c), sendo essa a sua primeira publicação sobre um tema psicopatológico. De certa forma, tal conferência também foi uma prestação de contas de sua viagem, tratando dos fenômenos físicos da histeria nos moldes de Charcot, contendo apenas leves indícios de um interesse pelos fatores psicológicos (ANDERSSON 2000a).

Freud (1886c/1996) a inicia com um breve informe sobre o recente trabalho de Charcot na área da histeria masculina, falando sem seguida sobre o desafio que lhe foi posto por seu “respeitado mestre Hofrat Professor Meynert”<sup>44</sup> (1886c/1996, p. 61) de apresentar, perante a sociedade médica, alguns casos em que pudessem ser observados, de forma clara, as indicações somáticas da histeria. O paciente estudado nessa palestra é um homem histérico de 29 anos que apresenta um sintoma muito frequente: a hemianestesia, ou seja, a falta de sensibilidade em algumas partes do corpo, num grau bastante elevado.

---

<sup>41</sup> Paul Richer (1849-1933) foi assistente de Charcot e chefe de laboratório da Salpêtrière entre 1882-1896, realizou pesquisas sobre histeria e epilepsia.

<sup>42</sup> É possível encontrar um relato desse evento em: FREUD, Sigmund. Autobiografia (1925). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, vol. 16.:** O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925).

<sup>43</sup> Ausência de sensibilidade em uma parte do corpo.

<sup>44</sup> Theodor Hermann Meynert (1833-1892) foi um psiquiatra vienense, foi médico-chefe do hospital psiquiátrico da cidade e, dedicou seu trabalho à pesquisa da *amentia*, da confusão mental. Foi professor de Freud em 1883.

Grande parte da apresentação foi dedicada a um exame detalhado dos sintomas somáticos do paciente. Segundo Andersson (2000a), foi na descrição da história clínica e familiar que algumas informações de caráter etiológico transpareceram. O pai deste paciente é descrito como um homem de temperamento violento, enquanto a mãe sofria de dores de cabeça quando jovem. O casal teve seis filhos. O primogênito faleceu de uma afecção sífilítica cerebral, mas é o segundo que desempenha um papel importante na etiologia da doença do paciente, pois aparentemente era um histérico, sofrendo de ataques convulsivos. O terceiro desapareceu, o quarto e o quinto morreram na primeira infância, sendo o último filho o paciente. O jovem teve um desenvolvimento normal na infância: nunca sofreu convulsões e teve apenas as doenças típicas de infantes. Quando mais velho, sofreu alguns acidentes, chegando a ser atropelado e a sofrer uma ruptura do tímpano direito com permanente déficit de audição. Também, foi acometido por uma doença que durou vários meses, sofrendo com desmaios que perseveraram por dois anos (FREUD, 1886c/1996).

A doença atual começara três anos antes, quando teve um desentendimento com o irmão por causa de uma quantia em dinheiro emprestada. Na briga, o irmão mais velho o ameaçou com uma faca. Isto causara no paciente um medo imenso, gerando um zumbido em sua cabeça. Ao chegar em frente à casa onde vivia, caiu inconsciente, sofrendo espasmos violentos por horas, durante os quais falava repetidamente sobre a cena ocorrida. Ao retomar a consciência, sentia-se muito fraco e sofreu por algumas semanas com fortes dores no lado esquerdo da cabeça, e com pressão intracraniana. Também apresentou alteração na sensibilidade no lado esquerdo do corpo. Esse foi seu estado por anos, até que, sete semanas antes do diagnóstico atual, uma nova agitação causou uma mudança para pior: o paciente foi acusado por uma mulher de tê-la roubado, o que fez com que tivesse palpitações violentas e entrasse em estado depressivo (FREUD, 1886c/1996).

A metade esquerda de seu corpo ficou como se tivesse sido afetada por um acidente cerebral:

seus olhos se enfraqueceram muito e frequentemente faziam-no ver tudo em cinza; seu sono era interrompido por aparições terrificantes e sonhos nos quais pensava estar caindo de uma grande altura; começaram a surgir dores no lado esquerdo da garganta, na virilha esquerda, na região sacra e em outras áreas; seu estômago, com frequência, estava “como se estivesse estourando”, e ele se viu obrigado a parar de trabalhar (FREUD, 1886c/1996, p.63).

Tais sintomas pioraram gravemente no decorrer de uma semana, surgindo outros como dores no joelho e na planta do pé esquerdo; sensação de língua presa e frequentes zumbidos nos ouvidos. Sua memória também foi afetada quanto aos acontecimentos ocorridos durante sua

doença, enquanto os eventos anteriores não apresentam problemas. Após a realização de um exame médico, confirma-se que em seus órgãos internos não há nada de patológico. Porém, ao comprimir os nervos frontais, o paciente reage com expressão de dor intensa. Freud supõe, então, que há uma alteração nos nervos da abóboda craniana: toda a região é muito sensível na metade esquerda, e a pele “está completamente insensível a estímulos de qualquer espécie” (Freud, 1886c/1996, p.63). Conclui-se que existe nesta região um grau elevado de anestesia, atingindo também as membranas mucosas, o tronco e a perna esquerda.

Freud (1886c/1996) tem um interesse especial na análise dos membros anestesiados, pois acredita que sejam distúrbios relacionados inteiramente à anestesia como sintoma histérico, não existindo uma paralisia do braço esquerdo, por exemplo. Um braço paralisado ou cai flacidamente, ou permanece rígido, devido às contraturas<sup>45</sup> em posições forçadas. Porém, no caso deste paciente, isso se passa de modo diferente.

A um exame mais acurado, verificar-se-á que o braço esquerdo, em especial os dedos, são movimentados mais lentamente e com menos habilidade, como se estivessem entorpecidos, e com um leve temor. Todos os movimentos, até os mais complicados, são, todavia, executados, e isso acontece sempre que a atenção do paciente é desviada dos órgãos do movimento e dirigida unicamente para o objetivo do movimento (FREUD, 1886c/1996, p.65).

Ao executar movimentos isolados com o braço esquerdo, como dobrar o abraço na articulação do cotovelo enquanto segue o movimento com os olhos, Freud (1886c/1996) percebe que o braço está “muito mais inibido do que antes, o movimento é feito com muita lentidão, incompletamente, em estágios diferentes, como se tivesse uma grande resistência a ser vencida e é acompanhado de um nítido temor” (1886c/1996, p.65-66).

Em junção com a hemianestesia histérica, o paciente mostra, tanto espontaneamente como sob pressão, áreas dolorosas do lado esquerdo do corpo, “o lado insensível – o que se conhece como ‘zonas heterógenas’, embora nesse caso sua conexão com a provocação dos ataques não seja acentuada” (Freud, 1886c/1996, p.67). Para encerrar a conferência, são apresentados dois comentários sobre as diferenças deste caso em relação a um quadro típico de hemianestesia histérica: o primeiro diz respeito ao fato de que o lado direito do corpo do paciente também não estava livre da anestesia, apenas em grau menos intenso; num primeiro momento, parecia que apenas a pele era afetada. Havia uma zona com baixa sensibilidade à dor no ombro direito; uma outra, que ia do antebraço ao punho; também, na perna e na panturrilha direita havia uma hiperestesia, ou seja, uma dormência.

---

<sup>45</sup> Uma contratura muscular acontece no momento em que o músculo faz a contração de maneira incorreta e não retorna ao seu estado normal de relaxamento.

O segundo comentário refere-se ao fato de que a hemianestesia no paciente possuiu uma característica de instabilidade. Ao fazer um teste para sensibilidade elétrica, Freud (1886c/1996), ao contrário do que estava esperando, conseguiu tornar sensível uma área da pele no cotovelo esquerdo, “e testes repetidos mostraram que a extensão das zonas dolorosas do tronco e as perturbações do sentido da visão oscilavam de intensidade” (1886c, p. 67).

Segundo Andersson (2000a) nestes três artigos publicados até 1886, o problema da etiologia da histeria é rapidamente mencionado por Freud. Apenas dois tipos são apresentados: o fator hereditário e o traumático. Entretanto, ainda não estava delineado um quadro completo da histeria, tal qual era concebido por Charcot. Na obra do médico francês, há somente algumas referências a essas categorias de fatores etiológicos recordados por Freud na apresentação do caso de histeria masculina. Sobre os fatores hereditários, não há discussão alguma: no caso descrito, parte-se do relato da intriga familiar e, no limite, comenta-se sobre os distúrbios psíquicos e os distúrbios nervosos de causa orgânica sofridos pelos parentes do paciente. Entretanto, casos como esse mostram que há todo um conjunto de distúrbios presentes em parentes de pacientes, o que é considerado como critério indicativo de que a neurose pode ocorrer devido à hereditariedade.

O papel dos fatores traumáticos era, de acordo com a concepção de Charcot, o de atualização da disposição hereditária, quer isso se refira a algo mais específico ou a uma tendência mais geral. Por isso, os fatores traumáticos eram considerados *agents provocateurs* que faziam disparar a disposição à doença. Ao descrever a experiência traumática, dois aspectos se destacam: o primeiro diz respeito ao dano físico causado por um fato traumático; o segundo, aos processos psíquicos que ocorrem na pessoa que sofre o trauma. Inicialmente, as lições de Charcot versavam apenas sobre os aspectos físicos da experiência traumática, e depois, ocuparam-se dos aspectos psíquicos. As hipóteses levantadas pelo neurologista em 1885, quando propôs uma explicação psicológica das paralisias histéricas, estão estreitamente ligadas ao primeiro trabalho independente de Freud. São nos artigos publicados entre 1888 e 1893 que é possível estudar, segundo Andersson (2000a), tanto a dependência de Freud de Charcot quanto a sua progressiva emancipação.

### 4.3 O COMEÇO DE UMA TEORIA PRÓPRIA: A CONSTRUÇÃO DA ETIOLOGIA DA HISTERIA - (1888-1893)

#### 4.3.1 Busca por uma definição da neurose histérica

Os anos compreendidos entre 1887 e 1891 correspondem a um período em que Sigmund Freud publicou poucos artigos e manteve poucas correspondências. No entanto, um texto produzido por ele em 1888, apesar de fornecer uma imagem fragmentária de seu desenvolvimento científico, tem, segundo Andersson (2000b) um caráter que o torna muito interessante. Esse artigo, originalmente escrito para o volume do dicionário de Villaret, oferece um quadro articulado das ideias do psicanalista sobre a histeria. No material, as ideias etiológicas sobre a histeria correspondem à doutrina do médico Charcot.

O texto *Histeria* (1888/1996) é o primeiro de uma série de quatro artigos publicados entre 1888 e 1893. Nele, Freud faz uma breve contextualização acerca da origem da histeria, presente desde os primórdios da medicina, e reforça que, até aquele momento, há um certo preconceito com a neurose que a vincula às doenças do aparelho sexual feminino. Desde então, a sintomatologia não sofreu modificações: foi só com Charcot, ele defende, que foi possível ter uma melhor compreensão dessa neurose. Para Freud (1888/1996), a histeria é “uma neurose no mais estrito sentido da palavra – quer dizer, não só não foram achadas nessa doença alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar algumas dessas alterações” (1888/1996, p.77). No estudo, lê-se que a histeria estaria inteiramente baseada em alterações fisiológicas do sistema nervoso, e que sua essência deveria ser expressa por uma fórmula que leve em conta as modificações de excitabilidade nas diferentes partes desse sistema. Ou seja, essa fórmula deveria dar conta da sintomatologia física e psíquica. Porém, até 1888 tal fórmula não fora encontrada. E é por esse motivo que Freud (1888/1996) tentará definir a neurose histérica dentro de um modelo nosográfico, isto é, será pela totalidade dos sintomas que uma descrição será apresentada.

Para construir esse modelo nosográfico, Freud (1888) inicia com as definições médicas alemã e inglesa. Ambas distribuem as descrições ‘histérica’ e ‘histérico’ e as agrupam sem distinção junto aos outros estados nervosos, como a neurastenia – à época, alguns estados psicóticos e as neuroses ainda estavam no “caos das doenças nervosas” (1888/1996, p.78). Novamente, há uma lembrança respeitosa à Charcot: ele “sustenta com firmeza a opinião de que a ‘histeria’ é um quadro clínico nitidamente circunscrito e bem definido” (p.78). Esses casos, ele escreve, podem ser reconhecidos com clareza nos sintomas extremos da *grande hystérie* (grande histeria), mesmo que também estejam presentes em formas mais brandas e rudimentares da neurose, ocorrendo de forma abrangente e gradativa de uma grande histeria até as manifestações mais comuns.

Num segundo momento, Freud (1888/1996) apresenta uma série de sintomas relacionados à *grande hystérie*. A primeira série corresponde aos ataques convulsivos, que são precedidos por uma “aura”<sup>46</sup> peculiar: pressão na região abdominal, constrição da garganta, latejamento nas têmporas, zumbido nos ouvidos, ou apenas algumas dessas sensações. Nos pacientes histéricos, essas sensações podem surgir como sintomas isolados ou como um ataque, dividido em três fases. A primeira, epileptoide, assemelha-se a um ataque epiléptico.

A segunda fase, a dos *grands mouvements*, é caracterizada por movimentos em arco e contorções do corpo. Para diferenciar os movimentos dessa fase de um ataque epiléptico, deve-se observar que os movimentos histéricos são executados de modo coordenado, “o que contrasta nitidamente com a cega brutalidade dos espasmos epilépticos” (1888/1996, p.78). Nos ataques histéricos, geralmente, se evitam ferimentos graves.

A última fase do ataque é a alucinatória, a das *attitudes passionelles*: “distingue-se pelas atitudes e posturas que sugerem cenas de movimento passional, em que o paciente alucina e frequentemente acompanha com as palavras correspondentes” (Freud, 1888/1996, p.79). Durante a alucinação pode ocorrer, ou não, a perda da consciência, sendo mais frequente a última possibilidade.

As fases ocorrem em sequência, de modo que um ataque pode durar várias horas, ou até mesmo dias. Entretanto, cada uma dessas fases do ataque, ou cada parte separada de uma fase, pode representar o ataque em casos rudimentares.

Naturalmente, os ataques abreviados desse tipo são encontrados com frequência incomparavelmente maior do que os ataques completos. Possuem especial interesse ataques histéricos que, em lugar das três fases, exibem um coma que surge de maneira apoplectiforme – os chamados “ataques de sommeil” [ataques de sono]. Esse coma pode assemelhar-se ao sono natural ou acompanhar-se de tamanha diminuição da respiração e da circulação a ponto de ser confundido com a morte. (...) Em cerca de um terço dos casos de histeria, os sintomas dos ataques, mais característico, está ausente (FREUD, 1888/1996. p.79).

A segunda série de sintomas está relacionada as zonas histerógenas, isto é, locais do corpo que estão em íntima conexão com os ataques: áreas supersensíveis, como a pele ou as membranas mucosas, nas quais um leve estímulo pode desencadear seu acometimento. Nas mulheres, essas zonas estão localizadas na região abdominal correspondente aos ovários, na região coronária do crânio e na região inferior da mama. É a pressão nessas áreas que desencadeia uma sensação-aura, e a partir dessas zonas é possível inibir os ataques convulsivos.

---

<sup>46</sup> Termo médico associado às sensações que antecedem convulsões e/ou crises de enxaqueca. As chamadas “sensações aura” acontecem em conjunto – se não todas elas, ao menos parte significativa.

“Uma vigorosa pressão sobre a área ovariana, por exemplo, desperta muitas pacientes no meio de um ataque histérico ou de um sono histérico” (FREUD, 1888/1996, p.79).

Em seguida, o artigo freudiano se refere aos distúrbios da sensibilidade, sendo estes os sinais mais frequentes da neurose e também os mais importantes do ponto de vista diagnóstico, pois desempenham um papel significativo, mesmo que pequeno, nas doenças cerebrais orgânicas. Essa sensibilidade aparece na forma de anestésias ou hiperestésias<sup>47</sup>, e apresentam, quanto à extensão e intensidade, uma variação que não é observada em outra doença. A anestesia pode afetar a pele, tendo como locais mais comuns as membranas mucosas, os ossos, os músculos e nervos, os órgãos dos sentidos e os intestinos. Ela pode ser total, ou atingir apenas a sensação de dor, ou a sensação de temperatura, ou a sensibilidade muscular. Em alguns casos, a anestesia histérica atinge um grau tão elevado que as técnicas de faradização<sup>48</sup> não produzem reações sensoriais (FREUD, 1888/1996).

As anestésias históricas, o autor defende, são sintomas para os quais os médicos devem olhar mais atentamente, pois, em grande parte dos casos, mesmo naqueles mais graves e de ampla extensão, geralmente escapam à percepção do paciente.

Em contraste com a anestesia orgânica, deve-se enfatizar que os distúrbios históricos da sensibilidade, a rigor, não prejudicam os pacientes em nenhuma atividade motora. As áreas da pele que estão historicamente anestesiadas caracterizam-se, com frequência, por anemia local e não sangram com picadas; isto é, trata-se apenas uma complicação, não constituindo, porém, condição necessária da anestesia (FREUD, 1888/1996, p.81).

São os sintomas relacionados aos distúrbios da sensibilidade que possibilitam o diagnóstico da histeria, “mesmo nas suas formas mais rudimentares” (Freud, 1888/1996, p.81). A quarta série sintomática corresponde aos distúrbios da atividade sensorial, que podem afetar todos os órgãos dos sentidos, e aparecem simultaneamente ou de maneira isolada das modificações na sensibilidade da pele. Freud (1888/1996) cita como exemplo o sintoma da perda da visão, que pode consistir em: perda total (amaurose), redução da capacidade de percepção visual em apenas um olho (ambliopia unilateral), redução da percepção em ambos os olhos (ambliopia bilateral); raramente, ocorrem uma hemianopsias (quando a visão é parcialmente perdida em decorrência de uma lesão cerebral). Outros sintomas também relacionados à perda de sensibilidade podem ser a surdez histérica, o distúrbio do paladar e o do olfato.

---

<sup>47</sup> Por hiperestesia, compreenda-se excesso de sensibilidade.

<sup>48</sup> Técnica terapêutica que utiliza a corrente elétrica como indutor ou estimulador.

A quinta série de sintomas são as paralisias. Elas são mais raras do que a anestesia, mas quase sempre vêm acompanhadas delas na parte do corpo paralisada. Em contrapartida, nas doenças orgânicas os distúrbios da motilidade<sup>49</sup> predominam e surgem de forma independente da anestesia. Aqui é importante notar que as paralisias histéricas não levam em conta a estrutura anatômica do sistema nervoso, “a qual se evidencia da maneira mais inequívoca na distribuição das paralisias orgânicas<sup>50</sup>” (Freud, 1888/1996, p.82). Ou seja, as paralisias histéricas não levam em conta a estrutura anatômica do sistema nervoso, ou as inervações anatômicas dos músculos e da pele. Na histeria, há a paralisia de um braço ou de uma perna de forma independente, ou mesmo de ambas as pernas; na paralisia *stricto sensu*, isto é, apartada da histeria, ao invés dela se estender a um membro em todas as suas partes, acaba afetando apenas segmentos do mesmo. Essa distinção é necessária pois, via de regra, as paralisias orgânicas estendem-se por uma área maior à medida em que a gravidade aumenta, ao passo que as paralisias histéricas podem ser de maior gravidade, mas limitam-se a uma determinada parte do corpo.

A sexta e última série corresponde às contraturas<sup>51</sup>. Elas ocorrem nas formas mais graves da histeria, e nos músculos mais variados. Possuem uma excessiva intensidade e podem ocorrer em qualquer posição. Por meio delas, os músculos apresentam uma consistência incomum e não relaxam com o sono, como ocorre com as contraturas orgânicas. Não é possível modificar a intensidade delas com estímulos de temperatura ou excitação (Freud, 1888/1996).

Para finalizar essa seção, o psicanalista apresenta algumas características gerais da sintomatologia da histeria. Para ele, tal conhecimento é necessário para a compreensão e o diagnóstico da histeria.

As manifestações histéricas têm como característica a intensidade: uma dor é descrita pelos pacientes como extremamente dolorosa; uma paralisia ou anestesia podem facilmente se tornar permanentes, e algumas contraturas histéricas causam uma retração maior do que um músculo é capaz de aguentar. Outra característica dos sintomas é sua resistência a qualquer influência química por meio da medicação. Para Freud (1888/1996), até então os meios capazes de remover os sintomas histéricos eram a sugestão hipnótica e a influência da excitação. No caso do hipnotismo, ele conseguia atingir diretamente o mecanismo dos sintomas, de modo a produzir efeitos psíquicos. Ao perceber que os sintomas histéricos podem mudar através de tais

---

<sup>49</sup> Capacidade de se mover espontaneamente, de realizar movimentos autônomos.

<sup>50</sup> Em 1893 Freud publica um artigo cujo tema principal é a comparação entre as paralisias histéricas e orgânicas.

<sup>51</sup> A contratura muscular acontece no momento em que o músculo faz a contração de maneira incorreta e não retorna a seu estado normal de relaxamento.

recursos, Freud (1888/1996) destaca que a histeria de forma alguma cria algo novo, mas apenas desenvolve e exagera as relações fisiológicas, sem representar uma cópia das condições anatômicas do sistema nervoso. Os sintomas que se parecem com afecções orgânicas “refletem a anatomia do órgão central e são fontes mais fidedignas do conhecimento a respeito dele” (1888/1996, p.85). Por essa razão, ele descarta a ideia de que na origem da histeria esteja situada alguma doença orgânica.

Além dos sintomas físicos, o autor explana, há uma série de distúrbios psíquicos encontrados na histeria. São alterações no curso e na associação de ideias, inibições na atividade da vontade, exagero e repressão dos sentimentos. Resumindo, são alterações na distribuição normal das quantidades estáveis de excitação. Os sintomas psíquicos possuem uma significação dentro do quadro total da histeria e ocorrem inteiramente na esfera da atividade inconsciente. São, portanto, automáticos.

Talvez ainda se possa acentuar que na histeria (como em todas as neuroses) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, e que os pacientes histéricos funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso – excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como irritante, deslocando-se com grande mobilidade dentro do sistema nervoso (FREUD, 1888/1996, p.86).

Neste período de sua pesquisa sobre a histeria, Freud (1888/1996) a considera como um estado, uma predisposição nervosa que surge de tempos em tempos. Assim como Charcot, acreditava que a etiologia da histeria deveria ser buscada inteiramente na hereditariedade, porque haveria sempre uma disposição hereditária nas perturbações da atividade nervosa. A saber, nas famílias de pacientes histéricos são encontrados, entre outros, epiléticos e doentes mentais. A transmissão da histeria em meninos é originária da mãe.

Freud (1888/1996) não descarta, nesse artigo, as possíveis causas acidentais, considerando-as importantes na medida em que desencadeiam o início dos ataques. Ele cita, ainda, alguns fatores que propiciam o desenvolvimento dessa disposição histérica: uma criação cheia de mimos, junto a uma prematura atividade mental no período da infância, somada a excitamentos frequentes e violentos. Segundo ele, todas essas influências possuem igual tendência para produzir neuroses de modo geral, o que tornaria evidente, para ele, a influência da hereditariedade. Entre os fatores que podem fazer irromper a histeria estão os traumas, as intoxicações, os lutos, as emoções que desencadeiam emagrecimentos, ou ainda qualquer emoção capaz de exercer um efeito prejudicial. Há também ocasiões, escreve, em que anormalidades na esfera sexual causam certa influência nos desenvolvimentos histéricos: as funções relacionadas à vida sexual têm seu papel na etiologia das neuroses, especialmente no caso das mulheres, pois para o sexo feminino a sexualidade possuiu uma elevada significação

psíquica. Desse modo, o trauma acaba sendo uma causa acidental frequente, porque a disposição histérica que até então não fora detectada pode se manifestar por ocasião de um trauma físico intenso, e a parte do corpo afetada se torna a sede de uma histeria local. Para Andersson (2000b), a importância atribuída por Freud às experiências traumáticas está, nesse contexto, de acordo com as concepções de Charcot. No entanto, outros dados são por ele introduzidos.

Na quarta parte deste artigo, Freud (1888/1996) apresenta a evolução da patologia. Seus primeiros sinais se dariam, ele relata, provavelmente na adolescência. Esse é o período no qual a neurose histérica, em grande parte dos casos, se mostra ativa em mulheres. Naquelas com mais de quarenta anos, a doença não apresenta sintomas novos, mas os antigos podem persistir, e até mesmo se intensificar em idade mais avançada.

Para finalizar, Freud (1888/1996) apresenta uma possibilidade de terapêutica, segundo a qual três pontos seriam necessários ser tratados: a disposição à histeria, os ataques histéricos e os sintomas isolados. Mesmo que a disposição não possa, ser eliminada, Freud avança a possibilidade de se trabalhar com medidas profiláticas, retirando o paciente de suas condições habituais e isolando-o do círculo em que o ataque ocorreu. Essas medidas possibilitariam uma atenção mais cuidadosa ao paciente, fator necessário para o êxito do tratamento. O trabalho consistiria na remoção das fontes psíquicas que estimulam os sintomas histéricos, “e isto se torna compreensível se buscarmos as causas da histeria na vida ideativa inconsciente” (1888, p.93). O tratamento consistia em dar ao paciente, sob efeito da hipnose, uma sugestão que contém a eliminação do distúrbio. Por exemplo: “Curamos uma *tussis nervosa hysterica* fazendo pressão sobre a laringe do paciente hipnotizado e assegurando-lhe que foi removido o estímulo que o faz tossir, ou curamos uma paralisia histérica do braço compelindo o paciente, sob hipnose, a mover o membro paralisado, parte por parte” (Freud, 1888, p.93).

O efeito dessa sugestão será maior ao se utilizar o método proposto por Breuer, em que o paciente, sob hipnose, é solicitado a remontar à pré-história psíquica da doença. Busca-se com isso reconhecer a situação psíquica em que se originou o sintoma. Isso, na opinião de Freud em 1888, implicava também, segundo Andersson (2000b), uma tentativa de reconstruir o processo de autossugestão, que se supunha ser a origem da sintomatologia da histeria. Esse método seria o mais apropriado para o tratamento da histeria, justamente porque imita o mecanismo da origem e da cessação dos distúrbios histéricos. Nesse artigo, Freud passa a considerar abertamente a possibilidade da aplicação da hipnose e da sugestão para a terapia da histeria (ANDERSSON, 2000b).

No escrito de 1888, Freud ainda era um avaliador das ideias de seu mestre em torno do tema. Em consequência disso, ele ainda colocava a hereditariedade como o fator mais importante da histeria, e como condição necessária para seu surgimento (ANDERSSON, 2000b).

#### 4.3.2 Esboços para os Estudos sobre a Histeria

Segundo Andersson (2000c), nos anos entre 1890 e 1891 não surgiram elementos que poderiam contribuir para um estudo do pensamento etiológico de Freud – algumas das cartas<sup>52</sup> escritas para Fliess sequer dizem algo sobre esse assunto, e um artigo publicado no período sobre as afasias não trata de qualquer problema relativo às neuroses. É somente na segunda metade de 1892 que o material se torna mais rico: a partir desses escritos, é possível ter uma ideia sobre as hipóteses etiológicas freudianas e sobre as modificações em seu pensamento desde 1888. Suas ideias etiológicas, nesse contexto, eram: a base da histeria seria uma disposição hereditária que poderia ser ativada por fatores traumáticos ou de outra natureza; uma parte dos sintomas histéricos formaria-se por meio de um mecanismo psíquico, a autossugestão, e em condições em que a atividade psíquica não funciona normalmente.

Os três esboços analisados na sequência estiveram com Breuer até 1909. São rascunhos para o artigo *Comunicação Preliminar - Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, publicado em 1893 nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), que teve Breuer como colaborador. Grande parte desses esboços estão apresentados de forma condensada, porém é possível concatenar todos os elementos que se fariam presentes no artigo de 1893. Diversos problemas sobre a hereditariedade, principalmente sobre o mecanismo psíquico e a fórmula patológica da formação dos sintomas da histeria, são abordados de modo tornar claro que Freud não havia ainda excluído totalmente a influência dos fatores hereditários (ANDERSSON, 2000c).

---

<sup>52</sup> A correspondência trocada por Freud com seu amigo mais íntimo, Wilhelm Fliess, constitui o mais importante conjunto de documentos da história da psicanálise. As cartas vão de 1887 a 1904, período que abarca o nascimento e desenvolvimento da psicanálise. Durante os dezessete anos da correspondência, Freud escreveu algumas de suas obras mais revolucionárias. A edição dessas cartas foi feita por Jeffrey Moussaieff Masson e publicada no Brasil em 1986 pela Imago Editora, com tradução de Vera Ribeiro. Ao total, são 272 cartas; dessas, 133 são inéditas e as outras 139 foram publicadas anteriormente em partes. Nesse período, Freud também manteve correspondência com sua noiva, Martha Bernays (1861-1951) – as 1.500 cartas foram publicadas em 2011 pela editora alemã S. Fischer, Frankfurt am Main, com o título *Die Brautbriefe* (1882-1886), e sem tradução para a língua portuguesa. Devido à grande quantidade de cartas trocadas no período entre 1886 e 1896, optou-se neste trabalho utilizar aquelas que foram selecionadas pelos comentadores.

O primeiro esboço é uma carta datada de 29 de junho de 1892, em que Freud (1892/1996) expõe para Breuer sua preocupação em torno de como oferecer um quadro bidimensional da teoria da histeria que estava sendo construída pelos dois médicos. A questão era saber se a teoria seria descrita do ponto de vista histórico começando com os casos clínicos, ou se “devemos começar por afirmar dogmaticamente as teorias que formulamos à guisa de explicação” (1892/1996, p.190). Freud opta pela segunda sugestão, e organiza o material da seguinte maneira: na primeira parte, estão as teorias dos dois médicos sobre a excitação, a teoria da memória e os diferentes estados de consciência que não estão relacionados entre si. Num segundo momento, é apresentada a origem dos sintomas crônicos: sonhos, auto-hipnose, afetos e resultados dos traumas absolutos, em que os três primeiros se relacionam com a disposição e o último com a etiologia. A terceira parte é dedicada ao ataque histérico como a tentativa de reação por meio da recordação. A parte seguinte aborda a origem dos estigmas históricos. Por fim, lê-se a fórmula patológica da histeria, proposta por Freud (1892/1996): a magnitude da soma da excitação, o conceito de trauma e o segundo estado de consciência.

O segundo rascunho corresponde à seção III da *Comunicação Preliminar* (1893) de Freud e Breuer. Freud (1892/1996) salienta que recordações dos fenômenos históricos estão ausentes da memória acessível do paciente e que, sob efeito de hipnose, tais lembranças podem ser despertadas com clareza. Essas memórias estariam relacionadas a episódios ocorridos em situações peculiares – a cataplexia devido ao susto, estados semelhantes devido ao sono, auto-hipnose devido a conteúdos não conectados com a consciência normal. Para tentar caracterizar a disposição histérica, Freud (1892/1996) apresenta sua hipótese para determinar a causa desses fenômenos: nela, o conteúdo da consciência se torna dissociado e determinado por complexos de ideias que, por não estarem em conexão associativa, “com facilidade se desgarram” (1892/1996, p.192). A disposição histérica deveria ser pesquisada, para ele, quando estados dissociativos da consciência aparecerem espontaneamente, devido a fatores internos ou a influências externas.

Esses estados são caracterizados como “hipnoides”, tendo como característica essencial o fato de que seu conteúdo, em maior ou menor grau, está desconectado do conteúdo da consciência, e assim permanece barrado de ser liberado pelas associações – “do mesmo modo que no sonhar e no estado de vigília, *um modelo de dois estados que diferem entre si, não estamos inclinados a fazer associações de um estado para o outro, mas apenas associações dentro de cada um deles em particular*” (Freud, 1892/1996, p.192, *grifo do autor*). Assim, em qualquer pessoa com disposição à histeria, um afeto poderia dar origem a uma divisão desse

tipo, e a impressão recebida durante a ocorrência desse afeto se tornaria um trauma. Nos casos clínicos, esses estados hipnoides foram a *condition seconde*. Novamente, Freud (1892/1996) apresenta sua tese de que a vida sexual é uma das condições que podem ocasionar o conteúdo de tais traumas. Isso ocorreria “devido ao contraste muito grande que representa para o restante da personalidade e por ser impossível reagir a suas ideias” (1892/1996, p.193). A proposta para essa parte da *Comunicação Preliminar*, que só será publicada no ano seguinte, é de

Compreender que nossa terapia consiste em remover os resultados das ideias que não sofreram ab-reação, seja revivendo o trauma num estado de sonambulismo, e então ab-reagindo e corrigindo-o, seja trazendo-o para o plano da consciência normal, sob hipnose relativamente superficial (FREUD, 1892/1996, p. 193).

O terceiro e último rascunho que compõe o esboço está relacionado à teoria dos ataques histéricos. Até 1892, não havia uma teoria que os explicasse: foi Charcot quem fez um relato do raro *grande attaque hystérique*, sem chegar a transcender o descritivo. Aqui, mais uma vez, Freud (1892/1996) retoma as quatro fases de um ataque descritas pelo médico francês: a fase epileptóide, seguida da fase dos grandes movimentos, a fase alucinatória e, por último, a fase do delírio. Todas essas formas variadas do ataque são observáveis com mais frequência do que o típico grande ataque, e surgem, “como nos diz Charcot, na medida em que essas distintas fases se tornam independentes, ou se prolongam, ou se modificam, ou são omitidas” (1892/1996, p.193).

A descrição de Charcot, porém, não apresenta qual seria a possível conexão entre as diferentes fases, tampouco a importância dos ataques para o quadro geral da histeria, ou ainda como cada ataque ocorre em cada paciente. Para Freud (1892/1996), muitos médicos tendem a considerar o ataque histérico como “uma descarga periódica dos centros motores e psíquico do córtex cerebral” (1892/1996, p. 194), algo de que ele e Breuer discordavam. Suas opiniões eram formadas a partir do tratamento por meio de hipnose e pela investigação dos processos psíquicos que ocorrem durante o ataque. Para expor mais claramente suas ideias, Freud (1892/1996) apresentou cinco pontos sobre o ataque histérico, assinalando que, para acompanhar essa construção, seria “indispensável supor a presença de uma dissociação – uma divisão no conteúdo da consciência” (1892/1996, p.194).

O elemento essencial para a recorrência do ataque histérico, nesse contexto, seria o retorno de “um estado psíquico que o paciente já experimentou anteriormente” (Freud, 1892/1996, p.194), ou seja, o retorno de uma lembrança. Essa fase é essencial para a ocorrência do ataque, estando situada na fase de *attitudes passionales*. É bastante evidente para Freud (1892/1996) que esse estágio “encerra uma lembrança oriunda da vida do paciente” (1892/1996,

p.194) e, na maioria das vezes, a lembrança é sempre a mesma. Entretanto, há outros casos em que a lembrança parece estar ausente, e o ataque consiste apenas em fenômenos motores. Porém, “*o exame sob hipnose evidencia nitidamente um processo mnêmico psíquico*” (1892/1996, p.194. *grifo do autor*), tal como ocorre nos ataques com nítido retorno das lembranças. É importante ressaltar que os fenômenos motores não estão desconectados de seu conteúdo psíquico: eles correspondem ou ao aspecto geral da emoção, ou exatamente às ações envolvidas no processo alucinatório.

A lembrança que retorna e forma o conteúdo do ataque não é uma lembrança qualquer, mas “o retorno do evento que causou a irrupção da histeria – o trauma psíquico” (Freud, 1892/1996, p. 194). Segundo Freud (1892/1996), essa relação também acontece em casos típicos de histeria traumática, em que um indivíduo não-histérico passa a sofrer da neurose após um episódio de medo intenso. Em casos assim, o conteúdo do ataque consiste na reprodução alucinatória que colocou o indivíduo em perigo; em outros casos, há eventos de menor perigo, mas que atuam como traumas, tais como sustos, ofensas humilhantes e frustrações. Nesse segundo tipo de casos, o grande trauma está isolado por uma série de traumas menores que “se inter-relacionam por sua semelhança ou pelo fato de fazerem parte de uma história penosa” (1892/1996, p. 195). Esses pacientes apresentam ataques de tipos diferentes, cada um com um conteúdo mnêmico particular. Esse fato torna necessário uma ampliação do conceito de neurose histérica. A lembrança que o conteúdo do ataque é inconsciente, portanto, é um segundo estado da consciência que está presente em toda a histeria. Por ser um conteúdo inconsciente, está presente de duas formas: ou de maneira inteiramente ausente da recordação do paciente, ou se encontra em sua forma rudimentar, condensada. Se, durante o tratamento, for possível trazer à consciência essa lembrança, ela deixa de produzir ataques.

No final deste último rascunho, Freud (1892/1996) se questiona sobre a origem do conteúdo mnêmico presente nos ataques histéricos. A questão levantada pelo psicanalista é saber se uma experiência, ideia ou intenção está localizada na segunda consciência, e não na consciência normal.

*Descobrimos, com certeza, dois desses determinantes nas pessoas histéricas: Se uma pessoa histérica intencionalmente procurar esquecer uma experiência, ou decididamente a rechaça, inibe e suprime uma intenção ou ideia, esses atos psíquicos, em consequência, entram no segundo estado de consciência; daí produzem seus efeitos permanentes e a lembrança deles retorna sob a forma de ataque histérico. As impressões recebidas durante estados psíquicos não-habituais (como estados afetivos, estados de êxtase ou auto-hipnose) também entram no segundo estado da consciência (FREUD, 1892/1996, p. 196, grifo do autor).*

Freud (1892/1996) acredita que esses dois fatores muitas vezes se combinam por meio de associações internas. Também, que existem, provavelmente, outros determinantes além destes. Entretanto, ele não apresenta, no rascunho, outros fatores ou hipóteses.

A última ideia por ele apresentada propõe uma definição de trauma psíquico. O sistema nervoso, segundo Freud (1892/1996), procura se manter num estado constante de excitação. Ao se manter assim, elimina associativamente todo acúmulo significativo de excitação, ou o descarrega mediante uma reação motora. Dessa forma, as experiências psíquicas que formam o conteúdo dos ataques histéricos possuem essa característica em comum com o movimento do sistema nervoso descrito. Todos os traumas psíquicos seriam “*impressões que não conseguiram encontrar uma descarga adequada*” (p.196, *grifo do autor*), seja porque o indivíduo se recusa a enfrentar tais emoções, por medo de conflitos angustiantes, ou porque há proibições em agir, por timidez ou condições sociais. Ou também, ainda, porque recebeu tais impressões em um momento em que seu sistema nervoso estava impossibilitado de executar a tarefa de eliminá-los.

Essa é a definição proposta por Freud (1892/1996) de um trauma psíquico, que pode facilmente ser empregada na teoria da histeria: “*transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou reação motora*” (p.196, *grifo do autor*).

Em artigo publicado no ano seguinte, 1893, lê-se um estudo comparativo em torno das paralisias motoras orgânicas e das paralisias histéricas. Nele, não há novos argumentos ou críticas às afirmações de Charcot sobre o papel das lesões dinâmicas; mas, para Andersson (2000c), a exposição está mais explícita do que no artigo de 1888. O original deste artigo foi redigido em francês, e seu tema foi sugerido por Charcot em fevereiro de 1886, poucos antes de Freud deixar Paris. Em nota, o editor informa que no relatório feito por Freud sobre seus estudos na Salpêtrière, ele comunica que está prestes a publicar um artigo nos *Archives de Neurologie* com o título de *Vergleichung der hysterischen mit der organischen Symptomatologi*<sup>53</sup>. Portanto, há indícios de que esse artigo já estaria escrito em 1886. Há também menções a este trabalho em cartas para seu amigo e médico Wilhelm Fliess (1858-1928). Em 28 de maio de 1888, ele escreve: “o primeiro rascunho das ‘paralisias histéricas’ está agora concluído; não sei quando concluirei o segundo” (Carta 4). Três meses depois escreve, em 29 de agosto: “agora estou justamente terminando as paralisias histéricas e orgânicas o que me deixa mesmo muito satisfeito” (Carta 5). Seguem-se alguns anos de silêncio sobre o tema,

---

<sup>53</sup> *Comparação da sintomatologia histérica com a orgânica*, em tradução literal.

para então em 30 de maio de 1893, em outra carta para Fliess (carta 12): “O livro que hoje estou lhe remetendo não é muito interessante. O outro trabalho, sobre paralisias histéricas, menor e mais interessante, vai surgir no começo de junho”. Em outra carta, datada de 10 de julho (carta 13): “as paralisias histéricas deveriam ter sido publicadas há muito tempo; provavelmente aparecerão no número de agosto. É um artigo muito curto... Talvez você possa estar lembrando de que eu já me ocupava dessa questão quando você era meu aluno, e que, naquela época, proferi uma de minhas conferências na Universidade sobre esse assunto” (MASSON, 1986).

O editor (1893a/1996) sugere uma explicação para o atraso de tantos anos para publicação. Esse estudo comparativo é um divisor de águas entre os escritos neurológicos e psicológicos de Freud. As três primeiras partes do trabalho são sobre neurologia e foram escritas entre 1886 e 1888. A última parte, provavelmente, foi escrita no ano de 1893, por citar a “Comunicação Preliminar” publicada por Freud e Breuer no mesmo ano, e se baseia nas novas pesquisas que ambos estavam iniciando – a saber, sobre o recalque, ab-reação e o princípio de constância. O contato de Freud com esses conceitos começou em 1887 e aprofundou-se neles nos anos seguintes. Por isso, supõe-se que o psicanalista tenha adiado sua publicação, para ir à fundo na explicação deles.

No texto *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, Freud (1893a/1996) inicia suas considerações sobre as paralisias motoras orgânicas. A neurologia reconhece dois tipos de paralisia motora: a periférico-medular e a cerebral. Essa distinção condiz com o trajeto das fibras condutoras da motricidade, que se divide em dois segmentos: o primeiro estende-se da periferia até as células do corno anterior da medula espinhal, a partir de onde começa o segundo segmento, que vai até o córtex cerebral. O primeiro tipo de paralisia tem como exemplos, entre outras, a paralisia facial de Bell<sup>54</sup> e a paralisia da poliomielite. Nelas, cada fibra muscular pode estar paralisada individualmente, dependendo da localização e da extensão da lesão nervosa. A paralisia cerebral, por outro lado, é uma lesão que percorre uma parte extensa de um membro, um segmento de uma extremidade, ou um aparelho motor complexo, não afetando apenas um único músculo.

Era comum, na época do nascimento da psicanálise, atribuir à histeria a capacidade de simular as mais diversas doenças orgânicas. A questão proposta por Freud (1893a/1996) é saber se ela simula as características dos dois tipos de paralisias orgânicas e se existem paralisias histéricas em projeção (paralisia periférico-medular) e representação (paralisia cerebral). Aqui,

---

<sup>54</sup> A paralisia de Bell é um distúrbio de instalação repentina, sem causa aparente, marcada pelo enfraquecimento ou paralisia dos músculos de um dos lados do rosto.

surge um aspecto importante: a histeria não simula paralisias periféricas-medulares, mas compartilha as características das paralisias em representação. É necessário assinalar que, neste ponto, Freud (1893a/1996) está tratando apenas das paralisias histéricas flácidas, e não das contraturas histéricas. Para ele, parece impossível aplicar as mesmas regras das paralisias às contraturas. Isso porque as paralisias flácidas não afetam músculos isolados: são sempre paralisias *en masse*, e “nesse aspecto correspondem às paralisias em representação ou paralisias cerebrais orgânicas” (1893a/1996, p.205).

Apesar dessa correlação entre a paralisia histérica e a paralisia cerebral, é indispensável apresentar as características que as distinguem.

Em primeiro lugar, [a paralisia histérica] não obedece à regra, que se aplica regularmente às paralisias cerebrais orgânicas, segundo a qual o segmento distal sempre está mais afetado do que o segmento proximal. Na histeria, o ombro ou a coxa podem estar mais paralisados do que a mão ou o pé. Podem surgir movimentos dos dedos enquanto o segmento proximal ainda está absolutamente inerte. Não existe a menor dificuldade em produzir artificialmente uma paralisia isolada da coxa, da perna etc., e, clinicamente, podem-se encontrar com muita frequência essas paralisias isoladas, contrariando as regras da paralisia cerebral orgânica (FREUD, 1893a/1996, p.205/206).

Dessa maneira, as paralisias histéricas podem ser classificadas como intermediárias entre a paralisia em projeção e a paralisia em representação. Entretanto, a histeria não possui características de dissociação e delimitação próprias da paralisia em projeção, e também não está submetida às regras que regem a paralisia cerebral. Considerando tais características, Freud (1893a/1996) afirma que a paralisia histérica é um tipo associado à representação; porém, com características particulares em relação a ela, que ainda precisavam, à época, de maiores investigações.

Após ter dito isto, Freud (1893a/1996) se propõe a estudar as demais características que distinguem a paralisia histérica da paralisia cerebral. A primeira delas é o fato de que a paralisia histérica está mais sistematizada do que a paralisia cerebral. Por exemplo, dos sintomas da hemiplegia orgânica comum – uma paralisia dos membros superiores e inferiores e da parte inferior da face – a histeria vai reproduzir apenas a paralisia dos membros. “E [a paralisia histérica] até mesmo [se] dissocia, com muita frequência e com maior facilidade, [d]as paralisias do braço e da perna, sob a forma de monoplegias” (1893a/1996, p.206). Essa mesma dissociação ocorre nas paralisias isoladas de um segmento de um membro, enquanto outras partes do mesmo membro permanecem ilesos.

A paralisia histérica possuiu outra característica que é sinal de neurose, e que surge além da primeira característica: a histeria é uma doença com excessivas manifestações, e pode

produzir sintomas com máxima intensidade. Esse atributo é evidente não só nas paralisias, como nas contraturas e nas anestésias. A isso soma-se a *delimitação precisa* e a *intensidade excessiva*, qualidades que ocorrem ao mesmo tempo. É nesse sentido que ela se distancia da paralisia cerebral orgânica, na qual essas duas características não se associam entre si. Por exemplo, se um braço está paralisado em consequência de uma lesão cortical orgânica, há um comprometimento também, mas de menor intensidade, na face e na perna. Na paralisia histérica, o contrário ocorre: exclusivamente o braço é afetado, sem vestígios em outros membros do corpo. Entretanto, uma paralisia histérica pode ser tão grave quanto uma paralisia orgânica, e nisso é possível, conforme Freud (1893a/1996), verificar uma nítida diferença em relação ao outro tipo de paralisia – diferença que será abordada ao final desta segunda parte.

Nem todas as paralisias histéricas apresentam excessiva intensidade, e a sua dissociação nem sempre é perceptível, sendo necessárias outras características para reconhecê-las. Freud (1893a/1996), porém, não manifesta grande interesse por elas. E acrescenta alguns comentários para este tema que, segundo ele, seria de importância secundária. Em resumo, ele argumenta que as paralisias histéricas vêm acompanhadas de distúrbios da sensibilidade, a anestesia ou analgesia histérica, e que ele, neste ponto de sua pesquisa, não conseguia encontrar uma solução que pudesse “projetar alguma luz sobre a natureza íntima dos fenômenos” (1893a/1996, p. 209).

Na terceira e última parte com característica neurológica, Freud (1893a/1996) aborda a natureza das lesões presentes nas paralisias orgânicas e nas paralisias histéricas. No primeiro tipo de paralisias, a natureza da lesão desempenha um papel secundário: são a extensão e a localização que, em determinadas condições estruturais do sistema nervoso, produzem as características da paralisia orgânica. Freud (1893a/1996) questiona: “qual poderia ser a natureza da lesão, na paralisia histérica, que define a situação sem respeitar a localização ou a extensão da lesão ou da anatomia do sistema nervoso?” (1893a/1996, p. 211). Para responder a essa questão, há o retorno para a tese de Charcot, para quem não se trataria de uma lesão cortical, mas puramente dinâmica e funcional. Essa é uma tese, escreve o psicanalista, cujo aspecto negativo “podemos entender facilmente: equivale a afirmar que nenhuma modificação tecidual detectável será encontrada *post mortem*” (1893a/1996, p.211). Por outro lado, em seu aspecto positivo, “sua interpretação [de Charcot] está longe de ser inequívoca” (p.211). Nas lições de Charcot, uma lesão dinâmica é aquela de que não se encontra vestígio algum após a morte, como um edema, uma anemia ou uma hiperemia ativa. Contudo, são lesões orgânicas verdadeiras, mesmo que mínimas e transitórias. Porém, nenhuma dessas lesões poderia produzir

a dissociação e a intensidade das paralisias histéricas. Aqui, novamente, como no artigo *Histeria* de 1888, o psicanalista afirma que as lesões nas paralisias histéricas são independentes da anatomia do sistema nervoso. Isso ocorreria pois, “*nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta*” (1893a/1996, p.212).

Na última parte de suas considerações, Freud (1893a/1996) pretende indicar uma linha de pensamento em torno da lesão causadora das paralisias histéricas, sem, no entanto, contrariar as propriedades das mesmas, à medida em que se diferem das paralisias orgânicas. Ele concorda com o médico neurologista e psiquiatra Pierre Janet (1859-1947), ao afirmar que, na paralisia histérica, assim como na anestesia, “o que está em questão é a concepção corrente, popular, dos órgãos e do corpo em geral” (1893a/1996, p.213). Essa concepção, segundo o psicanalista, se apoia em percepções táteis e, principalmente, visuais. Se esse entendimento determina as características da paralisia histérica, ela então estaria construída de modo independente em relação à anatomia do sistema nervoso. Por exemplo: na paralisia histérica, a lesão será uma modificação da concepção, isto é, da ideia de braço. Do ponto de vista psicológico, a paralisia consiste no fato de que a concepção do braço não consegue entrar em associação com as outras ideias inerentes ao “eu”, para quem o corpo é parte importante (FREUD, 1893a/1996).

No processo associativo, a concepção do braço está envolvida com uma grande quantidade de afeto; portanto, estará inacessível às outras associações. O braço “*estará paralisado em proporção com a persistência dessa quantidade de afeto ou com a diminuição através de meios psíquicos apropriados* (Freud, 1893a/1996, p.214, *grifo do autor*). Essa é a solução encontrada por Freud, pois, em todos os casos de paralisia...

Verificamos que o *órgão paralisado ou a função abolida estão envolvidos numa associação subconsciente que é revestida de uma grande carga de afeto, e pode ser demonstrado que o braço tem seus movimentos liberados tão logo essa quantidade de afeto seja eliminada*. Por conseguinte, a concepção do braço existe no substrato material, mas não está acessível às associações e impulsos conscientes, porque a totalidade de sua afinidade associativa está, por assim dizer, impregnada de uma associação subconsciente com a lembrança do evento, o trauma, que produziu a paralisia (FREUD, 1893a/1996a, p. 214, *grifo do autor*).

Nesse ponto, Freud está de acordo com o ensinamento de J.M. Charcot, quando o médico francês supõe que a lesão, nas paralisias histéricas, consiste na fixação dessa concepção numa associação subconsciente com a lembrança do trauma. Ambos concordam que essa concepção só se torna acessível quando a carga de afeto do trauma psíquico é liberada por uma reação motora adequada ou pela atividade psíquica consciente.

### 4.3.3 O sintoma está no psiquismo

Na conferência intitulada *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência* (1893b/1996), Freud busca as razões pelas quais o desenvolvimento dos sintomas estaria na esfera psíquica. O ponto de partida de sua investigação são as paralisias traumáticas de origem histórica, um dos trabalhos mais significativos de Charcot.

A conferência é iniciada com a apresentação de um caso clínico. Nele, a pessoa em questão está sujeita a um trauma. Ela tem, como singularidades, o fato de não ter estado doente antes, e não ter qualquer predisposição hereditária. Para um trauma ser visto como tal, deve satisfazer a certas condições, como sua gravidade: “isto é, ser de uma espécie que envolva a ideia de perigo mortal, de uma ameaça à vida. Mas não deve ser grave no sentido de pôr a termo à atividade psíquica” (1893b/1996, p.37). Além disso, deve ter relação com alguma parte do corpo. Por exemplo: uma tora de madeira cai sobre o ombro de um trabalhador causando apenas uma contusão; passado algum tempo, ele percebe que o braço atingido pela tora pende flácido e paralisado, embora, até ali, ele estava em condições normais. Supondo que esse seja um caso típico, é possível que ocorram ataques peculiares, e que o sujeito fique agitado e se torne delirante. “E, se falar em seu delírio, sua fala talvez mostre que a cena do acidente está sendo perfeitamente repetida nele, acrescida talvez de vários quadros imaginários” (1893b/1996, p.38).

Esse processo foi explicado por Charcot, pela via da reprodução, ao induzir pacientes, através da hipnose, à paralisia. Isso só acontecia se o paciente já estivesse num estado histérico. Tal procedimento é descrito por Freud (1893b/1996):

Ele hipnotiza profundamente um paciente desse tipo e então golpeia seu braço levemente. O braço pende; fica paralisado e exhibe precisamente os mesmos sintomas que ocorrem na paralisia traumática espontânea. O golpe também pode ser substituído por uma sugestão verbal direta: “Veja! Seu braço está paralisado!”. Também nesse caso a paralisia apresenta as mesmas características (FREUD, 1893b/1996, p.38).

Comparando o trauma e a sugestão traumática, o resultado é exatamente o mesmo: a paralisia. Portanto, se o trauma pode ser substituído por uma sugestão verbal, Freud (1893b/1996) supõe que uma ideia dessa natureza seja responsável pelo desenvolvimento da paralisia, no caso da paralisia traumática espontânea. Desse modo, seria possível considerar o trauma como equivalente à sugestão verbal. Essa analogia se completa com um terceiro fator: para que a ideia da sugestão do braço paralisado provocasse uma paralisia, o paciente deveria estar em estado hipnótico. No caso do trabalhador, Freud (1893b/1996) presumiu que este estivesse num estado de espírito especial durante o trauma, na medida em que, na teoria de

Charcot, o afeto e o estado de hipnose artificialmente produzidos são igualados. Assim, a paralisia traumática espontânea está, para Freud, nesse texto, explicada, tornando-se paralela à paralisia produzida por sugestão. Seguindo esse raciocínio, a gênese do sintoma está determinada, sem dúvidas, pelas circunstâncias do trauma.

Posteriormente, essa experiência foi repetida por Charcot para explicar as contraturas e as dores que aparecem na histeria traumática. Entretanto, não há outro ponto em que a compressão e a análise da histeria tenham ido adiante. Essa teoria não avança na elucidação de como são gerados os outros sintomas e, principalmente, na compreensão dos sintomas que não possuem origem traumática.

Nesse ponto da conferência, Freud (1893b/1996) retoma o trabalho do médico Josef Breuer (1842-1925), que, entre 1880 e 1882, atendia uma jovem com um quadro não traumático de histeria aguda. A paciente<sup>55</sup> apresentava sintomas de paralisias, contraturas, distúrbios da fala e da visão, e outras peculiaridades psíquicas que a acometeram quando cuidava de seu pai doente. Freud (1893b/1996) destaca a importância desse caso clínico para a história da histeria, já que foi o primeiro em que um médico teve êxito em elucidar os sintomas do estado histérico, desvendando a origem de cada sintoma e descobrindo formas de fazer com que desaparecessem.

O trabalho freudiano junto a Breuer começou logo após seu retorno de Paris, em 1886. Juntos, eles faziam observações detalhadas de vários pacientes histéricos, examinando-os a partir do ponto de vista proposto por Breuer. Ele descobriu que o comportamento da jovem citada na conferência é típico e que as conclusões a que chegaram poderiam ser estendidas a outros pacientes. As observações da dupla consistiam em casos de histeria comum, ou seja, não traumática. O procedimento consistia em considerar cada sintoma separado dos demais, e em indagar sobre as circunstâncias em que havia aparecido pela primeira vez, para assim chegarem a uma ideia clara da causa precipitante que pudesse determiná-lo. Freud (1893b/1996) adverte que não se trata de uma tarefa fácil ou simples, pois, ao interrogarem os pacientes dentro dessa orientação, não obtiveram respostas. Alguns dos pacientes observados tinham motivos pessoais para sonegar informações, e a grande maioria, genuinamente, não sabia o contexto de seus sintomas. O método utilizado para conseguir essas informações era colocá-los em estado hipnótico e perguntar sobre a origem do sintoma, investigando as reações que evocavam. Esse estado hipnótico permitia que a memória, inacessível no estado de vigília, retornasse. Com isso, Freud (1893b/1996) supôs existir uma experiência afetivamente marcante por trás de todos, ou quase todos, os fenômenos da histeria. Ele adiciona que essa experiência

---

<sup>55</sup> Freud refere-se a paciente Anna O., cujo caso clínico está descrito no *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895).

é de “tal ordem que torna imediatamente inteligível o sintoma com que se relaciona, mostrando uma vez mais, por conseguinte, que o sintoma é inequivocamente determinado” (1893b/1996, p. 40).

A partir de tais conclusões, ele apresenta a tese de que “*há uma analogia total entre a paralisia traumática e a histeria comum, não traumática*” (1893b/1996, p.40, *grifo do autor*). A única diferença, o escrito aponta, é de que na paralisia traumática há um grande trauma atuando, ao passo que, na histeria comum, não há só um único evento principal, mas toda uma história de sofrimento. A primeira dedução de Freud (1893b/1996) sobre sua tese é que o padrão da histeria traumática, tal como foi exposto por Charcot nas paralisias histéricas, aplica-se a todos os fenômenos histéricos ou, pelo menos, à sua grande maioria. O que deve ser considerado é a atuação dos traumas psíquicos: são eles que determinam a natureza dos sintomas manifestos. Na sequência, Freud (1893b/1996) apresenta dois exemplos de pacientes atendidas por ele e por Breuer.

A primeira paciente, mencionada anteriormente, relatou durante a hipnose um fato que ocorreu antes de seu adoecimento. Ela estava sentada, em processo de adormecimento, ao lado do leito do pai enfermo; seu braço direito pendia sobre as costas da cadeira, ficando dormente. Nesse momento, ela teve uma alucinação e, ao tentar afastar a imagem criada em sua mente com o movimento do braço, foi incapaz de fazê-lo. Foi só quando a histeria surgiu que a contratura do braço se instalou.

Outra paciente<sup>56</sup>, por sua vez, tinha a fala interrompida por um tique na língua. Ao ser questionada sobre a origem do sintoma, em estado hipnótico, foi descoberto que o ruído aparecera em duas ocasiões. Em cada uma delas, a paciente tomara a decisão de se manter em absoluto silêncio. A primeira situação ocorrera quando tomava conta de sua filha mais nova, que estava seriamente doente: pelo fato da criança enferma estar dormindo, ela não fez qualquer barulho. Freud (1893b/1996) concluiu que o medo de fazer algum barulho transformou-se na produção de um ruído. Esse sintoma manifestou-se novamente alguns anos depois, e de maneira similar à primeira situação: apareceu em uma ocasião em que a paciente decidiu ficar absolutamente quieta, persistindo desde então. Aqui, Freud (1893b/1996) explica que uma única causa precipitante não seria suficiente para fixar um sintoma; porém, quando esse sintoma aparece repetidamente, acompanhado de um afeto, torna-se fixado e crônico.

---

<sup>56</sup> Freud (1893b/1996) refere-se a paciente Emmy von N., cujo caso clínico está descrito no Estudos sobre a Histeria (1893-1895).

Os sintomas mais comuns encontrados na histeria são a combinação de anorexia com vômito. Em outra paciente, o vômito persistiu após ter lido uma carta que a deixara nauseada, pouco antes de uma refeição. Em outros casos, a repulsa pela comida pode estar relacionada ao fato de uma pessoa ser obrigada a se alimentar na companhia de alguém que detesta: nesses casos, a repulsa é transferida para os alimentos. As duas pacientes anteriormente apresentadas tinham repulsa a alimentos; a segunda, comia pouco e apenas quando era obrigada. Durante a hipnose, constatou-se que uma série de traumas psíquicos haviam produzido o sintoma. A primeira, aquela atendida por Breuer, durante algum tempo apresentou hidrofobia; durante a hipnose, descobriu-se que ela viu um cachorro bebendo água em seu copo (FREUD, 1893b/1996).

É necessário ressaltar que a determinação do sintoma pelo trauma psíquico não é tão transparente como nos exemplos acima citados. “Frequentemente, só encontramos o que se pode descrever como uma relação ‘simbólica’ entre a causa determinante e o sintoma histérico. Isso se aplica às dores” (Freud, 1893b/1996, p.41-42). Outra paciente, a Sra. Cäcilie M.<sup>57</sup>, sofria de dores entre as sobrancelhas. O evento que gerou tal sintoma foi um olhar inquisitório – “penetrante” – de sua avó quando era criança. Ela sofria de dores fortíssimas no calcanhar direito, que estavam ligadas a uma ideia que ocorrera quando jovem: no momento em que aparecera pela primeira vez em sociedade, ficou dominada pelo medo de não conseguir “acertar o passo”. Segundo Freud (1893b/1996), simbolizações assim são frequentes em pacientes com nevralgias e dores. “É como se houvesse a intenção de expressar o estado mental através de um estado físico; e o uso linguístico fornece uma ponte pela qual isso pode ser efetuado” (1893b/1996, p.43). Entretanto, nos sintomas mais típicos – como naqueles que apresentam anestesia em alguma parte do corpo, restrição do campo visual, convulsões que se assemelham a epilepsia, entre outros – o que ocorre é um mecanismo psíquico de outra ordem, e é possível demonstrar tal mecanismo em reação às zonas histerógenas.

Todos esses exemplos clínicos expostos provam que os fenômenos da histeria comum podem ser considerados com o mesmo modelo da histeria traumática. Portanto, toda histeria pode ser qualificada como traumática, “no sentido de que implica um trauma psíquico e de que todo fenômeno histérico é determinado pela natureza do trauma” (FREUD, 1893b/1996, p.43).

A questão adicional que Freud (1893b/1996) busca responder refere-se à natureza da conexão entre o fator determinante descoberto durante a hipnose e o fenômeno que persiste posteriormente como sintoma crônico. O que ocorre na histeria é uma ‘causação’ direta: pode

---

<sup>57</sup> A Sra. Cäcilie M. foi paciente de Freud e Breuer entre 1889 e 1893.

ser tomado por base o quadro de um corpo estranho que continua a atuar como causa da doença até que, por meio da hipnose, seu efeito seja cessado. Breuer, citado por Freud (1893b/1996), mostra que há uma conexão desse tipo entre o trauma psíquico e o fenômeno histérico. Foi com a primeira paciente que ele percebeu que descobrir a causa determinante de um sintoma é, também, uma técnica terapêutica.

O momento em que o médico desvenda a ocasião da primeira ocorrência do sintoma e a razão de seu aparecimento e também o momento em que o sintoma se desfaz. Quando, por exemplo, o sintoma apresentado pelo paciente consiste em dores, e quando lhe indagamos sob hipnose sua origem, ele evoca uma série de lembranças ligadas a elas. Se conseguirmos suscitar nele uma lembrança realmente vívida e se ele vir as coisas diante de si com toda a sua realidade original, observaremos que está completamente dominado por algum afeto (FREUD, 1893b/1996, p.44).

E quando esse afeto é expresso verbalmente, ocorre que ao mesmo tempo o sintoma se manifesta uma vez mais para, em seguida, desaparecer. Quando a lembrança do acontecimento surge, está mais vívida do que a lembrança de qualquer outro acontecimento, e o afeto retorna tão intenso quanto na primeira vez. Portanto, o trauma psíquico continua a atuar no sujeito, sustentando o fenômeno histérico, que só será eliminado no momento em que o paciente falar sobre ele. Esse procedimento, que consistia em fazer o paciente falar, sob hipnose, sobre a lembrança que ocasionou o trauma psíquico, trouxe ainda outra descoberta de suma importância para a psicanálise: a lembrança é excepcionalmente forte e preserva a totalidade de seu afeto. A partir disso, Freud (1893b/1996) questiona de que modo um evento ocorrido há tanto tempo pode continuar exercendo poder sobre o sujeito, e por qual razão essas lembranças não sofreram um processo de desgaste e esquecimento.

Para tentar elucidar tais questões, Freud (1893b/1996) apresenta alguns comentários sobre as condições que regem o desgaste da vida representativa. Segundo o autor, quando uma pessoa experimenta uma impressão psíquica, uma soma de excitações ocorre em seu sistema nervoso, que tende a diminuí-las, a fim de preservação da saúde. É importante ressaltar que o aumento da excitação ocorre pelas vias sensoriais, e sua diminuição, pelas vias motoras. Freud (1893b/1996) conclui, então, que as palavras são substitutas das ações – em alguns casos, as únicas substitutas. As reações adequadas são aquelas em que houve uma reação ao trauma e, em situações em que não houve uma reação a um trauma psíquico, a lembrança dele preserva o afeto original. Qualquer que seja o motivo pelo qual o sujeito foi incapaz de reagir ao trauma

psíquico, o afeto é retido. E quando não é possível se livrar do acréscimo de estímulo através da ab-reação<sup>58</sup>, existe a possibilidade de que o evento permaneça como trauma.

Ora, descobrimos que não há nos pacientes histéricos nada além de impressões que não perderam seu afeto e cuja lembrança permaneceu vívida. Daí decorre, portanto, que essas lembranças dos pacientes histéricos, que se tornaram patogênicas, ocupam uma posição excepcional com respeito ao processo de desgaste; e a observação mostra que, no caso de todos os eventos que se tornaram determinantes dos fenômenos histéricos, estamos lidando com traumas psíquicos que não foram ab-reagidos, ou completamente tratados. Podemos, pois, afirmar que os *pacientes histéricos sofrem de traumas psíquicos incompletamente ab-reagidos* (FREUD, 1893, p.46, grifo do autor).

Até aqui, fomos apresentados a dois grupos de condições sob as quais as lembranças se tornam patogênicas. No primeiro, as lembranças com as quais os fenômenos histéricos se conectam têm como conteúdo representações que envolvem um trauma tão grande que o sistema nervoso não teve energia para contê-lo, ou vinculam-se às representações às quais foi vedada a reação por motivos sociais, ou o sujeito pode escolher não reagir ao trauma psíquico. No segundo grupo, os casos de ausência de reação não estão no teor do trauma psíquico, mas em outras circunstâncias até triviais, que adquiriram alta significação por terem ocorrido em momentos importantes (FREUD, 1893b/1996).

Por fim, Freud (1893b/1996) apresenta sua última consideração sobre a prática terapêutica proposta por Breuer – buscar, sob hipnose, o acontecimento que deu origem ao sintoma.

Ela se coaduna com um dos mais ardentes desejos humanos – o desejo de poder refazer alguma coisa. Alguém experimentou um trauma psíquico sem reação suficiente a ele. Nós o levamos a experimentá-lo de novo, dessa vez sob hipnose, e o forçamos a completar sua reação. Assim ele pode livrar-se do afeto ligado à representação que estava, por assim dizer, “estrangulando”, e uma vez feito isso, põe-se termo à atuação da representação. Desse modo, curamos não a histeria, mas alguns de seus sintomas individuais, fazendo com que uma reação incompleta se conclua (FREUD, 1893b/1996, p 47).

Porém, a histeria possui, assim como as outras neuroses, causas mais profundas. São elas que estabelecem barreiras para o sucesso do tratamento (Freud, 1893b/1996).

Segundo o psicanalista Andersson (2000c), a evolução das ideias psicológicas de Freud, ocorrida entre 1888 e 1889 e 1892 e 1893, “deveria tornar-se mais clara se se tem em mente que o epifenomenismo ao qual Freud aderiu em 1888 não fora consistentemente aplicado no seu trabalho com problemas psicológicos concretos” (2000c, p. 149). Nos escritos de 1892 e 1893, torna-se evidente a discrepância entre os pontos de vista psicofisiológicos adotados

---

<sup>58</sup> O termo ab-reação foi introduzido por Freud e Breuer em 1893, para definir um processo de descarga emocional que, liberando o afeto ligado à lembrança de um trauma, anula seus efeitos patogênicos.

inicialmente por Freud e as descrições feitas em rascunhos produzidos com a colaboração de Breuer. A primeira tentativa de construir uma fórmula para a histeria ocorreu em termos fisiológicos para, em seguida, perder tal caráter descritivo: “arrumei progressivamente a forma de um modelo teórico explicativo que não pretendia de fato descrever processos fisiológicos reais” (2000c, p. 150). Com isso, o trabalho freudiano seguiu para a descrição dos fenômenos históricos em termos psicológicos. Nesses dois anos, são evidentes, para Andersson (2000c), em muitas formulações de Freud, os traços de sua abordagem fisiológica. Porém, a partir de 1894, na tentativa de esclarecer a origem, a persistência e o término das psiconeuroses, todas as referências a processos fisiológicos desaparecem.

A nova fórmula da histeria está, a partir de 1892 e 1893, baseada na ideia de que o sistema nervoso tende a manter uma espécie de equilíbrio energético. “Quando o nível de excitação aumenta, o equilíbrio pode ser remetido a um nível ótimo graças a uma descarga de energia. Os distúrbios nesse processo de descarga dão origem aos sintomas históricos (Andersson, 2000c, p.152)”. Esse processo de descarga é nomeado de “constância da soma de excitação”.

Outra mudança importante que aconteceu nesse período corresponde à transição da linguagem fisiológica à psicológica.

Todavia é provável que ela esteja também ligada a fases muito importantes e ainda pouco conhecidas do desenvolvimento da psicologia até o fim do século XIX, que viu o declínio da anatomia e fisiologia cerebrais de caráter especulativo – a assim chamada ‘mitologia do cérebro’ – e a introdução de novas metodologias no âmbito da fisiologia e da psiquiatria (ANDERSSON, 2000c, p. 152).

A tendência científica de abandonar as especulações anatômicas para seguir uma abordagem clínica e psicológica manifesta-se no início da década de 1890 e, segundo Andersson (2000c), Freud foi um de seus pioneiros. Entretanto, essa tendência era muito maior do que o trabalho do psicanalista: tanto Freud quanto Breuer seguiam em sintonia com aquilo que estava acontecendo na França no campo das pesquisas sobre a técnica hipnótica.

#### 4.4 POR FIM, A PSICANÁLISE

##### 4.4.1 As psiconeuroses de defesa

De todo o material produzido em 1894 que elucida a etiologia das psiconeuroses, o artigo *As psiconeuroses de defesa* ocupa um lugar central. Foi escrito no começo do ano e, segundo Andersson (2000d), Freud se propôs a enfrentar nele um desafio mais amplo do que

nas publicações anteriores. Anteriormente, seu trabalho estava focado, no que se refere à teoria das neuroses, somente no problema da histeria. Ao escrever sobre as psiconeuroses de defesa, seu autor pretende explicar não só os sintomas da histeria, mas também de três grupos adicionais de sintomas: as ideias obsessivas, as fobias e alguns fenômenos alucinatórios presentes nas psicoses. De um ponto de vista etiológico, o elemento mais significativo dessa exposição é que Freud admitia semelhanças essenciais na gênese e na evolução desses grupos sintomáticos variados.

A primeira parte é dedicada à modificação da teoria da neurose histérica. Os trabalhos realizados por Pierre Janet<sup>59</sup> (1859-1947) e Josef Breuer consideram que a histeria é uma divisão da consciência, acompanhada de grupos psíquicos separados. Entretanto, não há um consenso quanto à origem dessa divisão e ao papel por ela desempenhado na neurose histérica. Janet, em sua teoria, afirma que a divisão da consciência é um traço primário da alteração mental na histeria. Essa formulação está baseada na deficiência inata da capacidade de síntese psíquica. Ou seja, para o médico francês, os indivíduos histéricos sofrem uma degeneração na psique. Contrapondo-se a essa concepção, há a proposta de Breuer, para quem a “base e condição *sine qua non* da histeria” (Freud, 1894/1996, p.54) são estados de consciências peculiares, semelhantes ao sono, sob o nome de “estados hipnoides”. Na teoria de Breuer, a divisão da consciência é secundária e adquirida: “ocorre porque as representações que emergem nos casos hipnoides são excluídas da comunicação associativa com o resto do conteúdo da consciência” (1894/1996, p.54).

Para Breuer, seria impossível considerar a divisão da consciência como primária, no sentido proposto por Janet. Para exemplificar tal proposição, ele apresenta duas formas extremas de histeria. Na primeira, demonstra repetidas vezes que a divisão do conteúdo da consciência é resultado de um ato voluntário do paciente, ou seja, a divisão é promovida por um esforço de vontade, que ao invés de alcançar seu objetivo, produz essa divisão. Na segunda forma de histeria, de retenção, a divisão da consciência desempenha um papel insignificante: são casos em que a falta de reação aos estímulos traumáticos foi resolvida e curada por ‘ab-reação’ (FREUD, 1894/1996).

No que diz respeito à conexão da histeria com as fobias e obsessões, Freud (1894/1996) tratará apenas da histeria de defesa, denominação que usa para diferenciar da

---

<sup>59</sup> Pierre Janet, médico neurologista francês, dedicou-se à investigação dos processos mentais observados na histeria, e foi discípulo de Charcot. Ver: ELLENBERGER, H.F. Pierre Janet and Psychological Analysis. In: ELLENBERGER, H.F. **The Discovery of the Unconscious: the history and evolution of Dynamic Psychiatry.** London: Harper Collins, 1970. P. 331-417

histeria hipnoide, proposta por Breuer, e da histeria de retenção. Em casos de histeria de defesa adquirida, as pacientes exibiam boa saúde mental até o momento em que “*houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua via representativa*” (1894/1996, p.55, grifo do autor). O que ocorre é que o eu se confrontou com uma experiência ou um sentimento que suscitou um afeto conflitivo e o sujeito decidiu esquecê-lo, pois ficou incapacitado de resolver a contradição entre a experiência ou afeto e o próprio eu pela atividade de pensamento. Nas mulheres, as representações incompatíveis estão principalmente no campo da experiência e das sensações sexuais. Através da hipnose as pacientes conseguiram recordar com precisão a intenção de expulsar tais sensações, de não pensar sobre elas, para suprimi-las. No *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), há dois exemplos clínicos: primeiro, uma jovem que se culpava porque, enquanto cuidava do pai doente, pensara num rapaz que lhe causara uma leve impressão erótica; em seguida, narra-se a história de uma governanta que se apaixonou pelo patrão e decide pela expulsão dessa inclinação, a qual considerava incompatível com seu orgulho. Essa tentativa de esquecimento não funcionou nos casos observados, trazendo apenas reações patológicas diversas, que produziram ou a histeria, ou a obsessão, ou a psicose alucinatória. A capacidade de gerar um desses estados, que estão relacionados com a divisão da consciência, através de um esforço voluntário, deve ser considerada uma manifestação patológica, aponta o texto.

No que se refere ao trajeto entre o esforço voluntário e o surgimento do sintoma, Freud (1894/1996) procura uma explicação através das abstrações psicológicas. O eu, em sua atividade de defesa, trata a representação incompatível como uma tarefa que não pode ser realizada por ele; porém, o traço mnêmico e o afeto ligado à representação não podem ser erradicados. A tarefa do eu, em seguida, é a de transformar a representação forte em uma representação fraca. Para isso, é necessário que o afeto, ou a soma de excitação, seja retirada. Essa representação fraca deixa de interferir no trabalho do pensamento, mas o afeto desvinculado precisa ser utilizado de outra forma. É nesse ponto, isto é, no destino da excitação, que os processos observados na histeria, na obsessão e nas fobias divergem. Na histeria, ocorre uma conversão em que o afeto desvinculado é transformado em algo somático, podendo ser total ou parcial; ela opera ao longo da inervação, motora ou sensorial, relacionada com a experiência traumática. Desse modo, o eu consegue se libertar da contradição, ainda que permaneça sobrecarregado com um símbolo mnêmico, que se aloja na consciência como um parasita. Essa sobrecarga pode surgir na forma de uma inervação motora, ou como uma sensação alucinatória recorrente, que persiste até que ocorra outra conversão. A consequência

disso é que o traço mnêmico da ideia recalçada não é dissolvido, fazendo com que ela forme o núcleo de um segundo grupo psíquico.

Para finalizar a primeira parte do artigo, sobre a histeria, Freud (1894/1996) acrescenta algumas considerações sobre a concepção dos processos psicofísicos na patologia. Uma vez que, conforme lido acima, um núcleo é formado para uma expulsão histérica num momento traumático, ele será aumentado em outros momentos, sempre que uma nova impressão da mesma espécie consiga romper a barreira erguida pela vontade. O núcleo suprime, assim, a representação enfraquecida de um afeto renovado, e restabelece, mesmo que provisoriamente, o elo associativo entre os dois grupos psíquicos, até que uma nova conversão reestabeleça uma defesa. A distribuição da excitação que ocorre na histeria é instável, porque a excitação, forçada a buscar outro canal impróprio, vez por outra reencontra o caminho de volta para a representação da qual se destacou. Isso compele o sujeito a elaborar a representação associativamente ou a livrar-se dela através dos ataques histéricos. O método catártico, proposto por Breuer como uma terapêutica para os sintomas histéricos, consiste em reconduzir a excitação da esfera somática para a psíquica, e assim alcançar a resolução da contradição, através do pensamento e da descarga da excitação por meio da fala.

A partir dessa reflexão, Freud (1894/1996) propõe como fator característico da histeria a capacidade de conversão. Também, defende ser possível deduzir, como parte importante para a predisposição à histeria, uma aptidão psicofísica para transpor grande quantidade de excitação para a inervação somática. Ao adotar essa visão, Freud (1894/1996) se aproxima das definições da histeria feitas pelos neurologistas Hermann Oppenheim (1858-1919) e Adolf von Strumpell (1853-1925)<sup>60</sup>, e se afasta da teoria do médico francês Pierre Janet (1859-1947), em que a divisão da consciência é fundamental para a caracterização da doença.

#### 4.4.2 As construções etiológicas de 1896

No início de 1896, o trabalho de Freud pode ser visto, segundo Andersson (2000f), como um refinamento dos temas tratados no ano anterior. Os temas da repressão e das condições específicas para a formação das neuroses estão presentes nos dois artigos que se seguem: *A hereditariedade e a etiologia das neuroses* (1896a/1996) e *Observações adicionais sobre as psiconeuroses de defesa* (1896b/1996). Em fevereiro desse ano, em uma carta para Fliess, o

---

<sup>60</sup> Para Oppenheim (1890), a histeria é uma expressão intensificada da emoção, é um montante de excitação psíquica que normalmente sofre conversão; Para Strumpell (1892), a histeria é um distúrbio que reside na esfera psíquica, na região onde se vinculam o somático e o mental.

psicanalista comunica a publicação de dois artigos para um periódico alemão e um artigo, de tema mais geral, para uma revista francesa. Naquele enviado à publicação da França (1896a/1996) se encontra um completo apanhado das ideias etiológicas do início de 1896.

No artigo de 1896a/1996, Freud dirige-se aos discípulos de Charcot, com a intenção de apresentar suas objeções à teoria etiológica das neuroses construídas pelo médico: para o francês, o papel atribuído à hereditariedade era a única e indispensável causa das afecções neuróticas, sendo as outras influências etiológicas apenas *agentes provocateurs*. As observações do psicanalista à respeito da teoria da hereditariedade foram construídas a partir de sua experiência cotidiana como médico, sendo de dupla ordem: argumentos fatuais e outros derivados de especulação.

Na primeira parte, Freud (1896a/1996) apresenta suas observações sobre a teoria de Charcot. É sabido que certas afecções que não estão no campo da neuropatologia, e que não dependem de uma doença do sistema nervoso, são consideradas como nervosas e como “demonstrativas da presença de uma tendência neuropática hereditária” (1896a/1996, p.143). Isso ocorre com as nevralgias faciais e com alguns tipos de dores de cabeça que, num primeiro momento, parecem ter origem nervosa; porém, são consequência de alterações pós-infecciosas e de supuração<sup>61</sup> nas cavidades faringonasais. E como consequência disso, as afecções nervosas encontradas na família do paciente são colocadas como fundamento para uma doença nervosa hereditária.

A opinião de Freud (1896a/1996) sobre o papel etiológico da hereditariedade nas doenças nervosas é baseada em um exame estatístico parcial, e não em uma tese já concluída. Até que esse exame fosse concluído, era necessário supor a existência de distúrbios nervosos adquiridos e, também, de distúrbios hereditários. “Contudo, se houver distúrbios nervosos adquiridos por pessoas sem nenhuma predisposição, não mais se poderá negar que as afecções nervosas encontradas em parentes de nosso paciente talvez tenham surgido, em parte, dessa maneira” (1896a/1996, p.144). É possível afirmar, então, que certos distúrbios nervosos podem desenvolver-se em pessoas perfeitamente sadias, cujas famílias não apresentam qualquer afecção nervosa.

Na patologia nervosa existem duas formas de hereditariedade, a similar e a dissimilar. Na primeira, os distúrbios dependem dos antecedentes familiares, como na doença de Friedrich,

---

<sup>61</sup> Processo ou resultado da formação de pus.

nas miopatias e na doença de Huntington<sup>62</sup>, entre outras; não havendo vestígios de outra influência etiológica. Freud (1896a/1996) considera a hereditariedade dissimilar muito mais importante que a outra, a qual “deixa lacunas que teriam de ser preenchidas antes que se pudesse chegar a uma solução satisfatória dos problemas etiológicos” (1896a/1996, p.144). A dissimilaridade consiste no fato de que membros de uma mesma família são afetados pelos mais diversos distúrbios nervosos, funcionais e orgânicos, sem que seja possível determinar qual a ordem de substituição de uma doença por outra, ou qual a sucessão entre as gerações. Porém, a teoria da hereditariedade dissimilar não explica por que uma pessoa tolera uma carga hereditária sem sucumbir a ela, ou por que outra pessoa, doente, opta por uma afecção nervosa específica, em vez de escolher outra, dentre todas as doenças que compõem as patologias nervosas. Freud (1896a/1996) não atribui à hereditariedade a escolha de um distúrbio específico; entretanto, supõe a existência de outras influências etiológicas de natureza ainda não compreendida, que ele nomeia como “etiologia específica de determinada afecção nervosa”. Esse fator específico é o que garante o efeito da hereditariedade.

O resultado das pesquisas freudianas sobre a etiologia das neuroses é apresentado nas páginas seguintes de seu artigo. Ele inicia essa apresentação com dois comentários, um sobre a nosografia e o seguinte acerca da etiologia das neuroses em geral. Sua inovação nosográfica está em dispor, ao lado da histeria, a neurose obsessiva. Ambas as neuroses são compreendidas como dois distúrbios autossuficientes e independentes, estando mais próximas do que se poderia supor (FREUD, 1896a/1996).

A histeria e a neurose obsessiva compõem o primeiro grupo das grandes neuroses estudadas por Freud. A primeira foi dividida em dois estados funcionais, separados tanto por sua etiologia como por seu caráter sintomático: a neurastenia e a neurose de angústia. As razões para ter proposto essa separação são as seguintes: no que se refere à causa das neuroses, a teoria deveria reconhecer as influências etiológicas, que são diferentes tanto na maneira como se relacionam quanto no efeito que produzem, podendo estar contidas em três classes. Na primeira, as condições são indispensáveis para produzir o distúrbio, e são de caráter geral e encontráveis na etiologia de outros distúrbios. Já as causas concorrentes são aquelas que partilham a característica de funcionarem tanto na causa quanto no distúrbio, mas não são indispensáveis na produção do ataque; elas correspondem, por aproximação, aos agentes

---

<sup>62</sup> A Ataxia de Friedreich é uma doença hereditária rara, neurodegenerativa e irreversível, com sintomas que afetam a coordenação de várias regiões do corpo, o equilíbrio, o tônus muscular, a deglutição e a fala. As miopias são um conjunto de doenças musculares que atingem exclusivamente os músculos, sem afetar os nervos periféricos. A doença de Huntington é hereditária, e se inicia com espasmos ocasionais, evoluindo para movimento involuntários e deterioração mental.

provocadores de Charcot. E, por fim, as causas específicas, que são indispensáveis como precondição, mas têm sua natureza limitada e só aparecem na etiologia do distúrbio de que são específicas. Na patogênese das neuroses, a hereditariedade preenche o papel de precondição, atuando com muita força em todos os casos, sendo até mesmo indispensável em algum deles (FREUD, 1896a/1996).

Ela não poderia prescindir da colaboração das causas específicas, mas a importância de predisposição hereditária é comprovada pelo fato de que as mesmas causas específicas, agindo num indivíduo saudável, não produzem nenhum efeito patológico manifesto, ao passo que, numa pessoa predisposta, sua ação provoca a emergência da neurose, cujo desenvolvimento será proporcional em intensidade e extensão ao grau da precondição hereditária” (FREUD, 1896a/1996, p.146-147).

Outro fator proveniente de suas observações está relacionado à hereditariedade e às causas específicas. Ao substituir uma à outra no que tange à quantidade, o efeito patológico produzido é o mesmo de uma etiologia específica muito grave com uma predisposição moderada, ou de uma hereditariedade nervosa intensamente carregada com uma leve influência específica (FREUD, 1896a/1996).

A segunda classe, as chamadas causas concorrentes, é composta pelos agentes encontrados em situações banais, como, por exemplo: perturbação emocional, esgotamento físico, intoxicações, acidentes traumáticos, sobrecarga intelectual, entre outros. Esses fatores, segundo Freud (1896a/1996), não integram a etiologia das neuroses, porém podem atuar como *agents provocateurs* que podem tornam manifesta uma neurose que antes estava latente. Todavia, não é possível estabelecer qual a relação entre uma causa banal e essa ou aquela forma de afecção nervosa. Uma perturbação emocional está presente não apenas na etiologia da histeria, mas também na das obsessões, na da epilepsia, na da doença de Parkinson e em muitas outras.

Por fim, a última classe, a das causas específicas das neuroses, trabalha tanto com um ou vários elementos desencadeadores, de modo a ser possível estabelecer relações constantes entre uma dada causa e um dado efeito neurótico. Ou seja, nessa classificação, a cada neurose pode ser atribuída a uma etiologia específica. Com base num árduo exame dos fatos, Freud (1896a/1996) afirma que essa última suposição está de acordo com a realidade: cada uma das neuroses tem como causa imediata uma perturbação específica da economia do sistema nervoso. Para ele, essas modificações patológicas “*têm como fonte comum a vida sexual do sujeito, quer residam num distúrbio de sua vida sexual contemporânea, quer em fatos importantes de sua vida passada*” (1896a/1996, p. 148, *grifo do autor*). Essa, contudo, não é uma suposição nova: questões relacionadas ao sexual sempre foram admitidas entre as causas

de uma doença nervosa, porém estavam subordinadas à hereditariedade e eram vistas apenas como *agents provocateurs*. A mudança feita por Freud (1896a/1996) na teoria da psicanálise será colocar as influências sexuais na categoria de causas específicas, reconhecendo a atuação delas em todos os casos de neuroses. Assim, ele traça um paralelo entre a natureza da influência sexual e a espécie patológica da neurose.

Com esse artigo, Freud objetivava apenas relatar suas descobertas sobre as grandes neuroses, divididas em dois grupos: a neurastenia e a neurose de angústia; e a histeria e a neurose obsessiva. A primeira, segundo Freud (1896a/1996), apresenta um aspecto clínico muito monótono: fadiga, pressão intracraniana, dispepsia flatulenta, constipação, parestesias raquidianas, fraqueza sexual etc.; sua única etiologia específica é a masturbação. É a ação prolongada e intensa dessa satisfação sexual que provoca uma neurose neurastênica, ou “que imprime no sujeito a marca neurastênica especial que depois se manifesta sob a influência de uma causa acessória incidental” (1896a/1996, p.149). Por outro lado, a neurose de angústia apresenta um quadro mais rico, com irritabilidade, estados de expectativa angustiada, fobias, ataques de angústias completos ou rudimentares, ataques de medo e de vertigem, tremores, suores, congestão, taquicardia, diarreia crônica, vertigens, insônia etc. A neurose de angústia se revela, ainda, como efeito de perturbações da vida sexual. Ambas, porém, possuem características em comum: a abstinência forçada, a excitação sexual não consumada, os esforços sexuais que excedem a capacidade física do sujeito, entre outros. Segundo Freud (1896a/1996), elas são agentes que perturbam o equilíbrio das funções psíquicas e somáticas nos atos sexuais, e que impedem a participação psíquica necessária para libertar a economia nervosa da tensão sexual. Portanto, a partir de sua observação cotidiana, o psicanalista afirma que a patogênese da neurastenia e da neurose de angústia pode prescindir de uma predisposição hereditária.

Na segunda classe das neuroses estão a histeria e a neurose obsessiva. Para esse grupo, a solução para o problema etiológico é simples e uniforme. Por meio do método catártico, os sintomas histéricos de ambas são investigados até suas origens, e lá encontra-se algum evento da vida sexual do sujeito, “apropriado para a produção de uma emoção conflitiva” (Freud, 1896a/1996, p.150). Esse método percorre o passado do paciente seguindo o encadeamento orgânico dos sintomas, das lembranças e das representações desencadeadas, até atingir o ponto de partida do processo patológico. Em todos os casos de histeria observados por Freud, a ação de um agente foi aceita como causa específica da histeria. Esse agente é uma lembrança relacionada à vida sexual, que possui duas características relevantes.

O evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é *uma experiência precoce de relações sexuais com excitação real dos órgãos genitais, resultando 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, p. 151, grifo do autor).*

Após essa constatação, Freud (1896a/1996) apresenta alguns comentários oriundos de sua prática clínica. Em treze análises completas de pacientes histéricos, em nenhum deles faltou um evento dos mencionados acima. Estes eram representados ou por um ataque praticado por um adulto, ou por uma sedução menos rápida – em ambos os casos, chegava-se ao mesmo resultado. Em sete pacientes, a experiência se dera entre duas crianças com idades, normalmente, entre os quatro e os cinco anos. “Talvez seja um pouco acidental, mas formei a opinião, a partir disso, de que uma experiência sexual passiva que só ocorra após a idade de oito ou dez anos não pode mais servir como fundação da neurose” (1896a/1996, p.151). Essas experiências na mais tenra idade fizeram com que Freud (1896a/1996) questionasse a realidade das confissões analíticas. Segundo ele, os pacientes histéricos nunca repetem tais histórias espontaneamente, e não apresentam no curso do tratamento a recordação completa desse tipo de cena. Tal vestígio psíquico de um evento sexual só poderia ser despertado sob a mais vigorosa pressão da técnica analítica, sendo necessário vencer a resistência. Lembranças desse tipo devem ser trazidas à consciência de forma gradual e, enquanto está sendo despertada, tornam-se emoções difíceis de serem forjadas. Isso ocorre porque o evento precoce deixa uma marca permanente na história clínica do paciente, sendo representado por diversos sintomas e traços que não poderiam ser explicados de outra maneira.

Nesse momento, são necessários dois questionamentos: o primeiro diz respeito a saber se uma experiência sexual precoce pode se tornar uma fonte de sintomas psíquicos como na histeria; o segundo, se refere a como tal suposição se enquadra na teoria atual acerca do mecanismo dessa neurose. Por estar localizada na primeira infância, a excitação sexual surte pouco ou nenhum efeito quando ocorre; apenas o traço psíquico se mantém preservado no sujeito. Será só na puberdade, quando as reações dos órgãos sexuais se desenvolverem, que esse traço psíquico inconsciente é despertado. Então, a lembrança poderá atuar como se fosse um evento contemporâneo (FREUD, 1896a/1996).

No âmbito da histeria, esse despertar de uma lembrança sexual constitui uma situação psicológica em que o efeito imediato de uma lembrança ultrapassa o efeito de um evento atual: trata-se de uma constelação anormal, que afeta o lado enfraquecido do mecanismo psíquico e produz um efeito patológico. Essa constatação apresenta um problema complexo: a relação inversa entre o efeito psíquico da lembrança e o evento em si contém a razão pela qual a

lembrança precoce permanece inconsciente. Com isso, a psicanálise alcança as mais delicadas questões da vida psíquica (FREUD, 1896a/1996).

As construções feitas pelo psicanalista sobre as causas específicas da histeria têm como ponto de partida a descoberta de que a lembrança de uma experiência sexual precoce é a causa específica da histeria. Durante a puberdade, os eventos podem influenciar no desenvolvimento da neurose histérica e atuam como *agents provocateurs* na formação dos sintomas. Esses agentes só possuem força patogênica por despertarem o traço psíquico infantil que estava inconsciente. Um processo semelhante ocorre na neurose obsessiva: há também um evento de cunho sexual precoce, cuja lembrança se torna ativa durante ou depois da puberdade. A diferença entre essas duas grandes neuroses está no evento sexual precoce: na histeria, tal evento apresenta uma sexualidade passiva, ou seja, é uma experiência com um afeto indiferente ou com um pequeno grau de medo ou aborrecimento. Já na neurose obsessiva, trata-se de um evento que proporcionou prazer. No que se refere ao papel da hereditariedade nervosa, Freud (1896a/1996) afirma que sua presença é indispensável nos casos mais graves, porém não é necessária nos mais leves.

Em 1894, Freud agrupou a histeria e as obsessões sob o nome de “psiconeuroses de defesa”. Esse agrupamento ocorreu pois os sintomas dessas duas neuroses emergem por meio do mecanismo psíquico de defesa, ou seja, surgem como uma tentativa de recalcar uma representação incompatível que se opõe aflitivamente ao eu. Nos Estudos sobre a Histeria (1893-1895) é possível encontrar alguns exemplos, a partir da observação clínica, sobre o sentido em que se deve entender o processo psíquico de “defesa” ou “recalque”; nesses textos, há também importantes informações sobre o método da psicanálise. As pesquisas psicanalíticas feitas nos últimos anos, fortaleceram a teoria de que a defesa é o ponto nuclear no mecanismo psíquico das duas grandes neuroses. No artigo freudiano *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896b/1996) está a fundamentação clínica dessa teoria psicológica. O artigo é dividido em três seções: a primeira trata sobre a etiologia “específica” da histeria; em seguida, sobre a natureza e o mecanismo da neurose obsessiva; e, por último, há uma análise de um caso de paranoia crônica.

Nas observações adicionais desse texto, Freud retoma a discussão sobre os conceitos de ‘defesa’ e ‘recalque’. Ele promove um exame mais detalhado daquilo contra o qual a defesa é posta em ação, chegando novamente à conclusão de que o fator responsável por sua ocorrência é uma experiência sexual de caráter traumático, associada ao período da vida em que esse evento acontece. Aqui, novamente, Freud (1896b/1996) afirma o traço da passividade durante

o período pré-sexual, característica que está presente em todos os casos clínicos analisados por ele, e acrescenta dados importante sobre a *natureza* desses traumas. O texto pontua que o método psicanalítico tem como propósito tornar consciente o que até então era inconsciente, mostrando que não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas a lembrança delas quando o sujeito entra na maturidade sexual.

Nos treze casos graves analisados por Freud (1896b/1996), a doença já vinha de anos, e só chegaram ao seu consultório após inúmeros tratamentos institucionais fracassados. Todos os traumas de infância que a análise pôde descobrir foram classificados como graves ofensas sexuais. Entre as principais figuras responsáveis por essas cenas estão as babás e governantas, a quem os cuidados das crianças são confiados; e, com relativa frequência, os professores. Em sete desses casos, revelou-se que “os autores das investidas tinham sido inocentes crianças” (1896b/1996, p.165). Entretanto, não é possível afirmar a idade máxima na qual a ofensa sexual desempenha um papel na etiologia da histeria. “Duvido, porém, que a passividade sexual possa resultar em recalçamento depois de uma idade entre oito e dez anos, a não ser que isso seja possibilitado por experiências anteriores” (1896b/1996, p.166). Nesses casos, os diversos sintomas, hábitos e fobias patológicos só poderiam ser explicados retornando-se às experiências infantis, “e a estrutura lógica das manifestações neuróticas torna impossível rejeitar essas lembranças fielmente preservadas que emergem da vida infantil” (1896b/1996, p.166). Tais descobertas são possíveis apenas dentro do método psicanalítico, porque seus vestígios não estão na memória consciente, estão apenas nos sintomas da doença.

Todas as experiências e excitações que ocorrem no período posterior à puberdade preparam o caminho para a histeria, e só possuem tal efeito por despertarem o traço mnêmico desses traumas de infância. Num primeiro momento, os traços não se tornam conscientes, mas levam a uma descarga de afeto e, em seguida, ao recalque.

Esse papel dos traumas posteriores se adequa bem ao fato de que eles não estão sujeitos às condições estritas que regem os traumas da infância, mas podem variar em intensidade e natureza, desde a efetiva violação sexual até meras investidas sexuais, ou ao testemunho dos atos sexuais de outras pessoas, ou ao recebimento de informações sobre os processos sexuais (FREUD, 1896b/1996, p.166).

No primeiro artigo sobre as neuroses de defesa, Freud (1894/1996) não apresentou uma explicação sobre o modo como os esforços do sujeito para esquecer uma experiência traumática poderiam ter como resultado o recalque, e assim “abrir as portas” para a neurose de defesa. Segundo ele, isso não poderia estar na natureza das experiências, já que outras pessoas permanecem saudáveis apesar de terem sido expostas às mesmas causas precipitantes. Com isso, Freud (1896b/1996) constata que a histeria não está inteiramente explicada a partir do

efeito do trauma: “era preciso reconhecer que a suscetibilidade a uma reação histérica já preexistira ao trauma” (1896b/1996, p. 167).

O lugar dessa predisposição histérica indefinida pode agora ser tomado, inteiramente ou em parte, pela ação póstuma de um trauma sexual na infância. O “recalcamento” da lembrança de uma experiência sexual aflitiva, que ocorre em idade mais madura, só é possível para aqueles em quem essa experiência consegue ativar o traço mnêmico de um trauma da infância (FREUD, 1896b/1996, p.167).

Os efeitos da ação retardada dos traumas precoces<sup>63</sup> será exaustivamente discutido no artigo que se segue a este, publicado no mesmo ano, sob o título de *A etiologia da histeria* (1896/1996c).

#### 4.4.3 A etiologia específica da histeria

O ano de 1896 marca o aparecimento do termo *psicanálise* para descrever um método de pesquisa e tratamento. Freud discutiu, também, a influência das experiências infantis no desenvolvimento das neuroses, e constatou que essas vivências, de natureza sexual, eram decisivas para o desenvolvimento de uma pessoa.

O artigo *A etiologia da histeria* (1896/1996c) baseia-se numa conferência proferida por Freud em abril 1896, e pode ser considerado como uma repetição ampliada de seu texto sobre as *Psiconeuroses de defesa* (1894/1996). As descobertas acerca das causas da histeria serão apresentadas nele com maiores detalhes.

Para construir a causação da histeria, o método utilizado era o de investigação amnésica, em que o paciente é interrogado a fim de revelar as influências que ele próprio atribuiu ao seu adoecimento e ao desenvolvimento dos seus sintomas neuróticos. Ao se fazer uma avaliação amnésica desse tipo, “atemo-nos ao princípio de não adotar a crença dos pacientes sem um minucioso exame crítico, de não lhes permitir que postulem por nós nossa opinião científica sobre a etiologia da neurose” (Freud, 1896c/1996, p. 189). Por um lado, o médico reconhece a veracidade de certas repetições, por exemplo, quando considera que o estado histérico se reporta a um estado tardio e duradouro de uma emoção vivida no passado. Por outro lado, atenta para fatores que o paciente não menciona, e cuja validade só admite após certa insistência, como no caso da predisposição hereditária familiar. Do ponto de vista da

---

<sup>63</sup> Um exemplo da ação retardada dos traumas precoces é fornecido do caso clínico de Katharina, presente nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895).

escola de Charcot, a hereditariedade é a verdadeira e única causa da histeria, enquanto todas as outras perturbações desempenham apenas o papel de “*agents provocateurs*”.

Freud (1896c/1996) sugere, em seguida, um segundo método para chegar à etiologia da histeria, capaz de fazer com que o médico ficasse menos dependente dos relatos dos pacientes. Para ele, essa segunda forma precisa ser capaz de aprofundar-se, a partir dos sintomas, no conhecimento das causas que geram o sintoma. Para explicar a relação entre o novo método que pretendia empregar e o antigo, baseado na investigação amnésica, Freud (1896c/1996) trabalha com uma analogia, criando uma pequena narrativa. Nela, um explorador chega a uma região em ruínas. Lá, ele pode inspecionar o que está visível, e interrogar os habitantes que moram nas imediações sobre o que a tradição lhes diz sobre o significado desses resíduos arqueológicos, anotando as informações que lhe oferecem, antes de seguir viagem. Ou, então, ele pode agir de modo diferente, usando de ferramentas de escavação e colocando os habitantes para trabalhar com esses instrumentos. Junto deles, o explorador tem a opção de remover os resíduos visíveis e descobrir o que está enterrado. Se tiver êxito em seu trabalho, encontrará, possivelmente, um palácio ou um tesouro. Os fragmentos de colunas podem reconstruir um templo, e as numerosas inscrições podem revelar um alfabeto e uma linguagem que, uma vez decifrados e traduzidos, fornecerão informações sobre os eventos do mais remoto passado. De maneira semelhante, o novo método busca induzir os sintomas da histeria a se fazerem ouvir como testemunhas da história da origem da doença e, para isso acontecer, é necessário partir da descoberta de Breuer: “*os sintomas da histeria são determinados por certas experiências do paciente que atuaram de modo traumático e que são reproduzidas em sua vida psíquica sob a forma de símbolos mnêmicos*” (1896c/1996, p. 190, grifo do autor). Dessa forma, o método deve ser aplicado de maneira a fazer a atenção do paciente retroagir desde seu sintoma até a cena na qual e pela qual surgiu.

Ao ser localizada a cena primordial, o sintoma pode ser eliminado ao promover, durante a reprodução do trauma, uma correção do curso psíquico dos acontecimentos que fazem parte dessa lembrança. Segundo Freud (1896c/1996), esse é o caminho para chegar até as causas da histeria e, a partir dos estudos das cenas traumáticas, descobrir quais são as influências que produzem sintomas histéricos e de que modo o fazem. Porém, o caminho que vai dos sintomas até a sua etiologia é mais trabalhoso, e passa por conexões que o psicanalista (1896c/1996) busca esclarecer na sequência.

A afirmação de que o sintoma histérico está relacionado a uma cena traumática só auxilia na compreensão da histeria quando atende a duas condições: “quando possuía pertinente

adequação para funcionar como determinante e quando tem, reconhecidamente, a necessária força traumática” (Freud, 1896c/1996, p.191). Por exemplo, no sintoma de vômito histerico, só será possível compreender a sua causação se o método de investigação atribuir ao sintoma uma experiência que tenha produzido uma repugnância tão grande que justifique a produção do sintoma. Mas se, em vez disso, a análise mostrar que o vômito procedeu de um grande susto, “ficaremos insatisfeitos e teremos que nos perguntar porque o susto levou ao sintoma específico de vômito” (1896c/1996, p.191), pois nessa determinação falta a *adequação como determinante*.

Até esse ponto, Freud (1896c/1996) conseguiu “preencher” os dois requisitos que estabeleceu para as cenas traumáticas da histeria descobertas pela análise. O primeiro diz respeito a compreender um grande número de sintomas; o segundo, catalogarem um grande número de casos clínicos. Nesse ponto, o psicanalista se depara com seu primeiro impasse: a cena traumática que deu origem ao sintoma possui duas qualidades, que são necessárias para a compreensão do sintoma: a adequação como determinante e como força traumática. Porém, com a frequência do aparecimento da cena, uma possibilidade desfavorável é encontrada.

Ou a cena a que somos conduzidos pela análise e na qual o sintoma apareceu pela primeira vez parece-nos inadequada para determina-lo, no sentido de que seu conteúdo não tem nenhuma relação com a natureza do sintoma; ou a experiência supostamente traumática, embora tenha *de fato* uma relação com o sintoma, revela ser uma impressão normalmente inócua e, via de regra, incapaz de produzir qualquer efeito; ou finalmente, a “cena traumática” nos deixa às escuras em ambos os aspectos, afigurando-se ao mesmo tempo inócua e sem relação com o caráter do sintoma histerico (FREUD, 1896c/1996, p.192).

Tanto Breuer como Charcot presumiram, segundo Freud (1896c/1996), que mesmo uma experiência inócua poderia ser elevada à categoria de um trauma e desenvolver uma força dominante. Para tanto, bastaria o sujeito entrar em um estado de espírito especial, ou seja, num estado hipnoide. De acordo com o psicanalista, esse procedimento se mostra insuficiente enquanto explicação, tanto no aspecto de sua adequação como determinante, quanto no de sua eficiência traumática. Ele acrescenta que não é possível assegurar proveito terapêutico algum, pois, nesses casos, os pacientes mantêm seus sintomas inalterados. Então, propõe uma nova teorização a partir do achado de Breuer, que constatou, como dito anteriormente, que os sintomas histericos podem ser resolvidos conforme se torna possível encontrar o caminho de volta à lembrança da experiência traumática. Para Freud, se tal lembrança não atender à expectativa, é necessário continuar por esse caminho, pois é possível que por trás da primeira cena traumática esteja oculta uma segunda, que satisfaça os requisitos e cuja reprodução tenha

maior efeito terapêutico. A primeira, neste caso, serve apenas como um elo dentro de uma cadeia de associações.

Uma cadeia de associações terá mais de dois elos porque as cenas traumáticas não formam uma corrente simples: elas se ramificam e se interligam de modo que a cada nova experiência, outras experiências anteriores entram em operação como lembranças. A tarefa de fazer o relato da resolução de um sintoma equivale a relatar um caso clínico inteiro. Então, a base da teoria psicológica da histeria pode ser definida da seguinte forma: nenhum sintoma histérico emerge de apenas uma única experiência, mas, em todos os casos, a lembrança de experiências mais antigas despertadas em associação com ela atua na causação do sintoma. Os sintomas históricos só podem surgir com a cooperação das lembranças, principalmente se não tiveram acesso à consciência no momento em que apareceram (FREUD, 1896c/1996).

Considerando um caso que apresente vários sintomas, chega-se através da análise a uma série de experiências em que as lembranças estão ligadas associativamente. A partir de uma mesma cena, a cadeia de lembranças se ramifica e outras recordações podem ser atingidas ao mesmo tempo, surgindo novas cadeias cujos elos podem estar ligados associativamente a elos pertencentes ao encadeamento original. É possível que uma única cena seja evocada várias vezes na mesma associação, apresentando múltiplas relações com uma cena anterior e apresentando tanto uma conexão direta quanto uma conexão estabelecida através de laços intermediários. Quanto mais a análise avança, novas implicações surgem. As cadeias associativas que pertencem a diferentes sintomas começam a se relacionar entre si, descoberta que possibilitou Freud (1896c/1996) chegar à seguinte conclusão: se uma análise é sistematicamente conduzida, qualquer que seja o caso e o sintoma usados como ponto de partida da investigação, no fim sempre se chegará ao campo da experiência sexual.

A participação de forças motivadoras sexuais tornou-se premissa indispensável para explicar o mecanismo psíquico da histeria. As experiências que ocorrem na puberdade são o caminho para a etiologia; é através delas que é possível compreender a origem dos sintomas históricos. Nessa construção, Freud (1896c/1996) encontra novamente um impasse.

É verdade que essas experiências, descobertas com tanta dificuldade e extraídas de todo o material mnêmico, e que pareceriam ser as experiências traumáticas máximas, têm em comum as duas características de serem sexuais e ocorrerem na puberdade; mas em todos os outros aspectos, elas diferem muito entre si, tanto em *espécie* como em *importância* (FREUD, 1896c/1996, p.197).

Tanto os acontecimentos graves e/ou banais, as experiências que afetam ou não o corpo do sujeito, as impressões visuais e as informações recebidas pela audição devem ser reconhecidas como traumas da histeria. Com essa extensa variedade de determinantes na e após

a puberdade, Freud (1896c/1996) sugere procurar experiências que retrocedessem ainda mais na vida do sujeito: nesse processo, chega-se ao período da primeira infância, anterior ao desenvolvimento da vida sexual. O psicanalista supõe que a reação normal às impressões sexuais, que aparece nos sujeitos histéricos na puberdade, baseia-se, de alguma forma, nas experiências sexuais da infância, que exercem um efeito psíquico através dos traços mnêmicos. Essa é, portanto, uma ampliação da teoria psicanalítica de que os sintomas histéricos só podem emergir com a cooperação das lembranças. Se uma análise conseguir retroceder até onde a memória é capaz, o paciente será levado a reproduzir experiências que, através de seus traços peculiares e suas relações com os sintomas da doença posterior, devem ser consideradas como a etiologia de sua neurose. Essas experiências infantis são de conteúdo sexual, mas de um tipo mais uniforme do que as cenas da puberdade.

Na base de todos os casos de histeria analisados por Freud (1896c/1996), há uma ou mais ocorrências de experiências sexuais prematuras: são situações que ocorrem nos primeiros anos da infância e que podem, através do método psicanalítico, ser reproduzidas. Durante essa teorização, quatro objeções e dúvidas foram pontuadas pelo psicanalista. De início, ele se questiona sobre o grau de certeza que o método da psicanálise pode oferecer. “E não será também possível que o médico imponha tais cenas [cenas sexuais infantis] a seus dóceis pacientes, alegando que elas são lembranças, ou ainda, que os pacientes digam ao médico quais que imaginaram ou inventaram deliberadamente, e que ele as aceite como verdadeiras?” (1896c/1996, p. 200). O questionamento sobre a fidedignidade do método psicanalítico só poderá ser respondido quando a psicanálise dispuser de uma apresentação completa de sua técnica e resultados, infere.

Antes de iniciar um processo analítico, os pacientes freudianos raramente sabiam sobre essas cenas. Apenas durante o tratamento eles seriam induzidos a reproduzi-las. De modo geral, do começo da psicanálise até os dias atuais, quando um analisando traz as experiências sexuais infantis à consciência, ele sofre as mais violentas sensações, das quais se envergonha e tenta ocultar de forma convincente, mesmo depois de tê-las vivido repetidas vezes. Pensando nisso, o psicanalista possuía outros meios de atestar a realidade dessas imagens. Em primeiro lugar, ele reparava na uniformidade de certos detalhes, o que se constituía como uma consequência necessária a esse trabalho, caso as condições dessas experiências fossem sempre do mesmo tipo. Em segundo lugar, dava atenção ao que os pacientes às vezes descreviam como sendo inofensivo – certos eventos cuja importância ainda não perceberam e que, ao perceberem, poderiam ficar horrorizados. Os eventos mencionados sem qualquer ênfase eram, assim, objeto

de sua atenção. A autenticidade das cenas sexuais infantis, para Freud, nesse contexto, é verificada na relação entre essas cenas e o conteúdo de todo o restante do caso clínico (FREUD, 1896c/1996).

Prosseguindo em sua argumentação, Freud faz uma proposição, antes de colocá-la em xeque: as experiências sexuais infantis que consistem na estimulação dos órgãos genitais devem ser consideradas como traumas apenas se levarem à reação histérica nos eventos da puberdade e ao desenvolvimento de sintomas ulteriores. Para essa afirmação, o autor (1896c/1996) apresenta duas objeções: esse tipo de estimulação não é frequente ao ponto de se tornar o fator determinante de uma neurose tão comum quanto a histeria; além disso, as experiências sexuais da infância podem se dividir, de acordo com a origem da estimulação sexual, em três grupos. O primeiro refere-se aos ataques, de situações únicas ou isoladas, de abuso praticado, em sua maioria, em meninas, por adultos que lhes eram estranhos. O primeiro efeito gerado por essa experiência era o susto. O grupo seguinte está relacionado a casos numerosos em que algum adulto iniciou uma criança no contato sexual, mantendo o ato com regularidade. O terceiro e último grupo corresponde às relações infantis propriamente ditas, isto é, entre duas crianças de sexos diferentes, podendo prolongar-se para além da puberdade. Freud (1896c/1996) verificou que havia dois ou mais desses grupos presentes ao mesmo tempo na etiologia da histeria; em alguns casos, havia um grande acúmulo de experiências sexuais provenientes de diversas fontes. Com efeito, as bases da neurose estão, sempre, na infância, sendo iniciadas, na maioria das vezes, por adultos.

A segunda objeção em torno das experiências sexuais infantis estarem relacionadas com a estimulação dos genitais e se tornarem o trauma causador da histeria está baseada no reconhecimento da frequência das experiências sexuais infantis e no fato de que diversas pessoas se recordam de tais cenas e não se tornam histéricas. A primeira resposta de Freud (1896c/1996) a esse respeito diz que “a frequência excessiva de um fator etiológico não tem possibilidade de ser usada como objeção à sua importância etiológica” (p.205), pois o que importa, segundo ele, é que todas as pessoas que se tornam histéricas tenham vivenciado cenas dessa ordem.

É verdade que, se a atividade sexual infantil fosse uma ocorrência quase universal, a demonstração de sua presença em todos os casos não teria nenhum peso. Mas, para começar, asseverar tal coisa seria certamente um grande exagero; e, em segundo lugar, as pretensões etiológicas das cenas infantis repousam não apenas na regularidade de seu aparecimento nas anamneses dos histéricos, mas também, acima de tudo na evidência de haver laços lógicos e associativos entre essas cenas e os sintomas histéricos – evidência que, se lhes fosse apresentado todo relato de um caso clínico, seria para os senhores tão clara como a luz do dia (FREUD, 1896c/1996, p.205-206).

Em seguida, o psicanalista pretende mostrar em qual ponto a etiologia específica e a auxiliar se encontram. No artigo *As psiconeuroses de defesa* (1894) está a tese de que a eclosão da histeria pode ser atribuída a um conflito psíquico, que emerge quando uma representação incompatível aciona uma defesa do eu, produzindo o recalque. No momento em que escreveu esse artigo Freud (1896c/1996) não apresentou quais seriam as circunstâncias em que um esforço desse tipo teria o efeito de tornar inconsciente uma lembrança aflitiva para o eu e, no seu lugar, criar um sintoma histérico. E, no artigo de 1896c/1996, ele apresenta essas circunstâncias.

*A defesa cumpre seu propósito de arremessar a representação incompatível para fora da consciência quando há cenas sexuais infantis presentes no sujeito (até então normal) sob a forma de lembranças inconscientes, e quando a representação a ser recalçada pode vincular-se em termos lógicos e associativos com uma experiência infantil desse tipo (FREUD, 1896c/1996, p.206, grifo do autor).*

Esses esforços defensivos do eu dependem do desenvolvimento moral e intelectual do sujeito. E a primeira conclusão apresentada pelo autor como resultado da análise de pacientes históricos defende que os sintomas são derivados de lembranças que agem inconscientemente (FREUD, 1896c/1996).

Na terceira objeção, sobre a teoria de que na base de todos os casos de histeria estão uma ou mais ocorrências de uma experiência sexual prematura, Freud (1896c/1996) argumenta que as experiências sexuais da infância são a condição fundamental da histeria, ou seja, elas são a predisposição para a neurose. Essa formação dos sintomas não ocorre imediatamente: eles permanecem sem efeito para depois, tardiamente, serem despertados, após a puberdade, sob a forma de lembranças inconscientes. Por fim, o quarto apontamento está na suposição de que as lembranças das experiências sexuais infantis produzem um efeito patogênico, enquanto a experiência real não tem qualquer efeito.

Conforme se pôde ler até aqui, para que se forme um sintoma histérico é necessário um esforço defensivo contra uma representação aflitiva, e essa representação deve apresentar uma conexão lógica ou associativa com uma lembrança inconsciente por meio de elos intermediários, também inconscientes. Essa lembrança, que permanece apartada da mente consciente, deve conter um conteúdo sexual em torno de um evento ocorrido na infância. O questionamento seguinte diz respeito a saber como essa lembrança, que não causou danos na ocasião em que ocorreu, é capaz de produzir, tanto tempo depois, um sintoma, enquanto ela própria continua inconsciente.

Até esse ponto, Freud (1896c/1996) abordou o mecanismo da formação dos fenômenos históricos. Para concluir esse tópico, ele propõe descrever a *causação* desses sintomas, sem

considerar o mecanismo de formação. Para isso, retoma o papel desempenhado pelas cenas sexuais infantis e o fato de que, em todos os casos de histeria, há sintomas que são determinados por experiências recentes, e outros que remontam às primeiras experiências. Nas experiências recentes, é possível encontrar as mais diversas sensações e parestesias<sup>64</sup> – fenômenos que correspondem ao conteúdo sensorial das cenas infantis, e que são reproduzidos de maneira alucinatória. Através do processo analítico, Freud conclui ser possível encontrar outro conjunto de sintomas histéricos muito comuns: vontade dolorosa de urinar, sensação de dor ao defecar, distúrbios intestinais, asfixia e vômitos, indigestão e repugnância pela comida, são exemplos que derivam das mesmas experiências infantis. A representação escolhida para produzir o sintoma é evocada pela combinação de diversos fatores e despertada por diversas fontes simultaneamente.

#### 4.5 ESTUDOS SOBRE A HISTERIA (1893-1895)

O livro *Estudos sobre a Histeria*, publicado em 1895, é considerado como o material inaugural da invenção da psicanálise, e como marco da nova definição freudiana de histeria. Segundo a historiadora e psicanalista francesa Elisabeth Roudinesco (1998), isso deriva, em parte, da publicação do caso clínico Anna O., que se tornou lendário na história desse campo do conhecimento e de sua práxis. Essa história clínica é conhecida por atribuir a uma histérica a invenção do método psicanalítico: foi por meio da escuta dela, junto a outras mulheres, que Freud inaugurou um modo inteiramente novo de relação humana entre paciente e analista. Para a psicanalista, o sucesso desse livro se deve às suas qualidades literárias: as exposições teóricas são “de uma limpidez admirável, e as histórias dessas doentes, transcritas num estilo romanesco, contribuem para dar vida a figuras femininas semelhantes às descritas por Gustave Flaubert (1821-1880) ou Honoré de Balzac (1799-1850)” (1998, p. 204).

Seu primeiro capítulo, redigido por Freud e Breuer, chama-se “*Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*”, e ganhou como subtítulo “*Comunicação Preliminar*”. Esse artigo foi originalmente publicado em 1893. Nele, os autores falaram pela primeira vez sobre o método catártico, a ab-reação e o caráter psíquico e traumático da histeria. A dupla mostra que a histeria, seguindo a doutrina de Charcot, é uma doença psíquica cujo tratamento se dá por

---

<sup>64</sup> Parestesia designa a sensação temporária de formigamento ou dormência que acomete mãos, pés, pernas, braços e outras partes do corpo, como boca e orelhas.

meio da fala. Se o sujeito sofre de representações ligadas a afetos reprimidos, e não de distúrbios orgânicos, ele pode ser curado através da verbalização desses afetos (ROUDINESCO, 1998).

Após a apresentação e a defesa do tratamento da neurose histérica, era preciso que os autores apresentarem provas de cura – se não da doença, ao menos de seus sintomas. Assim, Breuer e Freud apresentaram oito relatos que consideraram como de sucesso. O segundo capítulo apresenta a história de cinco desses grandes casos: Srta. Anna O., Sra. Emmy von N., Srta. Lucy ou Miss Lucy, Katharina e Srta. Elisabeth von R. De todas essas histórias clínicas, apenas Anna O. foi tratada por Breuer; as demais, foram pacientes de Freud<sup>65</sup>.

O terceiro capítulo dos *Estudos* é um ensaio de Breuer, intitulado “Considerações Teóricas”. O quarto e último capítulo, “A psicoterapia de histeria”, é uma reflexão de Freud sobre questões teóricas a respeito dos casos clínicos e de suas divergências com relação às ideias de Breuer. Na edição Inglesa, o tradutor James Strachey (1887-1967) observa que as discordâncias entre os dois médicos não são notáveis num primeiro momento. Segundo Roudinesco (1998), a decisão pela publicação conjunta foi resultado de um acordo, destinado a mostrar à comunidade científica da época a situação dos trabalhos realizados em comum até 1894/1996, data que marca o fim de suas relações científicas. As divergências se deram, principalmente, por Freud sustentar que a dissociação mental encontrada no sintoma histérico era provocada por uma defesa psíquica, enquanto Breuer pensava numa fisiologia dos estados hipnoides. Em segundo lugar, Breuer se recusava a atribuir à histeria uma etiologia sexual, além de também não aceitar as críticas feitas ao seu método catártico e à eficácia da hipnose.

#### 4.5.1 Srta. Anna O., paciente de Josef Breuer

A jovem Anna O., tratada por Breuer de dezembro de 1880 até junho de 1882, deu o nome de *talking cure* (cura falante) ao tratamento feito pela fala, e empregou o termo *chimney sweeping* (limpeza de chaminé) para designar uma forma de memorização. Breuer nomeou esses dois processos de catarse, e apresentou o caso como o protótipo do que viria ser seu tratamento catártico (JONES, 1989b; ROUDINESCO, 1998).

Breuer (1893/2016) inicia o relato clínico contextualizando a doença da jovem, que na época de seu adoecimento tinha 21 anos e apresentava uma carga hereditária forte, devido a algumas psicoses ocorridas na família. Antes de adoecer, Anna O. era uma mulher saudável,

---

<sup>65</sup> A identidade de cinco dessas pacientes foram reveladas pelos trabalhos da historiografia: Anna O. é Bertha Pappenheim; Emmy von N. é Fanny Moser; Katharina é Aurelia Öhm; e, por último, Elisabeth von R. é Ilona Weiss.

sem qualquer sinal de nervosismo. Considerada inteligente, possuía talento poético e o “dom da fantasia” (1893/2016, p.40). Seus humores, de tristeza e de alegria, tinham uma tendência ao excesso. O elemento sexual era pouco desenvolvido e, nos episódios alucinógenos de sua doença, nunca emergiu. Apresentava uma tendência ao devaneio, que denominava seu “teatro particular”: ela vivia um conto de fadas em pensamento – algo, porém, imperceptível aos outros, pois se mostrava sempre em prontidão quando alguém a chamava. Seus devaneios ocorriam simultaneamente às ocupações da vida diária.

A evolução de sua doença foi dividida pelo médico em quatro fases, bem diferenciadas. A primeira corresponde à incubação latente, com início em meados de julho de 1880 até, aproximadamente, 10 de dezembro de 1881. A fase seguinte foi a da doença manifesta – Anna O. teve uma psicose singular, com parafasia, estrabismo convergente, graves perturbações na visão, paralisias com contratura, paresia da musculatura da nuca e redução da contratura nos membros do lado direito. Por um breve período, ela apresentou alguma melhora, que foi interrompida por um grave trauma psíquico: o falecimento de seu pai, em abril de 1881. As duas fases posteriores se seguem à morte paterna. O período de sonambulismos persistentes se alterna com estados normais, com mais uma série de sintomas duradouros ocorrendo até 1881. Por fim, o período de cessação gradual dos estados e fenômenos, que se dá até junho de 1882 (BREUER, 1893/2016).

O relato do caso clínico começa em julho de 1880, após o pai de Anna O. contrair um abscesso peripleurítico<sup>66</sup>, o que provocaria sua morte em abril do ano seguinte. Durante esse período, a jovem se dedicou aos cuidados de seu progenitor. Com o tempo, seu estado de fraqueza, anemia e repugnância a obrigaram a se afastar da tarefa. O afastamento ocorreu após um acesso de tosse intensa – ou tosse nervosa, conforme diagnosticado por Breuer após exame. No início de dezembro surgiu o sintoma de estrabismo convergente<sup>67</sup>, o que deixou a paciente acamada até o início de abril. Na sequência, e de forma rápida, outros sintomas se desenvolveram: uma dor na parte posterior esquerda da cabeça; estrabismo convergente, que era exacerbado pela emoção; queixas de que as paredes desabavam; perturbações da visão, que eram de difícil análise e diagnóstico; paresia dos músculos anteriores do pescoço, de modo que ela só conseguia mexê-lo forçando-o para trás, com os ombros erguidos e movimentando as costas inteiras; sintomas de contratura e anestesia do membro superior e inferior direito; e, por fim, as articulações dos dois ombros ficaram completamente rígidas (BREUER, 1893/2016).

---

<sup>66</sup> Inflamação dos tecidos situados entre a pleura, a membrana que reveste os pulmões, e a parede torácica.

<sup>67</sup> Estrabismo convergente ou esotropia é uma doença oftalmológica que consiste no desalinhamento dos olhos, com desvio para dentro.

Anna O. estava tomada por todos esses sintomas quando Breuer (1893/2016) iniciou o tratamento. Ele constatou que a jovem apresentava dois estados de consciência separados, que se alternavam com certa frequência e de maneira abrupta. Esses estados, no desenvolvimento da doença, dissociaram-se ainda mais. Em um deles, ela reconhecia o ambiente de sua casa, tinha um semblante triste e angustiado mas, segundo o médico era “relativamente normal”; no outro, entretanto, apresentava quadros alucinógenos, era “malcriada, isto é, vociferava, jogava almofada nas pessoas, tanto quanto sua contratura o permitia, arrancava botões de cobertas e roupas com os dedos ainda móveis e outras coisas semelhantes” (1893/2016, p.44). Durante essa fase, se algo fosse modificado em seu quarto, ou caso alguém entrasse nele, ela começava uma série de queixas. Em outros momentos, quando era contestada, dizia estar enlouquecendo, e reclamava das coisas que lhe afligiam, da desordem em que se encontrava.

Quando estava em momentos de consciência relativamente clara, ocorriam rápidas alterações de humor: ia de alegrias muito passageira a fortes sentimentos de angústia; se opunha contra todas as medidas terapêuticas; apresentava alucinações, declarando que seus cabelos, cordões ou coisas similares se apareciam para ela como serpentes. Nos momentos de lucidez, dizia que tinha dois eus: o verdadeiro e um mau, que a obrigava a fazer coisas negativas. Simultaneamente à formação desses sintomas, houve uma desorganização funcional da sua articulação de linguagem. Num primeiro momento, algumas palavras faltavam. Aos poucos, isso tornou-se mais intenso: toda a sua linguagem perdeu a gramática, a sintaxe e a conjugação dos verbos. Por duas semanas, houve mutismo total. Breuer (1893/2016) presumiu a existência de uma mágoa e de um conseqüente interdito. Quando ele descobriu o que era e a forçou a falar, sua inibição afásica desapareceu. Esse momento coincidiu com a volta da mobilidade dos membros esquerdos, em março de 1881.

Quando estava muito angustiada, Anna O. não conseguia falar ou misturava diversos idiomas, dentre os quais o inglês. Nos momentos em que falava apenas essa língua, apresentava amnesia total. O falecimento de seu pai, em 5 de abril do mesmo ano, a quem ela via raramente durante o período da própria doença, foi o trauma psíquico mais grave que a atingiu. Por dias seguidos, ela entrou em um estupor profundo, gerando um outro estado modificado: além de se restringir ao idioma estrangeiro, não compreendia o alemão. Começou também a recusar alimentos, de modo que apenas Breuer (1893/2016), com a sua permissão, conseguiu alimentá-la. Suas alucinações iam-se tornando mais apavorantes, com imagens de caveira e esqueletos. Esse estado de “doente desvairada” (1893/2016, p. 49) ocorria durante o dia, e o da jovem lúcida

à noite. Mesmo com o quadro de lucidez aparente, seu estado agravava-se cada vez mais. Quando surgiram impulsos suicidas, foi necessária uma mudança para uma casa de campo nos arredores de Viena.

Na descrição da evolução do caso, Breuer (1893/2016) começa relatando sobre as histórias tristes que Anna O. murmurava durante o dia, que quase sempre eram iniciadas com um uma garota sentada junto ao leito de um doente. Essas histórias ocorriam mesmo antes da morte do pai, e ficaram mais trágicas após sua perda. Enquanto esteve hospedada na casa de campo, Breuer (1893/2016) a visitava ao anoitecer, e durante a hipnose removia todo “o estoque de fantasias” (1893/2016, p.52) que estava acumulado desde a última visita. Mesmo com o auxílio da hipnose, o médico encontrou dificuldades para fazê-la se expressar. Foi em uma dessas sessões que ela nomeou o procedimento terapêutico de *talking cure*, cura pela fala, e de *chimney sweeping*, limpeza de chaminé – expressões que, conforme dito aqui ao início, desde esse caso clínico acompanham a história da psicanálise. Após as sessões de hipnose, a jovem perdia toda a sua “obstinação e energia” (1893/2016, p.53). Em diversos momentos, a alternância entre os dois estados de consciência era perceptível. Enquanto conversava, ela alucinava e corria para subir em uma árvore; quando a detinham, “num átimo voltava a frase interrompida e prosseguia, sem saber do que se passara naquele ínterim” (1893/2016, p.54). Era só durante a hipnose que ela conseguia relatar todas essas alucinações das quais havia esquecido.

Breuer (1893/2016) interrompeu o tratamento de Anna O. por algumas semanas, devido a uma viagem e, ao regressar teve a “mais nítida prova do efeito excitante, patogênico, dos completos de ideias produzidos nas ausências, em sua *condition seconde*, e de sua eliminação pela expressão oral na hipnose” (1893/2016, p.54). Nesse período, não houve a *talking cure*, pois não conseguiu convencer a paciente a falar com outro médico. Suas histórias noturnas perderam o caráter fantástico, e tornaram-se, cada vez mais, relatórios sobre suas alucinações e sobre o que a aborrecera nos dias anteriores. Seu ritmo psíquico mudava nos dias em que conversava com Breuer – nesses, ficava alegre e amável; nos dias seguintes, encontrava-se irritada. Seu estado psíquico era, segundo o médico, uma função do tempo transcorrido desde a última fala, “porque cada produto espontâneo da sua fantasia e cada episódio apreendido pela parte doente de sua psique que continuava a atuar como estímulo psíquico até ser relatado na hipnose, com o que também sua eficácia era completamente eliminada” (1893/2016, p.55).

Com uma aparente melhora – suas vivências não estavam sendo transformadas em estímulos psíquicos patológicos – a jovem retorna à Viena. Seus dois estados de consciência

continuava a alternar-se da mesma forma, porém ficava mais difícil diferenciar os dois: da manhã em diante, as ausências – ou as manifestações da *condition seconde* – eram cada vez mais frequentes; à noite, elas persistiam, com a diferença fundamental de que no primeiro estágio ela se mostrava normal e, no segundo, alienada. Em normalidade, ela vivia no inverno de 1881-1882; no segundo, estava no inverno de 1880-1881. Ela esqueceu completamente de tudo o que ocorreu depois: sua única vivência concomitante aos dois estados era a morte do pai. Esse retrocesso ocorria de modo tão intenso que, mesmo em seu novo apartamento, tinha alucinações com o quarto antigo. A mudança de um estado para outro ocorria de forma espontânea, e poderia ser provocada por qualquer impressão sensorial que lembrasse, de alguma forma, o ano anterior. Este estado de reviver o ano de 1880 durou até junho de 1882, ou seja, até o final de sua doença. Breuer (1893/2016) aponta que os estímulos que eram revividos, no segundo estado, já atuavam de alguma forma no estado normal. Por exemplo, em um relato, ela não soube dizer o que tinha, apenas que estava zangada com ele; relendo suas anotações, descobriu do que se tratava: na mesma noite do ano de 1881, ele a havia aborrecido.

Breuer (1893/2016) descobriu que os fenômenos histéricos de Anna O. desapareciam logo após a cena que causou o sintoma ser reproduzida na hipnose. Dessa forma, ele conseguiu desenvolver um procedimento técnico terapêutico: cada sintoma era examinado isoladamente, e todas as ocasiões em que um novo surgia eram relatadas em ordem inversa, começando pelo dia anterior ao que a paciente ficou acamada, e retrocedendo até o motivo desencadeador de sua primeira aparição. Com essa técnica, descobriu-se que, após o sintoma ser relatado em análise, ele era removido definitivamente. Assim, vários sintomas da paciente foram eliminados, como as parestesias com contratura e anestésias, as perturbações de visão e audição, as nevralgias e tosse e, por fim, os transtornos da fala. Entretanto, não era possível evocar a primeira cena causadora dos sintomas; em todas as sessões a paciente ficava confusa e não conseguia encontrar tal cena. Foi necessário que Breuer (1893/2016) estabelecesse o seguinte procedimento: pela manhã, quando ela era hipnotizada, e todos os seus pensamentos eram concentrados no sintoma que estava sendo tratado, ele perguntava sobre as circunstâncias em que ele havia surgido. Ela descrevia rapidamente as ocasiões e o médico tomava nota. Na hipnose noturna, com o auxílio dessas anotações, ela deveria contar detalhadamente os mesmos episódios. Durante esses relatos, outra manifestação importante surgiu: quando o sintoma era removido pela fala, ele aparecia com intensidade durante o relato sob hipnose. Após a análise dos sintomas de Anna O. foi possível descobrir que todos eles se referiam aos meses de verão de 1880.

Esse período é marcado pelo início do adoecimento de seu pai, de quem a jovem cuidou, dividindo os trabalhos com sua mãe. Certa vez, Anna se viu em grande angústia. Na tensão pela espera por um médico para seu pai febril, ela não dormiu a noite. Quando sua mãe se afastou, a moça ficou deitada ao lado do leito, com o braço direito apoiado no encosto da cadeira. Em pouco tempo, exausta, caiu num estado de sonho acordado, e viu uma serpente negra se aproximando do pai para mordê-lo. Quis afastar o animal, mas estava paralisada: o braço direito ficou adormecido e, quando olhou para sua mão, seus dedos se transformaram em pequenas serpentes com cabeças de caveira. Breuer (1893/2016) supõe que, ao tentar afugentar a serpente com o braço inerte, a paralisia e a anestesia se associaram à alucinação da serpente. Quando a serpente desapareceu, Anna O. tentou rezar, mas todas as palavras lhe faltaram. Sem conseguir falar nos idiomas que conhecia, só conseguiu se lembrar de um verso infantil inglês. Somente com a chegada do médico a alucinação chegou ao fim. Em outro momento, um galho provocou a alucinação da cobra e, no mesmo instante, seu braço direito ficou esticado e rígido. Desde então, isso acontecia sempre que um objeto semelhante a uma serpente aparecia. Segundo Breuer (1893/2016), essa era a alucinação criadora das ausências auto-hipnóticas.

Outros sintomas surgiram no estado de vigília e se repetiam do mesmo modo. Os transtornos de visão, por exemplo, remontavam à seguinte ocasião: a paciente chorava ao lado do leito do pai doente, quando ele lhe perguntava que horas eram. Ela, por não enxergar com nitidez, trouxe o relógio para perto dos olhos. Os ponteiros lhe pareciam enormes, na mesma medida de seu esforço para conter as lágrimas, com o intuito de que seu pai não as visse. Outra cena que acarretou um sintoma diz respeito a uma discussão na qual reprimiu sua resposta, o que acabava por provocar um espasmo da glote toda vez em que uma situação similar se repetia. Breuer (1893/2016) classificou quatro ocasiões em que a “linguagem lhe faltava” (1893/2016, p.66): a primeira, que surgia em estados de angústia, desde que tivera a primeira alucinação com a serpente; a segunda, que ocorria em situações em que reprimia uma observação ou resposta; a terceira, que se manifestava em ocasiões envolvendo ofensas; a quarta, que ocorreu pela primeira vez quando, velando o pai doente, ouviu uma música na casa vizinha e teve o pensamento de que queria estar lá, o que lhe despertou como sintomas a tosse e autocensuras. No caso desta, após sua ocorrência, toda vez que ouvia qualquer música com um ritmo similar, reagia com uma tosse nervosa.

Para finalizar o relato clínico do caso Anna O., Breuer (1893/2016) apresentou duas particularidades psíquicas que predispõem ao adoecimento histórico: 1) o excesso de atividade e 2) energia psíquica que estava inutilizado na vida familiar monótona e sem um trabalho

intelectual apropriado, era descarregado com um intenso trabalho de fantasia. Isso produzia o “sonhar acordada”, que se tornou a base para a dissociação da personalidade mental nos dois estados descritos. Na paciente, isso preparou o terreno sobre o qual o afeto da angústia se estabeleceu, depois de ter transformado os devaneios em uma ausência alucinatória. Desde a primeira auto-hipnose alucinatória, das ausências com amnésia e os fenômenos histéricos concomitantes, as oportunidades para a formação de novos sintomas se multiplicaram e os já formados se consolidaram pela repetição intensa.

O psicanalista discípulo de Freud e seu biógrafo oficial, Ernst Jones (1989b), cita que, logo após o fim do tratamento de Anna O., Freud fez um relato mais completo “do que o que ele fez em seus escritos sobre as circunstâncias singulares que envolveram o final desse novo tratamento” (1989b, p. 232). Breuer estava tão envolvido no caso de sua paciente, que sua mulher em pouco tempo passou a ter ciúmes, de modo que ele decidiu encerrar o tratamento. Anunciou sua decisão a Anna O., que já se encontrava em melhor estado, e se despediu dela. Nessa mesma noite, foi chamado para atendê-la, pois voltara subitamente a ficar tão mal quanto antes. A jovem, que durante o curso do tratamento nunca fizera qualquer alusão ao assunto sexual, após a despedida de Breuer teve dores de um parto histérico, “culminação lógica de uma gravidez fantasmática (pseudociese) que vinha se desenvolvendo invisivelmente em resposta ao trabalho” (1989b, p. 232). O médico a hipnotizou para acalmá-la, e no dia seguinte partiu para Veneza com a esposa.

Para a psicanalista Roudinesco (1998), esse relato de Jones (1989b) é uma versão fantasiosa do término do tratamento. Essa versão foi construída a partir de diversas lembranças de Freud. A constatação da gravidez histérica foi uma reconstrução do psicanalista, à qual Jones deu legitimidade “arquivística e médica ao lhe conferir o nome de pseudociese” (1998, p. 569). Essa fábula foi aceita como uma certeza pela comunidade freudiana, e apesar de nascida de uma fala de Freud, é utilizada como uma história oficial.

Segundo Jones (1989b), a paciente não estava tão bem quanto o relato de seu médico fazia parecer: ela tivera recaídas e fora internada em uma instituição nos arredores de Viena. Poucos anos depois, ela melhorou e abandonou os tratamentos, passando bem durante o dia, mas ainda sofria de estados alucinatorios à noite. A srta. Bertha, verdadeira identidade de Anna O., tornou-se a primeira assistente social da Alemanha – provavelmente, uma das primeiras do mundo. Seu trabalho era dedicado às causas e à emancipação das mulheres. Ela fez viagens à Rússia, à Polônia e à Romênia para salvar crianças cujas famílias foram mortas em perseguições étnicas ou religiosas. Também, se envolveu em várias outras atividades humanitárias. Em 1904,

fundou a Liga das Mulheres Judias e, depois, um espaço de ensino filiado a essa organização, onde desenvolveu estudo sobre a situação das mulheres judias e dos criminosos judeus (ROUDINESCO, 1998).

Freud estava muito interessado no caso clínico de Anna O. (Jones, 1989b), que lhe parecia tão distante de sua experiência a ponto de lhe causar “uma profunda impressão”, chegando a discutir “os detalhes dele com Breuer repetidas vezes” (1989b, p.233). O psicanalista chegou a relatar essa história clínica quando esteve em Paris, mas “os pensamentos de Charcot pareciam estar voltados para outras coisas” (1989b, p. 233), não conseguindo despertar seu interesse.

#### 4.5.2 Sra. Emmy von N., ou a primeira tentativa de hipnose

O caso da sra. Emmy “fornece-nos um *insight* ao trabalho terapêutico de Freud e a seu *setting* teórico, no início de suas atividades como um investigador das neuroses” (Andersson, 2000d, p.188). A epícrise do caso provavelmente foi escrita ao final de 1893, ou durante 1894/1996.

Se bem que em muitos aspectos ele possa ser considerado como uma reinterpretação do caso em termos da concepção da histeria desenvolvida por Freud ao redor de 1890, o caso em seu todo fornece, no entanto, um quadro da posição de Freud na época do tratamento (ANDERSSON, 2000d, p. 188).

A sra. Emmy, com aproximadamente 40 anos, tornou-se paciente de Freud em maio de 1889. No caso clínico, ela é descrita como uma mulher histérica que era facilmente colocada num estado hipnótico. Por isso, Freud (1893c/2016) decide empregar o procedimento de Breuer, do qual havia tomado conhecimento pelas comunicações sobre a jovem Anna O. Foi o tratamento de Emmy que permitiu à Freud manejar, pela primeira vez, esse método terapêutico – apesar de não ter conseguido avançar o bastante na análise dos sintomas, nem na observação sistemática dos mesmos. A história clínica dessa paciente é dividida em três partes, sendo iniciada pelo relato do estado da paciente e da atuação do médico, em que os apontamentos de três semanas de tratamento são reproduzidos exaustivamente; em seguida, lê-se sua história clínica propriamente dita; e, por fim, uma análise crítica realizada após o término do tratamento.

Na primeira sessão com a paciente, Freud (1893c/2016) percebeu no rosto dela uma expressão tensa e dolorosa: seus olhos estavam apertados, com o olhar baixo, a testa franzida e os vincos nasolabiais aprofundados. Sua fala era baixa e carregada de certo esforço, e interrompida de vez em quando por um espasmo da língua, o que a fazia gaguejar. Ela mantinha

seus dedos entrelaçados e agitados, mantendo um fluxo contínuo de movimentos involuntários e lentos. Apresentava também contrações e tiques no rosto e nos músculos do pescoço, parando frequentemente de falar para produzir um estalo. Seu discurso era coerente, o que demonstrava, segundo o psicanalista, que a senhora era uma pessoa culta e inteligente. Um sintoma importante, que ocorreu em quase todo o tratamento, apareceu logo no primeiro contato: abruptamente, ela parou de falar, contorceu seu rosto com uma expressão de pavor e asco, estendeu a mão com os dedos abertos e crispados na direção de Freud e, com a voz alterada, gritou: “Fique quieto – não diga nada – não me toque!” (1893c/2016, p. 76). O psicanalista supôs que ela estivesse sob uma forte impressão alucinatória, e que essas palavras correspondiam a uma fórmula protetora. Da mesma maneira como iniciou, essa interpolação foi cessada, e ela prosseguiu com sua narrativa sem atentar ou explicar a situação há pouco ocorrida. A primeira hipótese do médico foi de que ela não percebeu a interrupção, e de que a cena fosse um delírio histérico que se alternava com o estado de consciência normal.

Algumas informações sobre a família e a vida de Emmy são necessárias para compreender as cenas desencadeantes de seus sintomas. Sua família era originária da Alemanha central e, havia pelo menos duas gerações, estava estabelecida nas províncias russas do báltico, onde possuía um rico patrimônio. Ela era a mais nova de vários filhos, dos quais apenas quatro estavam vivos. Sua mãe era uma mulher severa e “dinâmica em demasia” (Freud, 1893c/2016, p. 77) que, aos 23 anos, casou-se com um grande industrial, muito mais velho do que ela. Após um breve período de casamento, ele teve um ataque cardíaco, vindo a falecer. Emmy apontou como causas de sua doença o falecimento de seu marido e o cuidado das duas filhas – uma com dezesseis anos e outra com catorze, elas com frequência ficavam doentes e, assim como a mãe, sofriam de distúrbios nervosos. Ela relatava que, desde a morte do marido, catorze anos antes, sempre esteve doente. Freud sugeriu que ela ficasse em um sanatório, onde ele poderia visitá-la com mais frequência, e que deixasse os cuidados de suas filhas à governanta. Ela concordou.

E assim, no dia seguinte Freud, a visitou no sanatório. Quando a porta se abriu de modo inesperado, ela se sobressaltou. Nesse dia, sua queixa principal foi de uma sensação de frio e de dores na perna direita. O tratamento sugerido pelo médico para aliviar as dores foram banhos quentes e massagens. Em seguida, o tratamento hipnótico foi iniciado.

Ponho-lhe um dedo à frente, digo-lhe: durma! e ela vai para trás com uma expressão de atordoamento e confusão. Sugiro-lhe sono, melhora de todos os sintomas e coisas semelhantes, o que ela escuta de olhos fechados, mas com inequívoca e ávida atenção, ao que gradualmente sua fisionomia se descontraía e adquire uma expressão plácida (FREUD, 1893c/2016, p.79).

Depois da primeira hipnose, a paciente teve uma obscura lembrança do que dissera. Nas seguintes, ela entrou em completo estado de sonambulismo, sem conseguir guardar memórias da sessão. Na visita do dia oito de maio, ela relatou horripilantes histórias envolvendo animais lidas no jornal. A primeira era sobre um jovem que amarrou e colocou um camundongo branco dentro da boca de um garoto, o que levou a criança à morte. A segunda era acerca de um médico, que enviara a outra cidade uma caixa cheia de ratos brancos. Ao fazer esses relatos a Freud (1893c/2016), ele observa nítidos sinais de pavor. A sra. Emmy contrai as mãos e diz: “Fique quieto, não diga nada, não me toque! Se um animal desses estivesse na cama! Imagina quando isso for desembrulhado! Entre eles há um rato morto, um rato ro-í-do” (1893c/2016, p.80). A tarefa da hipnose foi de afastar essas alucinações com animais. Quando Freud buscou no jornal as histórias contadas por ela, descobriu que não haviam ratos ou camundongos, concluindo que seu delírio havia acrescentado os animais durante a leitura. Mais tarde, nesse mesmo dia, Freud (1893c/2016) questionou durante a hipnose o motivo por ela ser uma pessoa tão assustada. Ela respondeu contando lembranças de sua primeira infância: aos cinco anos, seus irmãos e irmãs atiravam animais mortos nela. Foi nessa época que ela teve o primeiro desmaio seguido de convulsões – situação foi considerada abominável por sua tia, pois tais ataques não deveriam acontecer. Com essa recriminação, os sintomas cessaram.

Durante a hipnose, imagens vieram à tona. Aos sete anos, quando viu seu irmão morto no caixão; e depois aos oito, quando outro irmão, envolto num lençol branco como um fantasma, a assustou diversas vezes; e, por fim, novamente aos oito, anos quando viu sua tia no caixão e, de repente, seu maxilar inferior caiu. Durante o relato dessas cenas, ela apresentou espasmos por todo o corpo, e sua fisionomia transpareceu espanto e terror. Ela dizia cada palavra penosamente para transmitir o conteúdo da vivência e, quando terminava de falar, suas feições se acalmavam. Essas cenas viriam a ser lembradas com frequência e, sempre que pensava nelas, as via ocorrendo diante de si com muita vividez. Com esses relatos, Freud (1893c/2016) pôde compreender o motivo pelo qual Emmy falava tanto de cenas de animais e cadáveres, o que fez com que a terapia seguisse na tentativa de apagar essas imagens de modo definitivo.

No dia seguinte, antes da sessão de hipnose, ela relatou ter visto imagens de índios disfarçados de animais em um atlas histórico-cultural – “imagine se eles adquirissem vida!” (Freud, 1893c/2016, p.83). Na hipnose, o motivo dessa reação de pavor retornou, pois as imagens a fizeram lembrar de visões que tivera aos dezenove anos, por ocasião da morte de seu irmão.

O próximo sintoma investigado nessa sessão foi o da gagueira associada a um tique – este, no caso, havia iniciado cinco anos antes, desde que esteve sentada à beira do leito de sua filha mais nova adoecida, e resolveu ficar quieta. Freud (1893c/2016), então, tentou atenuar a significação dessa lembrança, afirmando que nada acontecera à então criança. Segundo ela, o tique ocorria todas as vezes em que se sentia angustiada ou assustada.

O tratamento com o auxílio da hipnose e as perguntas sobre as vivências que provocavam medo ou pavor persistente continuaram. Uma segunda série de episódios apareceu, só que dessa vez ocorridos durante sua juventude. Aos quinze anos, a sra. Emmy presenciou sua prima sendo levada para um hospício. Na ocasião, quis pedir socorro, mas não apenas não conseguiu como perdeu a fala até a noite.

Ela se recordou também de uma criada, cuja antiga patroa havia passado muito tempo num manicômio e que lhe contava histórias horripilantes – de como os internos eram amarrados a cadeiras, espancados e coisas similares. Ao fazer esse relato, suas mãos se contraíam, e Freud (1893c/2016) tentou corrigir a ideia relacionada a hospícios, assegurando que tais instituições não têm relação com ela. Com essa informação, o semblante da paciente se acalmou. Ela, contudo, prosseguiu com as lembranças apavorantes: aos quinze anos, encontrou sua mãe estendida no chão como decorrência de uma convulsão. Quatro anos depois, aos dezenove, voltou para casa e encontrou sua progenitora encontrada morta.

Atenuar essas memórias, pontua Freud (1893c/2016), trouxe outras dificuldades ao trabalho. Ele teve de assegurar que ela só voltaria a ver tais imagens de maneira difusa e sem força. A última lembrança dessa sequência também ocorreu aos dezenove anos: ao levantar uma pedra, encontrou debaixo dela um sapo, o que a fez perder a fala por vários dias.

Na manhã do dia 10 de maio, Emmy falou sobre sua família, destacando a história de um primo “excêntrico e obtuso, a quem os pais mandaram arrancar todos os dentes numa sentada” (Freud, 1893c/2016, p. 86). O relato foi narrado com gestos de pavor, em que ela novamente trouxe à tona as frases “fique quieto! – não diga nada! – não me toque!”. Em seguida, sua fisionomia se descontraía e seu semblante tornava-se alegre. Durante a hipnose, Freud (1893c/2016) questionou o significado da fórmula protetora. Ela explicou que, ao ter pensamentos angustiantes, seu temor era ser interrompida no curso de suas ideias, o que seria capaz de gerar uma confusão maior. Freud descobriu, também, que a expressão “fique quieto!” se relacionava às figuras de animais, que, na mente da paciente, ganhavam movimento e iam em direção a ela; imagens que apareciam quando ela estava em maus estados. O “não me toque!” surgiu após três situações. A primeira com dezenove anos, quando seu irmão ficara

doente por uso excessivo de morfina e sofria ataques terríveis. Nessas ocasiões, por muitas vezes ele a agarrava de repente. Outra situação havia ocorrido em sua casa, quando um conhecido da família enlouquecera e a agarrou pelo braço. A terceira, que não conseguiu relatar com riqueza de detalhes, foi aos 28 anos: sua filha mais nova estava muito doente e a segurou violentamente durante um delírio. Esse relato foi feito de forma rápida e numa só frase, “como se constituíssem um único evento” (1893c/2016, p.88). A partir dessa constatação, Freud (1893c/2016) assinala que todas as comunicações de traumas agrupados dessa forma começam com “como”, e os traumas parciais estão ligados por “e”. Essa outra fórmula protetora tinha como objetivo protegê-la das vivências semelhantes e mediante sugestão, todo esse receio é tirado e ela não volta a repetir essas expressões.

Na sessão de hipnose seguinte, o psicanalista questionou sobre a origem da gagueira. Ela, sem muita reflexão, mas com excitação e com perturbações espásticas na fala, respondeu:

Como certa vez os cavalos partiram em disparada com a carruagem em que estavam as crianças, e como, numa outra vez, eu ia pela floresta com as crianças durante uma tempestade... e um raio caiu numa árvore justo à frente dos cavalos e os cavalos se espantaram e pensei comigo mesma: agora você precisa ficar completamente quieta, senão vai assustar ainda mais os cavalos com seus gritos e o cocheiro não terá mais como detê-los: daí em diante, isso apareceu (FREUD, 1893c/2016, p. 89).

Ela contou que a gagueira surgiu após a primeira situação, mas pouco tempo depois desapareceu; tornando-se permanente apenas após a segunda situação. Mais uma vez, Freud (1893c/2016) apagou a lembrança dessas cenas. Nas sessões seguintes, seus relatos se desenvolveram sem qualquer interrupção espástica.

Havia uma coleção de vivências que a apavoraram dessa mesma forma. Uma delas ocorreu um ano após a morte de sua mãe, quando Emmy visitava uma amiga. Para assustá-la, os donos da casa colocaram numa sala uma boneca idêntica à amiga. O susto por conta da semelhança foi tamanho que ela não conseguiu se mexer, ficou enraizada.

Outra vivência ocorreu no período em que cuidava do irmão doente que a aterrorizava. Por já ter relatado essa situação, Freud (1893c/2016) questionou sobre outras ocasiões em que teria sido agarrada. Ela, porém, não conseguiu se lembrar dos dois outros relatos feitos sob hipnose. Com isso, constatou-se que a sugestão do médico para a proibição e extinção da lembrança funcionou. Ela prosseguiu contado sobre um amigo que entrava em sua casa furtivamente, sem fazer ruído algum, surgindo de repente. E também sobre quando estava hospedada em uma estância balneária: havia lá uma mulher desconhecida, que várias vezes entrou em seu quarto por engano. Por fim, Emmy se recordou de sua última viagem até Viena. Lá, um homem desconhecido abriu a porta de seu compartimento por quatro vezes. Em cada

ocasião, olhou-a fixamente. Apavorada, ela chamou pelo cobrador. Todas essas lembranças foram apagadas pela via da sugestão hipnótica.

Na sessão de hipnose da noite seguinte, Freud (1893c/2016) perguntou sobre a lembrança que retorna com mais frequência. A esse respeito, Emmy rapidamente falou sobre a cena da morte do marido. Ao pedir detalhes sobre esse evento, ela reagiu com sinais de comoção, porém sem o estalar da língua ou o gaguejar. Em uma viagem, seu marido fora acometido por uma dor no peito, ficando paralisado no chão por alguns minutos, se levantando em seguida sem ferimentos. Poucas semanas após o parto da segunda filha, porém, quando Emmy estava na cama com o bebê, seu esposo, que lia o jornal, de repente ergueu-se, “fitou-a de uma maneira insólita, deu alguns passos e em seguida caiu morto no chão” (1893c/2016, p. 92). Os médicos fizeram algumas tentativas de reanimação, enquanto ela escutava tudo do quarto ao lado. A recém-nascida já estava muito doente, e continuou precisando de cuidados por seis meses, período em que Emmy também esteve acamada e com febre. Quando falava dessa filha, Freud (1893c/2016) percebia sua fisionomia agastada, “como ao falarmos de alguém de quem ficamos fartos” (1893c/2016, p. 93). Segundo o relato da paciente, ela fora uma criança muito estranha, que gritava muito e dificilmente dormia; teve uma paralisia na perna esquerda e, aos quatro anos, teve visões; demorou para andar e falar, de modo que a mãe suspeitou, por um longo tempo, de atraso mental. A sequência de queixas sobre a filha foi interrompida com a afirmação do psicanalista de que ela era uma jovem saudável e normal. Com a sugestão, Freud retirou a possibilidade de as lembranças tristes retornarem, “não apenas apagando de sua consciência a lembrança plástica, mas removendo toda a reminiscência, como se nunca estivesse estado ali” (1893c/2016, p. 93).

Na noite de 12 de maio, Emmy relatou sonhos apavorantes, em que os pés e os braços das cadeiras se transformavam em serpentes. Em seguida, um monstro com um bico de abutre saltou sobre ela, bicando seu corpo. Outros animais também saltaram sobre ela. Em seu delírio, esses animais são reais, e não um sonho. Houve uma cena em que, ao pegar um novelo de lã, o objeto se transformou em um rato; em outra, durante um passeio, um sapo saltou sobre ela. Esses relatos mostram que as tentativas anteriores, de proibir o retorno de tais lembranças, não tiveram o efeito desejado sobre a paciente. Portanto, Freud (1893c/2016) tentou tirar essas impressões de angústia uma por uma.

Dores de estômago também eram frequentes na Sra. Emmy. Ao ser questionada sobre a relação das dores com os ataques de animais, ela respondeu que, ao invés de fazer tantas perguntas sobre a origem de seus sintomas, o médico deveria deixá-la contar o que tinha a dizer.

E o que ela tinha a falar dizia respeito ao marido: “quando eles o levaram para fora, não pude acreditar que estivesse morto” (Freud, 1893c/2016, p.96). Nesse relato, para Freud (1893c/2016), está a causa do mau humor frequente de sua paciente: ela sofria com os restos conservados dessa experiência. Todo o contexto do falecimento do marido fez com que ela odiasse sua filha por três anos: ela acreditava que, se não estivesse de cama por causa da criança, poderia ter cuidado dele. Outro desgosto ocorrido após essa perda foram os rumores espalhados pela família do esposo, de que ela o teria envenenado. Esses parentes moveram diversos processos judiciais contra ela. Agentes foram pagos por eles para espalhar intrigas, e artigos difamatórios foram publicados em jornais locais – ela recebia os recortes. Segundo Freud (1893c/2016), provem daí sua reserva frente a pessoas desconhecidas.

Para a sra. Emmy, a aproximação de alguém era desagradável. Em sua trajetória, aconteceram várias surpresas desagradáveis, provocadas por pessoas que apareciam sem aviso. Certa vez, enquanto passeava com suas filhas, dois indivíduos suspeitos surgiram por detrás de arbustos e as insultaram. Em outro passeio, um mendigo surgiu detrás de uma rocha e se ajoelhou diante dela. Ela relatou, também, um arrombamento em sua residência, situado num local isolado, situação que a deixou muito assustada. Para Freud (1893c/2016), o medo de pessoas estranhas provém, principalmente, das perseguições a que foi exposta após a morte do marido.

Ao solicitar que sua paciente falasse sobre as dores nas pernas, Emmy apresentou uma longa série com penosos e cansativos episódios, durante os quais tinha essas dores, e cujo efeito era de intensificá-las, causando uma paralisia e perda de sensibilidade nos dois membros. O mesmo ocorreu com as dores nos braços e as câibras na nuca, que também começaram enquanto cuidava de um doente. As tentativas de Freud (1893c/2016) de solucionar esse complexo sintomático como reminiscência fracassaram.

Na noite de 16 de maio, a sra. Emmy se sobressaltou ao ver Freud (1893c/2016) entrar na sala: “Que bom você ter vindo. Estou tão assustada”, falou, com sinais de pavor, gagueira e tique. Primeiramente, o psicanalista solicitou um relato sobre o que estava acontecendo. Quando inicia sua narrativa, com os dedos contraídos e as mãos estendidas à frente, ela descreveu com horror o modo como um rato teria passado sobre sua mão enquanto esteve no jardim. “Aquilo deslizava sem cessar para lá e para cá, muitos ratos estavam nas árvores” (1893c/2016, p. 109). Em seguida, complementou: “Não está ouvindo os cavalos batendo com as patas no circo? Ao lado, há um senhor gemendo, creio que sente dores após a operação. Estou então em Rugen? Tive lá uma estufa como essa?” (1893c/2016, p.109). Emmy entrou num

estado de confusão com a quantidade de pensamentos que se entrecruzavam em sua mente. Ela não conseguia responder perguntas sobre coisas atuais como, por exemplo, se suas filhas a visitaram. Quando questionada sobre o motivo da angústia, ela repetia a história dos ratos, com todos os sinais de pavor, acrescentando apenas que, quando estava na escada, havia ali um animal medonho, que desapareceu imediatamente. Para Freud (1893c/2016), todas as descrições da paciente não passavam de alucinações. Como forma de repreender o medo de ratos, ele afirma que aparecem apenas para os bêbados.

No penúltimo dia de seu tratamento, Emmy fala, sob hipnose, sobre seu temor de vermes – medo que provém de um presente que recebeu, uma almofada para agulhas e alfinetes. Ao tentar usá-la na manhã seguinte após ganhá-la, saíram dela pequenos vermes – o farelo usado para enchimento não estava totalmente seco. Freud (1893c/2016), porém, suspeitou que tal cena foi uma alucinação. Para confirmar sua hipótese, ele perguntou sobre outras histórias envolvendo animais. A paciente contou, então, que certa vez estava em um parque com seu marido; lá, todo o caminho até o lago estava tomado por sapos, impedindo o casal de prosseguir com o passeio. Ela conta também que, em outras situações, tinha receio de estender a mão para alguém, por medo de que ela se transformasse em algum animal, como ocorrera outras vezes. Freud (1893c/2016) tenta libertá-la do medo de bichos, repetindo um por um, e perguntando se o temor permanece. Em alguns, ela responde “não”; em outros, “não devo temer”.

No dia 18 de maio, último encontro de Emmy com seu médico, ela queixava-se de dores na nuca e contrações, além de dores no rosto, nas mãos e nos pés. Freud (1893c/2016) a descreve com feições tensas e as mãos agitadas. Na ocasião, a hipnose não revelava nenhum conteúdo psíquico nessas dores, que foram tratadas apenas com massagens.

Na segunda parte do caso clínico, a História Clínica, Freud (1893c/2016) apresenta os resultados do primeiro junto a um breve relato do segundo tratamento da sra. Emmy von N.. Seu estado de saúde melhorou consideravelmente, o que possibilitou o retorno dela para sua residência no mar Báltico. No ano seguinte, 1890, ela regressa a Viena, retomando os atendimentos com o psicanalista. O motivo pelo qual Emmy buscou um novo tratamento foi uma frequente confusão, que ela nomeou como “tempestade na cabeça”. Também, sofria de insônias, chorava por horas e sempre ficava triste às cinco horas da tarde. Essa era a hora em que visitava sua filha, agora internada em um sanatório. Enquanto falava isso, gaguejou e estalou a língua algumas vezes, esfregou as mãos rapidamente parecendo furiosa e, ao ser questionada se via muitos animais, apenas respondeu: “oh, fique quieto!”.

Na primeira tentativa de hipnose, ela fechou os punhos e gritou: “não quero nenhuma injeção de antipirina, prefiro conversar as minhas dores. Não gosto do dr. R., ele me é antipático”. Essa era uma reminiscência de uma hipnose feita no sanatório, e Freud (1893c/2016) a acalmou, trazendo-a de volta para a situação atual. Logo no início do novo tratamento, houve uma descoberta instrutiva. Ao questionar a paciente, sob hipnose, sobre quando a gagueira voltara, ela contou sobre um sobressalto que tivera no inverno, quando um garçom da estalagem havia se escondido em seu quarto. Na escuridão do dormitório, tomara-o por um paletó e, ao pegá-lo, o homem de repente “pulou para o alto”. Essa imagem mnêmica foi removida; como consequência, o sintoma da gagueira tornou-se imperceptível.

Na sessão de hipnose seguinte, Emmy retomou com mais detalhes o episódio da estalagem. Era uma noite em que estava particularmente agitada – andava em um vai e vem pelo corredor, quando viu a porta do aposento da camareira aberta e quis entrar ali para sentar-se. A camareira não permitiu sua entrada, mas ela entrou mesmo assim, percebendo algo escuro, que se revelou ser um homem. Segundo Freud (1893c/2016), foi o elemento erótico presente nessa aventura que a levava a fazer uma descrição incompleta do que realmente aconteceu. Esse foi o fato que trouxe uma descoberta instrutiva; ali, o psicanalista compreendeu que um relato incompleto não tem nenhum efeito curativo. Por isso, passou a considerar incompleto todo relato que não traz benefícios.

As “tempestades na cabeça” foram estados psíquicos em que Freud (1893c/2016) teve que trabalhar mais longamente. A primeira vez em que a viu nesse estado, ela estava deitada no divã com as feições contorcidas; seu corpo estava inquieto, suas mãos estavam comprimindo a testa, enquanto chamava, desesperadamente, o nome Emmy – seu próprio nome e também o de sua filha mais velha. Na hipnose, informou que esse estado era uma repetição dos muitos ataques de desespero que costumava ter durante o tratamento da filha, após passar horas refletindo sobre como poderia corrigir seu insucesso, sem encontrar uma resposta. Quando percebia que seus pensamentos se embaralhavam, ela chamava em voz alta o nome da filha para conseguir voltar à lucidez. Após algumas semanas de tratamento, esses estados foram vencidos e a sra. Emmy permaneceu por mais algum tempo sob a observação. Quando seu tratamento estava chegando ao fim, outro episódio aconteceu, jogando luz sobre o caráter da paciente e o modo como se produziam seus estados.

Em uma visita na hora do almoço, escreve Freud, a “surpreendi lançando alguma coisa envolta em papel no jardim, onde os filhos do criado a apanharam” (Freud, 1893c/2016, p. 120). Ao ser questionada, confessou que era sua sobremesa, e que todos os dias fazia a mesma coisa.

Esse acontecimento fez Freud (1893c/2016) examinar suas refeições, percebendo que ela deixara nos pratos muito mais do que havia consumido. Ao tentar explicar por que comia tão pouco, afirmou que era um hábito seu e que, caso comesse mais, seria prejudicada. O mesmo acontecia com líquidos: ingeria apenas leite, café, cacau e similares; quando bebia água, tinha problemas de estômago. Freud (1893c/2016) a aconselhou que tomasse água e a proibiu de jogar a sobremesa no jardim, mas ela o preveniu: “farei isso porque você o exige, mas previno-o que isso vai acabar mal, pois contraria a minha natureza” (1893c/2016, p.121). No dia seguinte, soube por uma enfermeira que a paciente seguiu suas orientações, porém ficou indisposta e queixou-se de dores violentas no estômago: “Bem que lhe disse. Agora se perdeu novamente o êxito pelo quanto tanto nos esforçamos. Como sempre acontece quando me alimento mais ou bebo água, estraguei meu estômago, e tenho que morrer de fome outra vez por cinco a oito dias até poder tolerar alguma coisa” (1893c/2016, p.121).

Na hipnose, Freud (1893c/2016) encontrou o motivo da restrição alimentar de Emmy. Sua resposta consistiu em uma série cronologicamente ordenada: quando criança, acontecia com frequência dela não querer comer carne. Sua mãe, sob a pena de um castigo, a obrigava a comer duas horas mais tarde, no mesmo prato em que havia deixado a comida. A carne ficava fria, e a gordura rígida: “ainda vejo o garfo à minha frente... um dos dentes um pouco torto” (1893c/2016, p. 122). Toda vez em que se sentava à mesa, via diante dela o prato com a carne fria e a gordura. Falava ainda sobre o irmão que tinha uma doença contagiosa, e sobre o receio trocar os talheres e pegar o garfo ou faca dele. Ela comia junto dele mesmo assim, para ninguém perceber sua enfermidade. Ela cuidou também de outro irmão, que sofria dos pulmões: ele tinha o hábito de cuspir num recipiente que ficava sobre a mesa, cena que a deixava com repugnância, sentimento que guardava para si, para não ofendê-lo. “Essas escarradeiras continuam sobre a mesa quando como, e isso me repugna” (1893c/2016, p.123). Freud (1893c/2016) eliminou essas lembranças e a questionou sobre a impossibilidade de beber água. Aos dezessete anos, sua família passou alguns meses em Munique, onde quase todos contraíram gastrite pela ingestão de água de má qualidade. Em todos os demais, os sintomas logo desapareceram, mas nela persistiram por mais tempo. A água mineral recomendada não fez com que melhorasse e, desde então, sua intolerância em relação à água mineral e de fonte permaneceu. O efeito terapêutico dessa investigação hipnótica foi imediato e duradouro: ela não parou de comer por oito dias, e no dia seguinte comeu e bebeu sem que isso resultasse em dores de estômago.

Um ano após o tratamento, Freud (1893c/2016) reencontrou Emmy em sua propriedade. Ela estava mais saudável e ativa, mas alguns traços de seu caráter, apesar de todas

as sugestões do psicanalista, pouco mudaram. Ela se queixou de lacunas em suas memórias, principalmente nos acontecimentos mais importantes, o que o fez concluir que seu trabalho havia sido eficaz e duradouro.

A última parte do caso clínico corresponde a uma epícrise<sup>68</sup>, ou seja, Freud (1893c/2016) apresenta uma análise crítica do tratamento. O psicanalista inicia esse segmento afirmando que o diagnóstico da histeria costumava ser feito conforme a semelhança com os casos típicos conhecidos. Por isso, dificilmente a sra. Emmy von N., seria diagnosticada como histérica. Entretanto, vários fatos – como a facilidade com que os delírios e as alucinações aconteciam, a modificação da personalidade e da memória no sonambulismo artificial, a anestesia, somados aos dados da anamnese – não permitiriam dúvidas sobre a natureza histérica de sua doença. No artigo sobre o mecanismo dos fenômenos histéricos (1893b/1996), Freud considera os sintomas histéricos como afetos e restos de excitações que atuaram sobre o sistema nervoso como traumas. Tais resíduos permanecem porque a excitação original não foi eliminada por ab-reação ou pelo trabalho do pensamento. Nesse ponto, é necessário considerar quantidades, mesmo que não sejam mensuráveis. Esse processo pode ser pensando como uma soma de excitação que, ao chegar no sistema nervoso, é convertida em sintoma permanente, na medida em que não tenha sido utilizada para ação externa. Na histeria, há uma parte da excitação do trauma que é transformada em sintoma corporal, ou seja, ocorre uma conversão. Essa é a característica da histeria que, por muito tempo, impediu que ela fosse classificada como uma afecção psíquica.

No caso da sra. Emmy, há um pequeno montante de conversão. A conversão psíquica original permanece, na maioria das vezes, no psíquico; e há casos de histeria nos quais a conversão afeta todo o acréscimo de estímulo, de modo que todos os sintomas corporais irrompem numa consciência aparentemente normal. Uma transformação incompleta – em que apenas uma parte do afeto que acompanha o trauma permanece na consciência como componente do ânimo – é a mais comum. Os sintomas psíquicos desse caso de histeria com pouca conversão estão agrupados em modificações de humor, como a angústia, a depressão e a melancolia, além das fobias e de inibições da vontade. Segundo Freud (1893c/2016), as duas últimas categorias são interpretadas pela escola de psiquiatras franceses como um estigma da degeneração nervosa; porém, no caso de Emmy, isso se dá por vivências traumáticas, sendo, em sua maioria, fobias, abulias e inibições da vontade. Em seguida, o psicanalista explica com detalhes essa afirmação.

---

<sup>68</sup> A análise crítica está presente em todos os casos clínicos escritos por Freud.

Algumas fobias correspondem às fobias primárias, como aquelas relacionadas ao medo de animais (serpentes, sapos e vermes) e o medo de tempestade, entre outros. Mas também, no caso dessa paciente, as fobias podem ser consolidadas por vivências traumáticas. Em Emmy, o medo de sapos foi consolidado por uma situação na infância, quando um irmão lançou-lhe um sapo morto: após essa cena teve seu primeiro ataque de convulsões histéricas. De maneira similar, seu medo de tempestades foi originado por um sobressalto, o que deu ocasião ao aparecimento do estalar da língua. O medo primário e instintivo, tomado como estigma psíquico, desempenha nesses exemplos o papel principal. As outras fobias também são justificadas por experiências particulares. O medo que Emmy tinha de um horror inesperado e súbito foi resultado da impressão vivida ao ver seu marido falecer de um ataque cardíaco. O medo de pessoas estranhas, por sua vez, foi um resíduo de quando esteve exposta às perseguições da família do marido – ela tinha uma tendência a ver em qualquer desconhecido um agente dos parentes, e lhe era natural a ideia de que estranhos soubessem das coisas propagadas a seu respeito. Seu temor de manicômios remonta a uma série de acontecimentos em sua família, e às descrições feitas por uma criada. Essa fobia apoiava-se no horror primário instintivo do são diante da loucura, e também na preocupação presente em todos os neuróticos, isto é, ceder à loucura (FREUD, 1893c/2016).

O temor, considerado especial por Freud (1893c/2016), de que alguém estivesse atrás dela, era motivado por várias impressões de sua juventude e vida adulta. O episódio do hotel, penoso para ela, foi associado a uma cena erótica, o que acentuou seu medo de que uma pessoa estranha entrasse escondida em seu quarto. Todos esses fatores psíquicos podem, segundo o psicanalista, explicar apenas a escolha, mas não a persistências das fobias. Para isso, seria necessário considerar um fator neurótico, “em circunstância de que a paciente encontrava-se havia anos em abstinência sexual, sendo esse um dos motivos mais frequentes para a tendência à angústia” (1893c/2016, p. 131). As inibições da vontade presentes em Emmy eram condicionadas por um mecanismo psíquico duplo que, por fim, era apenas um. Esse sintoma, provavelmente, se dava em consequência de uma fobia. Segundo Freud (1893c/2016), é o que ocorre nos casos em que a fobia se liga a uma ação, como sair e visitar pessoas, ao invés de se ligar a uma expectativa – de que alguém entrasse no quarto, por exemplo. Já “a causa da inibição da vontade é a angústia associada ao resultado da ação” (1893c/2016, p. 131).

Outro gênero de abulias ou inibições está relacionado à existência de emoções carregadas de afeto e não resolvidas, que se juntam com novas associações – em particular, aquelas de natureza incompatível. Para Freud (1893c/2016), a anorexia de Emmy é o exemplo

mais brilhante desse gênero de abulia: “ela come pouco apenas porque a comida não lhe agrada e não pode saboreá-la porque o ato de comer está associado a lembranças de asco, cujo montante de afeto ainda não experimentou nenhuma diminuição” (1893c/2016, p. 132). Essa associação torna impossível comer com asco e prazer ao mesmo tempo. A redução do sentimento de asco, ligado às refeições da infância, não foi possível porque sempre foi necessário reprimi-lo, ao invés de livrar-se dele por reação. Quando estava mais velha, a paciente, por consideração pelos irmãos, era impedida de externar os afetos que a dominavam durante as refeições.

O estado psíquico de Emmy foi caracterizado da seguinte forma: o primeiro aspecto destacado é que seus afetos penosos eram provenientes de vivências traumáticas que ficaram sem resolução – como, por exemplo, a dor pela morte do marido, o rancor pelas perseguições dos parentes, a repugnância às refeições que era obrigada a fazer, a angústia de tantas vivências apavorantes. Em segundo lugar, havia em Emmy uma viva atividade mnemônica, “a qual, ora espontânea, ora suscitada por estímulos do presente, traz fragmento por fragmento dos traumas à consciência atual, com os afetos que os acompanham” (Freud, 1893c/2016, p. 133). O método terapêutico proposto por Freud (1893c/2016) aliou-se ao curso dessa atividade mnemônica e buscou “solucionar e liquidar o que a cada dia trazia à tona, até que o estoque acessível de lembranças mórbidas parecesse esgotado” (1893c/2016, p. 134). Essas duas características psíquicas o psicanalista considera comuns em paroxismos histéricos. Ele acrescenta algumas considerações importantes sobre o mecanismo dos sintomas físicos.

Segundo o psicanalista, não é possível atribuir a mesma origem a todos os sintomas físicos, na medida em que a observação mostrou que esses sintomas se produzem de diversas maneiras. Mesmo no caso de Emmy, que não é rico em sintomas físicos, Freud (1893c/2016) situou as dores em duas partes. A primeira estava condicionada organicamente por leves alterações reumáticas dos músculos e tendões; a outra parte se relacionava às lembranças de dores, sendo um símbolo mnemônico dos períodos de agitação e cuidados prestados a doentes, que tanto haviam necessitado de cuidados da sra. Emmy. Essas dores, originalmente, “podem ter sido em algum momento organicamente justificadas, mas foram a partir de então elaboradas para os fins da neurose” (1893c/2016, p. 134). As manifestações motoras da paciente, para Freud, eram expressões de emoções, como, por exemplo, o movimento de estender as mãos à frente com os dedos abertos e crispados, como expressão de pavor.

Os movimentos de tique, como o estalar a língua e a gagueira, o chamado de seu nome em momentos de confusão, a fórmula protetora “Fique quieto! Não diga nada!” se configuravam como uma conversão cujo mecanismo era mais complicado. Dessas

manifestações, o gaguejar e o estalar da língua podem ser explicados pelo mecanismo de “objetivação da ideia contrastante”. Freud (1893c/2016) ilustrou o processo da seguinte forma:

A histérica, esgotada pelas preocupações e vigílias, está sentada junto ao leito de sua filha doente, que está adormecida. Diz então a si mesma: “Agora, porém, você precisa ficar totalmente quieta para não acordar a pequena”. Esse desígnio desperta provavelmente uma ideia contrastante, a apreensão de que, não obstante, ela faça um barulho que acorde a filha do sono almejado. Tais ideias constantes perante um desígnio também se produzem em “nós”, de modo perceptível, quando não nos sentimos seguros na realização de um importante propósito (FREUD, 1893c/2016, p.136).

Em Emmy, com seu esgotamento, a ideia contrastante mostrou-se mais forte. Foi essa ideia que produziu o horror na doente, gerando seus tiques. Esses dois sintomas, ligados pela história de sua origem, permaneceram associados e, pela repetição, tornam-se permanentes. O método terapêutico da hipnose não conseguiu fazê-los desaparecer. Isso porque, segundo Freud (1893c/2016), a catarse estendeu-se apenas aos três traumas principais, e não aos associados em segundo plano.

A exclamação do nome “Emmy” em seus acessos de confusão reproduzia os frequentes estados de desespero durante o tratamento da filha: “estava ligado ao conteúdo do acesso por uma complicada sucessão de ideias e correspondia a uma fórmula protetora da doente contra esse ataque” (Freud, 1893c/2016, p. 140). Essa exclamação estava ainda em seu solo original, o acesso de confusão.

Os sintomas motores foram originados pela objetivação de uma ideia contrastante, como o estalar da língua; ou por conversão da excitação psíquica em motora, como a gagueira; ou originados pela deliberada ação da doente no paroxismo histérico, como na exclamação “Emmy”; e da fórmula mais extensa, como dispositivo de proteção. Em todos, havia algo em comum: “pode-se demonstrar que estão ligados, originalmente ou de modo permanente, a traumas dos quais são símbolos na atividade mnemônica” (Freud, 1893c/2016, p.141). Outros de seus sintomas não eram de natureza histérica, como a câibra na nuca, mas de alguma forma se ligavam com a histeria. No caso da sra. Emmy, as câibras na nuca apareciam durante os ataques histéricos, quando as formas típicas de manifestação não estavam disponíveis.

Para completar a caracterização do estado psíquico de sua paciente, Freud (1893c/2016) se deteve nas modificações patológicas da consciência, que puderam ser comprovadas durante o tratamento. “Assim como as câibras na nuca, também as penosas impressões do presente ou as poderosas ressonâncias de um de seus traumas induzem a um estado de delírio” (1893c/2016, p. 141). O psicanalista afirma que predominavam nela uma limitação da consciência e uma compulsão às associações semelhantes às dos sonhos, e das

ilusões. Esse estado, comparado a uma alucinação mental, provavelmente substituiu o ataque, causando o que Freud (1893c/2016) nomeia de “confusão alucinatória”. Outra semelhança com um típico ataque histérico é que, no fundamento do delírio, estão fragmentos de antigas lembranças traumáticas. No início de seu tratamento, o delírio de Emmy durava todo o dia, de modo que era difícil, para o psicanalista, afirmar sobre os sintomas. Nesse período do trabalho foi difícil distinguir o que ocorrera no delírio ou no estado normal – tal distinção só ocorria a posteriori.

Freud (1893c/2016) destaca, nesse segmento, a primeira entrevista com a sra. Emmy, para demonstrar a atuação desses dois estados sem “dar notícia um do outro”. “Uma única vez durante essa gangorra psíquica, a consciência normal, atenta observadora do presente, sofreu uma influência: quando ela respondeu que era uma mulher do século passado” (1893c/2016, p.143), comentário proveniente de um delírio. Entretanto, essa análise não foi feita de modo exaustivo, pois a paciente melhorou e os delírios se separaram da vida normal, só aparecendo com a câibra na nuca.

A sra. Emmy é descrita como uma pessoa que se agarrava a seus sintomas e só os abandonava por efeito da análise psíquica ou por convencimento. Era, também, uma mulher dócil, bem como o melhor “médium de hospital”<sup>69</sup> quando se tratava de uma sugestão sem importância ou de coisas que não tinham relação com a sua doença. Na terapia hipnótica, Freud (1893c/2016) combateu as ideias patológicas presentes por meio de proibições e introdução de ideias contrárias. Buscou, também, investigar a história da origem dos diferentes sintomas, para poder combater os pressupostos sobre os quais estavam construídas as ideias. Durante essas análises, o psicanalista destacava uma cena que ocorria com frequência; Emmy, em meio a sinais de agitação, falava sobre coisas cujo afeto, até aquele momento, só encontrava vazão quando expressado.

Por fim, o êxito terapêutico foi considerável, mas não teve efeito duradouro. A tendência da paciente em adoecer de forma semelhante quando novos traumas a afetavam não foi eliminada. Para se empreender uma cura definitiva desse caso de histeria, deveria-se, segundo Freud (1893c/2016), investigar a relação entre os fenômenos de forma mais profunda do que ele próprio tentou. A paciente tinha uma forte carga hereditária neuropática; se não houvesse tal predisposição, o psicanalista acredita que ela não teria desenvolvido uma histeria. Porém, como o próprio Freud defendeu anteriormente, a predisposição, sozinha, não causa uma

---

<sup>69</sup> A expressão médium de hospital refere-se a uma pessoa que, por sua constituição física e psíquica, prestava-se a experimentos, particularmente no âmbito da hipnose.

histeria: são necessários outros elementos, e uma etiologia de determinada natureza. Na história de Emmy, o grande número de vivências traumáticas, e os afetos conservados dessas experiências, eram trazidos à superfície por diversos traumas. A hipótese do psicanalista para a conservação desses afetos estava relacionada à sua constituição hereditária. Por um lado, seus sentimentos eram muito intensos e sua natureza era impetuosa; por outro, desde a morte de seu marido ela vivia uma completa solidão psíquica. Devido à perseguição dos parentes, tornou-se uma mulher desconfiada e vigilante.

Freud (1893c/2016) não crê que com essa análise crítica tenha esgotado a etiologia desse caso de histeria, “pois à época dos dois tratamentos, não se colocava ainda as questões cuja resposta requer uma explicação exaustiva” (1893c/2016, p. 150). Ele supõe existir um outro fator que provocou a irrupção do padecimento de sua paciente: em todas as comunicações íntimas feitas por ela, o elemento sexual estava ausente.

O qual [elemento sexual], no entanto, dá ocasião a traumas como nenhum outro. É impossível que as excitações dessa esfera não tenham deixado nenhum resíduo; o que fora dado a escutar era uma versão expurgada de sua vida. A paciente parecia comportar-se com máxima e natural decência, sem hipocrisia. Porém, quando penso na reserva com que me relatou na hipnose a pequena aventura de sua camareira no hotel, vem-me a suspeita de que essa mulher intensa, capaz de tão fortes sentimentos, não tenha alcançado a vitória sobre suas necessidades sexuais sem árdua batalha e, na tentativa de repressão dessa pulsão, o mais poderoso entre todos, às vezes tenha sofrido grave esgotamento psíquico. Uma vez confessou-me que não se casara de novo porque, dada sua grande fortuna, não podia confiar no desinteresse do pretendente e, além disso, teria se recriminado por prejudicar os interesses de suas duas filhas com um novo casamento (FREUD, 1893c/2016, p. 151).

Freud (1893c/2016) considerava sua paciente uma mulher extraordinária, “cuja seriedade moral no entendimento de seus deveres, cuja energia e inteligência” (1893c/2016, p.152) o impressionavam.

Segundo Roudinesco (1998) a história oficial e mítica das origens da psicanálise atribuiu a Emmy a invenção da cena psicanalítica, assim como atribuiu a Anna O. a invenção do tratamento psicanalítico, com a sua “limpeza de chaminé” e a sua “cura pela palavra”. A sra. Emmy fabricou as condições necessárias a uma nova técnica de tratamento, fundamentada na retirada do olhar. Depois dessa intervenção da paciente, o médico tornou-se psicanalista e “se instalou fora da visão do doente, renunciando a tocá-lo e se obrigando a escutá-lo” (1998, p. 525). O psicanalista e biógrafo Jones (1989b) acredita que Freud confiou muito, no decorrer do tratamento, na sugestão terapêutica direta, combinando, como era de costume, com massagens, banhos e repousos. Nessa época, o psicanalista ainda estava sob influência dos ensinamentos de Charcot sobre a importância dos traumas na sintomatologia da histeria. No caso de Emmy, por exemplo, isso se aplicou no sintoma de fobia de sapos. Se seu irmão, durante

a infância, havia lhe jogado um sapo morto, isso era suficiente para explicar a permanente fobia (JONES, 1989b).

Peter Gay (2012b) afirma que o tratamento empreendido na sra. Emmy, e provavelmente em outros pacientes dos anos 1890, era um trabalho primitivo, do ponto de vista da técnica psicanalítica plenamente desenvolvida. “Mas a importância desses analisandos para a história da psicanálise reside no fato de terem sido capazes de demonstrar a Freud alguns de seus principais rudimentos” (2012b, p. 86).

Foi em 1965, no Congresso Internacional da Associação Psicanalítica (IPA), que o psicanalista Ola Anderson (2000g) expôs o destino da Sra. Emmy, cujo verdadeiro nome é Fanny Moser. Entretanto, sua identidade só foi revelada pelo médico Henri Ellenberger (1905-1993), em sua obra *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. A psicanalista Roudinesco (1998) afirma que, graças a esses trabalhos, diferentemente do que a mítica psicanalítica acredita, descobriu-se que não foi essa paciente que inventou a famosa cena psicanalítica moderna, e que ela nunca veio a ser curada de sua neurose – nem por Freud, nem por outros médicos.

Em um grande jornal europeu, publicado em meados de 1925, havia um obituário anunciando a morte de uma senhora: “os comentários a respeito de sua pessoa e de sua vida não eram do tipo das laudações que encontramos em geral nessas circunstâncias, mas foram feitos sob a forma de um editorial” (Anderson, 2000g, p.209). A sra. em questão foi uma filantropa de renome e entusiasta das artes. Graças à sua ajuda financeira, vários artistas e pessoas de talento puderam desenvolver seus dons. No congresso da IPA, Andersson (2000g) justifica sua escolha de não relatar como descobriu a identidade de Emmy. O psicanalista foi encarregado pelo *Sigmund Freud Archives* de descobrir a identidade da paciente que Freud atendera sob esse nome. Foi apenas em 1961 que conseguiu estabelecer certas ligações entre o caso clínico e a realidade histórica.

Tendo Freud se empenhado em manter segredo quanto ao verdadeiro nome de sua paciente, e estando ainda vivos alguns de seus parentes, resolvi não revelar seu nome nessa comunicação. Os documentos que consegui reunir durante minhas pesquisas foram depositados no *Sigmund Freud Archives*, ficando assim disponíveis para trabalhos futuros sobre a história da psicanálise (ANDERSSON, 2000g, p.311).

Arquivos de época e biografias de algumas pessoas ligadas a Emmy, documentos pessoais e oficiais – entre eles, sobre seu estado civil, correspondência privada e o manuscrito autobiográfico de uma de suas filhas – e entrevistas com pessoas que a conheceram, são alguns dos materiais encontrados por Andersson (2000g).

#### 4.5.3 Miss Lucy R. e o cheiro de torta queimada

No caso de Miss Lucy, Freud faz, segundo Andersson (2000d), um relato de suas tentativas de examinar o caso. Nas suas conjeturas etiológicas, o psicanalista buscava encontrar uma experiência traumática, ou seja, uma situação objetiva para os fenômenos que naquele momento se apresentavam como subjetivos.

Miss Lucy foi encaminhada, no final de 1892, por um colega de Freud, com sintomas que não eram apenas uma afecção local. A mulher, de 30 anos, trabalhava como babá de duas crianças na casa de um diretor de fábrica. Seus sintomas consistiam em perda de olfato com sensações olfativas subjetivas, depressão, cansaço, dores de cabeça e falta de apetite; como sintoma histérico, apresentava uma analgesia geral. Provavelmente, seu estado de ânimo se relacionava ao afeto associado ao trauma; Freud imaginava ser possível encontrar a experiência exata em que os odores – dentre os quais, o cheiro de torta queimada ganhava destaque – subjetivados, foram objetivos. Um odor de queimado realmente ocorrera no episódio com efeito traumático, ele depois descobriria. Porém, de modo geral na histeria é incomum que sensações olfativas sejam escolhidas como símbolos das lembranças do trauma.

A sensação olfativa da torta queimada foi tomada como ponto de partida para a análise. Contudo, Lucy não entrou em estado sonambúlico na tentativa de hipnose, situação que fez Freud (1893c/2016) renunciar à técnica e prosseguir com “toda a análise tendo-a num estado talvez um pouco diferente do normal” (1893c/2016, p. 157). O abandono da hipnose ocorreu também porque, “quando um paciente não entrava em sonambulismo ao cabo de uma a três tentativas, eu não possuía nenhum meio de levá-lo a esse estado” (1893c/2016, p. 158). Quando a primeira tentativa de hipnotizar Lucy não produziu um estado sonambúlico, Freud (1893c/2016) solicitou que ela apenas se concentrasse. Para isso, ela precisou se deitar de costas e fechar seus olhos.

Mas renunciando ao sonambulismo, eu me privava talvez de uma precondição sem a qual o método catártico parecia inaplicável. Com efeito, ela se baseava em que os doentes, no estado de consciência modificado, dispunham de lembranças e reconheciam conexões que supostamente inexisteriam em seu estado normal de consciência. Quando não havia a ampliação sonâmbula da memória, tinha que faltar também a possibilidade de estabelecer uma determinação causal que o doente apresentasse ao médico como algo que lhe era desconhecido; e são justamente as lembranças patogênicas que, de fato, faltam por completo à memória dos doentes em seu estado psíquico habitual ou aí estão presentes apenas de forma extremamente sumária (FREUD, 1893c/2016, p. 159-160).

Seguindo esse modelo, o médico (1893c/2016) partiu do pressuposto de que sua paciente sabia quais eram suas lembranças patogênicas, e que era necessário, apenas, que ela

fosse forçada a comunicá-las. Quando a resposta para a questão da origem de seu sintoma era “não sei”, o psicanalista procedia da seguinte maneira: ele colocava a mão sobre a paciente, ou tomava sua cabeça entre suas mãos, e dizia que, sob essa pressão da mão, a resposta para a origem do sintoma iria lhe ocorrer. Assim que a pressão se dissipasse, Lucy veria algo diante de si, ou uma ideia lhe passaria pela cabeça: tal ideia seria a resposta que médico e analisanda procuravam. E, ao ser questionada sobre os pensamentos que lhe ocorreram, ela respondia: “isso eu já sabia na primeira vez, mas, não precisamente, não queria dizê-lo”; ou, então, “achava que não fosse isso” (1893c/2016, p. 161). Apesar dessa forma de ampliar a consciência ser trabalhosa, foi possível com ela ampliar a percepção dos motivos que levavam ao esquecimento de uma lembrança. Freud (1893c/2016) afirma que esse esquecimento era intencional e, apenas aparentemente, bem-sucedido. A partir dessa constatação, Freud inferiu que os acontecimentos importantes do ponto de vista patogênico são preservados pela memória, mesmo quando aparentam estar esquecidos e não é possível recordá-los.

Dito isso, Freud (1893c/2016) prossegue seu questionamento sobre a origem do cheiro de queimado. Lucy recordou um episódio que ocorrera dois dias antes de seu aniversário, enquanto brincava de cozinhar com as crianças das quais cuidava. Nessa ocasião, recebeu uma carta de sua mãe, que residia no Reino Unido. Quando ia começar a ler, os infantes arrancaram a correspondência de suas mãos, e disseram que ela só pode poderia lê-la no dia do seu aniversário. Foi quando percebeu um odor intenso: as meninas deixaram a torta no forno, e ela queimou. Desde então, Lucy passou a ser perseguida por esse odor, que se tornava mais intenso quanto mais ela se encontrava inquieta. Freud (1893c/2016) questionou o que teria sido, para ela, tão perturbador nessa cena: “Comoveu-me o fato de que as crianças fossem tão carinhosas comigo, justamente quando eu recebia uma carta de minha mãe” (1893c/2016, p. 166). Miss Lucy tinha a intenção de viajar para a casa materna; porém, sentia-se aflita em ter que abandonar as meninas.

O verdadeiro motivo para essa viagem era que a governanta, junto a outras funcionárias da casa, se uniram em uma intriga contra ela: elas contaram ao avô das crianças várias coisas a seu respeito. Lucy não encontrou apoio em seu patrão quando se queixou sobre a situação, que para ela era insustentável. Diante disso, pediu demissão ao pai, mas ele, amavelmente, sugeriu que a babá refletisse por duas semanas, antes de comunicar uma decisão definitiva. A decisão final foi de continuar na casa, em virtude de uma promessa feita à mães das crianças, em seu leito de morte: não as abandonaria as meninas, cumprindo um papel materno. Ao fazer o pedido de demissão, ela sentiu que quebrou essa promessa. Com essa

confissão, Freud (1893c/2016) deu por concluída a análise da sensação olfativa subjetiva: de fato, havia uma origem objetiva, ligada a uma vivência. Havia uma cena em que afetos contraditórios haviam entrado em conflito: o pesar de abandonar as crianças e as ofensas que a conduziam a essa decisão.

O conflito de afetos elevou o momento à condição de trauma e, como símbolo deste, ficou a sensação olfativa. Porém, Freud (1893c/2016) não conseguiu explicar o motivo pelo qual Lucy escolheu como símbolo justamente um cheiro. Para o psicanalista, faltava um motivo para que esse conflito de afetos conduzisse à histeria. Ele se questionou: “o que justifica a conversão neste caso? Por que ela não se lembrava constantemente da própria cena, em lugar de lembra-se da sensação a ela associada, que preferia como símbolo da lembrança” (1893c/2016, p. 168). Lucy adquiriu a histeria por ocasião desse trauma. Por sua experiência com outros casos, Freud (1893c/2016) sabia que, para a formação de uma histeria, é indispensável que uma ideia seja intencionalmente reprimida da consciência, e excluída da elaboração associativa. Quando a soma de excitação não entra em associação psíquica, ela encontra o caminho para uma inervação corporal. O motivo para uma repressão pode ser uma sensação de desprazer, junto à incompatibilidade da ideia reprimida com as ideias dominantes no Eu, mas “a ideia reprimida vingá-se e torna-se patogênica” (1893c/2016, p.169).

Portanto, havia algo que Lucy se empenhava em esquecer. Freud (1893c/2016) elaborou a hipótese de que a ternura pelas crianças e a situação com as outras funcionárias só poderiam significar uma coisa. Comunicou para ela essa suposição:

Não acredito que essas sejam todas as razões para seu sentimento em relação às duas crianças; antes presumo que estava apaixonada pelo seu patrão, o diretor, talvez sem se dar conta disso você mesma, e que alimente em si a esperança de ocupar efetivamente o lugar da mãe. A isso acrescenta-se ainda o fato de ter-se tornado tão suscetível em relação aos empregados, com os quais convivera pacificamente durante anos. Você teme que eles percebam algo de sua esperança e zombem de você por isso (FREUD, 1893c/2016, p. 170).

Ao ouvir tudo isso, Lucy concordou e, ao ser questionada pelo motivo de não ter contado isso antes: “não sabia de fato, ou melhor, não queria sabê-lo, queria tirar isso da minha cabeça, nunca mais pensar a respeito; creio, aliás, tê-lo conseguido nesses últimos tempos” (Freud, 1893c/2016, p. 170). Ela tinha certeza de que, se as pessoas suspeitassem de seus sentimentos, iriam rir dela. A origem dessa inclinação ocorreu nos primeiros anos em que vivera na casa. Uma vez, o patrão, sempre reservado em relação a ela, iniciou uma conversa sobre as exigências na educação das filhas. Ela percebeu que ele falava de uma maneira mais suave sobre como contava com ela nos cuidados das duas meninas, e olhou-a de modo particular: foi

esse o momento em que ela começou a amá-lo, e a cultivar a esperança que nasceu naquela conversa. Porém, nenhuma outra conversa desse tipo ocorreu, e ela resolveu tirar do pensamento o assunto.

Após essa confissão, o odor de torta queimada não desapareceu por completo, surgindo apenas quando Lucy estava inquieta. A persistência desse símbolo mnêmico levou Freud (1893c/2016) a supor que, além da cena principal, pudesse haver outros traumas secundários. Então, a análise seguiu para a relação com as outras funcionárias e para o comportamento do avô. Com isso, a sensação do cheiro de queimado foi desaparecendo cada vez mais. O tratamento foi interrompido e, ao retornar, ela conta que, cheiro havia desaparecido, se reconciliara com os dois senhores e com os empregados da casa. Porém, outro cheiro aparecia, similar a uma fumaça de charuto; tal odor já estivera presente, mas havia sido encoberto pelo odor da torta.

Nesse ponto, psicanalista estava insatisfeito com a terapia de Miss Lucy, pois o que ocorrera até ali fora uma terapia sintomática, ou seja, o sintoma de odor de torta queimada foi removido para que um novo tomasse o lugar, o de fumaça de charuto. A paciente não conseguiu relatar a origem da segunda sensação olfativa, pois fumar era um hábito comum na casa e não representava ocasiões objetivas. Freud (1893c/2016) tentou, com a técnica de pressão de sua mão, que Lucy ativasse suas memórias, até que, em seguida, uma imagem emergiu. Era uma lembrança de uma situação corriqueira na casa: ela estava com as crianças esperando que o pai e o avô retornassem da fábrica para o almoço. Nesse dia, havia um convidado: o contador-chefe, que gostava muito das crianças e com frequência participava dos almoços familiares. Quando as crianças se despediram, o convidado quis beijá-las. Nisso, o patrão se exaltou, dizendo para ele: “não beije as crianças!”. Nesse momento, Lucy sentiu uma pontada no coração e, como os senhores estavam fumando, ficou em sua memória a fumaça dos charutos.

Em seguida, a paciente relatou uma segunda cena, mais antiga que a primeira, que havia atuado como trauma e deixara o símbolo mnêmico. Alguns meses antes, uma senhora amiga da família os visitou e, ao se despedir, beijara as crianças na boca. O pai, que estava presente, não disse nada à senhora, mas depois voltou sua fúria contra Miss Lucy: ele a responsabilizaria se alguém tentasse novamente beijar as crianças, pois, segundo ele, era sua obrigação não tolerar isso: “incorreria em negligência de seus deveres se o consentisse” (Freud, 1893c/2016, p. 175). Se algo similar ocorresse novamente, ele confiaria os cuidados das duas filhas a outra pessoa. Essa cena aconteceu na época em que ela esperava outra conversa

amigável com ele, e tal situação minou suas esperanças. Segundo Freud (1893c/2016), foi essa cena que ocorreu à Lucy quando o contador quis beijar as crianças e o pai o repreendeu.

Na análise crítica, Freud (1893c/2016) concluiu que o caso clínico de Miss Lucy correspondia a uma histeria leve e com poucos sintomas. A histeria da paciente foi designada como adquirida, não pressupondo nada além de uma aptidão, a qual o psicanalista não soube caracterizar. A ênfase dada pelo autor a esse caso recaiu sobre a natureza do trauma, em combinação com a reação da paciente a ele. Constatou-se uma condição imprescindível para a histeria: foi necessária a produção de uma relação de incompatibilidade entre o Eu e uma ideia. A reação de defesa contra a ideia incompatível promoveu uma conversão da excitação numa inervação corporal, de modo a colocar a ideia colocada para fora da consciência. Portanto, o mecanismo que produziu a histeria de Lucy foi um ato de hesitação moral, um dispositivo de proteção que estava às ordens do Eu. Para Freud (1893c/2016), o momento traumático é aquele em que a contradição se impõe ao Eu e este decide expulsar a ideia contrária. Portanto, a ideia não é aniquilada, mas apenas banida para o inconsciente. O que ocorre é algo inverso do que a pessoa pretendia: ao invés de anular a ideia, como se ela nunca tivesse existido, o efeito da repressão é apenas isolá-la psiquicamente.

No caso de Lucy, o momento traumático corresponde à cena em que o diretor lhe repreendeu por causa dos beijos nas crianças, cena que ficou por muito tempo em efeito. Os sintomas histéricos apareceram mais tarde, em dois momentos auxiliares: o primeiro em que ocorreu a conversão foi a cena à mesa, quando o contador-chefe quis beijar as meninas. Aí, a lembrança traumática atuou, e a paciente “se comportou como se não se tivesse desprendido de tudo o que se relacionava à sua inclinação pelo patrão” (Freud, 1893c/2016, p. 179). O segundo momento auxiliar repetiu de modo similar o mecanismo do primeiro.

Uma forte impressão restabelece temporariamente a unidade da consciência e a conversão segue o mesmo caminho que se lhe abria na primeira vez. Interessante é que o sintoma surgido em segundo lugar encobre o primeiro, de modo que este não é claramente sentido antes que aquele seja removido. Notável me parece também a inversão da sequência, que também a análise deve acompanhar. Em toda uma série de casos sucedeu-me o mesmo, os sintomas surgidos mais tarde encobriram os primeiros, e somente o último alcançado pela análise continha a chave de tudo (FREUD, 1893c/2016, p.179).

O êxito desse processo terapêutico se deu apenas quando o último fragmento foi resolvido, e a cura sobreveio. Segundo Jones (1989b), foi no caso de Miss Lucy que Freud descreveu pela primeira vez o processo de repressão de uma ideia incompatível que resulta na substituição de uma conversão somática.

O psicanalista sueco Ola Anderson (2000d), por sua vez, afirma que o caso de Miss Lucy contém as mesmas ideias etiológicas expressas por Freud em 1894, podendo ter sido escrito um pouco antes, ou concomitantemente, a *As psiconeuroses de defesa* (1894/1996).

#### 4.5.4 Katharina dos alpes austríacos

Aurelia Kronich (1875-1929) é uma das pacientes tratadas por Freud. Na divulgação de seu caso, foi apresentado sob o nome de Katharina. Freud relatou o encontro que tiveram em 1893 utilizando, formalmente, o recurso do diálogo (Roudinesco, 1998). No final do ano, o médico (1893c/2016) estava nos alpes austríacos e, durante um passeio, foi abordado por uma jovem de 18 anos, sobrinha da proprietária da estalagem. Essa jovem declarou estar doente dos nervos e, apesar de ter sido medicada por outro médico, continuou com os mesmos sintomas. Ele a descreve como uma moça “grande e robusta, de semblante atormentado” (1893c/2016, p. 181). Em seguida, narra as conversas que teve com ela. A jovem apresentava sintomas como falta de ar (sua garganta apertava como se estivesse sendo sufocada) e dores de cabeça (tinha a sensação de que ia explodir, logo, morrer). Nos dias que tais sintomas apareciam, ela não saía de casa, pois tinha a sensação de estar sendo perseguida.

Após um breve relato, Freud (1893c/2016) constatou que os sintomas da jovem compunham um ataque histérico acompanhado de angústia. Ao questionar se via ou sentia algo durante o ataque, ela dizia ver um rosto pavoroso e assustador, que a olhava de forma assustadora. A primeira vez em que seus sintomas apareceram havia sido dois atos antes, quando estava com sua tia em outra montanha e estalagem. Esse tratamento ocorreu através de uma conversa, não sendo necessário o uso da hipnose. A hipótese do psicanalista foi de que muitas moças jovens sentem, como consequência do encontro com a sexualidade, uma angústia. Portanto, ele comunicou para a jovem que possivelmente, naquela época, ela viu ou escutou algo que a deixou incomodada, e que preferiria não ter visto. Ela concordou e disse que a situação que a perturbou foi quando uma cena proibida: um abuso incestuoso. A sensação de falta de ar surgiu após ter visto seu tio deitado em cima de sua prima, o que fez com que seus olhos se fechassem fecharam com força, promovendo fortes dores de cabeça.

Freud (1893c/2016) pediu que ela narrasse com mais detalhes o que se passou naquela ocasião: como foi o primeiro ataque, e o que imaginou naquele momento. Katharina disse que, por ter ficado apavorada, se esqueceu do ocorrido. Com essa resposta, o psicanalista mudou de estratégia, abordando o rosto que a assustava e gerava falta de ar: seria de sua prima? Ela negou,

afirmando se tratar da cabeça de um homem. Dois dias após o aparecimento dos primeiros sintomas, a jovem teve uma vertigem e vômito, o que a impossibilitou de sair da cama por três dias. A interpretação para o sintoma de vômito foi de que teria sido uma reação de repugnância sentida no momento em que olhou para dentro do quarto e viu os dois juntos. Ele insistiu para que ela continuasse seu relato: na sequência, duas séries de histórias mais antigas apareceram, entre dois ou três anos antes do momento traumático – ou seja, aproximadamente cinco anos antes do encontro com Freud.

Suas primeiras lembranças incluíam situações em que o tio a assediou sexualmente, quando tinha 14 anos. Pelo modo que relatou, Freud (1893c/2016) supôs que, num primeiro momento, ela não reconheceu o ataque como sexual. Na época, ela não entendeu o que o tio pretendia; apenas mais tarde isso ficou claro. Esse incidente é significativo para a compreensão dos acontecimentos seguintes. Em outras situações, ela teve de se defender quando o tio estava bêbado. Após essas investidas, ela sentia uma pressão nos olhos e no peito, mas não tão forte quanto na ocorrida durante a cena entre tio e prima. Na série seguinte de lembranças, Freud escuta sobre ocasiões em que a moça se deu conta de que algo acontecia entre os dois parentes. Dessas, especialmente a última foi, para o psicanalista, essencial para a compreensão da patologia de Katharina, na medida em que explica seu comportamento na cena da descoberta.

Certa vez, a família precisou passar a noite num chão de palheiro. “Ela acordou de repente, por causa de um barulho; julgou notar que o tio, que estava deitado entre ela e a prima, se afastava, e Franziska (prima) se deitava” (Freud, 1893c/2016, p.188). Outra vez, estavam numa estalagem em outro vilarejo: ela e o tio em um quarto; e a prima, em outro, ao lado. “Durante a noite, ela despertou subitamente e via à porta uma figura comprida e branca, prestes a baixar a maçaneta” (1893c/2016, p.188). Naquela época, não suspeitou de nada.

Ao terminar essas histórias, ela ficava “como que transfigurada, o resto casmurro e sofrido se revitalizou, seus olhos emitem frescor, está aliviada e radiante” (1893c/2016, p.189). Freud então diz para a jovem: “agora já sei o que você imaginou naquele momento, quando olhou para dentro do quarto. Você pensou: agora ele faz com ela o que naquela noite e nas outras vezes quis fazer comigo. Isto a repugnou, porque se lembrou da sensação que teve quando acordou durante a noite e sentiu seu corpo” (1893c/2016, p. 189-190). Porém, faltou uma coisa a ser esclarecida: de onde vinha a recorrente alucinação da cabeça, que surgia durante os ataques? Katharina afirmou ser a cabeça de seu tio, pois, com o desenrolar da relação dele com a prima, ele a culpou por ter contado para a tia tudo o que aconteceu, passando a sofrer ameaças do familiar.

Na análise crítica do caso de Katharina, Freud (1893c/2016) classifica as duas séries de vivências eróticas como momentos traumáticos, e a cena da descoberta do casal como um momento auxiliar. Ao comparar as cenas traumáticas com a auxiliar, a semelhança consiste em que “nas primeiras foi criado um conteúdo de consciência que, excluído da atividade pensante do eu, permaneceu guardado, enquanto na última cena uma nova impressão forçou esse grupo à parte a se unir associativamente ao Eu” (1893c/2016, p. 192). No caso de Katharina, a repressão não se deu pela vontade do Eu, mas pela ignorância do Eu, que não sabia o que fazer com as experiências sexuais.

Nesse aspecto, o caso de Katharina é típico; constata-se na análise de qualquer histeria fundada em traumas sexuais, que impressões do tempo pré-sexual, que permaneceram sem efeito sobre a criança, depois adquirem força traumática como lembranças, quando a compreensão da vida sexual se abre para a moça virgem ou a mulher (FREUD, 1893c/2016, p. 192).

Outra característica do mecanismo psíquico desse caso está em que a cena da descoberta, antes classificada como ‘auxiliar’, também pode ser designada como ‘traumática’, porque reúne características de um momento auxiliar e de um traumático. Outra particularidade de Katharina é que a conversão e a produção dos seus fenômenos histéricos não ocorreram logo depois do trauma, e sim após um período de incubação: essa característica é conhecida pelos médicos há muito tempo. Segundo Freud (1893c/2016), o médico francês Charcot denominava esse intervalo de “o tempo da elaboração psíquica”.

O sucinto caso de Katharina, diferentemente dos outros casos descritos por Freud, mais elaborados, está ligado ao período em que o médico esteve envolvido com os problemas etiológicos, durante o final de 1895/2016. Problemas, diga-se, relacionados ao fato de todas as histerias resultantes de um trauma sexual terem como característica comum serem experiências ocorridas nos anos pré-sexuais. Segundo Andersson (2000e), nessa época da teoria psicanalítica, o período pré-sexual correspondia à época anterior à puberdade. As experiências de Katharina, não tiveram, no momento em que ocorreram, um efeito traumático: apenas posteriormente passaram a exercer tal resultado, sob a forma de memórias. Foi esse tema que preocupou Freud durante o final de 1895/2016 (ANDERSSON, 2000e).

No ano de 1924, Freud acrescenta uma nota para esclarecer que Katharina não era a sobrinha, mas a filha do dono da estalagem (Roudinesco, 1998). Segundo Peter Gay (2012b), o psicanalista deixou a discrição de lado e relevou o verdadeiro parentesco do homem que tentara molestar a jovem. Ao acrescentar essa nota, Freud foi severo consigo mesmo, pois existem maneiras melhores de disfarçar a identidade de um paciente: “uma distorção como a que realizei nesta ocasião deveria ser absolutamente evitada num caso clínico” (Freud, 1893c/2016, p.194).

Gay (2012b) relembra, a esse respeito, os dois objetivos da psicanálise: proporcionar terapia e gerar teoria; ambos, geralmente, são compatíveis e interdependentes. Às vezes, esses objetivos entram em choque: “os direitos do paciente à privacidade podem entrar em conflito com as demandas da ciência para a discussão pública” (2012b, p. 90). Essa não foi a única vez em que Freud enfrentou essa dificuldade, não só com seus pacientes, mas como seu próprio analisando, pois “considerava o autodesvendamento doloroso e, ao mesmo tempo, necessário” (2012b, p.90). Elisabeth Roudinesco (1998) conta que a identidade de Katharina foi revelada em 1985, pelo historiador Gerhard Fichtner (1932-2012). Aurelia Kronich, era a segunda filha de um casal de ricos hoteleiros vienenses, e seu pai, Julius Kronich, realmente seduziu sua prima quando esta tinha 25 anos.

#### 4.5.5 Srta. Elisabeth von R., uma análise levada ao seu fim

O caso da srta. Elisabeth foi elaborado em mais profundidade do que os demais casos presentes nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). A apresentação dessa história clínica sugere que Freud “aproveitou essa experiência para desenvolver sua teoria da neurose e sua técnica de tratamento” (Andersson, 2000d, p. 190). A história clínica de Elisabeth von R., é o último caso clínico apresentado: a jovem chegou ao consultório de Freud em 1892, com dores nas pernas, o que causava uma dificuldade em andar, havia mais de dois anos. A indicação veio de um colega e amigo de Freud, que considerava este um caso de histeria. Freud, porém, não conseguiu encontrar os sinais clássicos da neurose.

A família de sua nova paciente passou por alguns infortúnios nos anos anteriores, seu pai morrera e em seguida, a mãe se submeteu a uma grave operação nos olhos e, pouco tempo depois uma irmã morreu após o parto, em decorrência de um mal cardíaco. E Elisabeth participou dos cuidados de todos os doentes. Freud (1893c/2016) a achou inteligente e psiquicamente normal, e tinha um semblante indiferente, como é comum nos histéricos. Ela caminhava com o tronco inclinado para frente, sem apoio, e não havia nenhum tipo de marcha patológica. Ao andar suas dores eram intensas, de cansaço ao ficar de pé, quando buscava repouso as dores diminuía, mas não desapareciam. Apresentava hiperalgesia da pele e dos músculos e, em quase toda a extensão das duas pernas, seu adoecimento se desenvolveu durante os dois anos anteriores, variando em intensidade.

Freud (1893c/2016) concordou com o diagnóstico de seu colega por dois motivos, era notável que todas as informações fornecidas pela paciente eram imprecisas, apesar de estar

consciente sobre caráter de suas dores. Ela conferia bastante significado às suas dores, por isso o psicanalista, deduziu que sua atenção se detinha em alguma coisa da qual as dores eram apenas um fenômeno acessório. Um segundo fator, foi mais determinante para a concepção histórica dessas dores. Em um doente orgânico, quando se excita uma região dolorosa, sua fisionomia mostra uma expressão de incômodo ou dor. Entretanto, em Elisabeth, quando Freud (1893c/2016) pressionou sua pele e musculatura das pernas, sua expressão foi mais de prazer do que de dor, ela soltava gritos, seu rosto corava e jogava a cabeça para trás, esses movimentos eram muitos sutis, porém perceptíveis. Portanto, as pernas podem ser consideradas uma zona histórica, a fisionomia da jovem não sintonizava com a dor de beliscar a pele, mas sim, com o conteúdo dos pensamentos que se ocultavam por trás dessa dor, despertados pela excitação das regiões do corpo a eles associados.

O trabalho com Elisabeth foi um dos mais árduos, por um longo período de tratamento, não foi possível encontrar a conexão entre a história do adoecimento e o próprio adoecimento que, num primeiro momento, parecia ter sido causado por uma série de vivências. Ao iniciar o tratamento catártico, é necessário questionar se o paciente conhece a origem e o ensejo de sua enfermidade, porém, no caso dessa paciente não foi necessário o uso dessa técnica para que ela relatasse a história de sua doença. Desde o início do tratamento, Freud (1893c/2016) supôs que ela era consciente das razões de seu sofrimento, seguiu então sem o auxílio da hipnose. É importante ressaltar que, esse caso foi a primeira análise completa de uma histórica empreendida pelo psicanalista, foi nesse caso, segundo ele, que um novo método que consiste na remoção do material psíquico em camadas foi utilizado.

A análise seguiu da seguinte forma, a paciente contava o que sabia e se alguma conexão permanecia enigmática, onde parecia faltar um elo na cadeia causal, e caso ela não conseguisse lembrar, Freud (1893c/2016) fazia uso da hipnose ou de outra técnica similar. A história de Elisabeth estava cheia de vivências dolorosas, quando contava algo que a tocava profundamente, caía num estado próximo ao da hipnose. O psicanalista inicia o relato clínico, reproduzindo o que despontou como camada mais superficiais da recordação da paciente. Ela é a mais nova de três irmãs, era apegada aos pais e, passou sua juventude em uma propriedade rural na Hungria. Sua mãe tinha uma afecção nos olhos e frequentemente entrava estados nervosos, tinha orgulho do pai e do prestígio social que a família possuía. Ao se mudarem para a capital, descobriu que seu pai sofria de uma afecção cardíaca, a isso se seguiu um ano e meio de cuidados, em que Elisabeth assumiu o lugar à beira do leito. Ela dormia no quarto dele, para os cuidados noturnos, e durante o dia também. Freud (1893c/2016) suspeita que o início da

enfermidade de sua paciente deve ter relação com esse período, pois ela lembrava que nos últimos meses de cuidados, ficou quase dois dias de cama por causa de dores na perna direita. Entretanto, ela assegurou que elas passaram logo e não despertaram sua preocupação, e de fato, foi apenas dois anos depois da morte do pai que as dores a impossibilitaram de andar.

Um ano após a morte do pai, a irmã mais velha se casou e muda-se para uma outra cidade na Áustria, situação que Elisabeth desaprovou. Em um curto período de tempo, sua outra irmã também se casa e tem um filho, e permanecem morando perto da família. Logo após o nascimento do sobrinho, sua mãe iniciou um tratamento por causa de sua afecção visual, após a operação, toda a família se reuniu em uma estação de veraneio. Contudo, foi nesse período de veraneio que as dores e a fraqueza ao andar apareceram. As dores surgiram, com violência, após um banho quente na casa de banhos do balneário, ela relacionou essas dores a um longo passeio que fizeram alguns dias antes, o que a tornou a doente da família. Por recomendação médica, passou o restante do verão numa cura de banhos em outra cidade vienense, para onde viajou acompanhada de sua mãe. Porém, após a viagem uma nova preocupação na família surgiu. Sua irmã, grávida do segundo filho, estava com seu estado de saúde bastante desfavorável, e após duas semanas em tratamento, Elisabeth e sua mãe foram chamadas de volta. Ela relata que foi uma viagem torturante, na qual se mesclaram dores e as piores expectativas, quando chegaram à cidade, indícios a fizeram pressentir o pior. Quando chegou no quarto da irmã, era tarde demais para se despedir dela, Elisabeth sofreu com essa perda e também, com pensamentos que essa morte suscitou, pois sua irmã padecera de uma afecção cardíaca que se agravou durante a gravidez: surgiu então a suspeita de que a doença cardíaca era uma herança genética da família paterna. O viúvo se afastou da família da mulher e recusou-se a confiar o cuidado da criança a Elisabeth e sua mãe (FREUD, 1893c/2016).

Irritada com seu destino, e amargurada com o fracasso de seus planos, as pessoas que amava estavam mortas ou distantes, não havia uma inclinação para um casamento, então ela viveu para os cuidados com sua mãe e, quase totalmente afastada de todo contato social. Freud (1893c/2016) questiona: “mas que dizer sobre o interesse médico por essa história clínica, sobre as relações desta com sua dolorosa fraqueza no andar, sobre as perspectivas de elucidação e cura desse caso, porventura resultantes do conhecimento desses traumas psíquicos?” (1893c/2016, p.207). Inicialmente, a confissão da paciente foi uma grande decepção para ele. Era uma doença que foi construída de comoções psíquicas banais, e com isso não se esclarecia porque a paciente adoeceu de histeria e nem porque o sintoma era de uma dolorosa incapacidade para a marcha. Ele supôs que a doente associou suas dolorosas impressões psíquicas e as dores

corporais que sentira na mesma época, e agora, utiliza a sensação corporal como símbolo da psíquica. O motivo para essa substituição assim como o momento em que se consumou, será apresentada na epícrise.

Durante o primeiro período de tratamento, Freud (1893c/2016) não percebia nenhum efeito curativo da confissão, a paciente repetia com frequência, que continuava a sentir as mesmas dores de antes. O caso de Elisabeth só se tornou relevante para a teoria da histeria porque Freud (1893c/2016) não renunciou ao tratamento, nesse primeiro período. Ele prosseguiu com a análise, pois tinha a expectativa que nas camadas mais profundas da consciência, encontraria a compreensão tanto para a causa como para a determinação dos sintomas de sua paciente.

Como a paciente não entrava em estado hipnótico, o psicanalista decidiu usar o artifício da pressão sobre a cabeça, o mesmo realizado em Miss Lucy. Assim pede que ela comunique detalhadamente tudo o que surgia diante de seus olhos ou atravessava sua lembrança. Ela fica em silêncio por um longo tempo e conta que pensou em uma noite em que um jovem a acompanhara de uma reunião até sua casa, pensava na conversa entre os dois e nas sensações que sentiu logo antes de retornar aos cuidados de seu pai. Tal interação era um segredo, apenas uma amiga tinha conhecimento, ela não informara a ninguém sobre suas relações ou esperanças a elas associadas. Esse rapaz, tinha uma grande devoção por seu pai, ouvia seus conselhos sobre carreira e venerava às mulheres da família. Ela relatou várias lembranças, leituras em conjunto, trocas de ideias, e essa proximidade a fez considerar o casamento (FREUD, 1893c/2016).

Seu trabalho como cuidadora impossibilitou uma convivência mais frequente com o rapaz. A noite que ela se lembrou durante a técnica de Freud, marca o ápice de seu sentimento, porém não houve uma conversa esclarecedora entre eles. Foi por insistência do pai que foi até uma reunião onde esperava encontrá-lo, quis voltar cedo, mas se deixou convencer quando o rapaz prometeu acompanhá-la no caminho de volta. Porém, quando chegou em casa, o estado do pai havia piorado e fez as mais amargas recriminações por ter dedicado tanto tempo ao seu próprio prazer e ter abandonado o leito do doente. Dessa noite em diante, nunca mais deixou o pai, o que causou um afastamento entre os jovens pretendentes. Foi nessa cena que Freud (1893c/2016) procurou a motivação para as primeiras dores histéricas, o conflito entre a felicidade que ela se permitia e o sofrimento do pai, resultou na repressão da ideia erótica e o afeto a ela aderido, foi utilizado no aumento e reanimação de uma dor corporal. Esse mecanismo, a conversão com propósito de defesa, ocorreu tal como Freud descreveu no artigo *As neuropsicoses de defesa* (1894/1996).

Todavia o psicanalista não conseguiu provar que a conversão ocorrera no momento de volta para casa, por isso, precisou procurar por episódios similares que ocorreram no período em que a paciente cuidava do pai enfermo. Uma série de cenas surgiram, Freud (1893c/2016) destacou, por uma frequente repetição: a um chamado do pai, Elisabeth saltava da cama no quarto frio, com os pés descalços. O psicanalista estava inclinado a atribuir a esses momentos um significado porque junto com a queixa de dor nas pernas, havia a sensação de frio. E também não conseguiu obter uma cena que pudesse comprovar que a primeira cena se tratava de sua conversão. O detalhe que Freud (1893c/2016) deixou passar, foi que as dores histéricas nas pernas não existiam na época em que ela esteve cuidando do pai. Nesse período ela teve apenas um acesso de dores, que durara poucos dias, apesar de a análise retomar essa primeira manifestação, a busca por um pretexto psíquico fracassou todas as vezes. Portanto, as dores poderiam ter surgido sem ocasião psíquica, como uma doença reumática branda e continuaram por algum tempo com intensidade leve e sem despertar muita atenção.

A análise seguiu para um frutuoso período, a paciente comunicou que agora sabia porque as dores sempre se irradiavam de um ponto específico de sua coxa direita e ali eram mais intensas. Esse era o lugar que o pai apoiava a perna todas as manhãs, enquanto ela trocava as faixas com as quais estava envolvida, essa cena ocorrera várias vezes, e até o momento em que comunicou isso ao psicanalista, não havia pensado nessa conexão. Enquanto explicava o surgimento dessa zona histerógena atípica, as dores nas pernas voltaram fortemente. O aparecimento do sintoma durante a sessão, se deu da seguinte forma: quando Elisabeth iniciou seu tratamento, ela estava sem dor, então com uma pergunta ou pressão sobre sua cabeça, uma lembrança foi evocada, inicialmente apresentava-se uma sensação de dor, em geral era tão viva que ela levava a mão ao local dolorido. Essa dor despertada enquanto a paciente estava dominada pela lembrança, alcançava seu ápice quando estava próximo de enunciar algo importante e logo após as últimas palavras, a dor desaparecia. Aos poucos Freud (1893c/2016) aprendeu a usar essa dor despertada como uma bússola, por exemplo, quando ela se calava, mas ainda sentia dores, ele sabia que faltava algo na sua confissão e insistia para ela prosseguir com seu relato, até que a dor fosse removida pela fala.

Esse período de “ab-reação”, a jovem melhorou consideravelmente, tanto no somático quando no psíquico, após um período sem dor, voltou a caminhar e a sair de seu isolamento. Durante o tratamento de Elisabeth, Freud (1893c/2016) teve algumas percepções que mais tarde, pode confirmar em outros pacientes. A primeira, concerne às oscilações espontâneas, ou seja, nenhuma realidade ocorria que não tivesse sido provocada associativamente por um algum

acontecera do dia, no caso dessa paciente, um certo dia ela ouviu falar de uma doença que lhe lembrou um detalhe da enfermidade do pai, outra vez, foi uma carta de sua irmã, que mostrava nitidamente a influência grosseira do cunhado que despertou uma dor que a compeliu à comunicar uma cena familiar que ainda não relatara.

Em seguida, Freud (1893c/2016) busca compreender como se dá a gênese de uma histeria que classificou como monossintomática. Durante as sessões, a perna direita de Elisabeth ficava dolorida quando se tratava de lembranças dos cuidados ao pai, das relações com o companheiro de juventude e outras ocorrências no primeiro período do tempo patogênico. A dor na perna esquerda, apreciava assim que uma lembrança da irmã falecida ou dos dois cunhados aparecia, ou seja, uma expressão da segunda metade da história do padecimento. Era como se cada motivo psíquico para as impressões dolorosas tivesse se ligado a outro ponto da área dolorida da perna, o local originalmente doloroso na perna direita, se relacionara aos cuidados ao pai, e a região da dor se ampliara por ocasião de novos traumas. De modo que não havia um sintoma corporal único ligado a múltiplos complexos mnêmicos, mas sintomas semelhantes que, num primeiro momento, pareciam fundidos num sintoma só.

A investigação do psicanalista se volta para as cenas que teriam tornado o andar doloroso, uma cena de sobressai, relato que fez de modo hesitante, a viagem a estância termal. Ela reuniu-se com algumas pessoas amigas, sua mãe ficou em casa e a irmã mais velha já havia partido, e a mais nova estava adoentada que insistiu para que o marido acompanhasse Elisabeth. Essa cena parece ter uma relação com o primeiro aparecimento das dores, pois ela se recordou de ter ficado muito cansada e com dores violentas, no entanto, não soube dizer se já as havia sentido antes. O questionamento de Freud (1893c/2016) sobre o que poderia ter provocado as dores foi respondido de modo parcial, para ela fora doloroso o constante entre seu isolamento e a felicidade conjugal da irmã doente.

Alguns dias depois, outra cena ocorreu e desempenhou um papel importante na ligação das dores com o sentar. Sua irmã e cunhado já haviam partido, Elisabeth levantou cedo e subiu uma pequena colina até um lugar que a família visitava com frequência e ali ficou, absorta em seus pensamentos, sobre um banco de pedra. Seus pensamentos eram sobre seu isolamento, o destino de sua família e o desejo de tornar-se tão feliz como era sua irmã, ao regressar desse passeio, teve dores violentas que se manifestaram de forma definitiva e permanente. Verificou-se que nesse período as dores diminuía quando ela se deitava, foi apenas quando recebeu a notícia que o estado de saúde de sua irmã piorara, que durante a noite, na viagem de trem, que deitada foi atormentada pela preocupação com a irmã e pelas dores. Concluiu-se com isso, que

foi nessa cena que se estabeleceu a associação das dores também com o estar deitada (FREUD, 1893c/2016).

Dessa forma, a região dolorosa se ampliara por aposição, em que cada novo tema patogenicamente ativo, ocupa uma nova região da perna, em segundo lugar, cada uma dessas cenas de forte impressão deixara um rastro, ocupando um espaço cada vez maior nas diferentes funções da perna que se associando com as sensações de dor. Segundo Freud (1893c/2016), um terceiro mecanismo coopera para a formação da dificuldade em manter-se de pé – astasia -, e na abasia – incapacidade para a marcha: a jovem terminava alguns de seus relatos com a queixa de que se sentira só e, em outros relatos, que compreendia suas tentativas de estabelecer uma nova vida familiar, repetia o quanto era dolorosa sua sensação de desamparo e da sensação de não sair do lugar. O médico supôs que ela procurou diretamente uma expressão simbólica para seus pensamentos dolorosos e a encontrou intensificando seu padecimento. É por meio do mecanismo da simbolização que os sintomas histéricos podem se produzir, e na análise crítica desse caso, apresentou exemplos que comprovam tal tese.

No caso da Srta. Elisabeth o mecanismo psíquico da simbolização não estava em primeiro plano, esse mecanismo não criou a abasia, o que ocorreu foi que a dificuldade para andar já existente, experimentara por esse caminho um fortalecimento. Portanto, no início do tratamento, a abasia era equiparável não apenas a uma paralisia funcional psíquica associativa, mas também a uma paralisia funcional simbólica (FREUD, 1893c/2016).

No terceiro período de tratamento, Elisabeth se sentia melhor, mas as dores continuam a incomodá-la, voltavam de tempos em tempos, e com a antiga intensidade. Freud (1893c/2016) considerou que o insucesso terapêutico correspondia à análise incompleta, pois o psicanalista ainda não tinha encontrado o momento e por qual mecanismo as dores surgiram. Para isso, uma percepção acidental foi determinante: durante uma sessão, ouviu passos de homem e uma voz que parecia fazer uma pergunta, no aposento ao lado, ela se levantou e pediu para encerrar a análise naquele dia. Até esse acontecimento suas dores estavam controladas, mas depois, sua fisionomia e seu andar relevaram o retorno das dores. Suas suspeitas se confirmaram e resolveu forçar a explicação.

Assim, questionou a jovem sobre as circunstâncias e causas da primeira manifestação de suas dores. Como resposta, retomou a cena na instância de verão antes da viagem para os alpes austríacos. Seu estado de ânimo àquele tempo era de exaustão seguida à preocupação com a visão da mãe e depois dos cuidados com ela, na época da operação nos olhos, sua desesperança

de desfrutar algo da vida ou poder realizar alguma coisa. O casamento de sua irmã causou-lhe a mais profunda impressão.

Como ele cuidava dela de modo enternecedor, como eles se entendiam com um olhar, como pareciam estar seguros um do outro. Era decerto lamentável que a segunda gravidez se tivesse seguido à primeira tão depressa, e a irmã sabia que essa era a causa de seu padecimento, mas como o suportava de bom grado por ser a causa disso! (FREUD, 1893c/2016, p.223).

No passeio que estava ligado às dores, o cunhado num primeiro momento não quisera ir, e por insistência da esposa, acompanhou Elisabeth. Durante o passeio, falaram sobre as mais diversas coisas e ela se sentiu em sintonia com tudo o que ele dizia, “que o desejo de ter um homem que se assemelhasse a ele tornou-se nela avassalador” (Freud, 1893c/2016, p. 224). Após a partida da irmã, ela dirigiu-se ao lugar panorâmico e ali sonhou com uma felicidade igual a de sua irmã e com um homem que soubesse cativar seu coração como aquele cunhado. Ao se levantar do banco de pedra, sentiu dores que logo passaram, só mais tarde que retornaram e desde então permaneceram. As próximas cenas relatadas, são do retorno à Viena e a viagem até o balneário onde a irmã morava, e ao chegar próximo ao leito, viu a irmã morta. Um pensamento se destacou: “agora ele está livre outra vez e posso me tornar sua mulher” (1893c/2016, p. 225). Após essa confissão, o esforço do psicanalista foi compensado.

As noções de “defesa” contra uma ideia intolerável, da gênese de sintomas histéricos por conversão da excitação psíquica em algo físico, a formação de um grupo psíquico separado mediante o ato de vontade que leva à defesa, tudo isso me apareceu nitidamente diante dos olhos naquele momento (FREUD, 1893c/2016, p.225-226).

Elisabeth tinha uma terna inclinação a seu cunhado, porém, sua moralidade não permitia que tal sentimento chegasse à consciência. Ela conseguiu se poupar desse sentimento doloroso, criando no seu corpo as dores violentas. O efeito dessa confissão foi devastador para ela, lançou um sonoro grito quando Freud (1893c/2016) resumiu os fatos da seguinte forma: “há muito tempo, então, você estava enamorada de seu cunhado” (1893c/2016, p. 226), nesse momento ela sentiu dores fortíssimas e fez um esforço para rejeitar a explicação. Para propiciar um alívio à doente, o psicanalista tentou que ela se livrasse, por ab-reação, da excitação desde longo tempo armazenada.

Na análise crítica desse caso, Freud (1893c/2016) procura incluir esclarecimentos sobre a srta. Elisabeth, e a exposição da história de seu sintoma. O psicanalista tem suas razões para acreditar que os cuidados prestados a um doente desempenhavam um papel significativo na pré-história da histeria. O fator atuante mais importante é que a pessoa que está ocupada com as tarefas pertinentes ao doente, acostuma-se a reprimir todos os sinais de sua própria emoção

e, por outro lado, descia sua atenção das suas próprias impressões, isso porque falta tempo e força para levá-las em consideração. Com isso, o cuidador acumula uma série de impressões suscetíveis de afeto que mal foram percebidas e, não foram enfraquecidas pela ab-reação. E ao fim dos cuidados, as impressões que aguardavam processamento irrompem em uma histeria. No caso da srta. Elisabeth, enquanto cuidava do pai, surgiu pela primeira vez um sintoma histérico, uma dor na coxa direita.

O psicanalista elucida o mecanismo desse sintoma com base na análise, a jovem estava em um momento em que o círculo de ideias relativas a seus deveres com o pai doente, que entravam em conflito com o conteúdo de sua ânsia erótica. Sob fortes autorrecriminações, ela escolheu pelos cuidados, criando com isso a dor histérica. Segundo a teoria da conversão histérica, ela reprimiu de sua consciência a ideia erótica e converteu o afeto desta em dor somática. Outro conflito similar, mas com maior significado moral, se repetiu anos depois e levou à manifestação das mesmas dores e à extensão para além das primeiras dores. Tratava-se de um conjunto de ideias eróticas que entrava em conflito com as ideias morais: sua inclinação dirigia-se para o cunhado e, tanto no período em que sua irmã estava viva como após sua morte, o pensamento de que o desejasse era inaceitável para ela. Esse conflito constituiu o ponto central da história da doença de Elisabeth, o desenvolvimento da inclinação pelo cunhado foi favorecido pela exaustão física decorrentes dos cuidados prestados aos doentes e pelo esgotamento moral. Com o tempo ela passou a admitir para si mesma a necessidade de um amor, durante a convivência no balneário, o enamoramento e as dores chegaram ao pleno desenvolvimento (FREUD, 1893c/2016).

Durante a análise houve um período em que seu estado psíquico da paciente, cuja a inclinação pelo cunhado e as dores possibilitam uma compreensão do processo conforme a teoria da conversão. Na época, ela não tinha total consciente de seus sentimentos, e no tempo da análise, o amor por ele existia na sua consciência como um corpo estranho, sem entrar em contato com o resto de sua vida ideativa, havia esse estado de simultaneamente saber e não saber. Portanto, Freud (1893c/2016) questiona como que um grupo de ideias tão intenso pode ser mantido isolado da consciência. Para responder a essa questão, o psicanalista considera dois fatores: as dores histéricas surgiram simultaneamente à formação do grupo psíquico separado, e a doente opôs uma grande resistência à “tentativa de estabelecimento da associação entre o grupo psíquico separado e o resto do conteúdo da consciência e quando, não obstante, essa ligação se efetuou, sentiu uma grande dor psíquica” (1893c/2016, p.239). Esses dois fatores se vinculam à cisão da consciência, o segundo indica o motivo e o primeiro o mecanismo. O

motivo dessa cisão foi a defesa, a oposição do eu a se conciliar com esse grupo de ideias, o mecanismo foi o da conversão, isto é, no lugar das dores psíquicas surgiram as dores corporais. Portanto, para escapar do sofrimento psíquico insuportável, a paciente criou uma anomalia psíquica, um padecimento corporal com dores intensas que se constituiu uma astasia-abasia.

É importante lembrar que a conversão não ocorre por um ato voluntário, mas como um processo que ocorre no indivíduo sob um impulso da defesa, uma dúvida que essa conclusão traz é sobre o que se converte em dor corporal. A resposta de Freud (1893c/2016) é um tanto cautelosa, atribui-se um montante de afeto ao complexo de ideias mantida inconsciente e designa esta última quantidade como a convertida. Uma consequência direta dessa concepção seria que o afeto inconsciente perdeu tanta intensidade com essa conversão que se reduziu a uma ideia fraca, portanto, a existência como grupo psíquico separado só é possível com um enfraquecimento.

No caso de Elisabeth, houveram ocasiões em que reconheceu conscientemente seu sentimento pelo cunhado, um desses momentos, quando estava junto ao leito da irmã e o pensamento de que o caminho estaria livre para ela. Freud (1893c/2016) examina o significado desse momento para a construção de toda a neurose, ele supõe que na histeria de defesa já está contida a exigência de que ao menos uma ideia intolerável tenha ocorrido. Essa ideia que mais tarde será excluída para formar um grupo psíquico separado, foi, em um primeiro momento admitida no trânsito dos pensamentos, pois só assim poderia ter produzido o conflito que levou à sua exclusão. São esses momentos que a psicanálise classifica como traumáticos, em que houve uma conversão que resulta na cisão da consciência e no sintoma histérico. No caso dessa paciente, existiram diversas vezes, os passeios, a meditação e junto ao leito a irmã e, possivelmente durante o tratamento ocorreram outros momentos. Isso porque estava em permanente contato com o cunhado e, assim estava exposta a novos traumas.

Por fim, Freud (1893c/2016) discute sobre a determinação do sintoma histérico no caso de Elisabeth, e questiona por que as dores na perna tiveram que assumir a representação de sua dor psíquica. Segundo ele, a o sintoma não foi criado, a dor orgânica foi utilizada, intensificada e mantida pela neurose. Enquanto cuidava do pai, sua dor era originalmente reumática e tornou-se, nessa paciente, um símbolo mnêmico para sua dolorosa excitação psíquica, isso ocorreu por dois motivos. Porque a dor orgânica existia na consciência ao mesmo tempo que as excitações e também, porque ela estava ligada ou podia ligar-se de diversas maneiras ao conteúdo ideativo das ideias daquela época.

#### 4.5.6 A psicoterapia da histeria

Em uma carta ao seu amigo Fliess, datada de março de 1895/2016, Freud menciona estar trabalhando no capítulo sobre a terapia da histeria que seria incluído nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) (ANDERSSON, 2000e, p. 221)

Foi investigando a etiologia dos sintomas histéricos que os dois médicos descobriram um método terapêutico de importância prática. Durante o tratamento das pacientes eles perceberam que cada sintoma desaparecia quando a lembrança da cena inicial era despertada, colocando em palavras o afeto que a acompanha. Esse método funciona, pois, ele anula o efeito da ideia que não foi ab-reagida, colocando-a de volta na associação consciente ou sendo removida pela sugestão médica. No último artigo presente nos *Estudo sobre a Histeria*, Freud (1895/2016) pretende demonstrar porque esse método proporciona maiores efeitos que outros, como a técnica é aplicada, mesmo que o essencial a esse respeito já está contido nas histórias clínicas apresentadas anteriormente.

O psicanalista inicia apresentando duas dificuldades que encontrou ao aplicar o método catártico e a ab-reação na hipnose e, com isso propôs uma modificação para a técnica e concepção do método. A primeira é que nem todas as pessoas que apresentam sintomas histéricos eram hipnotizáveis, e foi necessário que Freud (1895/2016) se posicionasse quanto à questão do que caracteriza a histeria e em que ela se distingue das outras neuroses. Quanto ao segundo problema, ele atuou da seguinte forma em sua clínica diária: para compreender corretamente um caso de neurose é necessário submetê-lo a uma análise profunda, algo que o método de Breuer propicia. Porém o diagnóstico e o tipo de terapia precisam ser decididos antes desse conhecimento aprofundando, isso fez com que o psicanalista escolhesse apenas os casos que eram provisoriamente diagnosticados como histeria. Eram casos que apresentavam vários estigmas e sintomas característicos da histeria. Em alguns desses tratamentos os resultados terapêuticos eram poucos e não traziam nada de significativo, outras vezes, em casos que não eram diagnosticados como histeria, o método agia sobre esses sintomas e até mesmo os resolvia.

A ideia suscitada por Freud (1895/2016) era de tratar todas as outras neuroses de modo semelhante à histeria, investigar a etiologia e a natureza do mecanismo psíquico e “deixar que a decisão sobre a legitimidade do diagnóstico de histeria dependesse do resultado da investigação” (1895/2016, p. 362). Com isso, chegou a bons resultados, na medida em que as causas levam à aquisição de neuroses, deve-se buscar a etiologia em fatores sexuais. A isso seguiu-se a descoberta de que fatores sexuais diferentes produzem quadros de diferentes

neuroses. Assim, o psicanalista parte para a construção de quadros simples de casos se neurose que, geralmente, são incluídos no diagnóstico de histeria. Ele retoma as histórias clínicas descritas para ver se corroboram com a sua concepção de que, na verdade, se tratavam de neuroses mistas ou de casos puros de histeria.

A jovem Anna O., paciente de Breuer (1893/2016), parece apresentar um adoecimento puramente histérico, “mas esse caso, que se tornou tão fecundo para o conhecimento da histeria, não foi em absoluto examinado por seu observador do ponto de vista da neurose sexual e hoje simplesmente não pode ser utilizado para essa abordagem” (Freud, 1895/2016, p. 365). Em relação a segunda paciente, a sra. Emmy von N., o psicanalista estava distante de uma teoria da sexualidade como terreno para a histeria. Os ensinamentos de Charcot ainda estavam presentes na concepção de Freud sobre a histeria, e sua associação com o tema da sexualidade era “uma espécie de insulto” (1895/2016, p. 365). Ao reler suas anotações sobre essa paciente, ele reconhece ali um caso grave de neurose de angústia, acompanhada de fobias que se originou da abstinência sexual e se combinou com a histeria.

O caso de Miss Lucy, é um possível caso-limite de histeria pura, breve e de inconfundível etiologia sexual, cuja a inclinação amorosa é despertada rapidamente por um mal-entendido com seu patrão. A quarta história clínica apresentada, da jovem Katharina, é “um modelo do que chamei angústia virginal; é uma combinação de neurose de angústia e histeria; a primeira cria os sintomas, a segunda os reproduz e trabalha com eles” (Freud, 1895/2016, p. 366). O caso da srta. Elisabeth von R., não foi investigado como uma neurose sexual, Freud (1895/2016) apenas suspeitou de que uma neurastenia construiu a sua base, mas não conseguiu confirmar essa suspeita. Sua experiência comprova que casos de histerias puras são muito raras, e nos quatro casos clínicos apresentados por ele, não é possível afirmá-los como sendo de histeria, “e em sua discussão prescindir dos pontos de vista que são determinantes para as neuroses sexuais” (1895/2016, p. 366). Isso não é possível por serem tratamentos empreendidos em um tempo em que ele não havia realizado uma investigação das bases sexuais das neuroses.

A distinção da histeria e dos outros quadros de neuroses mistas, é necessária para exprimir o valor terapêutico do método catártico, segundo Freud (1895/2016), essa terapêutica é capaz de eliminar qualquer sintoma histérico, ao passo que, não é eficaz em fenômenos da neurastenia e raras vezes atua sobre a neurose de angústia. Outro obstáculo presente durante a aplicação do método catártico é o fato dele não impedir que novos sintomas histéricos surjam no lugar dos eliminados porque, ele não consegue atuar nas causas da histeria. Essas dificuldades são abordadas pelo psicanalista “para o caso em que não se tornem claro para todos

a partir das histórias clínicas precedente ou das observações subsequentes sobre a técnica do método” (1895/2016, p. 372). É necessário da parte dos doentes, a completa confiança, pois a análise conduz aos eventos psíquicos mais íntimos e mais secretamente guardados, essa confiança influencia diretamente na solução do problema.

A dificuldade encontrada de que, alguns pacientes não são hipnotizáveis, mesmo o diagnóstico sendo de histeria e apresentasse o mecanismo psíquico característico dessa neurose. Freud (1895/2016) “precisava da hipnose para ampliar a memória, de forma a encontrar as lembranças patogênicas ausentes na consciência ordinária” (1895/2016, p. 376), para conseguir essa ampliação, foi necessário buscar de outro modo. O psicanalista precisava contornar a hipnose e obter as lembranças patogênicas, seu êxito foi alcançado da seguinte forma: no primeiro encontro, o paciente era questionado sobre a primeira ocasião que causou o sintoma, alguns nada sabiam, outros apresentavam alguma lembrança obscura, que não conseguiam mais rastrear.

Ao despertar durante o sonambulismo impressões supostamente esquecidas, eu me tornava insistente, assegurava a todos que o sabiam, que se lembrariam etc., a alguns ocorria algo, enfim, e em outros a recordação se ampliava um pouco mais. Então me tornava ainda mais insistente, ordenava aos doentes que se deitasse e fechassem deliberadamente os olhos para se “concentrar”, o que ao menos resultava em certa semelhança com a hipnose (FREUD, 1895/2016, p. 377).

Esse procedimento trouxe a descoberta de que sem o uso da hipnose, é possível que novas lembranças surjam. Outra compreensão também foi possível, que “devia ser a mesma força psíquica que havia concorrido para a formação do sintoma histérico e impedido então que a ideia patogênica se tornasse consciente” (Freud, 1895/2016, p. 377). As lembranças, de maneira geral, eram de natureza penosa, que suscitavam afetos de vergonha, de desaprovação, de dor psíquica, resultando em um pensamento de defesa. Uma ideia intolerável aproximou-se do Eu do paciente, que despertou uma força de repulsão cujo o objetivo era a defesa contra essa ideia. Sendo a defesa bem-sucedida, a ideia fica repelida para fora da consciência e da lembrança, e num primeiro momento, parece que seu rastro psíquico não pode ser encontrado. Quando Freud (1895/2016) dirigia sua atenção para esse rastro “sentia como *resistência* a mesma força que, na gênese dos sintomas, havia se mostrado como *repulsão*” (1895/2016, p. 378, *grifo do autor*). Nas epícrise de seus casos clínicos, Freud (1895/2016) tentou esboçar as hipóteses psicológicas com o auxílio da conversão, que também pode auxiliar na busca pelo rastro psíquico.

Portanto, o não-saber histérico era, um não querer saber mais ou menos consciente, e a tarefa da análise era de vencer essa resistência à associação por meio de um trabalho psíquico.

Freud (1895/2016) utilizava-se do artifício técnico de exercer uma pressão sobre a testa do paciente e lhe garantir que no decorrer dessa pressão, uma lembrança em forma de imagens ou pensamentos surgirá e, em seguida, deve comunicar ao psicanalista sejam quais forem. Nesse relato não pode haver nenhuma crítica ou censura, seja por afeto ou por menosprezo, só assim será possível encontrar a cena inaugural do sintoma. A vantagem desse procedimento está em que sua atenção é retirada da busca e reflexão conscientes, ou seja, “de tudo aquilo em que pode se manifestar sua vontade” (1895/2016, p. 380). A lição tirada dessa técnica é a de que a ideia patogênica “supostamente esquecida sempre está pronta ‘nas proximidades’ e pode ser alcançada por associações facilmente acessíveis” (1895/2016, p. 380), o trabalho consiste na remoção de obstáculos.

As lembranças que afloram após a pressão sobre a testa, são com frequência, uma ideia que na cadeia de associações é um elo entre a ideia de partida e a patogênica, ou uma ideia que é o ponto de partida de uma nova série de pensamentos e lembranças, ao final está a ideia patogênica. É importante ressaltar que, não foi a pressão que revelou a ideia patogênica, apenas mostrou o caminho para ela, indicando a direção na qual a investigação deveria avançar. O caso clínico da srta. Elisabeth von R., é um exemplo desse procedimento (FREUD, 1893c/2016). A técnica da pressão é definida como “um estratagema para surpreender por um instante o Eu afeito à defesa; em todos os casos mais sérios ele volta a se lembrar de seus propósitos e prossegue sua resistência” (1895/2016, p. 391). É necessário analisar as diferentes formas nas quais a resistência se manifesta, para isso, Freud apresenta suas considerações. A primeira é que após a pressão na testa, momento em que o paciente deve dizer o que lhe ocorre, sem influência da crítica ou do afeto, dificilmente ocorre, “deve-se presumir sempre e também dizer que retiveram algo porque o consideraram sem importância ou sentem algo penoso” (1895/2016, p. 392). É necessário insistir na técnica para que, finalmente, o paciente comunique aquilo que lhe ocorreu. Assim, o doente revela “a posteriori os motivos de uma resistência que, de início, não queria de modo algum confessar. Evidentemente, ele não pode mesmo fazer outra coisa senão opor resistência” (1895/2016, p.392). É importante que o médico perceba os detalhes anunciados como acessório supérfluo, em seguida, a solução ansiedade surge, isso ocorre porque as ideias patogênicas parecem pouco significativas, esse é um sinal de que a defesa foi bem-sucedida. O processo de defesa consiste em fazer da ideia forte uma fraca, isso é possível tirando-lhe o afeto. A lembrança patogênica é reconhecida pelo fato de o paciente classificá-la como insignificante e, mesmo assim, só a comunica com resistência.

Deve-se considerar que a resistência psíquica, há muito constituída, só pode ser resolvida lentamente e passo a passo, é necessário que o médico espere com paciência. No decorrer da análise, o interesse intelectual do paciente começa a se manifestar, depois, segundo Freud (1895/2016) é possível “esclarecendo-o, informando-o, sobre o maravilhoso mundo dos processos psíquicos, que nós mesmos só viemos a conhecer através de tais análises, conquistamos o próprio doente como nosso colaborador, levamo-lo a examinar a si mesmo com o interesse objetivo do investigador e rechaçamos a resistência fundada em bases afetivas” (1895/2016, p. 396). Além dos motivos intelectuais, somente o fator afetivo será capaz de eliminar a resistência.

A última parte deste artigo, contém uma explicação do psicanalista sobre os motivos pelos quais ele não se empenhou “de modo mais energético na hipnose” (Freud, 1895/2016, p. 398) ou utilizou o método catártico apenas em pacientes que eram facilmente induzidos pela hipnose. Para isso, se utiliza de um caso que aplicou a terapia catártica na hipnose, na história da sra. Emmy, a paciente caía em um estado psíquico muito diferente do da vigília e, do ponto de vista somático, caracterizava-se pelo fato de só conseguir abrir os olhos ou se levantar após o comando do psicanalista. Essa terapia catártica foi realizada no “mais profundo sonambulismo” (1895/2016, p. 399), em que a resistência não desempenhou quase nenhum papel, a paciente também “nada me disse que requeresse uma superação especial, nada que ela, havendo me conhecido mais e tendo por mim alguma estima, não pudesse ter me contado igualmente em estado de vigília” (1895/2016, p. 399). O psicanalista admite não ter encontrado as verdadeiras causas da doença da sra. Emmy, justifica dizendo que foi sua primeira experiência aplicando o método catártico.

Outra dificuldade que se desenvolve em uma análise que se utiliza dessa técnica é de que, o material psíquico patogênico que foi supostamente esquecido, e não se encontra à disposição do eu, não desempenha nenhum papel na associação e na lembrança, é a de eliminar a resistência que obstruiu o caminho até o material patogênico. Na maioria dos casos surge um certo número de sintomas, alguns independentes e outros ligados entre si. Também, não é uma única lembrança traumática ou ideia patogênica, por isso, aquele que se utiliza do método catártico, precisa estar preparado para uma série de traumas parciais e cadeias de pensamentos patogênicos (FREUD, 1895/2016).

O balanço feito por Freud (1895/2016) sobre as experiências que o levaram à formulação do conceito de defesa, é de grande importância para a compreensão de seu pensamento etiológico. E correspondem às primeiras formulações e aperfeiçoamento dos

conceitos de resistência, repressão e defesa, estando intimamente ligadas com a experiência obtida no trabalho terapêutico com seus pacientes. Ao final desse capítulo, é possível encontrar ideias características da psicanálise elaboradas pela primeira vez. Conforme exemplifica Andersson (2000e), Freud assinala que, ao lidar com pacientes histéricos, é preciso livrar-se do preconceito teórico de que são indivíduos *dégénérés* ou *déséquilibrés*, “nos quais as leis psicológicas usuais de associação de ideias não se aplicam” (2000e, p. 227). Ao contrário, a experiência demonstra que, quando as motivações secretas são reveladas e levadas em consideração, “o curso do pensamento do histérico não se mostra misterioso ou irregular” (2000e, p. 227).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os anos entre 1886 e 1896 marcaram o período em que o Freud começou a desenvolver suas ideias quanto à etiologia das psiconeuroses, em especial da histeria. Anteriormente, seu trabalho estava primordialmente voltado para a neurologia e para pesquisas em laboratório. A partir de 1886, ele iniciou seu percurso como investigador das condições psicopatológicas e, também, como um terapeuta das neuroses.

Os escritos do período compreendido entre 1886 e 1888 são um quadro de Freud como discípulo das doutrinas etiológicas de Jean-Martin Charcot, no que se refere à investigação da histeria. Para o médico francês, as neuroses eram distúrbios hereditários. Segundo Andersson (2000f), os ensinamentos sobre hereditariedade e degeneração difundidos no final do século XIX eram chamados de *heredité dissimilaire*, ou seja, hereditariedade com mudança na forma da doença. Ligado a esse ponto, havia o conceito de “família de doenças neuropáticas”, em que um grande número de enfermidades diferentes era encarado como se estivesse “se relacionando de maneira tal que poderiam substituir-se entre si entre os membros da família com ‘tara hereditária’” (2000f, p. 278). As doenças pertencentes a esse grupo, e presentes nos membros de uma mesma família, formavam o principal critério para a comprovação do diagnóstico de disposição neuropática daquela época.

Os fatores ditos como não-hereditários tinham um papel secundário, e atuavam como *agents provocateurs* de uma disposição hereditária. Segundo Ola Andersson (2000f), Charcot dedicou particular atenção à determinação da influência das experiências traumáticas nos casos de histeria. A princípio, essas experiências eram consideradas agentes provocadores; em seguida, adquiriram uma posição única entre os fatores etiológicos de importância secundária. Charcot também buscou uma explicação anatomofisiológica dos sintomas histéricos. Os sintomas motores da histeria ocorreriam devido às lesões dinâmicas ou funcionais localizadas no sistema nervoso, de maneira análoga às lesões estruturais observadas em conexão com diversas doenças nervosas orgânicas. A diferença entre esses dois grupos é que as orgânicas são permanentes, e as dinâmicas, transitórias.

Nos seus primeiros anos como pesquisador das neuroses, Freud aderiu a essas determinações etiológicas. Sua primeira pesquisa independente foi em 1888, sobre as paralisias histéricas. Ao contrário da explicação anatomofisiológica oferecida pelo médico francês, Freud sustentava que uma fórmula fisiopatológica que pudesse fazer jus ao caráter específico da histeria não poderia estar baseada na localização anatômica. Para ele, tal fórmula deveria

considerar as modificações gerais do sistema nervoso. Apesar de se opor a seu mestre em alguns de seus escritos de 1888-1889, Freud expressou claramente sua opinião apenas nos escritos após 1893.

Quando a hereditariedade deixou de ocupar um lugar central na etiologia da histeria, outros fatores adquiriram mais importância. A partir de 1892 a histeria traumática era o protótipo das outras histerias. A linha de pensamento de Freud, então, baseava-se na concepção de que um trauma psíquico possuía uma quantidade de energia que o sistema nervoso não conseguiu ab-reagir adequadamente, ou seja, ocorria uma ab-reação inadequada do afeto (Andersson, 2000f). A teoria do trauma psíquico terá, segundo o psicanalista Garcia-Roza (1985), uma profunda repercussão sobre os escritos iniciais de Freud e, “paradoxalmente, vai se constituir no impedimento maior à elaboração da teoria psicanalítica” (1985, p.34). Enquanto essa teoria persistiu, a teoria da sexualidade infantil e a teoria do Complexo de Édipo não adentraram na psicanálise. Tal fato aconteceu porque, na teoria do trauma psíquico, os sintomas permanecem dependentes de um acontecimento traumático real que desencadearia os sintomas neuróticos. Já as duas outras teorias colocam a formação do sintoma nas fantasias edípicas da criança.

Os estudos preliminares sobre a histeria traumática estavam focados no trauma e no impacto que a patologia acarretava no paciente, para, em seguida, focarem nas condições que poderiam impedir uma ab-reação adequada. A primeira condição estaria relacionada aos estados hipnoides, assim como sugerido por Charcot; a segunda, às tentativas do paciente de “reprimir”, “esquecer” e “excluir” da associação histérica as ideias dolorosas. Dessas duas situações, uma dissociação de consciência ocorria e, para Freud, esse era o fenômeno mais característico da histeria (Andersson, 2000f).

A partir de 1893, Freud apresenta o conceito de defesa psíquica, que desempenhará um papel fundamental na construção da teoria psicanalítica. A noção já estava presente em 1893, mas o termo ‘defesa’ só apareceu no artigo *As neuropsicoses de defesa* (1894/1996), sendo ali tratado de forma mais extensa.

Segundo Garcia-Roza (1985), Freud só conseguiu construir o conceito de defesa psíquica quando abandonou a hipnose. “Até então, uma série de indícios poderiam sugerir-lhe a existência de algo que lhe era vedado pelo próprio método que empregava, mas esses indícios só se transformaram em evidência após o abandono desse método” (1985, p. 37). Assim, a técnica da hipnose era o maior obstáculo ao fenômeno que se tornaria um dos pilares da psicanálise: a defesa ou, mais tarde, o recalque. Esses dois termos não são considerados

sinônimos pela teoria psicanalítica. A ‘defesa’ é um termo genérico que designa o mecanismo pelo qual o eu se protege de uma representação desagradável. O ‘recalque’ está ligado a uma conceituação mais precisa, apenas parcialmente pode ser considerado como sinônimo de defesa. O recalque é, segundo Elisabeth Roudinesco (1998), o elemento essencial da psicanálise<sup>70</sup>.

Quando Freud solicitou que seus pacientes procurassem, sem a hipnose, se lembrar da cena traumática que poderia ter causado seus sintomas, ele se deparou com resistências em torno da possibilidade de que as ideias patogênicas se tornassem conscientes. Essas ideias eram em sua essência aflitivas, capazes de despertar sentimentos de vergonha, autocensura e de dor psíquica. A defesa surge como uma forma de censura por parte do eu à ideia ameaçadora, mantendo-a fora da consciência. Essa carga de afeto ligada à ideia isolada é transformada em sintoma somático através da conversão, passando a ser considerada o modo de defesa específico da histeria (Garcia-Roza, 1985). Uma ideia que veio a se tornar uma característica da psicanálise por meio de seu desenvolvimento ulterior é que a pessoa que descarta ou reprime ideias dolorosas acabaria conseguindo ter algum êxito, de forma parcial ou total; esse mesmo sujeito, porém, acabaria pagando um preço caro, por meio da formação de sintomas (ANDERSSON, 2000f).

Após a definição das noções de resistência, defesa e conversão, a definição da teoria precisou passar por uma modificação. Seu objetivo não poderia consistir apenas da ab-reação dos afetos, mas deveria adentrar na tomada de consciência das ideias patogênicas, possibilitando sua elaboração. É nesse momento, segundo o psicanalista Garcia-Roza (1985), que começa a se operar a passagem do método catártico para o método psicanalítico.

Nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), a sexualidade aparece como a fonte dos traumatismos dos cinco casos clínicos descritos. A teoria de que a sexualidade desempenha um papel na etiologia das neuroses só foi expressa claramente a partir de 1894/1896. As ideias sexuais tinham a característica comum de estarem em contradição com o eu ou a consciência das pacientes (Andersson, 2000f). No decorrer de suas investigações Freud encontra a lembrança do acontecimento traumático que, ao ser trazida para a consciência, era quase sempre de natureza sexual. Seguindo o caminho das associações de seus pacientes, o psicanalista descobriu a sexualidade infantil. Portanto, o traumatismo original e determinante das neuroses se revelou como uma cena de sedução sofrida passivamente na infância. Para a Etienne Trillat (1991b), Freud não tinha dúvidas de que uma cena de sedução foi realmente vivida. A prova

---

<sup>70</sup> Ver mais em: FREUD, Sigmund. A repressão (1915). In: FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos** (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p.82-98

disso seria trazida pelas resistências que precisam ser vencidas para que se consiga conduzir a lembrança do acontecimento traumático à consciência. No artigo sobre a etiologia da histeria (1896c/1996) o psicanalista estabelece que a cena traumática da histeria ocorreria antes da puberdade. A sedução na histeria é, portanto, passiva, enquanto na neurose obsessiva ela é ativa e fonte do prazer na obsessão. Para a teoria psicanalítica, assim, existe uma relação lógica entre as cenas infantis e os sintomas, sendo que estes se configurariam como um efeito da ação póstuma do trauma sexual recoberto pela amnésia infantil, e como um disfarce do traumatismo (Trillat, 1991b). A importância concedida à sexualidade, tanto para a compreensão das neuroses como para a compreensão do indivíduo normal, foi se tornando cada vez mais central na pesquisa psicanalítica (Garcia-Roza, 1985). E tudo isso foi gestado por Sigmund Freud nos dez anos compreendidos por este estudo. Espera-se ter conseguido demonstrar a complexidade dos processos freudianos no empreendimento de tal tarefa.

## FONTES

BREUER, Josef. Anna O (1893). in: FREUD, S. **Obras Completas, vol. 2:** Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 39-70.

FREUD, Sigmund. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1886a). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard brasileira, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 37- 49.

FREUD, Sigmund. Prefácio à tradução da Conferências sobre as doenças do sistema nervoso, de Charcot (1886b). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 53-56.

FREUD, Sigmund. Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico (1886c). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 58-67.

FREUD, Sigmund. Histeria (1888). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.77-96.

FREUD, Sigmund. Esboços para a “Comunicação Preliminar” de 1893 (1892). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 189-196.

FREUD, Sigmund. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893a). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.199-216.

FREUD, Sigmund. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência (Comunicação Preliminar) (1893b). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 35-47.

FREUD, Sigmund. Casos clínicos (1893c). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, vol. 2:** Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 39-260.

FREUD, Sigmund. As psiconeuroses de defesa (1894). In: FREUD, Sigmund. Volume III: **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899).** Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 51-72.

FREUD, Sigmund. A psicoterapia da histeria (1895). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas, vol. 2:** Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 359-427.

FREUD, Sigmund. A hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896a). In: FREUD, Sigmund. Volume III: **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899).** Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 140-155.

FREUD, Sigmund. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa (1896b). In: FREUD, Sigmund. Volume III: **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 163-183.

FREUD, Sigmund. A Etiologia da Histeria (1896c). In: FREUD, Sigmund. Vol. III. **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 185-215.

## REFERÊNCIAS

A Companhia das Letras publica, pela primeira vez em português, as Obras Completas de Freud traduzidas diretamente do alemão. Disponível em: <https://www.companhiadasletras.com.br/livro/9788535916065/freud-1914-1916-introducao-ao-narcisismo-ensaios-de-metapsicologia-e-outros-textos>. Acesso em: 11 de setembro de 2022.

ANDERSSON, Ola. Freud comentador das ideias de Charcot sobre a histeria (1886-1887). In: ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a. p.65-85.

ANDERSSON, Ola. Freud e a controvérsia “sugestão-auto-sugestão”, a propósito da formação dos sintomas histéricos (1888-1889). In: ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000b. p.87-122.

ANDERSSON, Ola. Busca de uma “fórmula para a histeria”, e primeiras críticas de Freud à doutrina de Charcot sobre a hereditariedade (1892-1893). In: ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000c. p.123-169.

ANDERSSON, Ola. Introdução do conceito de defesa (abwehr) e da etiologia sexual (1894) In: ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000d. p.171-215.

ANDERSSON, Ola. O problema da “repressão” e a introdução da etiologia infantil (1895). In: ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000e. p.217-260.

ANDERSSON, Ola. As ideias etiológicas de Freud no início de 1896. In: ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000f. p.261-276.

ANDERSSON, Ola. A história do caso “Emmy v.N.”, apresentado por Freud nos Estudos sobre a histeria. In: ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000g. p.309-319.

ASSOUN, Paul-Laurent. II. A cena da histeria. In: ASSOUN, Paul-Laurent. **Freud e a Mulher**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993. p.59-67.

BETTELHEIM, Bruno. A Viena de Freud. In: BETTELHEIM, Bruno. **A Viena de Freud e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Campus, 1991. p.03-16.

BERTIN, Celia. As vienenses e sua cidade. In: BERTIN, Celia. **A mulher em Viena nos tempos de Freud**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1990a. p.39-75.

BERTIN, Celia. Figuras tipicamente vienenses. In: BERTIN, Celia. **A mulher em Viena nos tempos de Freud**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1990b. p. 135-155.

CERTEAU, Michel de. O “Romance” psicanalítico. In: CERTEAU, Michel de. **História e psicanálise: entre ciência e ficção**. Belo Horizonte: Autêntica Editora: 2016. p. 91-115.

CHARCOT, Jean-Martin. A grande histeria ou hístico-epilepsia\* (1887-1888). **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**. Trad. Maria Vera Pompeu. São Paulo: Vol. II, n.3, set/1999. P.166-172

CLARETIE, Jules. Souvenirs et portraits: Charcot, le consolateur. **Les Annales: politiques et littéraires**, Paris, 20/09/1903. XXI, n° 1.056, 179-180.

DIDI-HUBERMAN, Georges. Saberes Clínicos. In: DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015. p. 33-53.

DOR, Joel. Diagnóstico e estrutura. In: DOR, Joel. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores, 1991a. p. 13-30.

DOR, Joel. A estrutura histórica. In: DOR, Joel. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores, 1991a. p. 65-93

DUNKER, C.; RAVANELLO, T. **Gênero e forma literária: considerações sobre a estrutura ficcional dos casos clínicos em psicanálise**. Caderno Psicanalítico. (CPRJ), Rio de Janeiro, v.39, n.36, p.87-102, jan./jun.2017 disponível em: [http://cprj.com.br/ojs\\_cprj/index.php/cprj/article/view/34](http://cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/34).

FOUCAULT, Michel. O dispositivo da sexualidade: 3. Domínio. In: FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. p. 98- 108.

FREUD, Sigmund. Prefácio. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas, vol. 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1910-1905)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p.174-182.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. A pré-história da psicanálise. In: GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 25-41.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. A hipnose. In: GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.31-32.

GAY, Peter. A experiência privada. In: GAY, Peter. **A experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud: a educação dos sentidos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 319-329

GAY, Peter. Uma ânsia de conhecimento. In: GAY, Peter. **Freud: uma vida para nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012a. p.21-71.

GAY, Peter. A teoria em formação. In: GAY, Peter. **Freud: uma vida para nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012b. p.72-117.

GERMANO, Zeno. **Narrativa ficcional romanesca como elo entre literatura e psicanálise**. Revista Entrelinhas, Vol. 9, n.1., jan./jun., 2015, p.19-28. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/entrelinhas/article/view/7945>.

HALL, Catherine. Sweet Home. In: Perrot, M. **História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009. p.47-76.

- HUNT, Lynn. Revolução Francesa e vida privada. In: Perrot, M. **História da vida privada, 4:** da Revolução Francesa à Primeira Guerra. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009. p.18-46.
- JONES, Ernest. Vida particular (1880-1890). In: JONES, Ernest. **A vida e a obra de Sigmund Freud:** vol.1. Os anos de formação e as grandes descobertas (1856-1900). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1989a. p.164-205.
- JONES, Ernest. O período Breuer (1882-1894/1996). In: JONES, Ernest. **A vida e a obra de Sigmund Freud:** vol.1. Os anos de formação e as grandes descobertas (1856-1900). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1989b. p.229-273.
- JONES, Ernest. O Neurologista (1883-1897). In: JONES, Ernest. **A vida e a obra de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1979. p.217-234.
- KEHL, Maria Rita. A constituição da feminilidade no século XIX. In: KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino:** a mulher freudiana na passagem para a modernidade. São Paulo: Boitempo, 2016a. p.17-85.
- KEHL, Maria Rita. Freud, a feminilidade e as mulheres. In: KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino:** a mulher freudiana na passagem para a modernidade. São Paulo: Boitempo, 2016b. p.151-206.
- KUPFER, Maria Cristina; ZANETTI, Sandra. **O lugar do relato de caso na pesquisa em Psicanálise.** Estilos da Clínica, v.11, n.21, p.170-185, 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282006000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000200011)
- MEZAN, Renato. Sobre a epistemologia da psicanálise. In: MEZAN, Renato. **Interfaces da psicanálise.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p.485-555.
- MOLINA, Jose Artur. Política, sociedade e a mulher na Viena do século XIX. In: MOLINA, Jose Artur. **O que Freud dizia sobre as mulheres.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011a. p. 19-54.
- MOLINA, Jose Artur. As mulheres de Gustav Klimt. In: MOLINA, Jose Artur. **O que Freud dizia sobre as mulheres.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011b. p. 123-153.
- MOLINA, Jose Artur. As mulheres de Viena: sintoma de uma época. In: MOLINA, Jose Artur. **O que Freud dizia sobre as mulheres.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011c. p. 155-180.
- NASIO, J.D. O conceito de castração. In: NASIO, J.D. **Lições sobre os 7 conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. p.13-29.
- NASIO, J.D. O que é um caso? In: NASIO, J.D. **Os grandes casos de psicose.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. p.9-22.
- NERI, Regina. Modernidade: feminização da cultura. O encontro da psicanálise com o feminino. In: NERI, Regina. **A psicanálise e o feminino:** um horizonte da modernidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005a. p.61-101.

- NERI, Regina. A histeria em sua dimensão de conflito criador. In: NERI, Regina. **A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005b. p.103-146.
- PALONSKY, Cintia. A noção de estrutura. In: PALONSKY, Cintia. **Estruturas clínicas na clínica: Histeria**. Belo Horizonte: Editora PUC-Minas, 1997a. p.15-19.
- PALONSKY, Cintia. Estruturas clínicas. In: PALONSKY, Cintia. **Estruturas clínicas na clínica: Histeria**. Belo Horizonte: Editora PUC-Minas, 1997b. p.20-22.
- PALONSKY, Cintia. A estrutura histórica. In: PALONSKY, Cintia. **Estruturas clínicas na clínica: Histeria**. Belo Horizonte: Editora PUC-Minas, 1997c. p.28-32.
- PALONSKY, Cintia. O sintoma histérico. In: PALONSKY, Cintia. **Estruturas clínicas na clínica: Histeria**. Belo Horizonte: Editora PUC-Minas, 1997a. p.70-78.
- PAULON, Clarice Pimentel. **Introduzindo o conceito da narrativa em psicanálise: sobre uma operação comparativa para o estudo de casos clínicos**. 223f. (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- PEREIRA, Ligia Maria Leite. **Algumas reflexões sobre histórias de vida, biografias e autobiografias**. Revista História Oral, vol.3, 2000, p. 117-127. Disponível em: <https://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=view&path%5B%5D=26>
- PERROT, Michelle. Outrora, em outro lugar. In: PERROT, Michelle. **História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra**. São Paulo: Companhia de bolso, 2009a. p.14-17.
- PERROT, Michelle. A família triunfante. In: PERROT, Michelle. **História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra**. São Paulo: Companhia de bolso, 2009b. p. 79-90.
- QUINET, Antonio. O grande outro. In: QUINET, Antonio. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 20-22.
- QUINET, Antonio. Introdução. In: QUINET, Antonio. **As 4+1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009b. p. 07-12.
- QUINET, Antonio. A função das entrevistas preliminares. In: QUINET, Antonio. **As 4+1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009a. p. 13-34.
- ROUDINESCO, Elisabeth. A descoberta da histeria. In: ROUDINESCO, Elisabeth. **História da Psicanálise na França**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989. P.15-80.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- SCHORSKE, Carl Emil. Política e psique: Schnitzler e Hofmannsthal. In: SCHORSKE, Carl Emil. **Viena fin-se-siècle: política e cultura**. São Paulo: Ed. da Unicamp: Companhia das Letras, 1998a. p.25-41.

SCHORSKE, Carl Emil. Política em novo tom um trio austríaco In: SCHORSKE, Carl Emil. **Viena fin-se-siècle**: política e cultura. São Paulo: Ed. da Unicamp: Companhia das Letras, 1998a. p.25-41.

SOUSA, Edson Luiz. **(A vida entre parênteses)**: o caso clínico como ficção. Psicologia Clínica, vol.12, n.1, p-11-19, 2000. Disponível em: <https://psicanalisepolitica.files.wordpress.com/2014/10/a-vida-entre-parc3aanteses-o-caso-clc3adnico-como-ficc3a7c3a3o.pdf>.

SOUZA, PAULO CESAR. Estilo e terminologia de Freud. In: SOUZA, PAULO CESAR. **As palavras de Freud**: o vocabulário freudiano e suas versões. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. p.23-82.

SOUZA, PAULO CESAR. A edição *Standard* inglesa: importância e origem. In: SOUZA, PAULO CESAR. **As palavras de Freud**: o vocabulário freudiano e suas versões. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. p.83-92.

SOUZA, MARIA DE. Apresentação. In: SOUZA, MARIA DE. **O objeto em psicanálise**: da análise profana à construção do objeto *a*, 1926-1963. Curitiba: Appris, 2018. p. 9-11.

STRACHEY, James. Prefácio Geral do Editor Inglês. In: FREUD, SIGMUND. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.19-28

TRILLAT, Etienne. Charcot: A histeria penetra no tempo da ciência (1870-1893). In: TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. Trad. Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991a. p.135-163.

TRILLAT, Etienne. A histeria e a psicanálise (1885-1910). In: TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. Trad. Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991b. p.221-249.

TRILLAT, Etienne. A histeria no período contemporâneo. In: TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. Trad. Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991c. p.251-284

MASSON, Jeffrey Moussaieff. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.