

**SANDRA MARA MACHADO CHIABI**

**HISTÓRIA DA HISTERIA MASCULINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação – Strictu sensu – Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade. Área de concentração – Psicanálise e Sociedade.

**Orientadora: Profª Drª Vera Pollo**

**RIO DE JANEIRO**

**2012**

UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA

DIRETORIA DOS PROGRAMAS DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTU SENSO*  
E DE PESQUISA

Rua Ibituruna, 108 – Maracanã

20271-020 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2574-8871 / Fax: (21) 2574-8922

### FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela biblioteca da veiga

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**SANDRA MARA MACHADO CHIABI**

### **HISTÓRIA DA HISTERIA MASCULINA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação – Strictu sensu – Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade. Área de concentração: Psicanálise e Sociedade

Aprovada em 15 de maio de 2012.

#### **Banca Examinadora**

---

Profª Drª Vera Pollo  
Universidade Veiga de Almeida

---

Prof. Dr. Antonio Quinet  
Universidade Veiga de Almeida

---

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Ao meu pai *in memoriam*.

Aos meus filhos, Lucas e Matheus, pelo  
carinho, e ao meu marido Marcelo pela  
compreensão e apoio em todos os  
momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Coordenação do Mestrado de Psicanálise da Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, que, com seus mestres, possibilitou que meu projeto de pesquisa se tornasse uma dissertação de mestrado.

À professora e Dr<sup>a</sup>. Vera Pollo, por ter caminhado a meu lado, com o seu profissionalismo, rigor e respeito.

Aos membros da banca, o professor e Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge e o professor e Dr. Antonio Quinet pelas contribuições extremamente relevantes e valiosas.

À professora e Dr<sup>a</sup>. Maria Anita Carneiro Ribeiro, por suas preciosas contribuições teóricas e clínicas.

Às professoras do mestrado, Dr<sup>a</sup>. Glória Sadala, Dr<sup>a</sup>. Maria Helena e Dr<sup>a</sup>. Sônia Borges, com quem tive o prazer de conviver ao longo deste caminho.

Aos meus colegas, Ana Rita, Liliane, Livian e Mário com quem pude dividir as dificuldades na elaboração deste trabalho de pesquisa.

Especialmente, aos meus pacientes homens. Sem eles esta pesquisa não seria realizada.

Aos meus filhos e ao meu marido pelo incentivo e amor.

O principal paciente que me preocupa sou eu mesmo. Minha leve histeria (muito agravada, porém, pelo trabalho) foi resolvida em mais uma parte: mas o resto ainda está na imobilidade. É principalmente disso que depende o meu humor. A análise é mais difícil do que qualquer outra coisa. É ela também que paralisa minha energia psíquica para descrever e comunicar o que consegui até agora. Mas penso que deve ser feita e que é uma etapa intermediária necessária em meu trabalho. (FREUD, 1950[1892-1899])

## RESUMO

A presente dissertação tem como tema a *História da histeria masculina*, começando no Egito e na Grécia e se estendendo até o século XIX, palco das desavenças entre as Escolas de Nancy e de Salpêtrière. Privilegiamos a histeria traumática nomeada por Jean Martin Charcot no período de 1885 a 1888. A partir de então, observamos que autores ingleses descreveram essa patologia com o nome de *Railway Spine*. Em seguida abordamos conceitos psicanalíticos de Sigmund Freud que, diferentemente de seus antecessores, interessou-se pela causa. Freud se debruça sobre a histeria, ele quer saber o que sustenta as manifestações históricas e quais operações estão em jogo. Para ele, a histeria é traumática não devido ao acidente, mas sim a uma causa sexual. Recorremos, ao caso de histeria traumática trazido por Lacan (1955-1956) em *O Seminário, livro 3: as psicoses*, onde ele realça a fantasia inconsciente de gravidez, a qual não depende do sexo biológico do sujeito. O presente estudo propõe uma investigação da teoria freudiana do trauma, que antecede a fantasia e o sintoma como respostas ao enigma do desejo do Outro. Por fim, apresentamos um caso de nossa própria clínica, com vistas a ilustrar alguns conceitos previamente abordados. 1

**Palavras-chave:** histeria masculina, histeria traumática, causa sexual, trauma, fantasia e sintoma.

## ABSTRACT

This dissertation has as its subject the *History of male hysteria*, starting in Egypt and Greece extending to the nineteenth century, the scene of discord between the Schools of Nancy and Salpêtrière. We privileged the hysteria traumatic appointed by Jean Martin Charcot in the period from 1885 to 1888. From then on, we observed that English authors described this pathology with the name of *Railway Spine*. Then we discussed concepts psychoanalytic of Sigmund Freud who, unlike their predecessors, became interested in the case. Freud focuses on hysteria, wanting to know what sustains the hysterical manifestations and what operations are in game. For him, hysteria is traumatic not due to the accident, but rather to a sexual cause. We went to the case of hysteria traumatic brought by Jacques Lacan (1955-1956) in the Seminar, book 3: the psychosis, where he emphasizes the unconscious fantasy of pregnancy, which does not depend on the biological sex of the subject. This study proposes a research of the Freudian theory of trauma, which precedes the fantasy and the symptom as responses to the riddle of the desire of the other. Finally, we present a case of our own clinic, with a view to illustrate some concepts previously discussed.

**Key-words:** Male hysteria; hysteria traumatic; cause sexual trauma; fantasy and symptom.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. A HISTÓRIA DA HISTERIA</b>	15
2.1. OS PRIMÓRDIOS	15
2.2. A “CAÇA ÀS BRUXAS” NA IDADE MÉDIA	19
2.3. O SÉCULO DOS VAPORES	22
2.4. A “CURA DAS ALMAS”	25
2.5. A HISTERIA E A LOUCURA NO SÉCULO XVIII	27
2.6. O SÉCULO XIX E A DESCOBERTA DO INCONSCIENTE	29
<b>3. A HISTERIA E AS ESCOLAS DE NANCY E SALPÊTRIÈRE</b>	33
3.1. A ESCOLA DE NANCY	34
3.2. A ESCOLA DE SALPÊTRIÈRE	36
3.2.1. CHARCOT E A HISTERIA TRAUMÁTICA	42
<b>4. NA TRILHA DO NASCIMENTO DA PSICANÁLISE</b>	52
4.1. OS ESTUDOS DE FREUD	53
4.2. FREUD EM PARIS	56
4.3. DE VOLTA À VIENA	57
<b>5. UMA ABORDAGEM INÉDITA DA HISTERIA MASCULINA</b>	61
5.1. FREUD E A INVENÇÃO DA PSICANÁLISE	61
5.2. A ETIOLOGIA SEXUAL DA NEUROSE	63
5.3. FREUD E O RECALQUE	68
5.4. FANTASIA E CONVERSÃO	79
5.5. A FANTASIA NA DIMENSÃO EDIPIANA	90
5.6. O TRAUMA SEXUAL	99
<b>6. A CLÍNICA LACANIANA DA HISTERIA</b>	108
6.1. O CONDUTOR DE BONDE	109

6.1.1. PARA TERMINAR	113
<b>7. CONCLUSÃO</b>	116
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	122
<b>APÊNDICE – PRODUTO DA DISSERTAÇÃO</b>	126

# 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata sobre a *História da Histeria Masculina*. Além de pesquisa é uma sustentação da questão que persiste desde o tempo de Charcot até a atualidade: o histérico como o próprio sujeito do inconsciente, estabelece aquilo que seria a pergunta histórica - o que é ser uma mulher? – e que se desdobra para além - sou homem ou mulher?

Foi necessário, contudo, a orientação da Doutora e professora Vera Pollo, para discorremos e articularmos entre os principais conceitos que vem dar conta da histeria masculina, a partir de historiadores, Charcot, Freud, Lacan e diversos autores contemporâneos.

Partimos da Antiguidade, pois é sabido que a histeria, em sua origem, é uma questão de mulheres, ou melhor, atribuída quase exclusivamente ao universo feminino, um pouco à distância dos homens. Constatamos que o saber sobre a histeria entrou para o domínio da medicina quando esta se instituiu no século IV antes de Cristo, em torno de Hipócrates. No entanto, buscamos o que podia ser a histeria antes da medicina. Tudo que encontramos é que a histeria era ajustada pelos padres, os taumaturgos e, nas sociedades tradicionalistas, cabia aos feiticeiros e aos curandeiros.

Entramos na época da Renascença, período da Inquisição, momento em que surgiram diversas teorias que de certo modo lançam sobre a histeria não mais a maldição do período anterior, mas um enigma que a presentifica na história. Em meio a esse panorama, os fenômenos histéricos eram considerados problemas de saúde ligados ao útero, mas já nos primeiros séculos depois de Cristo, declaram-se casos de histeria no sexo masculino. Ainda assim, somente no final do século XIX, com a libertação das “demoníacas” e o enobrecimento da feitiçaria, Charcot, Babinski e Freud admitiram a ocorrência da histeria em homens.

Portanto, a questão sobre qual gênero é acometido pela histeria passa por diversas hipóteses ao longo do tempo e chega até os dias atuais, quando a histeria é designada em suas diferentes formas: Qual seria o lugar da tão polêmica histeria? E, afinal, ela existe ou não em ambos os sexos?

No terceiro capítulo, enfatizamos a história da histeria e buscamos uma referência teórica capaz de possibilitar uma abordagem sobre a histeria masculina.

Para tanto, foi preciso recorrer às concepções de duas grandes escolas da psiquiatria: Escola de Nancy e de Salpêtrière. Essas escolas desenvolveram e disputaram os saberes sobre a histeria nos meados do século XIX. Antes de abordarmos a Escola de Salpêtrière e suas teorias produzidas com Charcot, situamos a Escola de Nancy, cujos fundadores, Liébeault e Bernheim, em 1884, fizeram oposição àquela. Esse capítulo nos fez transitar, ainda, pelo cenário das históricas no hospital de Salpêtrière, e as lições das terças-feiras com Charcot. Então, apesar da rivalidade entre as escolas, Charcot, para investigar a histeria, rompe com o ritual de visitas dos médicos ao leito dos doentes, fazendo-os vir a seu gabinete e examinando-os diante do público e dos seus assistentes médicos. Para comprovar o que afirmava, utilizava a hipnose, fazendo e desfazendo os sintomas dos pacientes para diferenciar a histeria de outras doenças neurológicas.

No entanto, Charcot continuou buscando uma lesão cerebral, pois essa seria a prova de uma patologia. Seu postulado de base coloca que a histeria, da mesma forma que as patologias neurológicas, têm regras e leis que podem ser desprendidas por uma observação atenta. Não obstante, estas regras e leis desprendidas pelo método charcotiano não só dão à histeria confiabilidade e veracidade, como removem o rotulo de “histéricos detestáveis”.

Já no final do terceiro capítulo, consideramos fundamental abordarmos a histeria traumática, pois Charcot descobriu que a histeria em homens, principalmente na classe trabalhadora, era mais frequente do que se podia esperar. Nossas exigências para essa pesquisa também surgem em decorrência do que encontramos em *A Lição de Charcot* (QUINET, 2005), pois, tal como Charcot postula:

“Na América do Norte a histeria viril começou a ser estudada a partir dos acidentes de estrada de ferro. É a *Railway Spine*! As companhias de seguro estavam desembolsando muito dinheiro com indenização dos acidentados. As colisões de trens deixam muitas vítimas na impossibilidade de retornar ao trabalho sem nenhuma lesão orgânica. Imaginem o prejuízo. Aí, sim a histeria no macho foi digna de estudo! São milhares de dólares em jogo!” (idem, *ibidem*, p.53).

Nesse sentido, prosseguimos com as controvérsias sobre a *Railway Spine*, pois essas apareceram à medida que aumentavam as reclamações contra as empresas ferroviárias. Diante de tantas controvérsias entre americanos, alemães e

franceses, estava lá Charcot palestrando na Salpêtrière e afirmando que esta situação poderia ser explicada como um fenômeno histérico. Veremos que Charcot, ao hipnotizar, produzia uma paralisia sintomática idêntica às paralisias traumáticas. A esse propósito, ressaltamos o importante papel da histeria traumática em homens no desenvolvimento da psicanálise.

*Na trilha do nascimento da psicanálise*, quarto capítulo desta dissertação, abordamos a histeria masculina em Freud. Para este autor, a histeria apareceu não mais como uma patologia entre outras, mas como um modo específico de subjetivação. Ele chegou à histeria não para julgá-la em sua teatralidade como uma farsa, assim como fazia a grande maioria dos médicos, mas buscava a ligação de fatores sexuais como causa da histeria. Resumidamente, nas primeiras páginas desse capítulo, abordamos os estudos de Freud logo no início de sua carreira e depois seguimos para a sua estada em Paris. Já na sua volta a Viena, chegamos à apresentação do seu primeiro caso de histeria masculina, conforme ele aprendera com Charcot, na Associação Médica de Viena.

Dando prosseguimento, no quinto capítulo, percorremos e discorremos sobre uma série de textos freudianos, sendo que doze deles foram fundamentais para esta dissertação: *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), *A etiologia da histeria* (1896a), *Rascunho K* (1950[1892-1899]), *Fantasia histérica e sua relação com a bissexualidade* (1908), *A história do movimento psicanalítico* (1914), *Artigo sobre metapsicologia* (1915b), *A psicanálise e as neuroses de guerra* (1919b), *Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo das perversões sexuais* (1919a), *Um estudo autobiográfico* (1925[1927]), *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925), *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926[1925]) e *Moisés e o monoteísmo: três ensaios* (1939[1934-1938]). Firmamos nessa sequência porque, inicialmente, o objetivo é investigar o que Freud quer dizer quando afirma que toda histeria é traumática, não devido ao acidente, mas sim a uma causa sexual. Portanto, a leitura desses textos nos forneceu recursos e suscitou questões para avançar investigando o trauma sexual, a fantasia e o sintoma na histeria masculina.

Então, chegamos à clínica lacaniana da histeria, sexto capítulo. Esse último versa sobre as contribuições de Lacan, no intuito de entrelaçarmos a clínica com a teoria. Partimos de *O Seminário, livro 3: as psicoses*, onde Lacan (1955-1956) nos esclarece com propriedade uma observação que se deve a Michel Joseph Eissler,

um psicólogo da Escola da Budapeste, no fim da guerra de 1914-1918, que nos narra a história de um condutor de bonde. A partir de então, Lacan se utiliza do caso para retomar a seriedade dada por Freud à identificação feminina subjacente ao sintoma histérico, questão de origem de uma fantasia inconsciente de gravidez. Fantasia essa que, independente do sexo biológico do sujeito, subjaz repetida vezes por detrás de um sintoma conversivo (POLLO, 2011; comunicação pessoal). Ainda nesse caso, Lacan nos mostra que, embora se tratasse de um homem histérico, não havia outra forma de decifrar seus sintomas conversivos a não ser dando suporte e expressão a uma pergunta inconsciente sobre o feminino e a procriação. Desse modo, vemos que o sintoma histérico interroga no corpo e com o corpo. Como sabemos, o corpo do sujeito histérico é instituído pelo retorno do que está recalcado no inconsciente.

## 2. A HISTÓRIA DA HISTERIA

A histeria é estudada há milênios no mundo. Interrogar a história da histeria masculina - mola mestra desta dissertação - levou a pesquisá-la, estudá-la e dedicar a ela todo um capítulo.

Percorrida desde a Antiguidade, a pesquisa sobre a história da histeria demonstra que ao longo dos séculos ela foi atribuída quase exclusivamente ao universo feminino - embora alguns autores, em dado momento, afirmassem que a histeria acometia também aos homens -, até se chegar a Charcot e Freud, que nunca duvidaram da existência da histeria masculina.

Para esta pesquisa, tomaram-se os estudos de autores contemporâneos da psicanálise, como Antonio Quinet (2003; 2004; 2005), Denise Maurano (2010), Marco Antonio Coutinho Jorge (2008; 2010a; 2010b), Vera Pollo (2003; 2004; 2005; 2006) e Jean-Pierre Winter (2001), assim como das pesquisas dos historiadores Elisabeth Roudinesco (1986), Etienne Trillat (1991), Henri Ellenberger (1970) e Peter Gay (1989).

### 2.1. OS PRIMÓRDIOS

Tomada a partir da medicina na Antiguidade, a histeria, como o nome indica, era diretamente relacionada com o útero (do grego: *hystera*). Acreditava-se que acometido de inanição, o útero causava problemas em diversos outros órgãos do corpo, visto que a etimologia da palavra “histeria” significa uma doença orgânica de origem uterina e que afeta todo o corpo.

A história da histeria, conforme Trillat (1991), é percorrida e fundamentada na observação dos fenômenos clínicos que eram considerados como manifestações do deslocamento da matriz, ou seja, do útero. Por isso, recomendava-se um tratamento no qual o útero deveria retornar ao seu local de origem, por meio da inalação de substâncias fétidas, ou fumeção vaginal perfumada (isto é, “fumaça com bons odores”).

Hipócrates (460-377 a.C.), médico grego a quem foi atribuído o título de pai da medicina, escreveu sobre as doenças femininas, algumas causadas pela “sufocação da matriz”. Para Hipócrates, as dores, as doenças, os males, tudo fluía

de uma mesma fonte: do sexo e do útero. A movimentação do útero no interior do corpo da mulher servia como explicação, na época, para outras doenças além da histeria (QUINET, 2005).

Segundo Hipócrates, a “sufocação da matriz” acometia as mulheres que estavam em abstinência sexual, solteiras ou viúvas. Na mulher que não tinha relações sexuais, o ventre era considerado vazio e leve. Em suas pesquisas, Hipócrates observou que, encontrando-se ressecada e por isso mais leve, a matriz deslocava-se para outros órgãos, como, por exemplo, o fígado. Então, ao dirigir-se no sentido do fígado, a mulher apresentava uma súbita sufocação que interceptava a via respiratória, levando-a a revirar os olhos, perder a voz, cerrar os dentes, salivar e ficar fria e pálida. Outra consequência era afetar o coração, causando tonteiras, vômitos, dores de cabeça, etc. Assim, às mulheres queixosas, Hipócrates sugeria um tratamento simples: o coito para mulheres casadas e o casamento para as solteiras e viúvas, a fim de terem relações sexuais. Tudo isso era com o objetivo de umedecer e reter a matriz no lugar adequado (idem, ibidem).

Coube, então, a Hipócrates a inscrição da histeria, designando-a como uma doença do sexo feminino e com um conteúdo sexual. Entretanto, a palavra “histeria” não é encontrada nas obras de Hipócrates, “foi acrescentada por Littré nos subtítulos todas as vezes que Hipócrates consagra um parágrafo à ‘sufocação da matriz’” (TRILLAT, 1991, p.19). Conforme observa Trillat (ibidem) e salienta Pollo (2003), a obra de Hipócrates é ambígua, pelo fato da sufocação permanecer ora do lado da mulher, ora do lado da matriz.

Platão, médico, filósofo e amigo de Hipócrates, no diálogo *Timeu*, retoma a tese hipocrática cuja crença era também a de que o ventre da mulher abrigava um animal sem alma. Esse animal subia e descia dentro do corpo feminino, provocando as “sufocações uterinas”. Assim, durante muitos séculos, foi essa a explicação dada não só às mulheres, mas também às histéricas, sobre os males que sentiam.

Segundo Quinet (2005), a histeria foi se fazendo presente em cada época da história do mundo. Da Grécia ela se desloca para Roma, para onde foram vários médicos, tendo um deles se destacado com um importante trabalho: Celso (30-38 a.C.), romano erudito, que escreveu em sua obra *De Artibus* um capítulo sobre “Doença da matriz”:

“Nas mulheres, a matriz é sujeita a uma doença violenta... Esse mal tira por vezes a consciência e provoca a queda, como a epilepsia. Difere desta por não haver nem reviravolta dos olhos, nem espuma na boca, nem convulsões, mas somente adormecimento profundo”. (CELSE *apud* QUINET, 2005, p. 91).

A partir de Celso, foi possível a epilepsia se diferenciar da histeria, que chegou a ser confundida com várias espécies de loucura. Estudando a história da histeria, Trillat (1991) relata que o médico Areteu de Capadócia chegou a Roma no primeiro século depois de Cristo e escreveu muitos tratados médicos. Em uma de suas obras, Areteu distingue as doenças agudas das crônicas, considerando a histeria uma doença aguda, fato que o levou a retomar a descrição de Hipócrates sobre a “sufocação uterina”. É interessante notar que Areteu de Capadócia foi o primeiro a evocar a possibilidade de uma histeria em homens, denominada de “catoche”, cujas manifestações eram a perda de voz e sufocação. Segundo os estudos de Quinet (2005), Areteu da Capadócia dava “novas cores” à descrição hipocrática da histeria:

“No meio da bacia da mulher encontra-se a matriz, órgão sexual, que (...) tem gostos particulares: gosta de odores agradáveis dos quais se aproxima: detesta e evita os desagradáveis (...). A matriz é para a mulher como um animal dentro de um animal’. O tratamento é à base de substâncias odoríferas: nas narinas odores fétidos para o útero descer, e na vulva perfumes suaves para atraí-lo”. (idem, *ibidem*, p. 91).

Já no final do século I, Sorano de Éfeso (98-138 d.C.), outro médico romano, ginecologista e parteiro, procurou acabar com a crença platônica de que o útero é um animal sem alma, afirmando que ele é um órgão que pertence à mulher e que não pode ser considerado um corpo estranho (idem, *ibidem*). Se o trabalho de Sorano de Éfeso proporcionou à mulher alguma liberdade para tomar posse do seu corpo, contudo ele ainda relaciona a histeria ao desejo de ter filhos.

No século II, também em Roma, conforme relata Trillat (1991), Galeno (131-201 d.C.), médico oriundo da Ásia Menor, deixou textos brilhantes sobre a histeria em seu *tratado os lugares afetados*. Buscando explicações que dessem conta de suas inquietações, Galeno retomou a teoria “metódica” de Sorano. Pollo (2003) comenta que Galeno refuta Platão, ao argumentar que o útero não é susceptível de elevar-se até o estômago e ao diafragma, porém aderiu ao pensamento de

Hipócrates, quando se trata da ideia da continência sexual adoecer a mulher. Galeno persistiu com suas ideias e hipóteses, até que abandonou o deslocamento do útero e atribuiu à mulher a existência de uma semente análoga ao esperma masculino. Para ele, os ovários são semelhantes aos testículos, no sentido da semente interna, pois eles guardam a semente que é lançada nas trompas, no útero e na vagina. Para Galeno, segundo Quinet (2005): “os estados histéricos são provocados pela ausência do escoamento da semente que ocorre durante o coito. As mulheres bruscamente privadas de relação sexual, como as viúvas, são as mais afetadas” (idem, *ibidem*, p.92). Assim, não importava se os sintomas se manifestassem através da respiração, sufocação ou contração, o importante para Galeno seria o escoamento da semente.

E, nos homens, quais seriam as consequências da retenção da semente? Galeno responde:

“Alguns, tão logo ocorre a puberdade, debilitam-se pelas relações sexuais; outros, pelo contrário, se não as têm com frequência, têm a cabeça pesada, ansiedade e febre, uma perversão do apetite e má digestões... Conheci indivíduos dotados de uma tal natureza que, por pudor, abstendo-se de prazeres venéreos, caíram no torpor. Outros, semelhantes aos melancólicos, estavam tomados de uma tristeza sem razão e de desespero, de desgosto pelos alimentos e tinham más digestões”. (GALENO *apud* TRILLAT, 1991, p. 35)

Conforme conta Trillat (*ibidem*), Galeno postulava que, caso a semente masculina se mantivesse guardada, a retenção poderia causar sérios efeitos patológicos. Indicava-se aos pacientes como método terapêutico o exercício da sexualidade ou uma “higiene masturbatória”. Portanto, com o estudo galênico da analogia entre o óvulo feminino e o esperma masculino, surge o diagnóstico de histeria masculina.

Outra característica interessante sublinhada por Galeno é a postulação de que as forças antinaturais invadem a alma, por isso as histéricas eram reconhecidas como “enamoras do diabo”. Ele acreditava que existiam afecções provocadas por causas “naturais”, outras não:

“Quando se crê ver algo que não se vê, ouvir sons que ninguém profere, ou se dizem coisas vergonhosas, ímpias ou totalmente loucas, é uma prova de que a alma não perdeu simplesmente as

potências que lhe são naturais e de que nela se introduziu algo de contrário à sua natureza”. (GALENO *apud* idem, *ibidem*, p. 37)

No entanto, após o trabalho de Galeno surge uma nova questão: histeria e hipocondria teriam a mesma origem? Mesmo com as inovações dos estudos de Galeno, é possível dizer que na Antiguidade clássica prevalecem apenas duas ideias: por um lado, a histeria é considerada uma doença orgânica resultante da migração do útero, por outro, existe também uma forte associação à continência sexual.

A partir do século III, o poder da medicina é subsumido pelo poder da religião e, de acordo com a conjuntura sócio histórica, esses fenômenos ganharam novas significações (TRILLAT, 1991). Na Europa cristã, o saber clássico da medicina sobre a histeria é esquecido ou ignorado; durante mil anos não mais se ouvirá falar dele. As manifestações que surgiram desde a Antiguidade serão explicadas, de agora em diante, pelos teólogos, médicos e bruxos, ou seja, o desmoronamento da medicina greco-romana cede lugar ao “culto do Cristo Redentor”, médico da alma e do corpo. A arte da cura passa a considerar as receitas práticas e é sustentada pelo misticismo.

## 2.2. A “CAÇA ÀS BRUXAS” NA IDADE MÉDIA

Devido à influência da Igreja, a histeria deixa de ser relacionada com problemas com os órgãos sexuais (o útero) e surge como uma doença associada ao demônio, às ideias mágicas e sobrenaturais, às histórias de possessão e feitiçarias. Os métodos de exorcismo eram os empregados para enfrentar o problema (ELLENBERGER, 1970). Entretanto, no período da Inquisição a medicina buscava o domínio do saber sobre os acometimentos “históricos”, mas invocava a fé cristã, demonstrando grande respeito perante os ensinamentos de Cristo.

Assim, na Renascença, época marcada pela possessão demoníaca, todos acreditavam em “doenças da alma”. O diabo se manifestava em sujeitos melancólicos, produzindo efeitos estranhos. Entre o poder médico e o religioso está a mulher com sofrimentos históricos à espera de uma salvação, pois sob o comando do demônio, que possuía seus corpos, simulavam doenças (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Portanto, no período de “caça às bruxas” a possessão demoníaca passa para as mãos dos religiosos, os quais eram responsáveis pelo tratamento das mulheres. Têm-se registros desde as histórias contadas pelos Padres Apostólicos até Agostinho de Hipona ou Santo Agostinho, nos anos 380 d.C.. Nelas, pode-se perceber que a mitologia demoníaca, à medida que se desenvolvia, provocava efeitos morais e políticos. Para Agostinho, por exemplo, “o mal e o sofrimento dos homens são a ausência dos bens naturais. (...) Como produto de potências demoníacas, ocorrem tempestades e dores físicas que não são verdadeiros males, mas dependem da nossa fraqueza” (PESSOTTI, 1996, p. 85).

Também na literatura encontram-se exemplos de histórias de mulheres que sofriam possessões demoníacas, como a contada por Roland Barthes:

“(...) a jovem esposa do servo dava ouvidos aos demônios levianos do lar, remanescentes dos antigos deuses pagãos que a Igreja expulsara. (...) a mulher do servo exclui-se do lar, ganhou as matas, fez um pacto com Satã e acolheu em seu deserto, como um depósito precioso, a Natureza expulsa do mundo”. (BARTHES *apud* ROUDINESCO, 1986, p. 42).

Na Idade média, ficar triste, deprimido, isolado, sem interesse pela vida eram considerados sintomas recorrentes da melancolia e do pecado. Sendo assim, se as mulheres apresentassem esses sintomas ficavam sob a acusação de estarem possuídas pelo demônio, sendo os exorcistas com seus poderes chamados para, através das palavras, curá-las expulsando o demônio. Entretanto, centenas delas foram jogadas na fogueira ou mesmo torturadas (idem, *ibidem*).

Em 1487, a publicação do *Malleus Malificarum*, ou “Martelo das bruxas”, escrito pelos padres dominicanos Heinrich Kraemer e James Sprenger - manual oficial onde figuram normas, casos e nomes das pessoas que deveriam ser queimadas na fogueira -, expõe a crença de que jogando as mulheres que apresentavam sintomas clássicos de histeria na fogueira, castigava-se o demônio encarnado no corpo das suas vítimas, valendo-se do poder purificador do fogo para recuperar suas almas (idem, *ibidem*).

Neste tratado, são descritos os casos de bruxaria, ou seja, aqueles em que se acreditava que o diabo vivia alojado em partes do corpo das bruxas. A bruxa também era tomada como vítima de tentação diabólica, cuja possessão demoníaca originava-se de um pacto com o demônio. O diabo ofereceria vantagens especiais,

mas em troca o pacto deveria ser escrito e assinado com o sangue daquela que entregava a sua alma. É através dessa representação de “bruxa possuída” que a história da bruxaria se aproxima do enigma da histeria.

Os médicos da época entram em rivalidade com os religiosos, mesmo ainda estando impregnados de conhecimentos da magia, da astrologia e do ocultismo. Paracelso (1493-1541), por exemplo, misturava a astrologia com prescrições de medicamentos. Também Cornelius Agrippa (1484-1535) articulava teologia e ocultismo. Jean Wier (1515-1588), com a morte de seu mestre Agrippa, estuda medicina na França e interessa-se pelos mágicos e bruxos. Wier pesquisa casos de bruxaria e investiga a vida de muitos acusados e acusadores.

Jean Wier publica, na Basileia, em 1564, *Da impostura do diabo*, onde afirma a existência e a presença dos diabos, os quais abusariam do espírito perturbado das mulheres, porém estas não seriam responsáveis por seus atos. Ele as considera como doentes mentais. Wier foi o fundador da primeira corrente da Psiquiatria dinâmica, segundo Roudinesco & Plon (1998).

Porém, não foi Wier com sua obra corajosa que conseguiu minimizar a fúria dos juristas e teólogos em purificar, através da fogueira, as mulheres enfeitadas. Muitos médicos considerados peritos foram chamados para distinguir os fenômenos que poderiam ser simulação ou possessão diabólica da histeria. Algumas vezes, diante de contorções, evocavam o diagnóstico de epilepsia ou histeria, mas outros médicos tinham opiniões diferentes. Nesse sentido, os juízes ficavam mais tranquilos ao receberem a opinião dos médicos, podendo colocar um fim às perseguições (TRILLAT, 1991).

Em 1599, o caso de Marthe Brosseir, que apresentava, entre outros sintomas, “contorções”, foi diagnosticado como não sendo histeria. Os médicos peritos que a consultaram afirmaram que havia ausência de “sufocação”, ao detectarem uma zona anestesiada em seu corpo, o que comprovava a possessão, pois uma histérica, para esses médicos, nunca poderia simular a ausência de dor ao ser inserida em seu corpo uma agulha (idem, ibidem). Os médicos, contudo, estavam atentos ao diagnóstico das doenças ligadas aos delírios, às perturbações da mente, manifestações fisiológicas etc. Pois as causas da loucura eram sempre devidas à ação do demônio, das quais a origem da histeria tinha grande chance de ser produto de bruxaria, como se pode notar no *De Doctrina Christiana*, de Santo Agostinho: “Os médicos podem perceber (...) que a enfermidade (...) não é causada por algum fator

natural mas por algum elemento extrínseco. E como as causas extrínsecas não são encontradas nas infecções tóxicas... têm razão suficiente para atribuírem aquele mal à bruxaria” (MALLEUS *apud* PESSOTTI, 1996, p. 98).

Porém, uma abordagem científica se inicia no século XVII, quando os exageros organicistas dessa época deixam para trás as concepções mágicas das doenças de possessão. A ênfase dada durante os dois séculos anteriores sobre as manifestações corporais e aberrações de conduta se enfraquece, dando lugar a uma nova tendência: identificar a insanidade para determinar a etiologia ou até mesmo caracterizar as diversidades nosográficas (*idem, ibidem*).

Desse modo, pode-se entender que no período da Inquisição o saber que se ocupava da histeria alternava entre a religião e a medicina. O século XVII ainda era místico. Entretanto, retomando os saberes da Antiguidade, a medicina ganha novo fôlego e a cientificidade pode avançar um pouco mais em prol das históricas, entre outros portadores de doenças da alma.

### 2.3. O SÉCULO DOS VAPORES

No século XVII, estavam presentes os estudos daqueles que defendiam a teoria uterina (ginecologistas) e aqueles que acreditavam na teoria cerebral (neurologistas). Foi nesse contexto que a histeria se libertou da possessão demoníaca e da bruxaria, passando a ser objeto de estudo dos médicos cientistas (TRILLAT, 1991).

Trillat (*ibidem*) conta que o século XVII inicia as pesquisas e os estudos médicos voltados para os ensinamentos da química e da física dos gases. Os neurologistas, embora ainda apoiados pelos “espíritos animais”, tentavam explicar a histeria conforme a teoria dos vapores. O corpo que era tratado pelos médicos da época, começou a ser assim questionado: Como podem os vapores se espalhar pelo corpo?

Para Lange (1689) (*apud* TRILLAT, 1991), médico francês, autor de *Tratado dos Vapores*, embora em sua teoria dos vapores remetesse a histeria a uma patologia uterina, não acreditava no deslocamento da matriz pelo corpo, e sim que os vapores acumulados no útero se difundiam pelo organismo causando sintomas diferentes. Lange (*apud* TRILLAT, 1991) formula uma hipótese: decorrentes de

fermentos sexuais retidos pela falta de atividade sexual, os vapores, que se movimentam de baixo para cima, chegam ao cérebro pelo canal dos nervos, causando sintomatologia histérica. No entanto, atribuía aos nervos o papel fundamental, pois sintomas como sufocações, soluços, vômitos, contorções e paralisias eram irregulares e apareciam e desapareciam sem que se soubesse a razão (MAURANO, 2010). Quinet (2005) comenta que no *Tratado dos vapores*: “os nervos são os únicos canais que podem transmitir os movimentos dos vapores” (idem, *ibidem*, p.94).

Lange (*apud* TRILLAT, 1991) confirmou a existência de quatro tipos de fermentos capazes de provocar vapores. Alguns deles são os fermentos seminais que liberam vapores histéricos e seus efeitos nos organismos variam de pessoa para pessoa. Nas pessoas boas, amorosas, empreendedoras, assim como nos eclesiásticos, os vapores se dissipam de forma regular e contínua.

Conforme Trillat (1991, p.63) sublinha, na teoria de Lange: “Os efeitos produzidos por esses vapores histéricos dependem da maneira pela qual eles se difundem no organismo”. Lange (*apud* TRILLAT, 1991) acrescenta que os fermentos seminais no homem liberam vapores considerados voláteis demais para seguirem em direção ao cérebro. Sendo assim, o homem estaria “ao abrigo de acidentes histéricos” (TRILLAT, 1991, p.64). Já as mulheres, além dos fermentos voláteis, também têm outros que são fixos e pesados, por isso eles não conseguem chegar ao lugar que lhes é destinado por natureza: os órgãos sexuais. Além disso, caso haja abstinência sexual, a semente poderá se acumular, provocando convulsões, delírios etc., conforme narrou Quinet (2005) em seu estudo sobre a história da histeria.

Ainda que Lange (*apud* TRILLAT, 1991) propusesse uma nova doutrina, o enigma da histeria se presentificava cada vez mais, o que sua teoria dos vapores só fazia evidenciar. Desde Hipócrates até a época dos vapores, os “vapores histéricos” não eram encontrados em mulheres casadas ou ocupadas, por isso Lange (*apud* TRILLAT, 1991) condenava a abstinência sexual e indicava exercícios físicos (TRILLAT, 1991). A histeria continuou sendo, até o Século das Luzes, uma patologia predominantemente feminina.

A ideia dos vapores como principal causa da histeria sofreu fortes consequências, conforme propõe Trillat (*ibidem*, p.67): “A histeria, deixando o antro obscuro da fornicação, o lugar do prazer e do pecado, vai se dessexualizar”.

Restando, portanto, uma histeria sem o domínio do sexo, comprovando, assim, a sua existência em homens. Desse modo, até o século XVII, contornando a questão da possessão demoníaca, inúmeros médicos achavam que a doença provinha do cérebro e atingia aos dois sexos: daí a presença da histeria em homens (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Passemos à teoria cerebral, pois aqui o caminho dos vapores toma a direção de cima para baixo. Então, Charles Lepois (1563-1633), conhecido como Carlos Piso, foi o primeiro a formular a hipótese da sede cerebral da histeria em suas observações médicas publicadas em 1618. Ele negou que a histeria fosse exclusivamente feminina e que resultasse da ausência prolongada de relações sexuais, como havia dito Galeno. Para Lepois (*apud* TRILLAT, 1991, p.69): “a histeria não é o apanágio da mulher”. Efetivamente, os sintomas da histeria manifestavam-se em homens e mulheres. O útero ou a retenção do sangue menstrual não eram a sede da histeria. Lepois acreditava no conjunto do sistema nervoso:

“Se todo corpo se retese, se distende, se convulsiona, não é porque a cabeça está tomada pela própria doença, mas sim porque o princípio dos nervos está atingido e as meninges do cérebro, das quais os nervos são a expansão, estão, elas mesmas, sacudidas e enrijecidas”. (idem, *ibidem*, loc.cit.)

Dessa forma, Lepois sustentou a tese de que os sintomas histéricos se originariam no cérebro e seriam comuns aos homens e mulheres. Para comprovar seus estudos, ele citava casos que acompanhara tanto de homens como de mulheres portadores dos seguintes sintomas: cegueira, afonia, surdez, convulsões etc. Entretanto, Trillat (1991) comenta que foi Thomas Wills (1622-1675) quem realmente explicou a histeria como sendo uma patologia cerebral. Através de suas pesquisas em psiquiatria, ele trouxe grandes contribuições para diferenciar a histeria da epilepsia. Wills demonstrou como os nervos entravam e saíam do crânio, ligando-se ao encéfalo:

“(…) o que parece constituir a histeria formal são movimentos no baixo-ventre e como a ascensão de uma bola, gritos, tentativas de vômitos, a distensão dos hipocôndrios, eructações e borborigmos, a respiração desigual e dificultada, movimentos convulsivos na face e nos membros e por vezes em todo o corpo, ainda que as convulsões generalizadas sejam raras e não sobrevenham senão nos casos

graves (...). As mulheres de todas as condições são sujeitas a essa doença, ricas ou pobres, virgens, esposas ou viúvas (...). Eu a vi, mesmo, algumas vezes entre os homens”. (WILLS *apud* QUINET, 2005, p. 95).

Compreende-se que, para Wills, as afecções que se relacionam à histeria são variadas e diversas. Em um de seus *Tratados* (1670), pode-se conferir sua tendência a interpretar a crise histórica em termos “circulatórios até mais que neurológicos” (TRILLAT, 1991, p.70). É importante destacar ainda que, na teoria de Thomas Wills, a histeria abrange mulheres e homens de todas as idades, independente do estado civil ou econômico.

Para dar continuidade à história da histeria, será abordada a seguir sua concepção religiosa, pois, por vários séculos, viviam lado a lado médicos e padres que tratavam os histéricos. A igreja católica assumiu e deu grande importância à prática da confissão feita a um padre em um ambiente secreto, pois acreditava que a mesma teria efeitos de mudança na vida de mulheres e homens. Posteriormente, a reforma protestante aboliu a confissão compulsória, mas entre estas comunidades uma nova prática apareceu: “a cura da alma” (ELLENBERGER, 1970).

## 2.4. A “CURA DAS ALMAS”

No final do século XVII, o tratamento da histeria ganhou a contribuição de um grande e importante médico, Thomas Sydenham (1624-1689). Sydenham recebeu o apelido de “Hipócrates da Inglaterra”, uma referência ao grande médico da Antiguidade e seus métodos de cura, pois sofria de dores e fazia para si mesmo seu remédio. Sydenham foi homenageado durante três séculos por outros autores da ciência médica (TRILLAT, 1991).

Sobre a histeria, Sydenham explicou que esta não era uma doença como as outras. Ela ocupava uma posição ambígua na nosografia, uma vez que:

“(…) [a histeria] imita quase todas as doenças que ocorrem no gênero humano, pois em qualquer parte do corpo em que ela se encontre, ela produz imediatamente os sintomas que são próprios dessa parte; e se o médico não tem muita sagacidade e experiência, ele se enganará facilmente e atribuirá a uma doença essencial, e própria a tal ou qual parte, sintomas que dependem unicamente da afecção histórica”. (SYDENHAM *apud* QUINET, 2005, p.96).

Para Sydenham, as agitações da alma eram provocadas pela cólera, pela dor ou pelo medo. Introduzia-se uma nova forma de pensar a causalidade da histeria, assim como de seus sintomas. Embora continuasse no campo da medicina, a teoria uterina aos poucos foi abandonada por alguns autores, como Sydenham, Willis e Whyit, iniciando-se a busca por um diagnóstico diferencial entre histeria e hipocondria.

“No momento em que se criou a unidade do “grupo dos vapores”, que incluía a hipocondria e a histeria, a ênfase nas grandes crises históricas foi deslocada para os chamados “pequenos sintomas nervosos”: estado constante de tristeza, agitação e indecisão, sonhos com mortes e com a volta dos mortos, pensamento constante de incurabilidade e alguns outros”. (POLLO, 2003, p.15).

Os estudos e as experiências de Sydenham o levaram a concluir que a histeria era uma doença feminina devido à constante presença de paixões. Portanto, já os homens, não sendo tão sensíveis a todas as paixões, adoeceriam privilegiadamente de hipocondria (estado prolongado de tristeza), o que para Sydenham era histeria masculina (idem, ibidem).

A histeria ao longo da história vinha revelando ser uma doença dita da alma. Então, propor a histeria também ao sexo masculino era uma ideia desafiadora, pois o mundo era assim dividido: homens de um lado e de outro as mulheres, as históricas, as feiticeiras, os heréticos. Aos homens históricos, os mestres inquisidores ou monarcas designavam como “não conformes”, mas não como “loucos” (WINTER, 2001).

Assim sendo, veremos que no percurso da história da histeria masculina, os trabalhos de Charcot no século XIX, apresentavam, através da prática da hipnose, que a presença ou ausência do útero, desse oco real no corpo, não podia explicar sozinho como se produzia uma afecção psíquica. Em meio às grandes transformações que operavam nesse período, a histeria masculina vai revelando os buracos, os momentos de extravio, dizendo de uma forma ou de outra como se caracterizava o sujeito histórico (idem, ibidem). Passaremos, então, aos primeiros estudos sobre a histeria no século XVIII.

## 2.5. A HISTERIA E A LOUCURA NO SÉCULO XVIII

Foi em meados do século XVIII que aconteceu uma virada na concepção dita “científica”, virada esta feita pelo médico austríaco Franz Anton Mesmer. Ele foi considerado o descobridor de um novo princípio, chamado de magnetismo animal. Mesmer voltou de uma jornada em Rhine e Constance, onde ele tinha conseguido curas maravilhosas com seu novo método, que era, basicamente, a provocação de crises, as quais supostamente apresentavam valor diagnóstico e assim seria a “*bomba para a cura*” (ELLENBERGER, 1970, p.56).

Sua principal descoberta foi a interação entre o magnetismo e o paciente. Em Munique, na Alemanha, em novembro de 1775, Mesmer deu demonstrações nas quais induzia o aparecimento e o desaparecimento de vários sintomas, até mesmo de convulsões, simplesmente através de um toque. Ele usava a técnica de se colocar um fluido no corpo do paciente, alegando que o demônio ficaria afastado por muitas horas (ELLENBERGER, 1970).

Em seu trabalho sobre a história da psicanálise na França, Roudinesco (1986) conta que Mesmer não conhecia as teorias médicas sobre a origem das doenças nervosas, mas afirmava que elas provinham de um desequilíbrio na distribuição de um fluido universal que corria pelo organismo humano e animal. O fluido era como um ímã, podendo chegar ao hipnotismo. Em estado de sonambulismo artificial, os pacientes eram explorados em suas funções psíquicas.

Outro fator importante a ser destacado é que Mesmer, aos 40 anos, quando fez a descoberta da interação entre médico e paciente, queria se dedicar até o final de sua vida a fazer apresentações pelo mundo. Mesmer se entregou às suas experiências e curou muitos pacientes, mas, conforme sublinha Ellenberger (1970), o fato é que, mais do que qualquer outra coisa, Mesmer apreciou sua descoberta do fluido magnético.

Por sua descoberta, Mesmer foi expulso de Viena, mas conquistou o resto da Áustria com suas experiências. Porém, numerosos charlatães se transformaram em magnetizadores. Curandeiros se espalharam e isso lhe trouxe sérias complicações, pois muitos homens ditos “magnetizadores” fugiam com as próprias pacientes. O ministério público chegou a proibir a prática do magnetismo animal, embora não tenha causado mal a ninguém. Em sua pesquisa, Ellenberger (1970) narra que um

dos homens públicos da sociedade daquela época escreveu uma reportagem contra Mesmer, a qual o deixou indignado, pois dizia que os magnetizadores possuíam um poder de fazer as mulheres adormecerem e provocar efeitos eróticos. Para Mesmer, os efeitos terapêuticos não poderiam ser negados, mesmo se considerados efeitos da imaginação.

Percebe-se que, para aqueles que se debruçam nos estudos de uma doença como a histeria, cuja literatura é vasta, é difícil trazer algo de novo. Entretanto, para abordar a história da histeria, é fundamentalmente importante pesquisar o trabalho de Pinel, pois se atribui a esse médico a primeira tentativa de classificação das doenças mentais em categorias como mania, melancolia, demência e idiotia (TRILLAT, 1991).

Philippe Pinel, médico francês e diretor do Manicômio de Bicêtre, localizado nos arredores de Paris, ficou impressionado com as condições desumanas em que os internos eram tratados. Assim, em 1798, conseguiu uma autorização para libertá-los do asilo (idem, ibidem).

Os estudos e reformas de Pinel levaram-no de volta à Antiguidade, sobretudo a Areteu de Capadócia, quem descreveu a histeria “*na sua forma primitiva e isolada de qualquer outra*” (QUINET, 2005, p.96). Deste modo, ele retorna à questão de o útero ser a sede da histeria e, seguindo o percurso da Antiguidade, recomenda o casamento como forma de tratamento. No entanto, ele distingue a histeria da ninfomania, ou “*furor uterino*” (idem, ibidem, loc.cit).

É preciso assinalar que os conceitos introduzidos por Pinel foram tão importantes que constituíram o fermento de duas escolas de psiquiatras: as Escolas Francesa e Alemã - que serão abordadas mais adiante ao se tratar da trajetória da histeria em Charcot e Bernheim.

Observa-se que a passagem do século XVIII para o século XIX foi um momento diferente, porque o diagnóstico de histeria evoluiu, ficando mais conciso e preciso. Com Pinel, a histeria era considerada apenas nas pessoas do sexo feminino. No entanto, mesmo restrita às mulheres, ela começa a declinar. Vários autores passam a questionar o porquê de essa afecção ser tão comum nas mulheres e tão rara nos homens. Alguns reconhecem que não sabem a resposta, outros, tentam responder:

“Georget [que] refuta as teses “sexológicas” de Villermay. É um erro, diz ele, considerar a histeria como resultado da continência e é igualmente um erro crer que o coito é o melhor remédio para a doença. Contra Villermay, vários casos de histeria no homem são publicados. Mais tarde na literatura, em 1870, Breuilard coleciona trinta observações e Klein, em 1880, verifica oitenta casos na literatura”. (TRILLAT, 1991, p.118).

Nas teses sexológicas de Louyer Villermay (1776-1838), tal como aparecem em seu *Tratado das doenças nervosas ou vapores*, a histeria é uma neurose da mulher e a hipocondria do homem. Villermay, assim como Sydenham, conclui que as paixões tempestuosas, o ódio e as emoções violentas são de natureza masculina, por isso os homens estão predispostos à hipocondria.

Apesar dos avanços de Philippe Pinel, os impasses sobre a exclusividade feminina da histeria continuavam trazendo inquietações para o saber médico. Pinel distingue entre a “loucura histérica” e a demoníaca, propondo uma concepção mais científica para a histeria (MAURANO, 2010). Dessa forma, a história da histeria masculina vinha atraindo cada vez mais olhares de médicos e pesquisadores.

Nessa perspectiva, no século XIX, uma divisão isola os autores uns dos outros: de um lado, estão aqueles que consideravam a histeria uma doença detestável, de outro, os que a consideravam uma doença da paixão.

## 2.6. O SÉCULO XIX E A DESCOBERTA DO INCONSCIENTE

Para Wilhelm Griesinger, Benedict-Augustin Morel, Charles Laségue e Jules Falret, a histeria era uma doença detestável. Para Paul Briquet e James Braid, ela era um momento de paixão, ou melhor, uma doença da paixão.

Griesinger (1817-1868), de origem alemã, foi o primeiro professor de psiquiatria e neurologia a transformar a “psiquiatria de asilo” em “psiquiatria de Universidade” (MAURANO, 2010). Em sua opinião, as doenças psíquicas eram doenças do cérebro.

Quinet (2005) comenta que Griesinger não descuidou da sintomatologia psíquica, considerando os doentes como pessoas de sensibilidade exagerada, que se deixam afetar pela menor crítica e se mostram instáveis em relação ao humor. Portanto, ele os considerava pessoas insuportáveis para viver em sociedade.

Benedict-Augustin Morel (1809-1873), médico francês, produziu toda sua obra como consequência da descoberta de Bayle. Segundo Roudinesco (1986), Bayle acabou sendo rejeitado e abandonou a psiquiatria. Porém, vinte anos depois, seu trabalho foi reconhecido. Bayle atribuiu à paralisia geral uma doença mental específica e observou fenômenos nos homens, como, por exemplo, o mal sífilítico. Roudinesco (*ibidem*) afirma que: “De fato Bayle, como posteriormente Morel, não opôs uma etiologia física a uma etiologia moral” (*idem, ibidem, p.209*). Morel constatou que não se deveriam separar os loucos daqueles considerados perigosos, e sim trabalhar no sentido de uma profilaxia, buscando melhores condições morais, intelectuais e físicas.

Com suas pesquisas, Morel (*apud* QUINET, 2005) marcou uma nova era, na qual a sexualidade (aparente na doença sífilítica), o ocultismo e a histeria estavam ligados à hereditariedade e à degenerescência:

“As histéricas se afogam nas mais bizarras suposições, as mais falsas, as mais ridículas e as mais injustas. Como o amor pela verdade não é uma virtude predominante de seu caráter, elas jamais expõem os fatos dentro da realidade deles e enganam seus maridos, seus amigos assim como seus padres confessores e seus médicos”. (*idem, ibidem, p.97*).

Como mencionado anteriormente, entre aqueles que consideravam a histeria uma doença detestável estava Charles Laségue, um alienista francês, quem, segundo Trillat (1991), percorreu a história da histeria na contramão. Opositor de Briquet, que compartilhava com outros autores a ideia de que a reprodução dos ataques histéricos estava vinculada a sentimentos e a situações vivenciadas anteriormente, Laségue, embora considerasse histeria uma doença como outra qualquer, reconheceu nela a existência de um fenômeno caótico que fugia ao controle. Partindo da patologia, considerava que a tosse, a anorexia, a anestesia, a taxia etc., eram fenômenos da histeria. Além disso, pensava que “a definição da histeria jamais foi dada e jamais o será” (QUINET, 2005, p.97). Laségue constatou que os sintomas são instáveis e nem sempre parecidos, por isso afirmou que a histeria se nega a entrar no quadro da patologia geral ou mental. É necessário sublinhar que ele acreditava que os histéricos perturbavam os serviços de alienados e que “as leis que predominam nas evoluções patológicas, não se adaptam a ela (à histeria)” (*idem, ibidem, loc.cit*).

Pode-se observar que a ciência trabalhou, e continuará trabalhando, para a unificação do conhecimento humano. No século XIX, segundo o historiador Ellenberger (1970), a medicina tornou-se um ramo da ciência, a psiquiatria ramo da medicina, e a psicoterapia um aplicativo da psiquiatria baseada em descobertas científicas.

No século XIX, Paul Briquet (1796-1881), médico do hospital da *Charite*, tratou os histéricos durante dez anos e fez observações clínicas sobre a histeria. Recolheu quatrocentos e trinta casos de histeria, dos quais apenas sete eram de histeria masculina. Muito antes de Charcot descrever a histeria como uma clínica de fenômenos “sociológicos”, com Briquet a teoria uterina já havia sido confundida com a questão sexual, criando uma imagem de mulher na qual a sufocação uterina era apenas uma descarga emocional.

Roudinesco (1986) comenta que Briquet: “introduzira na doença as coisas da vida, as reproduções ritmadas da natureza, os movimentos dos astros, os sangramentos do útero, a idade e as condições de vida” (idem, *ibidem*, p.43). Ainda segundo esta autora, Briquet deu um novo sentido à histeria, dizendo que a tal doença seria uma “neurose do encéfalo”: a expressão das paixões e manifestações passionais. A crise histérica teria uma relação com a história de vida do sujeito. O fato é que Briquet, ao deslocar a sede da histeria para o encéfalo, faz o sintoma mudar também de sentido: de sexual passou a ser afetivo, podendo passar por várias transformações. Deste modo, pode se dizer que ele sustentou a ideia de uma tipologia social da histeria.

Cabe aqui mencionar que, devido aos conflitos decorrentes de suas teses fluídicas, Mesmer mudou-se: foi para a França em 1784 e abandonou suas teorias. Porém, seu aluno mais dedicado, Pysegur, seguiu seus ensinamentos e lhes deu continuidade (ROUDINESCO, 1986). Pysegur certa vez encontrou com James Braid (1795-1860), cirurgião ainda desconhecido, porém de fundamental importância para a história da histeria, pois substituiu a teoria fluídica pela noção de estimulação físico-químico-psicológica, comprovando a inutilidade da técnica do magnetismo. Quinet (2005, p.98) pontua que Braid “inventa o termo ‘hipnose’ [e] (...) descobre os efeitos da sugestão no tratamento dos fenômenos histéricos”.

De forma resumida, pode-se afirmar com Roudinesco (1986) que, antes de Cristo, os fenômenos histéricos eram considerados problemas de saúde ligados ao útero, ou seja, uma patologia que ocorria apenas em mulheres. Mais tarde, Areteu

de Capadócia, Galeno e Seydenham, já nos primeiros séculos depois de Cristo, detectaram casos de histeria no sexo masculino. Porém, no século XIX, homens como Pinel, Carter e Griesinger voltaram a defender a histeria como sendo exclusivamente feminina. Somente no final do século XIX, com a libertação das “demoníacas” e o enobrecimento da feitiçaria, Charcot, Babinski e Freud admitiram a ocorrência da histeria em homens.

Portanto, a questão sobre qual gênero é acometido de histeria passa por diversas hipóteses ao longo do tempo e chega até os dias atuais, quando a histeria é designada em suas diferentes formas. Diante da história da histeria, que apresenta tantas divergências, pode-se perguntar: Qual seria o lugar da tão polêmica histeria? E, afinal, ela existe ou não em ambos os sexos?

### 3. A HISTERIA E AS ESCOLAS DE NANCY E DE SALPÊTRIÈRE

Na história da psiquiatria, sobretudo na ênfase dada à histeria e à hipnose, destacam-se duas grandes escolas: a de Salpêtrièrre e a de Nancy. A oposição entre essas escolas se estendeu por dez anos. Bernheim, da Escola de Nancy, dizia que a hipnose era decorrente da sugestão verbal e que esta técnica já havia sido desmistificada, desde o final do século XIX, quando a clínica da palavra sobressaiu à do olhar. Charcot, da Salpêtrièrre, era acusado de fazer mal uso da hipnose, pois provocava crises convulsivas nas histéricas, não sendo portanto terapêutica. Charcot era acusado de forjar o status de neurose à histeria.

A questão é que a escola de Salpêtrièrre definiu a hipnose como “*neurose artificial de essência histérica*” e se interessou pela histeria masculina (POLLO, 2003, p.19). Na histeria masculina predominavam formas frustradas e não o grande ataque como na histeria feminina. Observamos que a sintomatologia neurológica se manifestava nos homens sob uma forma mais banal, porém o fator traumático já aparecia com mais frequência (idem, ibidem). Nessa época, as histéricas eram consideradas cultas, fisicamente débeis e emocionalmente instáveis. Já os homens eram apontados como fortes, com pequena sensibilidade e muitas vezes mostravam-se menos instáveis. Além desse fato, veremos que a escola de Nancy criticará Charcot, fazendo Salpêtrièrre parecer uma escola de formação de artistas prontos para atuarem como o mestre desejasse ver. Por outro lado, a escola de Nancy considerava os histéricos farsantes, simuladores inconscientes, capazes de se comportarem como se estivessem conscientes.

Durante o tempo desse embate, Freud interessava-se pela hipnose, tendo sido aluno de Charcot, de outubro de 1885 a fevereiro de 1886. As aulas tomadas na Salpêtrièrre - aulas públicas, com apresentação de pacientes, sempre às terças-feiras -, conhecido como o “Grupo das terças-feiras”, foram traduzidas por Freud e publicadas em alemão no primeiro volume de suas obras completas. No verão de 1889, Freud frequentou as aulas de hipnose de Nancy.

Dessas lições e escutando as histéricas, Freud desenvolveu a “teoria da sedução”, segundo a qual a neurose teria como origem um abuso sexual real, normalmente cometido pelo pai. Entretanto, Freud renuncia progressivamente a

essa teoria, resolvendo o enigma das causas sexuais. Se, por um lado, nem todos os pais dos neuróticos são abusadores e, por outro, a causa da histeria é sexual, como resolver esse impasse? Freud e a teoria da sedução e do trauma na etiologia da doença histérica serão abordados posteriormente.

A seguir, serão analisadas mais detalhadamente as concepções dessas grandes escolas da psiquiatria que desenvolveram e disputaram os saberes sobre a histeria nos meados do século XIX. Antes de abordar a Escola de Salpêtrière e suas teorias sobre a histeria produzidas com Charcot, será tomada a Escola de Nancy, cujos fundadores Liébeault e Bernheim, em 1884, fizeram oposição àquela (ELLENBERGER, 1970).

### 3.1. A ESCOLA DE NANCY

Augustie Ambroise Liébeault (1823-1904), precursor da Escola de Nancy, conforme relata Roudinesco (1986), era estudante ainda quando se interessou pela técnica do magnetismo - conforme visto no primeiro capítulo. A profissão médica para ele, segundo a história contada por Ellenberger (1970), foi tomada no sentido de aliviar ou diminuir o sofrimento humano.

Em 1850, Liébeault instalou-se como médico no interior da França, em uma cidade próxima a Nancy, vivendo modestamente e cuidando dos pobres. Nessa época, Liébeault propunha aos pacientes, que eram relutantes, tratá-los gratuitamente através da técnica do magnetismo (idem, ibidem). Dessa maneira, o número de pacientes que optaram por essa técnica aumentou rapidamente, e quatro anos mais tarde Liébeault tinha uma enorme clientela, mas nenhuma renda, pois os atendimentos eram feitos de forma voluntária.

Segundo Trillat (1991), Liébeault, em 1866, publica um livro, o qual de início não foi bem sucedido, pois retoma o ensinamento dos hipnotizadores que o antecederam. A clínica e a nosografia pouco interessavam a Liébeault; no entanto, seu trabalho foi apresentado por Hippolyte Bernheim na Escola de Nancy.

Seu encontro com Bernheim (1840-1919) trouxe grandes mudanças para sua obra. Conta Ellenberger (1970) que Bernheim leva o trabalho de Liébeault até o Hospital Universitário, revelando-o ao mundo médico, onde foi muito bem sucedido, consagrando-o como o pai espiritual da Escola de Nancy. Vale marcar que, dez anos antes, Charcot havia apresentado o trabalho de hipnose na Academia de

Ciências, em 1856, em Paris. As divergências sobre a hipnose fizeram com que a relação profissional entre Bernheim e Charcot fosse difícil.

Bernheim, estudando e usando a hipnose aprendida com Liébeault, acreditava que era fácil induzi-la em pessoas obedientes, como os soldados e os antigos trabalhadores de fábricas, pois os melhores resultados terapêuticos ele obtinha em pessoas de classes mais baixas (idem, ibidem). Então, depois de vários estudos e pesquisas, Bernheim observou que a hipnose não era condição patológica encontrada apenas em histéricos, sendo a sugestão: “Aptidão de transformar a ideia em ação (...), a característica que cada ser humano possuía em diferentes graus (...), um estado de sugestionabilidade induzido pela sugestão” (idem, ibidem, p.87).

Da teoria de Charcot sobre a histeria, Bernheim negava a validade e afirmava que as condições históricas demonstradas em Salpêtrière eram artificiais. Com o tempo, Bernheim foi diminuindo o uso da hipnose, pois os efeitos desta técnica poderiam ser substituídos pela sugestão, um procedimento que a Escola de Nancy reconhecia como psicoterapia. Além desse fato, Bernheim acrescentava que não existiria relação entre hipnose e histeria (idem ibidem). É importante ressaltar que Bernheim não percebeu que fazendo críticas à “histeria de Charcot”, de certa forma, segundo coloca Ellenberger (ibidem), ele se aproximava da etiologia da histeria, que era conhecida através dos trabalhos de Charcot. Bernheim não era psiquiatra, apenas clínico, e não tinha organizado uma escola em volta dele. Sob o olhar de Bernheim, Charcot era sim o inventor da histeria, e foi nesse sentido que as duas correntes de pensamento se chocaram na época.

Para Roudinesco & Plon (1998), Charcot usava a hipnose no tratamento da neurose, não para curar ou tratar os doentes, mas pelo fato de poder demonstrar o fundamento de suas hipóteses. Bernheim acreditava que Charcot, hipnotizando as “loucas de Salpêtrière”, fabricava sintomas histéricos, e mais, acrescentou que ele usava os doentes como cobaias, e que na verdade só estava preocupado com as classificações das doenças.

Contudo, no meio da rivalidade entre as escolas, Freud foi um dos muitos visitantes de Nancy, ficando algumas semanas com Bernheim e Liébeault, no ano de 1889. Segundo conta Ellenberger (1970), Freud chegou a ficar impressionado com o trabalho de Bernheim, em que a amnésia pós-hipnótica não era tão completa como geralmente se assumia. Isso porque, através da concentração e com a ajuda de um

rico questionário, Bernheim poderia fazer com que o paciente relembresse o que ele tinha experimentado durante a hipnose.

No entanto, foi Charcot que permaneceu como mestre tendo a hipnose como instrumento, daí o aspecto teatral em Salpêtrière. Por outro lado, Bernheim, preocupado em cuidar dos doentes, afirmava que a sugestão era o melhor caminho a seguir. Para Roudinesco (1986): “A histeria é o conjunto de doenças ‘emocionais’, em Bernheim, permaneceram ligadas ao princípio da sugestionabilidade” (idem, *ibidem*, p.50).

Roudinesco (*ibidem*) dando qualidades de afiliação, diz que “se Charcot foi pai de Freud, Bernheim foi seu ‘irmão mais velho’ e, no entanto, era por Charcot que Freud tinha mais admiração” (idem, *ibidem*, p.51). Freud recorre tanto à Escola de Nancy quanto a de Salpêtrière, e segue na contramão do trabalho dos médicos de Viena (Meynert ou Richard Von Krafft-Ebing). Ele não dera razão nem a Charcot e nem a Bernheim, extraíndo de ambos médicos lições frutíferas, pois o primeiro abrirá caminho para a neurose de histeria e o segundo havia mostrado o princípio de seu tratamento psíquico (idem, *ibidem*).

As divergências entre Bernheim e Charcot são profundas; Bernheim foi considerado por muitos anos o melhor psicoterapeuta europeu, dez anos mais tarde, foi quase esquecido (ELLENBERGER, 1970).

### 3.2. A ESCOLA DE SALPÊTRIÈRE

Segundo Ellenberger (1970), a escola de Salpêtrière<sup>1</sup> era organizada e dirigida por um dos maiores professores de psiquiatria na segunda metade do século XIX: Jean-Martin Charcot (1835-1893), neurologista reconhecido como o melhor de seu tempo pelo estudo dos fenômenos mentais. Reis e príncipes vinham de várias partes do mundo procurar Charcot para tratamento.

Charcot nasceu em Paris, em 1825, no seio de uma família modesta, e por volta de seus vinte anos ingressou na medicina. Ao longo de seu percurso médico, conheceu o Ministro das Finanças, Achille Fould, o qual foi seu paciente, assim como

---

<sup>1</sup> As informações referentes a Escola de Salpêtrière foram colhidas na Enciclopédia Virtual Wikipédia. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital\\_da\\_Salp%C3%AAtre](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_da_Salp%C3%AAtre)>. Acesso em: 15 abr. 2011.

toda sua família. O Ministro Fould contribuiu para sua admissão no Hospício de Salpêtrière (ROUDINESCO, 1986).

Por volta dos anos 1670, pessoas sem lar eram albergadas no *Hôtel des Invalides* e toda categoria de mendigos no *Hôpital Général*, o qual era constituído de três unidades: *Bicêtre* para os homens, *La Pitié* para jovens e *La Salpêtrière* para mulheres. *La Salpêtrière* é hoje uma dependência do Hospital Geral de Paris.

O nome desse hospital vem do fato de ter sido construído no local de uma antiga fábrica de pólvora, cujo componente principal é o salitre, em francês, *salpêtre*. Situado oposto ao Arsenal do Rei, na outra margem do Sena, o hospital foi primitivamente um albergue e orfanato, criado por édito real de 1656 para os mendigos da cidade, com o fim de por termo à mendicância e vagabundagem, origem de todas as desordens e crimes que ocorriam em Paris e seus arredores. Este refúgio abrigava 1.460 pessoas em 1661; recebia inclusive filhas de nobres pobres e arruinados, as quais gozavam de tratamento especial. A todos era dado um sólido ensinamento religioso, além da alfabetização e artes habilitadoras. As mais pobres dentre as mais de 800 das *Filles du roi* (“filhas do rei”), moças voluntárias que foram enviadas para as colônias para constituírem famílias com os colonos franceses entre 1663 e 1673, foram albergadas e treinadas em prendas domésticas na Salpêtrière, antes de serem embarcadas para seu destino.

Em pouco tempo, porém, a Instituição degenerou em um repugnante depósito de loucos e malfeitores. Em 1680, um édito real determinou que o Hospício de Salpêtrière, que já abrigava em suas imensas instalações os mendigos, epiléticos, paralíticos, aleijados e vítimas de doenças mentais ainda tidas como manifestações demoníacas, fosse também uma prisão para as prostitutas presas nas ruas da cidade. Gemidos e impropérios gritados todo o tempo e a grande infestação de ratos, não permitiam o descanso de ninguém. Seu primeiro capelão foi São Vicente de Paula, dedicado inteiramente a aliviar o sofrimento dos internos mais miseráveis.

Um dos mais hediondos episódios da Revolução francesa ocorreu ali, *le massacre de La Salpêtrière*, na noite de três para quatro de setembro de 1792. Um bando de bêbados decidiu libertar as prostitutas lá recolhidas e apesar de libertarem certo número delas, as demais mulheres, doentes mentais, alcoólatras e portadoras de deformações físicas, foram arrastadas para a rua e massacradas à vista do povo.

As loucas mais agitadas ficavam acorrentadas até morrer. Somente no início do século XIX a situação da seção de alienados mudou por obra do psiquiatra

Philippe Pinel, que determinou a remoção das correntes e a humanização do tratamento das doentes. Na segunda metade do século XIX, quando Jean-Martin Charcot assumiu a responsabilidade por essa seção, o Hospício de Salpêtrière tornou-se um centro de estudos psiquiátricos mundialmente famoso, que recebia estudantes de todo o mundo para assistir experimentos e aulas sobre doenças mentais.

Roudinesco (1986), narra que a partir de 1872, Charcot foi designado professor da cadeira de anatomia patológica e deu início às aulas sobre localizações cerebrais e epilepsia cortical. Em 1882, a neurologia foi reconhecida pela primeira vez como disciplina independente. Foi nessa época que Charcot interessou-se pela histeria e pelo hipnotismo. Nesse sentido, em 1885, a microbiologia revolucionou o saber médico e Charcot pode afirmar duas verdades contraditórias: primeiramente a histeria era uma doença nervosa, transmissível por via hereditária e a outra neurológica, para qual a epilepsia não era uma simulação, mas uma doença autônoma, funcional e sem traços lesionais.

Voltemos ao trabalho de Charcot no hospital, pois nessa época ele atendia de quatro a cinco mil mulheres. Várias pacientes tinham doenças desconhecidas e raras condições neurológicas, as quais poderiam se constituir em valiosa fonte de pesquisa. Lá, Charcot escolheu cuidadosamente seus colaboradores, instalou consultórios, laboratórios de Raios-X e fazia moldes de gesso. Enfim, fotografava tudo no intuito de encontrar uma lesão cerebral. Só assim ele poderia dar dignidade à histeria na clínica médica, porque até então a histeria era considerada uma simulação. Portanto, aos olhos do público, Charcot era um homem que tinha explorado toda a mente humana e foi apelidado de “O Napoleão das Neuroses”, pois era reconhecido pelas descobertas da histeria, da hipnose, da dupla personalidade, da catalepsia e do sonambulismo. Com o decorrer dos estudos, Charcot foi considerado o descobridor da explicação científica de possessão demoníaca, a qual ele assumiu, pois segundo ele não era nada além de uma forma de histeria (GAY, 1989).

Conforme narra o historiador Peter Gay (ibidem), Charcot durante suas atividades na Salpêtrière, demonstrava ser mais que um “ator” e ao mesmo tempo iluminava a medicina, sendo considerado celebridade social. Pode-se sublinhar que ele diagnosticou a histeria como uma enfermidade, ao contrário do que diziam aqueles que a consideravam um refúgio de doentes imaginários. Tendo conseguido

trazer de volta a hipnose da mão de charlatões e curandeiros, Charcot passou a usá-la de modo surpreendente no tratamento de muitos pacientes. Desta maneira, resolveu abrir as portas para o público, apresentando o trabalho da hipnose e o estudo da histeria, através da famosa lição das terças-feiras. O público era composto de artistas, escritores, médicos, e todos estes ficavam fascinados com as cenas de espetáculo que presenciavam. O fato foi que essas lições começaram a repercutir no mundo inteiro. Para Gay (ibidem): “Charcot era um artista e, segundo ele mesmo, um visuel - ‘um homem que vê’. Confiando no que via, ele defendia a prática acima da teoria” (GAY, 1989, p.62).

Portanto, foi dessa forma que Charcot demonstrou-se interessado nas manifestações psicopatológicas das populações primitivas e queria compará-las às manifestações históricas de suas pacientes em Paris. Foram encaminhadas muitas mulheres nativas da África Central para Salpêtrière. Estas chegavam possuídas e exorcizadas, apresentando severos sintomas, tendo então Charcot as examinado e conduzindo-as a tratamento (ELLENBERGER, 1970).

Charcot também tinha que imprimir uma batalha contínua contra a Escola de Nancy, pois estava perdendo espaço para seus oponentes. Precisamente, foi Bernheim quem divulgou sarcasticamente que dentre as melhores pacientes que ele havia hipnotizado somente uma havia demonstrado os três estágios descritos por Charcot. Esta mulher havia ficado três anos na Salpêtrière, ou seja, comprovando o que Charcot havia dito sobre a histeria e a hipnose (idem, ibidem).

Apesar da rivalidade entre as escolas, Charcot e seus alunos acreditavam que o estado hipnótico era “uma condição mórbida artificialmente produzida - uma neurose” (GAY, 1989, p.63). Charcot acrescentou dizendo que o estado hipnótico somente poderia ser provocado em pacientes histéricos. Para comprovar o que afirmava, Charcot começou a investigar e estudar a histeria no sentido de diferenciá-la da epilepsia. Foi pensando dessa maneira que assumiu uma ala composta somente por mulheres que sofriam de convulsões, sendo algumas delas epiléticas (ELLENBERGER, 1970). Assim, Gay (1989, p.64) escreve: “Charcot costumava dizer que, de modo geral, a anatomia conclui seu trabalho e pode se dizer que a teoria das doenças orgânicas está completa; agora chegou o tempo das neuroses”.

Vale lembrar que, por vinte e cinco séculos, a histeria foi considerada uma doença estranha, cujos sintomas eram incoerentes e incompreensíveis. No entanto, sendo chefe da enfermaria, Charcot descobre que, no meio dos pacientes

epilépticos, estavam também os histéricos, ou seja, aqueles que não tinham problemas neurológicos. Mesmo assim, Charcot continuou buscando uma lesão cerebral, pois esta seria a prova de uma patologia. Mas o fato foi que, durante o seu percurso, não encontrou lesão alguma. Daí em diante, passou a nomeá-la como uma “lesão dinâmica”, utilizando a técnica da hipnose para diferenciá-la de outras doenças. Deste modo, a histeria foi elevada à dignidade de uma doença.

Então, foi seguindo um caminho complexo e marcado por diversas influências, que Charcot conheceu outro médico, A.F.A. King, importante ginecologista que examinava mulheres entre a puberdade e a menopausa e pesquisava a histeria em homens a fim de fazer um diagnóstico diferencial. À medida que examinava os homens com sintomas histéricos, concluía que a histeria masculina também era possível (ELLENBERGER, 1970).

Pierre Janet (1850-1947), médico, filósofo e psicólogo, fez críticas a Charcot quanto ao método neurológico para o estudo da histeria e ao de Bernheim em relação à sugestão. Entretanto, Charcot acolheu Janet na Salpêtrière, trabalharam juntos e o incentivou a estudar a histeria (TRILLAT, 1991). A obra de Janet propõe:

“Uma teoria segundo a qual na histeria há um “estreitamento da consciência” e todos os fenômenos aí encontrados estão relacionados a ideias presentes no “subconsciente” que aparecem durante a hipnose. Trata-se de ideias patogênicas: uma vez extraídas e substituídas por outras, termina-se com o sintoma. Isso o levou a formular ao mesmo tempo que Alfred Binet, seu rival, o conceito de “dissociação da consciência” - coexistência de dois estados da consciência que se ignoram mutuamente, a consciência e o subconsciente, lá onde jazem as ideias patogênicas”. (QUINET, 2005, p.100).

De fato, para Janet, na histeria há uma fraqueza psíquica e as ideias patogênicas poderiam vir à luz sob o trabalho de hipnose. Janet trabalha no campo científico, tanto quanto Charcot, porém ele não explora para além da consciência. Outra crítica de Janet a Charcot é que este cometeu alguns erros metodológicos no tratamento da histeria. Conforme Ellenberger (1970), um dos erros refere-se:

“(…) aos históricos dos pacientes de Charcot nas alas do hospital de Salpêtrière. Janet diz que Charcot quase nunca fez plantões e somente via seus pacientes na sala de exames, acreditava nas informações que seus colaboradores reportavam a ele. Charcot nunca suspeitou que seus pacientes poderiam ser consultados por pessoas incompetentes”. (idem, ibidem, p.98).

Outra crítica que Ellenberger (ibidem) assinala é que, segundo Janet, Charcot usava para o estudo da histeria e para a hipnose a mesma metodologia usada pela neurologia.

Constatamos que embora Charcot tenha sofrido algumas críticas, ele continuou exercendo forte influência na literatura, foi modelo de caráter específico em várias peças de teatro, cientista de renome, prosseguindo sua pesquisa sobre o abismo da mente humana (idem, ibidem).

Outro discípulo importante de Charcot, conforme Roudinesco (1986), foi o médico francês Joseph Jules François Félix Babinski. Nascido em Paris, em 1857, após seus estudos na poderosa escola de Batignolles, conquistou a chefia de clínica na Salpêtrière, em 1884. Foi um aluno de postura ética em relação às intrigas e aos conflitos da época. Na opinião dos colegas, ele era um homem simpático a todos, tendo Charcot demonstrado predileção por ele. Babinski trabalhava na mesma equipe, porém a histeria para ele era uma simulação, uma representação. Pensava diferente de Charcot e foi um opositor dentro do serviço. Desse modo, chegou um momento em que os conflitos cresceram entre Babinski e Charcot, pois seu aluno considerava desnecessárias as suas pesquisas sobre a histeria.

Um dos destaques da obra de Babinski se refere às suas experiências nas quais eram transferidos sintomas histéricos, através de um imã, de um paciente a outro, ou seja, ele enfatizou a questão da eliminação de sintomas pelo método da sugestão (ROUDINESCO, 1986). Portanto, Babinski foi considerado um dos principais discípulos do mestre parisiense; após a morte de Charcot propôs uma nova designação para os distúrbios da histeria: distúrbios pitiáticos.

“(...) as palavras gregas *peithos* e *iatos* significam persuasão e curável; o neologismo “pitiático” bem poderia designar o estado psíquico que se manifesta por distúrbios curáveis através da persuasão, e substituiria com vantagem a palavra histeria. O adjetivo “pitiático” substituiria “histérico”. (idem, ibidem, p.63).

Nesse sentido, as questões mais discutidas eram sobre a simulação e a sugestão e Babinski acabou aliando-se a Bernheim, apesar de seu conceito de sugestão não ser o mesmo. Para Babinski, a sugestão é “a ação pela qual se busca fazer alguém aceitar uma ideia que não é razoável, que é absurda. A persuasão introduz uma ideia sensata” (TRILLAT, 1991, p.209). Babinski sublinhava que “Dizer

a um sujeito ‘você está atingido de paralisia’ é uma sugestão; dizer-lhe ‘sua paralisia é imaginária e pode desaparecer’, é uma persuasão” (idem, ibidem, loc.cit).

A partir dessa teorização, Babinski buscou um diagnóstico diferencial entre os pacientes que simulavam e aqueles que realmente eram doentes sinceros. Essa preocupação girava em torno de quais ele acreditava serem bons simuladores e que poderiam chegar a reproduzir todos os acidentes histéricos. Em suma, para Babinski a histeria era uma doença, e todo paciente histérico era capaz de simular sempre. Por outro lado, permaneceram Raymond, Janet, Binet, Claude, Pitres e Déjerine mantendo-se contra a teoria de Babinski, pois para eles os acidentes histéricos eram independentes da sugestão, e a emoção desempenhava um papel fundamental na gênese desses fenômenos (ROUDINESCO, 1986).

### 3.2.1 CHARCOT E A HISTERIA TRAUMÁTICA

Como já dissemos anteriormente, a grande questão sobre a histeria, na segunda metade do século XIX, era se ela poderia atingir os homens, visto que não era considerada uma doença simuladora e muito menos apanágio das mulheres - afirmativa ousada de Charcot (ELLENBERGER, 1970). Para este autor, a origem da histeria estava ligada a um trauma, dando provas, assim, do que teria dito sobre a histeria masculina.

Charcot havia abandonado a questão que girava em torno do útero, apresentando a histeria como uma doença nervosa de origem hereditária e orgânica (paralisias causadas por um acidente). Porém, para diferenciá-la da simulação, foi necessário abandonar a etiologia sexual (ROUDINESCO, 1986). Charcot desfez o mito da histeria, mostrando e provando que a histeria era possível em homens, pois, segundo seus ensinamentos, o mecanismo da histeria estava presente no sintoma inconsciente.

Encontramos na obra freudiana momentos que revelam o quanto Charcot estava empenhado no estudo das paralisias histéricas, decorrentes de trauma. Além disso, as circunstâncias de vida e do trabalho de Charcot sobre a etiologia da histeria assumiram sua forma final (FREUD, 1893-1895). Conforme Trillat (1991), Charcot defendeu a histeria traumática no período de 1885 há 1888. Assim, é

importante sublinhar que nesse período Charcot apresentou uma dúzia de casos de histeria traumática em homens.

Vimos que, Charcot foi um trabalhador infatigável e a multidão o procurava por ser um médico famoso. Então, pouco a pouco ele foi abandonando a teoria das doenças nervosas orgânicas e dedicando sua atenção à histeria masculina. Sabemos que ele tratou a histeria como mais um tópico da neuropatologia e fez uma descrição completa dos seus fenômenos. Além disso, descobriu que a histeria em homens, principalmente na classe trabalhadora, era mais frequente do que se poderia esperar. Segundo Freud, também com os homens que trabalhavam em ferrovias, Charcot pode demonstrar que estados atribuídos à intoxicação alcoólica eram igualmente de natureza histérica. Desse modo, o próprio Charcot estava convencido de que suas teorias sobre a histeria traumática masculina triunfariam. Porém, lamentou que a histeria masculina não fosse observável e distinguida fora da França, reconhecendo que, por certo tempo, a histeria masculina havia passado despercebida por ele próprio. Freud (1893-1895) assinala que Charcot:

“Era muito sensível à acusação de que a França era uma nação muito mais neurótica que qualquer outra e de que a histeria era uma espécie de mau hábito nacional; e ficou muito satisfeito quando o artigo *Sobre um Caso de Epilepsia Reflexa*, que versava sobre o caso de um granadeiro prussiano, permitiu-lhe fazer um diagnóstico mais abrangente à histeria”. (FREUD, 1893-1895, p.30).

Charcot explica que para induzir a paralisia e demonstrá-la, mesmo em um paciente histérico, era necessário além do estado de hipnose, o método da sugestão. Ele provou através de argumentos que as paralisias eram resultados de ideias que tinham dominado o cérebro do paciente em momentos de disposição especial ou, dito de outro modo, a paralisia histérica era provocada pela autossugestão após um traumatismo. Para ele, a sugestão parte de um cheiro, de uma sensação, ou da visão de objetos. Em outras palavras, ele ressaltou que nem todas as sugestões são colocadas em cena pela palavra.

Abriremos um parêntese para descrever as lições da histeria em cena, através de falas que são reproduções de textos abordados por Quinet (2005) em seu livro *A Lição de Charcot*. Conforme Quinet postulou em 2003 em *Grande Histeria*, essas lições eram apresentações improvisadas de pacientes histéricos, porém Charcot agia do mesmo modo que em sua clínica privada, com a diferença de que

falava em voz alta e consentia a participação de ouvintes. As apresentações de pacientes eram nas terças e sextas-feiras semanalmente. Às terças-feiras para os médicos do serviço, já das sextas-feiras participavam médicos e leigos (dentre eles escritores, artistas, estudantes etc.). Desse modo, Charcot descrevia quadros que seus pacientes realizavam, pois a sua pesquisa fazia-o buscar os histéricos com manifestações evidentes e espetaculares. Eram esses sujeitos que reproduziam as manifestações do quadro clínico pintado por Charcot que, como diretor do hospital, expunha-os à verificação da platéia. Trataremos de uma das aulas, onde estavam no palco Charcot, Richer, Babinski e na plateia, dentre muitos, destacamos Freud. Charcot é recebido com uma salva de palmas e inicia da seguinte forma: “Senhoras e senhores, boa noite! Hoje: a histeria no homem. Há muito tempo ultrapassamos o preconceito de que a histeria seria um privilégio feminino”. (QUINET, 2005, p.52).

Como veremos adiante, nessa aula Charcot submeterá a seu exame clínico dois homens que cometeram inúmeros delitos e, assim, ele diz: “A histeria viril se aninha sob os andrajos dos maltrapilhos, vagabundos, e nos depósitos de mendigos e nos cárceres. É o teatro da crueldade” (idem, ibidem, p.55). Charcot foi questionado pelos participantes da plateia sobre o que significava esses dois pobres homens em seu ensino. Mas, ele prossegue:

“Será que a histeria é mesmo mais frequente nas mulheres do que nos homens? Nada é menos evidente. Vamos ver primeiro o ator, Sr. L., que nas feiras banca ‘o homem selvagem’ fazendo o truque de ‘o decapitado falante’. (...) ... em seguida veremos o cantor gago, Sr. R., que dorme na rua sob estrelas...”. (QUINET, 2005, p. 56).

No entanto o próprio Charcot arrepende-se, pois o Sr. L., ao entrar no palco, começa a ter um ataque histeroepilético e, em seguida, o Sr. R.. Desse modo, Charcot pede que entre o Sr. Pin, de 18 anos, um trabalhador robusto e musculoso. Esboçemos, então, o quadro, pois esse homem tinha uma paralisia no braço esquerdo devido uma queda de dois metros de altura. Não houve consequências imediatas e sérias, mas após alguns dias o seu braço esquerdo apresentou dores e fraqueza e, em seguida, paralisia. Para Charcot, se tratava de histeria traumática. Nas palavras de Quinet (ibidem), vemos como Charcot apresenta a história desse sujeito:

“Quando tinha nove anos, sua mãe morreu. A partir de então fugia frequentemente da casa do pai. Um dia, ao encontrá-lo na rua com vagabundos, o pai decidiu interná-lo em uma escola para jovens com problemas. Cinco dias após sua entrada no serviço, obtivemos um ataque violento de histeroepilepsia, durante o qual rasgou os lençóis, as cortinas de seu leito e, voltando seu furor contra si mesmo, mordeu o próprio braço. Jamais tivera nada no gênero. O mais extraordinário é que, ao despertar desse ataque, para seu grande espanto, o enfermo conseguiu mover o braço que se encontrava paralisado. E desde então não apresentou mais a paralisia”. (idem, *ibidem*, p. 57).

A partir desse quadro, perguntaram a Charcot se esse homem havia ficado curado ou se essa paralisia era falsa. Charcot responde claramente que não, pois se trata do efeito de sugestão. Para melhor compreensão, acompanharemos o que Quinet (*ibidem*), assinala sobre essa lição:

“Vejam como procedi. (Charcot indica a Pin que se deite na maca. Babinski o hipnotiza enquanto Charcot se concentra como que para entrar em cena. Babinski aperta o mamilo direito de Pin, o ataque começa e logo fica violentíssimo, com o paciente mordendo o próprio braço até cair no chão desmaiado. Charcot se aproxima dele e o desperta. Pin se levanta apoiando-se no braço esquerdo. Charcot dirige-se a Pin.) O senhor está pensando que está curado? Pois engana-se! O senhor não pode mais levantar seu braço, nem mover os dedos! (Pin tenta, sem conseguir, levantar o braço para pegar na mão de Charcot.) A experiência foi um sucesso, ele ficou com o braço paralisado!”. (idem, *ibidem*, p.58).

Foi assim que Charcot utilizou o paciente histérico, colocando-o em estado de sonambulismo e hipnotizando-o. O que mais impressionou Freud (1925[1927]) foi que:

“Charcot (...) provara, por exemplo, a autenticidade das manifestações históricas e de sua obediência a leis (...). A ocorrência frequente de histeria em homens, a produção de paralisias e contraturas por sugestão hipnótica e o fato de que tais produtos artificiais revelam, até em seus menores detalhes, as mesmas características que os acessos espontâneos, que eram muitas vezes provocados traumáticamente”. (FREUD, 1925[1927], p.20).

No entanto, Charcot revela que se trata de sugestão, pois o que se faz pode-se romper, apresentando ao público o momento que Pin desfaz a paralisia. Charcot não para por aí e dá continuidade, pedindo a Babinski que deite novamente Pin na maca e pressione seu testículo direito. Desse modo inicia uma nova crise, onde Pin

rasga o lençol e suas roupas. A plateia fica assustada e com medo, pois Pin ingressa num estado de delírio violento. Assim, de olhos fechados, ele corre no palco, dando a impressão que estava se defendendo de alguém e segurava o braço esquerdo com seu braço direito. Enfim, parecia que o braço esquerdo representava alguém querendo machucá-lo. Em meio a tudo isso, vai em direção a Charcot, em estado sonambúlico, para atacá-lo, gritando: “Vai, pega a tua faca! Vai, ataca, fere logo! Vai logo!” (QUINET, 2005, p. 58).

Cabe aqui lembrarmos que Charcot fazia apresentações de pacientes e Quinet (*ibidem*), reproduz as falas e caracteres dos pacientes em uma peça que retrata uma das lições de Charcot. De fato todos os personagens da peça existiram. Muitas falas são reproduções fiéis dos textos originais dos personagens históricos. A partir de agora seguiremos com alguns momentos da peça, reproduzida por Quinet (*ibidem*).

A partir de então, Freud agindo como diretor da peça, sai da plateia, vai até o palco, pedindo que os atores saiam de seus personagens. Em seguida retoma, pedindo que entre em ação a cena do traumatismo. Nessa cena teremos a participação do pai, da mãe, de Pin, dos médicos assistentes e de Charcot.

Conforme as informações colhidas em *A Lição de Charcot* (Quinet, 2005), observamos que a mãe de Pin, antes de morrer, pediu que ele obedecesse ao seu pai. Contudo Pin se desespera ao ver a mãe morrer. Ele passa da tristeza à angústia e da angústia ao ódio. Pin chama pelo pai, mas ele não o encontra, levantando a hipótese de o pai estar bebendo como sempre. Portanto, Pin sai ao encontro dos meninos de rua e se junta a eles para cheirar cola. Nesse instante chega o pai bêbado e grita com Pin: “Seu vagabundo! De novo matando aula! Você nunca vai mudar!” (*idem, ibidem, p.59*). Mesmo diante dessa fala agressiva do pai, Pin não se cala. Ele se defende, dizendo que não é como o pai, e assim o pai parte para espancá-lo. Ainda assim Pin dirige as seguintes palavras ao pai: “Seu inútil! Bêbado! Brocha! (...) Assassino!” (*idem, ibidem, p. 60*). O pai de Pin continua enraivecido e refere-se à mãe de Pin de modo grosseiro. Foi então, nesse instante, que Pin tirou uma faca escondida em sua roupa e com a mão esquerda agride o pai: “Vai, pega a tua faca! Vai, ataca, fere logo! Vai logo!” (*idem, ibidem, p.60*).

De acordo com as descrições de Quinet (*ibidem*), Charcot retoma a lição no plano da realidade e os atores seguram Pin, que desperta ao final da cena. Ele imediatamente pergunta a Charcot o que aconteceu e um dos médicos assistentes,

Richer, diz que ele acabou de passar pela consulta de Charcot e o que se deu foi um ataque de histeroepilepsia, acrescentando que tudo estava bem e sua paralisia no braço não voltou. Charcot finaliza com as seguintes palavras: “Apresentando esses casos pretendi mostrar para vocês que a histeria no homem não é uma enfermidade rara. Ela existe com todas as características que se encontram nas mulheres” (QUINET, 2005, p.60).

Portanto, compreendemos que a paralisia traumática espontânea fica completamente explicada e se torna semelhante à paralisia produzida através da sugestão, sendo a gênese do sintoma determinada de modo inequívoco pelas circunstâncias do trauma (FREUD, 1893-1895). Dessa maneira, a paralisia histérica que se segue a um trauma foi ilustrada através de alguns casos em homens, constituindo o ponto final dos ensinamentos de Charcot. Observamos que existiam boas razões para Charcot abordar a histeria traumática e as paralisias em homens, pois com o avanço da maquinaria, do tráfego ferroviário, e do crescimento dos acidentes ferroviários, as companhias de seguro eram acionadas com frequência cada vez maior (TRILLAT, 1991).

Todavia, com o desenvolvimento das estradas de ferro, começou-se a manifestar um grande grupo de traumatizados, provocando perturbações comparáveis às manifestações históricas de caráter neurológico. De fato, os traumatismos físicos acontecidos eram considerados consequências das colisões e descarrilamentos dos trens.

“Questão de primeira importância, visto que ela acarreta pedidos de reparações financeiras por parte das vítimas. Esses pedidos se chocam com as reticências das companhias de seguro; abre-se então um campo novo para avaliação médico-legal. Questão de dois gumes: visto que as vítimas são frequentemente trabalhadores, volta à atualidade a histeria masculina”. (idem, ibidem, p.158).

Assim sendo, as companhias de seguro gastavam muito dinheiro com as indenizações. Uma vez acionadas as companhias de seguros, os médicos legistas eram convocados a fazer avaliações nesse grupo de homens acidentados. Essas avaliações eram realizadas principalmente em homens que faziam exames, se tratavam, ficavam bons e depois eram liberados de volta ao trabalho. O fato era que muitos desses homens não retornavam e, a partir de então, as seguradoras passaram a questionar: por que não voltavam ao trabalho? Por que permaneciam

em casa? O que estaria acontecendo com esses homens? Para Charcot, esses estados questionados em homens acidentados não eram senão histeria.

Vejamos o que aconteceu na Inglaterra, onde havia estradas de ferro e essa patologia era conhecida pelos médicos. Os médicos separavam esses homens em dois grupos: em um grupo permaneciam aqueles com traumatismos que acarretavam danos corporais (contusões, fraturas etc.). Já o outro grupo era daqueles que apresentavam manifestações histéricas, exibindo problemas emocionais provocados por um pequeno traumatismo e sem danos corporais (TRILLAT, 1991).

Na Inglaterra, o Dr. Page, cirurgião inglês, após examinar cento e cinquenta casos de homens trabalhadores, descreveu essa patologia com outro nome. Ele a nomeou de “*Railway Spine*” e “*Railway-brain*”, distinguindo choque nervoso de choque traumático. A *Railway Spine* é uma doença causada por acidentes de trem, em que vários homens apresentam paralisia e incapacidade para o trabalho, sem que os médicos encontrem motivações orgânicas. As afirmativas do Dr. Page era que os distúrbios provocados pelos acidentes apareciam em sujeitos histéricos ou neurastênicos. Tal afirmação reduziu a responsabilidade das seguradoras, ficando explícito que os sintomas após o acidente apareciam em sujeitos predispostos (idem, ibidem). A *Railway Spine* também foi pesquisada na Alemanha, onde ocorriam várias perturbações em consequência de acidentes ferroviários.

“A psiquiatria alemã identificará a causalidade da histeria nas representações mentais, enquanto sua vizinha francesa enfatizara o teatro e a sugestibilidade, pois Charcot, ao se interessar pela histeria masculina, se depara com a debilidade das pseudo-síndromes neurológicas”. (POLLO, 2003, p.20).

Em outras palavras, os franceses negaram a existência da neurose traumática dos alemães, chegando a admitir que os casos não orgânicos de *Railway Spine* tinham certa peculiaridade sintomática, como descreveram os alemães, mas insistiram que elas pertenciam à histeria (ELLENBERGER, 1970). Apesar de todos os esforços de Charcot, na Alemanha esta doença era diagnosticada com o nome de “neurose traumática”, enquanto Charcot defendia e insistia em “histeria traumática”.

Observamos que as controvérsias sobre a *Railway Spine* apareceram à medida que aumentavam as reclamações contra as empresas ferroviárias. Foi

então, justamente em 1886, que o cirurgião inglês Erickson abriu espaço para o debate no campo da medicina, analisando as consequências emocionais de acidentes ferroviários. É impressionante como Erickson conseguiu examinar e relatar catorze casos de perturbações nervosas como consequência de acidentes ferroviários (TRILLAT, 1991).

Para Erickson (*apud* TRILLAT, 1991, p.159): “As perturbações são atribuídas a uma ‘inflamação da medula’, donde a denominação de *Railway Spine*”. O estado mental do sujeito que sofreu o acidente era muito parecido com o estado mental dos hipnotizados. Deve-se sublinhar que esse era o pensamento de Charcot e, assim, a sede medular do transtorno passou a ser a *Railway-brain*.

A teoria de Erickson foi publicada nos Estados Unidos e foi bem aceita por Walton e Putnam, entre outros. É importante destacar o trabalho do grande neurologista James Jackson Putnam, em Boston, pois ele incentivou as autoridades ferroviárias a terem mais cuidado, acreditando que assim reduziria o número de acidentes nas ferrovias. Para Putnam, o problema se referia a uma histeria traumática, relatando dois casos de sintomas histéricos. Ele enfatizava que era preciso investigar dentre os vários sintomas quais seriam típicos da histeria, uma doença que para ele era reconhecida por ter geralmente sua base no centro cerebral (certamente, não na espinha). Putnam acreditava que a mente deveria sofrer com o acidente, ao invés da espinha (KELLER, 1995).

Diante de tantas controvérsias entre americanos, alemães e franceses, estava lá Charcot palestrando na Salpêtrière e afirmando que esta situação poderia ser explicada como um fenômeno histérico. Como prova, Charcot disse que ao hipnotizar ele tinha produzido paralisia sintomática idêntica às paralisias traumáticas (ELLENBERGER, 1970). De outra maneira, pode-se entender que o estado mental, ocasionado pelo choque nervoso em um acidente, era similar ao estado de sonambulismo do hipnotismo.

“(...) estes graves e obstinados estados, os quais eram apresentados com resultado de colisões ferroviárias levando vítimas à inabilidade de voltar ao trabalho por vários meses ou anos, são frequentemente somente histeria, nada mais que histeria”. (CHARCOT *apud* KELLER, 1995, p. 517).

Ao se considerar os vários acidentes ferroviários, foi possível afirmar que a maioria dos homens vitimados possuía previamente o diagnóstico de histeria

masculina, pois apresentavam sintomas clássicos, e assim a histeria masculina foi estendida a outros homens com desordens pós-traumáticas funcionais. Desse modo, narra Ellenberger (1970), a frequência da histeria masculina aumentou na França, porque passou a ter dois tipos de diagnósticos em Paris. Primeiramente, a clássica (na qual a hereditariedade foi considerada o principal fator etiológico), e a pós-traumática, na qual a hereditariedade tinha um papel menor.

Daí em diante, em Viena, a existência da histeria masculina não foi mais questionada. Grande parte dos austríacos não aceitava a identificação da paralisia traumática de Charcot em homens e a histeria masculina. Mesmo assim, diríamos que a histeria traumática passou a ocupar uma posição importante não só na obra de Charcot, como também no nascimento da psicanálise. Contudo, Charcot não avançou em seus ensinamentos sobre a histeria, pois estava muito preocupado em encontrar uma lesão cerebral, ou melhor, uma localização cerebral.

Trillat (1991), nos conta:

“Depois da morte de Charcot, a histeria cai em descrédito e a histeria traumática também. Somente será utilizada a denominação de neurose traumática, ao menos até a experiência trágica da guerra de 1914-1918, quando se verá os neurologistas alemães condenarem Oppenheim e sua “neurose traumática”. (...) A histeria traumática, a histeria masculina, hipótese segundo a qual a idéia sugerida pode viver no aparelho psíquico em estado de parasita e, por causa disso, adquirir um poder considerável, o estado mental no momento do choque comparado a um estado hipnótico, todo esse ensinamento não cairá em ouvidos moucos”. (idem, ibidem, p.161).

Porém, cabe ressaltarmos que do ponto de vista da psicanálise, Freud aceitará o diagnóstico de histeria masculina e seus textos nos ajudarão a compreender melhor estas discussões que giraram em torno da histeria traumática. O fato foi que Freud presenciou as aulas de Charcot, guardou todo seu ensinamento durante sua estada na Salpêtrière e deu uma virada teórica nas questões que se referem à histeria traumática conceitualizada por ele. O que parecia difícil para muitos autores entenderem era a possibilidade de um homem maquinista, isto é, um sujeito aparentemente robusto e saudável, tornar-se histérico após um acidente (idem, ibidem). Então, Freud inicia o seu trabalho pesquisando a origem do desencadeamento do sintoma. No decorrer de sua obra, veremos que ele apresenta e sustenta que a histeria tem uma causa sexual. Mas, desde já, podemos nos interrogar: o que um sintoma histérico tem a ver com uma cena sexual?

No próximo capítulo será trabalhada a histeria em Freud, inicialmente como aluno de Charcot - quem primeiro, com sua ousadia, procura demonstrar que a histeria também pode ser masculina. Quando Freud se debruça sobre a histeria, ele quer saber acerca do que sustenta as manifestações históricas e quais operações estão em jogo. Busca o saber sobre a verdade dos enigmáticos sofrimentos do psiquismo. Com o abandono da teoria da sedução rumo à psicanálise, a histeria passa a ser concebida como “uma defesa contra a recordação (ideia) de um evento traumático de natureza sexual ocorrido na infância (...). Quando criança, o sujeito teve uma experiência sexual cuja carga de afeto foi insuportável (...) e lhe é inconciliável com a consciência” (QUINET, 2005, p.103), recalçando-a e retornando sob a forma de sintoma.

## 4. NA TRILHA DO NASCIMENTO DA PSICANÁLISE

Neste quarto capítulo, abordaremos o percurso em que Freud, com a ajuda dos pacientes histéricos, descobre as formações do inconsciente. Em primeiro lugar, ele descortina os sonhos e os sintomas da histeria.

Ao ingressar no Hospital Salpêtrière, em Paris, Freud concentrou-se furiosamente em suas pesquisas. Lá conheceu Charcot pessoalmente e escreveram juntos uma série de artigos acerca de suas teorias sobre o trauma, e da ligação com fatores sexuais como causas da histeria.

Em sua volta à Viena, após dez anos de estudos, Freud é procurado por pessoas que sofriam do mal em cujo estudo ele havia se tornado um especialista. Encaminhados por colegas, estes são os primeiros pacientes de sua clínica, onde ele debruça-se a investigar, entre outros assuntos, a histeria em homens, conforme aprendera com Charcot.

Ao longo desta dissertação, observamos que Freud formulou a causalidade sexual das neuroses e, assim, discorreremos sobre a teoria do trauma na etiologia das neuroses, demonstrando como Freud a reescreveu, à medida que evoluía sua obra. Portanto, percorreremos alguns textos freudianos, os quais articulam o trauma sexual com a fantasia e com o sintoma.

Veremos o momento em que Freud passou da teoria traumática para a teoria da fantasia, pois foi em um primeiro tempo que ele atribuiu à sedução o poder de modificar de modo estrutural o psiquismo, produzindo, assim, uma neurose (WINTER, 2001). Exploraremos a teoria da sedução até o momento em que Freud afirma que toda histeria é traumática, não devido ao acidente, mas sim ao sexual.

Nos relatos de muitos homens histéricos que haviam sofrido um acidente, Freud reconheceu elementos estranhos que faziam parte da história do sujeito, mas também da fantasia de cada um deles. Desse modo, ele descobre que as fantasias podem criar uma cerca viva ao redor do que é traumático para o sujeito, como também essas mesmas fantasias estão na origem do sintoma (WINTER, 2001). Poderíamos lembrar que, em 1919a, em seu artigo *Uma criança é espancada*, Freud considera a fantasia como resíduo das primeiras experiências sexuais infantis e como algo que tem o valor e o significado de um sintoma. Chegaremos até *Moisés e*

o *monoteísmo*, de 1939, ano de sua morte. Nesse texto é reafirmada a origem traumática da histeria, embora se trate de uma nova teoria do trauma.

Para finalizar, faremos uso de algumas contribuições de Lacan propondo uma investigação da teoria freudiana do trauma, que antecede a fantasia e o sintoma como respostas ao enigma do desejo do Outro. No entanto, estas ideias serão abordadas com mais profundidade posteriormente.

## 4.1. OS ESTUDOS DE FREUD

O futuro inventor da psicanálise era um jovem judeu, médico, que começou sua carreira universitária aos dezessete anos. Freud declara, em sua autobiografia, que ao ingressar na Universidade de Viena já falava francês e inglês, dominava o grego, o hebreu e o latim, e tinha certo conhecimento do espanhol e do italiano. Sua história começou em 1856, na cidade de Freiberg (Moravia), localizada na Europa Central. Morou grande parte da sua vida em Viena, exceto seus primeiros quatro anos e o último, quando se exilou em Londres para salvar sua vida e a de sua família dos nazistas.

Freud teve uma vida longa, o que lhe permitiu acompanhar, presenciar e investigar duas guerras mundiais. Nos últimos anos de vida, quando seu câncer já estava avançado, seu médico, Max Schur, lhe perguntou: será esta a última guerra? Freud responde que essa seria a sua última guerra. (COUTINHO JORGE & PAULO FERREIRA, 2010). Freud morre em Londres em 1939.

Desde a faculdade de medicina, ele se interessa pelas pesquisas de grandes nomes da época: Brucke, Hermann Nothnagel, Meynert, Breuer, Charcot, entre outros. Deparou-se com vários desafios, mas a sua ânsia por conhecimento era tão grande que ele venceu cada um deles. Ainda estudante, conquistou um lugar no laboratório de Brucke, onde realizou várias pesquisas de histologia. Freud se apaixonou pela biologia e pelas aulas de zoologia dadas pelo professor Ernst Wilhelm Von Brucke: “No laboratório de fisiologia de Ernst Brucke”, escreveu ele, “finalmente encontrei sossego e plena satisfação”. Sentia-se livre para admirar - e tentar imitar - “o próprio mestre Brucke” e seus assistentes (FREUD *apud* GAY, 1989, p.46).

Freud admite para si, logo no início de sua carreira, que para ganhar experiência clínica, precisava de uma prática médica. Nesse trabalho com Brucke, ficou claro para Freud que apenas ouvir conferências e relatar experiências de laboratório não seria o suficiente para chegar onde almejava (GAY, 1989). Para ser clínico como desejava, era necessário submeter-se a sacrifícios, mesmo para alguém como ele tão interessado em estudos e pesquisas. Freud foi aconselhado por Brucke a deixar o laboratório e a assumir um posto no Hospital Geral de Viena, pois tinha dificuldades financeiras e estava apaixonado por Martha Bernays, sua futura esposa e mãe de seus filhos.

O Hospital Geral de Viena, com seus quatro a cinco mil pacientes, era um dos mais famosos centros de estudos do mundo, onde quase todos os chefes de departamento eram celebridades médicas (ELLENBERGER, 1970). Freud lá permaneceu por três anos, fez pesquisas sobre anatomia cerebral e experimentou uma variedade de especialidades médicas, as quais posteriormente contribuíram também para a psicanálise (GAY, 1989).

Durante sua estadia no Hospital Geral de Viena, Freud fez as famosas, embora controversas, pesquisas com a cocaína, chegando a descobrir sua função analgésica. Ele pesquisava o uso da cocaína para aliviar problemas cardíacos e, mais precisamente, para ajudar seu amigo Ernst Von Fleischi-Marxow, que sofria as consequências de uma infecção.

“As receitas de cocaína de Freud para o amigo Fleischi-Marxow não se mostraram tão inócuas. “Se pelo menos conseguisse aliviar suas dores!” Freud exclamou ansioso para sua noiva, no início de 1885. Seu ardente desejo não se realizou, Fleischi-Marxow, morrendo lenta e miseravelmente, era ainda mais entusiástico quanto às propriedades curativas da cocaína do que o próprio Freud, e acabou tomando grandes quantidades por dia. Infelizmente, o remédio apenas intensificou seus sofrimentos durante o tratamento, Fleischi-Marxow se viciou em cocaína como antes se viciara em morfina”. (idem, ibidem, p.57).

Devemos realçar que as experiências de Freud com a cocaína o levaram a um sentimento de culpa, principalmente no caso do seu amigo Fleischi-Marxow. Essa desventura foi um episódio difícil na vida de Freud, mas ele nunca responsabilizou os outros por seus fracassos. O próprio Freud começou a usar a droga como estimulante para controlar estados depressivos, proporcionar uma sensação de bem-estar e ajudá-lo a relaxar em sua vida social (idem, ibidem).

Lembremos que nessa época não havia proibições à cocaína, pois nos Estados Unidos era usada como medicamento. Outro momento importante foi quando Carl Koller, colega e presidente do Departamento de Oftalmologia do mesmo hospital, realizou experiências nos olhos de animais, experiências estas feitas após a publicação de um artigo de Freud sobre a cocaína em julho de 1884. Freud trabalhou alguns anos nesse hospital, porém não gostava do seu trabalho, conseguindo assim transferência para trabalhar com Meynert no setor de psiquiatria.

Em 1883, na clínica psiquiátrica de Theodor Meynert, psiquiatra e anatomista, Freud teve que galgar muitos degraus, e somente em julho de 1884 tornou-se *Sekundararzt Superior*. Anteriormente, Freud havia feito um trabalho com Nothnagel, professor de medicina geral, durante um ano e meio. Alguns anos mais tarde, em fevereiro de 1886, escreve a Martha Bernays: “eu poderia realizar mais do que Nothnagel, ao qual eu me sinto muito superior” (GAY, 1989, p. 55). Embora, Nothnagel estivesse disposto a ajudar na promoção de sua carreira, e mesmo diante da disputa entre Nothnagel e Meynert, Freud decidiu ser transferido para o departamento de Meynert. É interessante observarmos que ele manteve um bom tempo de trabalho com Meynert, pois ficara fascinado com os ensinamentos dele. No entanto, reclamava que era difícil trabalhar com ele, alegando que não o ouvia e não o entendia (ROUDINESCO, 1986).

Meynert foi considerado o maior anatomista cerebral do mundo europeu, juntamente com Flechsig. De fato, Meynert era conhecido como um ótimo clínico, mas um mau palestrante e de pouco contato com os estudantes. Era também um poeta com uma personalidade difícil (GAY, 1989). Ao longo dos anos, o trabalho de Freud com Meynert foi se rompendo, devido a algumas questões nas quais os dois não concordavam, como, por exemplo, a hipnose e a histeria. Na verdade, a partir desse momento, Freud decide viajar para Paris, acreditando que a escola francesa de neuropatologia tinha algo de diferente a lhe oferecer. Ele já estava atraído pelo nome de Charcot e por um método anátomo-clínico que se opunha ao da fisiologia (ROUDINESCO, 1986). Com vistas a pertencer ao serviço de Charcot, Freud pede seu ingresso em Salpêtrière, ganhando uma bolsa de estudos como médico neurologista e anátomo-patologista.

“À distância brilhava o grande nome de Charcot, assim, formei um plano de em primeiro lugar obter uma designação como

conferencista universitário sobre doenças nervosas, em Viena, e então dirigir-me a Paris para continuar meus estudos”. (FREUD, 1925[1927], p. 19)

## 4.2. FREUD EM PARIS

Segundo Gay (1989), Freud chegou ao hospital Salpêtrière como um dos vários médicos visitantes e para pesquisar em laboratório de patologia; chegou acompanhado por um neurologista russo, Darxschewitch. Certo dia, escuta o que esperava para aproximar-se daquele que sabia ter o método da hipnose para tratar das histéricas e que muito o atraía. Como estava desapontado com as condições de trabalho, oferece a Charcot seu serviço de tradução para o alemão de parte da sua obra.

“Certo dia ouvi Charcot externar o pesar de que desde a guerra não tinha tido mais notícias do tradutor alemão de suas conferências, prosseguiu dizendo que ficaria satisfeito se alguém se encarregasse de verter o novo volume de suas conferências para o alemão. Escrevi-lhe oferecendo meus préstimos; ainda me recordo de uma frase da carta, no sentido de que eu sofria apenas de “l’aphasie motrice” e não de “l’aphasie sensorielle du français”. (FREUD, 1925[1927], p.20).

Assim, ele começou a participar das aulas de Charcot, assistindo às apresentações das pacientes histéricas. Ficou impressionado não somente com sua concepção sobre hipnose, histeria e neurose traumática, mas também pelo imenso prestígio de que gozava Charcot: “o príncipe da ciência”. Além disso, acreditava que o seu trabalho com Charcot pudesse acrescentar algo às suas próprias pesquisas. Por outro lado, passou a refletir sobre todo o ensino que recebeu em Viena dos professores Meynert e Nothnagel (FREUD, 1956[1886]). As descobertas dos médicos franceses sobre hipnotismo e histeria lhe interessavam bastante e Freud descreveu sua experiência nos seguintes termos:

“Tive, assim, oportunidade de ver um grande número de pacientes, de examiná-los e de ouvir a opinião de Charcot a respeito deles. O que me parece ter tido maior valor do que essa efetiva aquisição de experiência foi, no entanto, o estímulo que recebi, durante os cinco meses que passei em Paris, o meu constante contato científico e pessoal com o Professor Charcot”. (idem, ibidem, p.43).

Começando com a histeria sem nunca mais parar, Freud se debruça sobre a neurose e o sujeito que tem engastado em seu corpo o inconsciente. Seu interesse pela histeria foi para além dos fenômenos corporais encenados no século XIX. Ali mesmo na Salpêtrière, com Charcot, Freud apostava na redução da “conexão entre a neurose e o sistema genital a suas proporções corretas, demonstrando a insuspeitada frequência dos casos de histeria masculina e, especialmente, de histeria traumática” (idem, *ibidem*, p.45).

Nem tudo daquela época foi válido para Freud. Parte do ensinamento de Charcot sobre a histeria masculina se tornou duvidoso, mas muita coisa encontrou lugar no acervo da ciência. Podemos dizer que Freud, à medida que avançava nos estudos da histeria, deixava claro que aprendera sobre a histeria masculina com o trabalho de Charcot e que o estudo sobre as paralisias traumáticas na histeria era muito valioso.

Desse modo, foi necessário separar o órgão de sua função, rompendo o que era unido, desde a Antiguidade: útero e sexo, doença nervosa e medicina (ROUDINESCO, 1986). Além das demonstrações clínicas de Charcot, que impressionaram Freud, um fato o marcou tão profundamente que ele jamais esqueceu: em uma discussão alguém disse a Charcot que suas teses contradiziam determinada teoria, ao que ele respondeu: “Teoria é bom, mas isso não impede de existir” (COUTINHO JORGE & PAULO FERREIRA, 2010, p.18). Nesse contexto, Freud prossegue com a mesma tenacidade que percebera em Charcot, pensando a teoria a partir da clínica.

### 4.3. DE VOLTA A VIENA

Do ponto de vista de Roudinesco (1986), Freud retorna a Viena reconhecendo que seus meses na França o haviam separado da clínica dominada pela função do olhar e que agora prevalecia uma nova prática, sustentada pela escuta e pelo relato.

Em Viena, ele abre seu consultório para receber pacientes que lhe são enviados por Breuer e Nothnagel. Das experiências e observações tomadas das duas escolas médicas sobre a histeria, Nancy e Salpêtrière, Freud lançou mão da teoria do trauma escutada em ambas para direcionar a escuta e as observações dos

casos que se apresentavam em sua clínica particular, dando origem à sua invenção e obra: a psicanálise.

Com sua clínica particular, Freud reelabora a teoria do trauma e observa que uma indagação inconsciente persistia nos casos de histeria: “Sou homem ou sou mulher?” Essa e outras questões levaram Freud à descoberta de que não há inscrição da diferença sexual no inconsciente, como veremos ao longo desta dissertação (COUTINHO JORGE & PAULO FERREIRA, 2010).

Trataremos, a partir de agora, da apresentação de Freud sobre o seu primeiro caso de histeria masculina em quinze de outubro de 1886, na Associação Médica de Viena. Essa apresentação deixou marcas na história da psicanálise. Além de ter sido rejeitada como original, Freud foi vaiado em consequência de ainda prevalecerem preconceitos com relação à existência da histeria em homens. Mesmo suscitando interesse desde a Antiguidade, a histeria masculina fazia com que Freud ouvisse comentários jocosos de médicos nas reuniões científicas. Até mesmo um velho amigo cirurgião fez objeções à afirmação de “que os homens podem ser histéricos: então o próprio nome ‘histeria’ da palavra grega que significava ‘útero’ não deixava claro que só as mulheres podiam sofrer de histeria?” (GAY, 1989, p.65).

A Associação Médica tinha por hábito se reunir uma vez por semana para discutir os problemas da medicina e da higiene pública. Muitas descobertas médicas foram anunciadas em primeira mão nessa sociedade e nela qualquer médico poderia apresentar artigos, desde que versassem sobre um tema original. No entanto, nem sempre a audiência escutava de maneira cortês, sendo frequentes as críticas. As discussões eram gravadas e resumidas no boletim da Associação, e as sessões contavam com a participação de médicos jornalistas, os quais reportavam o conteúdo nos seus respectivos boletins (ELLENBERGER, 1970).

Podemos afirmar que o conceito de histeria masculina, naquela época, ainda era diferente da neurose traumática, exemplificada pelos diversos casos de *Railway Spine*, conforme abordamos no capítulo anterior. Na apresentação anteriormente referida, toda discussão aconteceu pelo fato de que, primeiramente, o médico laringologista, Dr. Grossmann, apresentou um caso raro e novo de lúpus na laringe, seguido do caso de histeria masculina, da época em que Freud estava no serviço de Charcot. De fato, a histeria em homens foi considerada desde sempre um escândalo. Mesmo assim, Freud apresentou esse caso por acreditar que a histeria masculina não era conhecida pelos médicos daquela sociedade. Porém, as críticas e

as discussões aumentaram quando o professor Rosenthal, neurologista, disse que histeria masculina não era desconhecida, até porque ele mesmo havia discutido dois casos dezesseis anos antes. O professor Meynert tinha observado casos de distúrbios epiléticos em homens e perda de consciência após traumas, e ainda estaria interessado em avaliar se esses casos teriam relação com os sintomas discutidos por Freud. Já Bamberger, médico e coordenador da Associação, disse o seguinte: “Reconheço os méritos de Charcot, mas Freud não disse nada de novo sobre o artigo apresentado” (idem, *ibidem*, p.440).

De forma resumida, podemos dizer que os neurologistas de Viena criticaram três pontos no artigo de Freud. Primeiramente, ele não estava adequado à tradição da sociedade, na qual o palestrante deveria trazer algo novo e original. Freud provavelmente seria mais bem recebido se no lugar de apresentar um caso de Charcot, tivesse levado um caso de sua própria clínica. Em segundo lugar, Freud estava defendendo uma posição isolada, em um tema complexo e controverso. Por último, ele irritou os neurologistas quando atribuiu à Charcot a descoberta de que a histeria não era maligna e nem resultado de distúrbios de órgãos genitais, pontos que já eram conhecidos em Viena. Tal abordagem afrontou a audiência, pois Freud estaria tratando a Associação Médica de Viena como ignorante.

Segundo Ellenberger (*ibidem*), não há nenhuma prova documental de que Freud foi desafiado a apresentar um novo caso de histeria masculina na sociedade. Porém, após esta experiência, Freud sentiu-se obrigado a uma nova apresentação. Fora do hospital, ele se deparou com um caso de hemianestesia histórica clássica em um homem e a demonstrou em vinte e seis de outubro de 1886.

O caso era de um trabalhador de vinte e nove anos, August P., que, aos oito anos de idade, havia caído na rua e sofrido uma ruptura do tímpano direito, com permanente déficit de audição. Foi atacado de uma doença que permaneceu diversos meses, durante a qual sofria constantes desmaios, cuja natureza não era possível desvendar (FREUD, 1886b). Nos dois anos subsequentes, teve vários episódios de convulsão de natureza não muito clara, além de desmaios. Porém, após o choque nervoso, experimentado três anos antes de procurar Freud, ele desenvolveu sintomas histéricos.

De fato, esse era um caso ambíguo que tanto poderia ser diagnosticado como histeria traumática (devido ao acidente), quanto como histeria masculina clássica (devido ao choque emocional ou nervoso), e isto poderia até contribuir para elucidar

o ponto que tinha sido criticado durante a reunião de quinze de outubro na Associação Médica de Viena. Freud escreve em sua autobiografia que esse caso, embora aplaudido, não havia apagado a impressão deixada na reunião anterior (ELLENBERGER, 1970). As altas autoridades haviam rejeitado as inovações de Freud sobre histeria masculina e assim ele se viu forçado a ingressar na Oposição. Podemos ler seu comentário de que fora excluído do laboratório de anatomia cerebral e como “durante intermináveis trimestres” não tivera onde pronunciar suas conferências, afastara-se da vida acadêmica e deixara de frequentar “as sociedades eruditas” (FREUD, 1925[1927], p.23).

Daquele momento em diante, Freud compreendeu que passara a fazer parte de um mundo onde não poderia contar com a objetividade e a tolerância, mas aceitou o destino que muitas vezes acompanha grandes descobertas. Durante seu percurso, ele se viu obrigado a superar as influências de Charcot.

Segundo Gay (1989), durante muito tempo o pensamento freudiano oscilou entre a complexidade e a simplicidade, como se apresenta em seus casos clínicos. Em sua experiência clínica Freud presenciou inúmeras coisas que seus colegas médicos vienenses julgavam pouco respeitáveis, tais como a hipnose, as investigações sobre a vida amorosa dos pacientes, e o trabalho oculto da sexualidade.

Freud passou a ouvir as pacientes histéricas e o ouvir tornou-se mais que uma arte, tornou-se um método, uma via privilegiada. Assim, ele concentrou todo seu esforço em ouvir estas mulheres, mas aos poucos as dúvidas que o assaltavam tornaram-se grandes demais. Peter Gay (ibidem) nos conta que Freud em “1897 sonhou que manifestava ‘sentimentos explicitamente ternos’ por sua filha (...) e interpretou esse sonho erótico como desejo de encontrar um ‘pater’ como causa da neurose. Isso (...) havia acalmado suas dúvidas (...) sobre a teoria da sedução” (idem, ibidem, p.101). Sabemos que, para Freud, um desejo sexual não é o mesmo que um ato sexual. No entanto, esse sonho foi considerado como apoio à sua ideia favorita: o Édipo. Se o solo da realidade fora perdido, o da fantasia fora conquistado (idem, ibidem).

## 5. UMA ABORDAGEM INÉDITA DA HISTERIA MASCULINA

### 5.1. FREUD E A INVENÇÃO DA PSICANÁLISE

Embora saibamos que a década de 1890 é considerada pré-psicanalítica, propomos investigá-la para acompanhar o caminho seguido por Freud na descoberta do inconsciente e na invenção de um método de tratamento em que confluem técnica e teoria: a psicanálise (WINTER, 2001). Nessa perspectiva, começaremos pelo momento em que Freud passa a receber pacientes histéricas encaminhadas por Charcot e Bernheim, período conhecido em sua obra por *Estudos sobre a histeria* (FREUD, 1893-1895).

Em (1896a), em um artigo cujo título é *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*, Freud usa pela primeira vez a palavra “psicanálise” (CARNEIRO RIBEIRO, 2006a). Ao escutar o desejo da histérica, ele inventa não só a psicanálise, mas também um novo modelo de vínculo social. Assim sendo, através de suas pacientes histéricas, Freud descobre a transferência, mola mestra para o tratamento psicanalítico. Nela, o analista ocupa o lugar de objeto da fantasia do paciente, pois na neurose “o sujeito retira o investimento libidinal no objeto da realidade e o investe no objeto da fantasia” (idem, ibidem, p. 13).

Em um desses primeiros casos, o da Sra. Emmy von N., Freud (1893-1895) utilizou pela primeira vez a técnica de investigação sob hipnose, aprendida com Charcot. Foi também a primeira vez que ele empregou o método catártico, não imprimindo mais sugestões contundentes à paciente e deixando que ela falasse livremente o que lhe viesse à cabeça. Freud conta que, durante o tratamento, a cada três minutos, essa paciente se calava, se contorcia e lhe dizia: “Fique quieto! - Não diga nada! - Não me toque!” (Freud, 1893-1895, p.83). E, ao se calar, Emmy von N. pôs-se a falar, descarregando todas as reminiscências patogênicas, proporcionando, por meio de sua fala, que os sintomas fossem se rompendo. (QUINET, 2005).

Em outro caso, o da Srta. Lucy R., o clássico caso da paciente que alucinava o cheiro de pudim queimado, Freud (1893-1895) relata não conseguir hipnotizá-la, abrindo mão do sonambulismo e conduzindo sua análise quando ela se encontrava em um estado normal. Em suas palavras: “Parecia-me indiferente qual o grau de hipnose que era alcançado (...) [pois] nem favorece, nem prejudica aquilo de que eu

precisaria para minhas finalidades, ou seja, que o despertar das lembranças esquecidas fosse facilitado” (FREUD, 1893-1895, p. 129).

Nessa época, por volta de 1886, Freud já havia elaborado a formação do sintoma relacionando-a ao trauma sexual e sua representação, e também à defesa: recalque para neurose e recusa na psicose. Ainda acreditava no trauma sexual como um acontecimento. Entretanto, um ano depois, em carta datada de 21 de setembro de 1897, endereçada a Wilhelm Fliess, seu amigo e correspondente, Freud diz estar disposto a abandonar a teoria da sedução, segundo a qual um adulto próximo à criança, em geral o pai ou um tio, teria feito jogos sexuais com ela. Tal fato seria a causa principal da instalação da neurose. Todavia, se nem todos os pais dos neuróticos eram abusadores, como resolver esse impasse? Ele havia descoberto que “as causas sexuais eram fantasísticas, mesmo quando havia acontecido de fato um trauma real, pois o real da fantasia não é da mesma natureza que a realidade material” (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.697). O desdobramento dessa questão confirmava-se à medida que Freud percebia que as histórias de sedução dos pais eram meras fantasias das pacientes e, portanto, sua teoria da sedução estava errada. Além dessa conclusão, ele também acreditou encontrar o traumatismo, sendo que, na verdade, o que o presentificava era a fantasia mascarada de traumatismo (SOLER, 2004b).

Freud (1893-1895) constatou que o trauma sexual infantil como condição de neurose, não se constituía, no primeiro tempo, da lembrança. Era necessária a intervenção do segundo tempo, no qual o caráter sexual do acontecimento traumático adquiria significação na cena atual, constituindo-se dessa maneira o verdadeiro trauma. Com essa descoberta, não só a história da psicanálise, mas também a história da histeria masculina, se vê bastante afetada, requerendo a construção de novos conceitos. No entanto, mesmo com o colapso dessa teoria, ele não deixou de acreditar na etiologia sexual das neuroses, como já foi dito anteriormente. Sabemos que, mesmo com essa tomada de decisão teórica, Freud continuou publicando novos artigos e se dedicando cada vez mais à teoria e à clínica.

Faz-se necessário sublinhar que a questão da inscrição do trauma e de seu modo patogênico de elaboração estava no cerne das preocupações de Freud. Como mencionado acima, ele atribuirá à sedução o poder de modificar de maneira estrutural e durável a estrutura psíquica dos sujeitos, produzindo uma neurose

(WINTER, 2001). Então, ele segue buscando no discurso das histéricas o que vai do acontecimento traumático até a fantasia, pois essas fantasias condensadas influenciarão na neurose do sujeito, abordagem essa que nos interessa. Freud (1893-1895) considera que:

“(...) cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguimos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhava, e quando o paciente havia descrito esse acontecimento com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras”. (idem, ibidem, p.271).

Desse modo, aferimos que Freud concebe a histeria como uma estrutura que comporta três elementos: um arquivo de lembranças, um núcleo traumático e um fio lógico. O reconhecimento das lembranças emergentes torna-se tão mais difícil quanto mais se está perto do núcleo, esbarrando-se em lembranças que o sujeito renega até mesmo no momento em que as reproduz. Freud (ibidem) afirma que “Não devemos esperar encontrar uma lembrança traumática única e uma ideia patogênica única como seu núcleo, devemos estar preparados para sucessões de traumas parciais e concatenações de cadeias patogênicas de ideias” (idem, ibidem, p.300).

O núcleo traumático é o que cria obstáculos à lembrança e Freud (1893-1895) o define como responsável pela resistência ao tratamento. Porém, o fio lógico, Freud (ibidem) comparou-o ao trajeto do cavalo no jogo de xadrez, pelo fato de que cada caso segue por um caminho sinuoso, diferente e irregular. Em outras palavras, o caminho é percorrido em um movimento de ziguezague, jamais em linha reta. Concordamos com Pollo (2005) quando ela diz que “a estrutura da neurose histérica amarra em forma de nó o presente, o passado e o futuro, bem como repete inevitavelmente o real do trauma” (idem, ibidem, p.16).

## 5.2. A ETIOLOGIA SEXUAL DA NEUROSE

Em 1914, no artigo *A história do movimento psicanalítico*, Freud relata com convicção a sua descoberta sobre a etiologia sexual das neuroses, e vai defendê-la em uma reunião da Sociedade de Psiquiatria e Neurologia de Viena, conduzida por Krafft-Ebing (FREUD, 1886c). Nela, Freud esperava que suas descobertas fossem

bem aceitas, mas, ao apresentá-las, ora o silêncio, ora as insinuações que lhe eram dirigidas, apontavam que suas afirmações poderiam promover cisões no seio do movimento psicanalítico. Mesmo assim, Freud (1896c) manteve-se firme em suas observações e conclusões:

“Para causar a histeria, não basta ocorrer na vida do sujeito um evento relacionado à vida sexual e que se torne patogênico pela liberação e supressão de um afeto aflitivo. Pelo contrario, tais traumas sexuais devem ter ocorrido na tenra infância, antes da puberdade, e seu conteúdo deve consistir numa irritação real dos órgãos genitais (por processos semelhantes à copulação)”. (FREUD, 1896c, p.164).

Nessa ocasião, ele já havia descoberto a “passividade sexual durante o período pré-sexual” (idem, ibidem, p.164), em todos os casos de histeria, inclusive em dois casos de homens analisados. Para dar continuidade às suas elaborações, Freud buscou recursos na teoria do recalque e na transferência (das forças motivadoras da neurose e do inconsciente), levando em consideração a amnésia histérica.

“Também na histeria existe uma possibilidade similar de penetrarmos, a partir dos sintomas, no conhecimento de suas causas. Contudo para explicar a relação entre o método que temos de empregar para esse fim e o antigo método da investigação anamnésica, eu gostaria de expor aos senhores uma analogia baseada num avanço real efetuado em outro campo de trabalho”. (FREUD, 1896b, p.190).

Ele compara a investigação da causa da histeria com a de um explorador que chega a uma região não muito conhecida e seu interesse é despertado por uma grande área de ruínas, com restos de paredes, colunas e lápides com inscrições um pouco apagadas e ilegíveis. Existem, nesse momento, duas possibilidades de investigação. A primeira pode contentar-se em inspecionar o que está visível, em interrogar os residentes que moram por ali - “talvez uma população semibárbara” - sobre o que a tradição lhes diz a respeito da história e das marcas desses resíduos arqueológicos, em anotar o que eles dizem e seguir em frente. Outra possibilidade seria o explorador levar consigo material de trabalho como pás, picaretas etc., colocando os habitantes para trabalharem com esses instrumentos. Todos juntos podem dirigir-se para as ruínas, retirar o lixo e, partindo dos resíduos visíveis, podem

descobrir o que está enterrado. E se seu trabalho for coroado com êxito, as descobertas se explicam por si mesmas (idem, ibidem).

Utilizando-se dessa metáfora, Freud (ibidem) escreve sobre a descoberta de Breuer: “Os sintomas das histéricas (à parte os estigmas) 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” (FREUD, 1896b, p.190). Freud destaca que, para investigar as causas do sintoma, deve-se retroagir do sintoma até a cena na qual ele surgiu, pois, quando se localiza a cena, existe a possibilidade de se eliminar o sintoma. Freud conclui que as análises conduzidas por Breuer abriram caminhos para a descoberta das causas da histeria, mas o caminho que vai dos sintomas da histeria até a etiologia foi muito tortuoso e passou por conexões diferentes.

Conforme postula Freud (1896b), a atribuição de um sintoma histérico à cena traumática apenas nos auxilia quando a cena atende a duas condições: quando possui adequação para funcionar como determinante e quando reconhece a necessária força traumática:

“(...) encontramos realizada uma de três outras possibilidades muito desfavoráveis à compreensão: ou a cena a que somos conduzidos pela análise e na qual o sintoma apareceu pela primeira vez parece-nos inadequada para determiná-lo, no sentido 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 (...), ou finalmente, a “cena traumática” nos deixa às escuras em ambos os aspectos, (...) inócua e sem relação com o caráter do sintoma histérico”. (idem, ibidem, p.192).

Entendemos que se a lembrança que vem à tona não atende à expectativa, deve-se prosseguir, porque é possível que por trás da primeira cena traumática esteja a lembrança de uma segunda cena que satisfaça melhor aos requisitos investigados. Encontramos na obra freudiana um exemplo no qual a análise remonta a essa questão:

“Um susto decorrente de um acidente ferroviário - uma cena à qual faltava adequação como determinante. A análise posterior mostrou que esse acidente despertara no paciente a lembrança de outro acidente anterior, que na verdade ele próprio não vivenciara, mas que lhe dera a oportunidade de ter uma visão medonha e repulsiva de um cadáver”. (idem, ibidem, p. 193)

Cabe lembrar que Freud foi obrigado a inventar exemplos fictícios para enfatizar que:

“A cadeia de associações tem mais de dois elos; e as cenas traumáticas não formam uma corrente simples, como um fio de pérolas, mas antes se ramificam e se interligam como árvores genealógicas, de modo que, a cada nova experiência, duas ou mais experiências anteriores entram em operação como lembranças”. (FREUD, 1896b, p. 194)

Freud (ibidem) ressalta que nenhum sintoma histérico pode surgir apenas de uma única experiência real, mas, em todos os casos, a lembrança das experiências antigas manifestadas em associação com ela atua na causação do sintoma. Devemos considerar que quando uma análise vai além, as cadeias associativas pertencentes aos diferentes sintomas começam a se relacionar umas com as outras e as árvores genealógicas se interpenetram.

Contudo, o autor explica que a sua descoberta mais importante se deve ao momento em que uma análise é conduzida, independentemente do sintoma que foi tomado como ponto de partida; do percurso vamos sempre nos deparar com o campo da experiência sexual. Diríamos que foi aí que Freud descobriu uma condição etiológica dos sintomas neuróticos.

Freud (1896a) comenta que a escolha do fator sexual na etiologia da histeria não procede de nenhuma opinião preconcebida, pois a proposição de que a etiologia da histeria repousa na vida sexual do sujeito foi confirmada através de dezoito casos de histeria conduzidos por ele. Freud também ousou dizer que, por meio de muitas investigações e estudos, encontrou no campo da sexualidade experiências que provavelmente ocorrem em sua maior parte na puberdade:

“Provavelmente em virtude de alguma predisposição hereditária ou atrofia degenerativa, nas quais um retraimento de sexualidade, que normalmente ocorre na puberdade, é elevado a um grau patológico e é permanentemente mantido; são (...) pessoas psiquicamente inaptas para atender às exigências da sexualidade. Essa concepção, é claro, deixa sem explicação a histeria masculina”. (idem, ibidem, p.198).

Ao longo de seu texto, Freud conclui que as lesões sofridas na infância ou por um órgão em processo de desenvolvimento causam efeitos mais graves e

duradouros do que causariam em época mais madura. Portanto, a reação anormal às impressões sexuais que os sujeitos histéricos manifestam na fase da puberdade, têm sua origem em experiências sexuais na infância. Agora podemos dizer que o que Freud atribuía anteriormente a uma predisposição hereditária, passa a ser compreendido no sentido de algo que foi adquirido em tenra idade: “na base de todos os casos de histeria, há uma ou mais ocorrência de experiência sexual prematura, ocorrências estas que pertencem aos primeiros anos da infância, mas que podem ser reproduzidas através do trabalho da psicanálise” (idem, *ibidem*, p.200).

Em *A história do movimento psicanalítico*, Freud (1914) menciona que, em 1909, em uma universidade norte-americana, durante uma conferência que proferira, declarou que não havia sido ele quem criara a psicanálise, mas sim Joseph Breuer. Porém, alguns amigos criticaram-no por essa declaração e, após alguns anos, surgiu a primeira divergência entre Freud e Breuer. Tais fatos lhe permitiram enunciar o que Breuer havia dito de sua paciente: que o elemento de sua sexualidade não estava desenvolvido e em nada contribuíra para seu quadro clínico. Ele busca a razão pela qual esta afirmação não fora usada contra ele pelos críticos.

Como podemos ver, diante de tantos obstáculos, Freud examina os pontos que o levaram a tal descoberta e, na busca de conhecimentos, surge como inovação teórica *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900). Segundo ele, este livro foi um alívio e um apoio aos árduos primeiros anos do trabalho de análise, pois nesse momento precisava dominar a técnica. Sozinho e com acúmulo de dificuldades, sentiu medo de perder a confiança em si mesmo. Suas hipóteses em relação às neuroses deveriam se confirmar através das análises em andamento, mas essas se arrastavam por um período desesperador. No entanto, os sonhos dos pacientes relatados nas sessões quase sempre confirmavam suas hipóteses sobre a neurose, sua etiologia sexual (FREUD, 1914).

Em *Um estudo autobiográfico*, Freud (1925[1927]) revê muito do que já tinha sido tratado em seu artigo *A história do movimento psicanalítico* (FREUD, 1914). Nele, chama novamente a atenção para as teorias da resistência e do recalque, que dão um significado à etiologia sexual e são bastante importantes no que se refere às experiências infantis. Freud observara que muitos pacientes haviam esquecido os fatos da sua vida e concluía que tudo que o paciente esquecera era penoso ou vergonhoso de acordo com os padrões da personalidade de cada um. De modo que

precisavam se esforçar para superar algo contra o qual lutavam, a fim de tornar consciente o que fora esquecido. O próprio Freud percebeu que estava diante do recalque, cuja teoria veremos adiante. Dessa maneira, a psicanálise conseguiu alcançar uma nova escala de valores no pensamento científico. Assim, pouco a pouco, Freud passou a controlar as tendências especulativas e lembrou-se do conselho de Charcot: “olhar as mesmas coisas repetidas vezes até que elas comecem a falar por si mesmas” (idem, *ibidem*, p.32).

Na história da psicanálise, proposições que desde o início só despertavam oposições, como a etiologia sexual das neuroses, vieram posteriormente a ser aceitas, como veremos no percurso desta dissertação. Freud (1898) esclarece no artigo *A sexualidade na etiologia das neuroses*:

“Erramos ao ignorar inteiramente a vida sexual das crianças; segundo minha experiência, as crianças são capazes de todas as atividades sexuais psíquicas, e também de muitas atividades somáticas. Assim como a totalidade do aparelho sexual humano não está compreendida nos órgãos genitais externos e nas duas glândulas reprodutoras, também a vida sexual humana não começa apenas na puberdade, como poderia parecer a um exame superficial. Contudo é verdade que a organização e a evolução da espécie humana se esforçam por evitar uma ampla atividade sexual durante a infância”. (FREUD, 1898, p.266).

Podemos dizer que Freud questionava ininterruptamente a teoria a partir de sua clínica, método que constitui um legado precioso deixado aos analistas. Ainda hoje, os casos trabalhados por ele e retomados por Lacan, permanecem fonte inesgotável de estudos para quem quer que se interesse pela psicanálise.

### 5.3. FREUD E O RECALQUE<sup>2</sup>

Consideramos com Freud que foi através do método de associação livre que suas pacientes apresentavam falha na memória ao tentar falar de uma cena traumática. A partir de então, ele interpretou essa resistência como um processo cujo propósito seria manter fora da consciência uma representação ameaçadora.

---

<sup>2</sup> Os termos recalque, eu, isso, supereu, e pulsão ou pulsional são traduzidos na edição de 1996 das *Obras Completas de Sigmund Freud* por, respectivamente: repressão, ego, id, superego e instinto ou instintual.

Nesse sentido, dissemos que o trauma implica também a ideia de defesa ou recalque. Somente em 1926[1925], ao escrever *Inibição, sintoma e angústia*, Freud salientou que durante um longo tempo utilizou como sinônimos os termos recalque e defesa, quando, na verdade, o recalque é apenas uma das modalidades de defesa característica da histeria. Como veremos ao longo deste texto, o mais importante foi o uso que Freud fez desse método.

Conforme contam Roudinesco & Plon (1998), Freud (1914) não foi o inventor da ideia de recalque e ele mesmo reconheceu este fato em suas considerações sobre *A história do movimento psicanalítico*:

“Na teoria do recalque, com certeza fui independente; não sabia de nenhuma influência que pudesse ter-me aproximado dela e, durante muito tempo, tomei essa ideia por uma ideia original, até o dia em que Otto Rank nos mostrou o trecho de Schopenhauer, em *O mundo como vontade e como representação*, no qual o filósofo se esforça por encontrar uma explicação para a loucura. O que é dito nessa passagem sobre nossa repulsa em admitir algum aspecto penoso da realidade coincide tão perfeitamente com o conteúdo de meu conceito de recalque, que é possível que, mais uma vez, eu tenha devido a possibilidade de uma descoberta a insuficiência de minhas leituras”. (idem, ibidem, p.647).

Em seguida, Freud dá ênfase às suas dificuldades para ler Nietzsche (1844-1900), de quem tomou emprestado o termo “inibição”, para discorrer com sua concepção de recalque. A ideia de recalque foi uma das primeiras a se constituir na obra de Freud. O termo *Verdrangung* ele utilizou desde 1893, em *Esboços para Comunicação Preliminar* (FREUD, 1940-1941[1892]), empregando-o em seguida de maneira análoga à ideia de defesa. Mais do que isso, o termo *Verdrangung* fora empregado pelo psicólogo Herbart logo no início do século XIX e provavelmente chegou a Freud através de seu mestre Meynert (FREUD, 1915a). Passaram-se alguns anos e, em uma carta<sup>3</sup> a Wilhelm Fliess de 6 de dezembro de 1896, o recalque é conceitualizado na clínica como:

“Uma falha na tradução - isto é o que se conhece clinicamente como “recalcamento”. Seu motivo é sempre a produção de desprazer que seria gerada por uma tradução; é como se esse desprazer provocasse um distúrbio de pensamento, que não permitisse o processo de tradução”. (FREUD, 1950[1892-1899]), p.283).

<sup>3</sup> Trata-se aqui da Carta 52 (FREUD, 1950[1892-1899]).

Além disto, em relação ao aparelho psíquico, com os conceitos fundamentais de recalque e inconsciente, o merecimento é do pai da psicanálise. Sabemos que foi ele quem instituiu o recalque como processo responsável pela clivagem da subjetividade em instâncias caracterizadas - o sistema inconsciente, pré-consciente e consciente.

Em um comunicado intitulado *Rascunho K: As Neuroses de Defesa (um conto de fadas natalino)* em 1896, Freud (1950[1892-1899]) diz que em todos os casos o fator responsável é uma experiência sexual de caráter traumático, sendo que na histeria há uma experiência passiva. Além disso, para distinguir a histeria das demais estruturas, ele parte do princípio de que na neurose de histeria teria havido a crença na autoacusação, enquanto a defesa produziria seu desaparecimento e o afeto encontraria uma válvula de escape por meio de inervação somática. Nas palavras de Freud (ibidem, p.268): “Existe uma tendência normal à defesa - uma aversão contra dirigir a energia psíquica de tal maneira que daí resulte algum desprazer”.

No texto mencionado, constatamos as dificuldades de Freud em conceber o mecanismo do recalque na origem do desprazer ao invés do prazer. Freud alega que o recalque é o processo que tende a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização produtora de prazer comprometeria o equilíbrio do funcionamento psicológico do sujeito, transformando-se em fonte de desprazer. O recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente. Dessa forma, o recalque não lida com as pulsões em si, mas com os representantes da representação, ideais que, embora recalcados, permanecem ativos no inconsciente.

“O recalque e a formação de sintomas defensivos só ocorrem posteriormente, em conexão com a lembrança; e, daí em diante, defesa e subjugação (isto é, a formação dos sintomas e a irrupção dos ataques) podem estar combinados em qualquer grau na histeria”. (FREUD, 1950[1892-1899], p.276).

Nesse texto pré-psicanalítico, Freud argumenta que o recalque da representação inconciliável não implica seu sepultamento no psiquismo. Ao contrário, a força dessa representação deve-se ao fato de associar-se a um grupo psíquico secundário, uma “segunda consciência” - termo que ele utilizou quando não tinha criado ainda seu conceito de inconsciente. Essa representação se manifesta

de tempos em tempos, forçando um processo associativo ou provocando um ataque histérico (MAURANO, 2010).

Portanto, é na origem do desprazer que se encontram as forças recalcadoras que são a vergonha e a moralidade. Essas se situam próximas ou associadas aos órgãos sexuais e devem despertar repugnância junto com as experiências sexuais. Embora Freud (1950[1892-1899]) tenha constatado:

“(…) que a produção de desprazer durante as experiências sexuais seja consequência da mistura ao acaso de determinados fatores desprazerosos. A experiência diária nos mostra que, quando a libido alcança um nível suficiente, a repulsa não é sentida e a moralidade é suplantada; penso que o aparecimento da vergonha se relaciona, por meio de ligações mais profundas, com a experiência sexual. (...) a produção de desprazer na vida sexual deve ter uma fonte independente: uma vez que esteja presente essa fonte, ela pode despertar sensações de repulsa, reforçar a moralidade, e assim por diante”. (idem, ibidem, p.269).

Porém, as diferenças entre as neuroses são manifestadas quando as ideias recalçadas retornam em forma de sintomas. Mas o rumo em que elas seguem determina o desempenho do recalque na neurose. Observamos que a histeria pressupõe uma experiência primária de desprazer, ou seja, de natureza passiva. Essa observação é sustentada, através dos casos de histeria masculina, onde Freud pode comprovar em suas anamneses a presença de acentuada passividade sexual. O histérico é o sujeito por excelência da memória inconsciente e, conseqüentemente, do esquecimento. Conforme Freud, o evento traumático é considerado o primeiro símbolo do material recalçado, encontrando uma saída para si mesmo através de uma manifestação motora, a esta manifestação designou-se de ideia limítrofe.

Cabe ressaltarmos que o recalçamento não ocorre pela construção de uma ideia antitética, mas pela intensificação de uma ideia limítrofe, que poderá depois representar a lembrança no fluxo do pensamento. Chamou-se de ideia limítrofe devido ao fato de um lado pertencer ao eu e o outro representar uma parte “não distorcida da lembrança traumática”. O fato é que não há suspensão do que foi inscrito no inconsciente, mas sim lacuna psíquica do que resta a ser recordado. Nesse sentido, o recalque faz limite entre o sexual e o não sexual, mas a extensão recalçada da destinação do corpo como carne, como puro objeto destinado à selvageria, é o que retorna, causando horror, traumatizando (MAURANO, 2010).

No artigo metapsicológico de 1915b, Freud apresenta questões enigmáticas sobre o recalque e a sexualidade. Ele chama atenção para a dificuldade que teve para deduzir em teoria a possibilidade de algo como o recalque, embora tenha afirmado em sua *História do movimento psicanalítico* que a teoria do recalque: “é a pedra angular sobre o qual repousa toda estrutura da psicanálise” (FREUD, 1914, p.26).

Segundo Roudinesco & Plon (1998), no contexto da metapsicologia, o recalque foi objeto de um artigo em que o inconsciente já não é intitulado a ele: tudo que é recalcado permanece inconsciente, mas o recalcado não abrange tudo que é inconsciente, porém o recalcado faz parte do inconsciente. A partir de então, Freud faz uma redefinição em 1915a do recalque, que se encontra no cerne do artigo dedicado a esse processo.

Segundo Freud (1914), o conceito de recalque foi sugerido em consequência do fenômeno clínico da resistência, em consequência da inovação técnica, com o abandono da hipnose no tratamento da histeria. Ele considerou, por exemplo, nos *Estudos da Histeria* (FREUD, 1893-1895), que para descrever o processo o termo adequado não era recalque, mas “defesa”. Todavia, no artigo de 1915a, Freud demonstrou claramente os diferentes mecanismos de recalque nas várias formas da psicose.

Freud relata que “A forma do recalque que (...) tinha em mente, aqui era sobretudo a que ocorre na histeria”, e muito mais adiante, no capítulo XI de *Inibição, sintoma e angústia* (FREUD, 1926[1925]), ele propôs restringir o termo “recalque” a esse único mecanismo particular e reviver “defesa” como “designação geral para todas as técnicas empregadas pelo ego em conflitos que possam levar a uma neurose” (FREUD, 1915a, p.148).

Observarmos que o problema da força motora, que permite o recalque operar, era uma constante preocupação nos estudos de Freud, embora exatamente nesse artigo ele não tenha sido abordado. Outro fato é que Freud inicialmente não tinha uma posição definida sobre a relação entre recalque e sexualidade, como podemos constatar em vários trechos da correspondência com Fliess. Porém, no artigo de 1915a, ele aborda a relação proximal entre pulsão, recalque e resistência.

“A relação entre pulsão e recalque tem como característica básica o fato de a pulsão não ser um estímulo externo e sim interno. É nesse

sentido que a fuga do estímulo se revela completamente inoperante. A outra possibilidade de afastamento do estímulo interno seria a realização a utilização do juízo de condenação, forma elaborada e não automática, como o recalque, de fazer face a alguma moção pulsional: o recalque é uma etapa preliminar da condenação, algo entre a fuga e a condenação (...)" (COUTINHO JORGE, 2008, p.25).

A partir de então, percebemos que existem motivos para a suposição de um recalque primevo, fase essa de negação da entrada no consciente do representante psíquico (ideacional) da pulsão. Assim, Freud revela que a pulsão não é apenas um conceito entre o somático e o psíquico, mas também é o lugar onde se estabelecem as possibilidades de escolha de estrutura psíquica para cada sujeito.

Logo, por meio da experiência psicanalítica, uma pulsão que foi recalcada teria sua satisfação passível de ser realizada, na proporção em que tal satisfação seria agradável em si mesma, porém irreconciliável com outras reivindicações e intenções. A consequência desse fato seria que ela causaria prazer em um ponto e desprazer em outro. Observa-se que, segundo Freud, a condição para o recalque acontecer é no sentido de que o desprazer seja maior que o prazer obtido pela satisfação da pulsão (idem, ibidem).

Freud (1915a) nos mostra através da observação psicanalítica das neuroses de transferência que o recalque não é um mecanismo defensivo que esteja sempre presente, ele só poderá surgir no momento que ocorrer uma cisão entre a atividade mental consciente e inconsciente, pois "a essência do recalque consiste simplesmente em afastar determinada coisa do inconsciente, mantendo-a à distância" (idem, ibidem, p.152). Convém ressaltarmos que, somente nesse ano, Freud faz a distinção entre as fases do recalque: a fixação, o recalque propriamente dito e o retorno do recalcado.

Trataremos agora da primeira fase do recalque, fase essa que estabelece uma fixação. A fixação precede e condiciona todo mecanismo do recalque. O recalque original (*Urverdrangung*) é o momento fundante do processo do recalque propriamente dito. Nesse contexto, Freud dirá que as fixações geram a predisposição à patologia posterior, pois elas trabalham como um resto passivo que ficou para trás. A fixação acontece devido ao recalque originário, onde o representante psíquico ideacional da pulsão tem sua entrada recusada, barrada no consciente.

A partir de então, “o representante em questão permanece inalterado e a pulsão permanece ligada a ele” (idem, ibidem, p.153). Como Freud não é totalmente explícito quanto à origem desse processo, podemos nos questionar, junto com Roudinesco & Plon (1998): de onde surgiram os elementos de atração do inconsciente que são responsáveis por sua primeira fixação?

Freud (1915a) vai dizer que o recalque afeta aquilo que deriva do representante reprimido, ou sucessões de pensamento que, originando-se em outra parte, tenham entrado em ligação associativa com ele. Devemos destacar aqui que o recalque propriamente dito só-depois ocorre, e assim não consegue retirar “todos” os derivados daquilo que foi originalmente recalcado.

Aqui, retenhamos o que Freud (ibidem) nos diz sobre o fato de que o recalque não impede que o representante pulsional continue a existir no inconsciente. O recalque propriamente dito é um processo ativo que emana do eu. Em 1915a ele precisará que o recalque não é individual no seu funcionamento, ele exige uma força que persista e, se esta cessar, o êxito do recalque correria perigo, sendo necessário novamente um ato do recalque. Finalmente, chegamos ao retorno do recalcado, momento em que consiste o fracasso do recalque.

Lembramos aqui que o motivo e a intenção do recalque nada mais eram do que a fuga ao desprazer. Caso o recalque não consiga impedir que surjam sentimentos de desprazer, podemos dizer que falhou, ainda que possa ter alcançado seu propósito no tocante à parcela ideacional (idem, ibidem).

Vemos, desse modo, que há uma construção de uma formação substitutiva e, mais ainda, o recalque deixa sintomas em seu caminho. Assim, é no retorno do recalcado que o sintoma se manifestará através de sonhos, esquecimentos e outros atos falhos, que Freud considerou como formações de compromisso. Freud (ibidem) questiona: “Podemos então supor que a formação de substitutos e a formação de sintomas coincidem, e, admitindo que isso aconteça de um modo geral, será o mecanismo formador de sintomas o mesmo que do recalque?” (idem, ibidem, p.158).

Dessa forma, Freud faz uma leitura mencionando que a probabilidade pareceria ser a de que os dois são totalmente diferentes e a de que não é o recalque que produz formações substitutivas e sintomas, porém estes últimos são indicações

de um retorno do reprimido e, assim, devem sua existência a outros processos<sup>4</sup>  
Nesse momento do seu ensino Freud (1915a) afirma:

“(1) o mecanismo de recalque de fato não coincide com o mecanismo ou mecanismos da formação de substitutos, (2) existem numerosos e diferentes mecanismos de formação de substitutos e (3) os mecanismos de recalque tem pelo menos uma coisa em comum: uma retirada (...) (ou da libido, quando lidamos com as pulsões sexuais)”. (FREUD, 1915a, p.159).

Freud verifica que o recalque exige um constante dispêndio de forças, pois se o recalcado desempenha uma pressão em direção ao consciente é imprescindível que o consciente exerça igual força fazendo uma contrapressão incessante para equilibra-la. A partir dessas considerações entendemos que só há sucesso completo do recalque na histeria de conversão, graças à intensa e precoce formação de substitutos sob a forma de sintomas. Diríamos que na histeria de conversão, o fracasso do recalque provoca seu retorno através de uma energia investida no corpo.

Vemos, desse modo, que a histeria de conversão é definida como “recalcamento totalmente exitoso”, onde a formação de substitutos e sintomas se tornam indiferenciados ou, em outras palavras, o sintoma coincide com a mais pura manifestação do inconsciente (POLLO, 2003).

Em textos posteriores, sobretudo, em 1926[1925] no texto *Inibição, sintoma e angústia*, Freud ressalta que o sintoma é uma marca e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado imóvel; pois é uma consequência do processo de recalque.

“O recalque se processa a partir do ego quando este - pode ser por ordem do superego - se recusa a associar-se com uma libido pulsional que foi provocada no id. O ego é capaz, por meio do recalque, de conservar a ideia que é o veículo do impulso repreensível a partir do tornar-se consciente”. (FREUD, 1926[1925], p.95).

---

<sup>4</sup> O conceito de um “retorno do reprimido” é bastante antigo nos escritos de Freud. Já aparece na Seção II do seu segundo artigo sobre *As neuroses de defesa* (1896b), bem como na minuta ainda mais antiga daquele artigo enviado a Fliess em 1 de janeiro de 1896 (1950[1892-1899]).

É interessante a tentativa de Freud (ibidem) no artigo *Inibição, sintoma e angústia* em separar o eu do isso, pois ele percebe que o eu é idêntico ao isso, cabendo uma parte apenas ser diferenciada do mesmo.

“Se considerarmos essa parte em si mesma em contraposição ao todo, ou se houver ocorrido uma verdadeira divisão entre os dois, a fragilidade do eu se torna evidente. Mas se o eu permanecer vinculado ao isso e indistinguível dele, então ele exibe a sua força. O mesmo se aplica à relação entre o eu e o supereu. Em muitas situações os dois se acham fundidos: e em geral só podemos distinguir um do outro quando há uma tensão ou conflito entre eles. No recalque, o fato decisivo é que o eu é uma organização e o isso não”. (idem, ibidem, p.100).

O eu é considerado como a parte organizada do isso. Aliás, mesmo quando o ato de recalque demonstra a força do eu, em um ponto específico ele vai revelar a impotência do eu e a influência da noção pulsional do isso, pois o processo mental que se transformou em um sintoma devido ao recalque mantém, a partir de então, sua existência fora da organização do eu e independentemente dele. Na realidade, é natural que o eu tente impedir que os sintomas permaneçam isolados utilizando todos os métodos possíveis para agrupá-los a si de uma maneira ou de outra, e para incorporá-los em sua organização por meio desses vínculos. Nesse contexto, Freud coloca como exemplo os sintomas histéricos que revelam ser um meio termo entre a necessidade de satisfação e a necessidade de punição.

Como indica Freud (1926[1925]): “Tais sintomas participam do eu desde o início, visto que atendem a uma exigência do supereu, enquanto por outro lado representam posições ocupadas pelo reprimido e pontos nos quais uma irrupção foi feita por ele até a organização do eu” (idem, ibidem, p.101).

Logo, a presença de um sintoma poderá impedir certa diminuição de capacidade e isto pode ser considerado para apaziguar alguma exigência da parte do supereu ou até mesmo recusar alguma reivindicação proveniente do mundo externo. Temos, então, que destacar que o sintoma aos poucos vem a ser o representante de interesses fundamentais: funde mais ao eu, tornando-se cada vez mais indispensável a ele. No entanto, para Freud (ibidem), há o perigo de uma adaptação secundária dessa espécie a um sintoma e de afirmar que o eu criou o sintoma para usufruir suas vantagens.

Portanto, a luta defensiva contra o sintoma assume diferentes formas e faz uso de uma variedade de métodos. No curso dessas lutas nos defrontamos com a angústia, que é o único afeto do sujeito. Freud não dissocia o afeto do inconsciente, pois o afeto se descarrega no corpo do sujeito histérico. Então, o afeto é do sujeito e a angústia é de castração do Eu, podendo essa última se manifestar como fobia de animais na infância, medo de perda do amor (neurose de histeria), ou medo da morte (neurose obsessiva). Mais do que isso, ele refere em seu texto *Inibição, sintoma e angústia* (FREUD, 1926[1925]) que a angústia é o verdadeiro motor do recalque e isto implica que a angústia funda o inconsciente do sujeito neurótico. Nesse sentido, ele considerou essa angústia como angústia automática e de sinal de perigo no eu, porém essa última é posterior ao recalque. Mais tarde, Freud abordará a angústia no sentido de desencadeamento de um sintoma de fuga. Em outras palavras, ela funciona como uma advertência para o sujeito, quando este se aproxima da possível reação traumática. No entanto, ele chama atenção para a diferença entre uma situação traumática e uma situação de perigo.

“O indivíduo terá alcançado importante progresso em sua capacidade de autopreservação se puder prever e esperar uma situação traumática (...) que acarrete desamparo, em vez de (...) esperar que ela aconteça. (...) O sinal anuncia: “Estou esperando que uma situação de desamparo sobrevenha” ou “A presente situação me faz lembrar uma das experiências traumáticas que tive antes... Portanto, previrei o trauma e me comportarei como se ele já tivesse chegado, enquanto ainda houver tempo para pô-lo de lado”. A angústia, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada. Assim os dois traços de angústia (...) tem uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo - a situação que é prevista na situação de perigo”. (FREUD, 1926[1925], p.161).

Soler (2004a) acrescenta que o momento traumático é considerado como o encontro com o perigo em face do qual o sujeito, privado dos meios necessários para as operações do princípio do prazer, é preso à experiência de desamparo.

Ao falarmos de momento traumático, Freud designa o trauma como o primeiro susto que atravessa o organismo, tomando-o de assalto, e se diferencia pela falta de preparação do aparato psíquico para se proteger de uma intensa quantidade de energia. Ao realçar a articulação da angústia com o momento traumático, Freud diz

que a angústia surge inicialmente como uma reação a um estado de perigo e, assim, é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se manifeste. Entretanto, quando ele revira ao avesso a relação entre angústia e recalque, retifica-se dizendo que não é o recalque que acende a angústia, mas a angústia que desencadeia a ação do recalque sobre a pulsão, fazendo o sintoma aparecer como substituto dessa satisfação pulsional. Assim sendo, a angústia por si só não é suficiente para produzir um sintoma ou uma neurose, pois é necessário ligar a angústia a um significante.

Em *O Seminário, livro 10: a angústia*, Lacan (1962-1963) verifica através da clínica que a angústia é o afeto do sujeito, mas é o único afeto que não engana, pois é o afeto que corresponde à queda do objeto a. Acrescentamos que, segundo Lacan, a angústia não é sem objeto. Certamente, há uma diferença entre medo e angústia. Desse modo em *A terceira Lacan* (1974-1975) diz: “A angústia é justamente alguma coisa que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge dessa suspeita que vem de nos reduzirmos ao nosso corpo. (...) não é o medo de qualquer coisa da qual o corpo possa se motivar. É um medo de medo (...)” (idem, *ibidem*, p.65).

O trauma, o recalque, a angústia e o sintoma operam provocando alterações no corpo do sujeito. Assim, podemos dizer, provisoriamente, que o homem histérico é aquele que sustenta com o Outro um tipo de vínculo particular, que obrigará aquele a quem ele se dirige a produzir um pedacinho de retorno do recalcado arcaico sob a forma de um saber. No entanto, ele é, em razão de sua estrutura, aquele que, de maneira prevalente, transforma em simbólico os traumas de sua geração. Freud instituiu a hipótese, a qual os histéricos adotam para si, de que os traumas estão ligados, de uma maneira ou de outra, à contestação do primado da função fálica. “Eis por que Lacan dirá que não há histérico macho que não seja uma fêmea. (...) O que faz com que, clinicamente, ele jamais seja tão masculino quanto quando se pensa feminino, e nunca tão feminino quanto quando se pensa absolutamente viril” (WINTER, 2001, p.74-188).

De certo modo, isso nos leva a abordar a seguir as fantasias sexuais, que fazem parte do enigma da histeria masculina.

## 5.4. FANTASIA E CONVERSÃO

Com o nosso estudo, pudemos constatar que é impossível ir adiante sem nos armarmos de uma parte da teoria fundamental, que é a fantasia na obra freudiana. Vimos como o sexual nos incita a aproximar a fantasia como resposta neurótica à irrupção do que é sempre traumático para o sujeito da fala. O histérico sabe que entre o corpo e a fala há uma hiância. Vejamos, então: de onde vem o que atrela o corpo e a fala, de modo que esta pode se manifestar por meio daquele? De onde vem essa relação de intimidade? Começemos respondendo através da fantasia. A fantasia é uma produção que serve de rolha à hiância que se abre quando a questão é corporal, carnal, e ao mesmo tempo objeto da fala (WINTER, 2001).

Continuando nosso percurso histórico, percebemos que a psicanálise vem respondendo que o que tem efeito traumático sobre o neurótico levando-o a fantasiar é, puramente, a própria sexualidade em si. As fantasias que estão na origem dos sintomas evocam o próprio sintoma como representante delas (idem, *ibidem*).

Retornemos, por um momento, à história da histeria, quando Freud enunciou o abandono definitivo da ideia da teoria da sedução, em 1897, em prol da teoria da fantasia. Portanto, desde os *Estudos sobre a histeria* (FREUD, 1893-1895), Freud e Breuer tratavam e investigavam as cenas fantásticas das histéricas, como o caso de Anna O (Bertha Pappenheim). Vale lembrarmos que, nesse caso, Breuer nada quis saber da função da fantasia e da transferência. O fato é que encontramos na obra freudiana diversas cartas de Freud a Wilhelm Fliess, apontando para uma evolução nessa questão. Ainda em 1897, no dia 2 de maio, Freud assinala que a neurose de histeria se constitui pela reprodução de cenas que o sujeito endereça ao outro. Em 25 de maio, no *Rascunho M.*, ele destina um parágrafo inteiro à fantasia, aproximando-se de alguns termos para falar dos sonhos. Essa passagem foi admitida depois no *Rascunho N.*, onde o processo de formação dos sonhos é evocado como exemplo na formação das fantasias e dos sintomas. (FREUD, 1950[1892-1899]).

Posteriormente, em 1964, alguns autores (Alexandre Koyré, 1892-1964; Gaston Bachelard, 1884-1962; Georges Canguilhem, 1904-1995), inspirados numa perspectiva histórica, tomaram a iniciativa de explorar os fundamentos

epistemológicos da psicanálise. Precisamente, relendo a teoria da sedução, perceberam que, para além do trauma, Freud já tratava de explicar suas observações clínicas sobre o recalque e seu efeito sobre a sexualidade. O abandono da teoria da sedução trouxe complicações para a obra freudiana, como já vimos anteriormente, pois a partir dessa época Freud tinha dificuldades de articular sexualidade infantil, Édipo e fantasia. De fato, observamos que os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, 1905), deixam ver o perigo de um retorno à ancoragem biológica da sexualidade. Podemos dizer que, para sair desse impasse de oposições inconciliáveis (o biológico e o psíquico, o real e o imaginário, o interno e o externo), Freud foi levado ao registro da fantasia (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Com relação à fantasia, não podemos negar a elaboração teórica de Fliess sobre a bissexualidade, pois ela está presente do início ao fim da obra de Freud. Desse modo, ela sustenta a concepção freudiana da sexualidade, no conjunto da teoria psicanalítica (COUTINHO JORGE, 2008). Se acompanharmos a Correspondência Freud/Fliess, encontramos na carta de 7 de agosto de 1901, Freud revelando o quanto deve a Fliess essa ideia de bissexualidade: “Você recorda de eu lhe ter dito, anos atrás, quando você ainda era especialista e cirurgião nasal, que a solução estava na sexualidade” (FREUD *apud* COUTINHO JORGE, 2008, p.449). Mas, tempos depois, Fliess diz novamente a Freud que a solução estava presente na bissexualidade. Em pouco tempo, veremos que a bissexualidade biológica proposta por Fliess foi deixada de lado na obra freudiana. Então, o que é bissexualidade para Freud?

Poderíamos dizer que é o sujeito em sua fantasia ocupando o lugar de homem e de mulher. Na fantasia histérica o sujeito representa todos os papéis. Essa passagem sobre a bissexualidade nos possibilita avançarmos para o artigo de 1908, *Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade*, onde Freud aborda a relação entre fantasias e sintomas, enunciando que há uma disposição bissexual no homem. Em 1905, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, a fantasia fora teorizada como dependente de localizações de atividade psíquicas conscientes e inconscientes, embora Freud também introduzira, pela primeira vez, o conceito de pulsão sexual (COUTINHO JORGE, 2010a).

Dando ênfase às fantasias, em 1908, Freud estabelece claramente a distinção entre as fantasias conscientes, os devaneios e as fantasias inconscientes:

“que quem estudar a histeria, portanto, logo transferirá seu interesse dos sintomas para as fantasias que lhes deram origem” (FREUD, 1908, p.151).

Freud inicia seu artigo mencionando que as fantasias surgem sob forma de devaneios. Os devaneios são fantasias ou sonhos diurnos, cujas raízes são inconscientes, pois elas são satisfações de desejos primários, recalçados, de privações ou de anseios. Nesse contexto, Freud (ibidem, p.149) afirma que “Todas essas criações de fantasias tem sua fonte comum e seu protótipo normal nos chamados devaneios da juventude”.

Freud parte da ideia de que no sonho noturno o que temos como núcleo são fantasias diurnas, porém distorcidas pela censura. Ele traz como exemplo em seu texto que devaneios diurnos são momentos em que o sujeito fala sozinho na rua, sorri distraído, apressa o passo numa situação imaginada, etc.

No desdobramento da elaboração da fantasia, veremos que as fantasias conscientes se tornam inconscientes e essas podem tornar-se patogênicas manifestando-se através de sintomas e ataques histéricos. Cabe aqui recordarmos que Freud, ao assistir as cenas de homens e mulheres histéricas, dirigidas por Charcot na famosa Salpêtrière, descobriu que no sintoma e no ataque hístico existe a presença de uma cena sexual. Pois o que ele presenciou foi o sujeito hístico oferecendo o corpo ao outro, através de um ato ou de uma a cena.

“Falar da histeria a partir do teatro. A histeria não é teatral? E o teatro não é hístico? Será coincidência que, ao mesmo tempo em que a histeria é colocada em cena por Charcot, André Antoine revoluciona a arte teatral na França inventando a encenação? (...) Antoine faz autores passarem da recitação de textos para a representação dos personagens, e doravante está em jogo o corpo do ator. Os pacientes de Charcot e os atores de Antoine encenam com seus corpos os dramas escritos pelo Outro (o autor, o inconsciente) e dirigidos por um mestre. (...) Charcot colocou no palco da ciência uma manifestação subjetiva coreografada no corpo que até então estava encoberta pelo preconceito. (...) ... como bem o qualificou Freud, ele revelou a importância do público no sintoma hístico”. (QUINET, 2005, p.10).

Por tudo isso, em 1908, Freud apresenta com detalhes a evolução da fantasia e as possibilidades dessa. Primeiramente, ele descobre que a fantasia inconsciente pode ter sido sempre inconsciente ou formada no inconsciente. Ao contrário, se de início a fantasia é consciente (devaneio), caso seja recalçada (o que acontece com frequência), ela se tornará inconsciente. O fato é que o conteúdo dessas fantasias

pode permanecer igual ou sofrer alterações (COUTINHO JORGE, 2010a). A questão que se coloca a partir daí, é que a fantasia consciente pode permanecer consciente. Já a fantasia inconsciente pode ser desrecalcada para o consciente. Mas, afinal, como a fantasia inconsciente que foi recalcada pode retornar em forma de sintoma? Segundo Freud, a fantasia inconsciente pode atuar na vida do homem histérico através de uma conversão, um sintoma, um ataque histérico, lapso, chistes, sonho, sublimação, ato falho, ou em forma de denegação.

Observamos que as fantasias inconscientes, quando são exteriorizadas por meio da conversão histérica, buscam uma satisfação pulsional: “as fantasias inconscientes são precursores psíquicos de toda uma série de sintomas histéricos. Estes nada mais são do que fantasias inconscientes exteriorizadas por meio da conversão...” (FREUD, 1908, p.151).

Possivelmente, encontramos na histeria uma excitação que é transferida para o corporal, uma conversão em forma figurada. No corpo histérico, os sintomas se manifestam através de “relações simbólicas” que são decifráveis por meio da fala e revelam um dizer original. O corpo entra fazendo parte dessa história.

Pensando em história, vamos nos reportar a Freud em 1888, em um texto sobre histeria, onde ele faz algumas observações sobre histeria masculina e alcoolismo. Nesse texto, citando Charcot, Freud diz que grande parte das anestésias alcoólicas não passam de um sintoma histérico. Sabemos que se a histeria é considerada a neurose de base, então um sintoma histérico pode se manifestar de maneira violenta com o álcool. O álcool faz com que a barreira do recalçamento seja suspensa, permitindo a irrupção do ataque.

Continuando nosso percurso por esses momentos históricos, ainda em 1888, Freud concorda com a explicação médica de que a histeria de conversão é complacência somática. Portanto, de acordo com essa concepção, uma parte do corpo se torna receptiva à irrupção de uma conversão por ter se enfraquecido em virtude de alguma ocorrência, como, por exemplo um traumatismo físico. Desse modo, essa parte do corpo pode se tornar a sede da histeria local. Avançando em suas elaborações, Freud (1893[1888-1893]) expõe suas ideias em *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* e esclarece a distinção entre paralisias orgânicas e histéricas, abordando a paralisia histérica como um sintoma corporal na histeria. Com o intuito de um maior

esclarecimento teórico, veremos que, ao longo da história da histeria, Freud analisa com detalhes o sintoma simbólico na histeria.

“O histérico, acrescenta Freud, procura substituir os órgãos genitais por outros órgãos, que se comportam então como órgãos genitais de substituição. Órgãos que, além de substituição de suas funções normais, desempenhariam igualmente um papel sexual, erógeno, que por sua vez se torna dominante. No histérico homem - pois, ali, manifestamente, Freud está pensando na histérica, embora o processo, na sua época, também tivesse podido ser observado nos homens -, este processo, aquele mesmo que consiste em deslocar o acento sexual para motivos dessexualizados, pode ser encontrado fora do corpo, ou mais exatamente em corpos institucionalmente simbólicos, como o corpo médico, entendido como a Academia, o corpo diplomático ou qualquer outro corpo constituído. (...) Foi somente com a introdução das fantasias históricas que a textura da neurose e sua relação com a vida dos doentes se tornaram transparentes. (...) Freud deixa um enigma (...) a saber: o casal de opostos constituído de um lado por um real sexual excessivo, do outro, por uma rejeição, igualmente excessiva, da sexualidade”. (WINTER, 2001, p.218).

Significa dizermos que o corpo de um homem histérico é constituído pelo retorno do recalcado inconsciente. Então, constatamos que anteriormente ao sintoma há uma fantasia, mas por trás da fantasia esconde-se a pulsão, que fica persistindo e exigindo satisfação. Digamos que a fantasia não se fundou a partir das pulsões, funda o contrário a existência das pulsões. Portanto, é a partir de elaborações fantasmáticas, que são fundadas principalmente no autoerotismo, que se desdobrará o jogo pulsional, o que permite apontarmos que, da mesma forma que a pulsão é definida para Freud, como limite entre a psique e soma, a fantasia faz limite entre o mundo interior e o mundo exterior (idem, ibidem).

Com base nessa referência e considerando a relação da fantasia inconsciente com a vida sexual do sujeito, destacamos a seguinte citação: “Uma fantasia inconsciente tem uma conexão muito importante com a vida sexual do sujeito, pois é idêntica à fantasia que serviu para lhe dar satisfação sexual durante um período de masturbação” (FREUD, 1908, p.150).

Nesse artigo, Freud (ibidem) curiosamente acentua que entre a prática masturbatória e a fantasia não há apenas uma produção da fantasia, há também o ato masturbatório que é composto de duas partes: primeiramente na evocação de uma fantasia, há desejo e, quanto ao ato masturbatório, esse tem um comportamento ativo para obter satisfação (gozo). Ele propõe que se o sujeito

renunciar a esse tipo de satisfação composto por masturbação e fantasia, ou seja, caso o ato seja abandonado, a fantasia passará de consciente para inconsciente. Mas se o sujeito está abstinente e não tem outro tipo de satisfação sexual, ele terá como saída duas possibilidades: sublimar sua libido ou produzir um sintoma patológico (COUTINHO JORGE, 2010a). Com isto queremos dizer que a fantasia é sexual e, assim, um dos seus destinos poderá ser a sublimação.

Freud (1908) assinala que há casos nos quais os histéricos não expressam suas fantasias através de sintomas, ataques ou conversão; elas aparecem como realizações conscientes que encenam os estupros, ataques, ou atos de agressão sexual. Através dessa investigação psicanalítica, Freud constatou que “os sintomas visíveis conduzem às fantasias inconscientes ocultas, revela-nos tudo que é possível conhecer sobre a sexualidade dos psiconeuróticos, inclusive o fato que deve ser o tópico principal dessa breve publicação preliminar” (idem, *ibidem*, p.151).

Além disso, ele diz que o sintoma não corresponde a uma única fantasia inconsciente, mas sim a várias. Essa correspondência não é arbitrária, mas tem um padrão regular entre sintoma e fantasia. Lembremos que o sintoma é a encenação da fantasia. Ao mesmo tempo a relação da fantasia com os sintomas não é tão simples. Nesse contexto, Lacan, tendo como referência a obra freudiana, indica na sua Conferência de Genebra de 1975, que o sintoma tem sentido sexual. Isto porque os sintomas são o que há de mais real. Assim, Freud (1950[1892-1899]) diz explicitamente que o sintoma está presente no encontro com o sexo, um momento traumático, ou seja, a sexualidade é traumática e faz sintomas. Devemos recordar que não se deve confundir uma cena traumática com a fantasia, embora haja um ponto enigmático entre essas duas experiências subjetivas. O efeito dessas cenas será abordado mais adiante quando explorarmos o trauma sexual.

De volta ao sintoma, consideremos com Freud (1926[1925]) que o sintoma é o resultado sempre de um conflito, pois ele representa a busca de uma satisfação para a libido. Sabemos que a libido insatisfeita vai procurar uma saída para se satisfazer e por essa razão diríamos que o sintoma fala, joga com o equívoco da língua e, assim, Quinet (2005) nos ensina: “O corpo é também a mesa de jogo entre consciente e o inconsciente, entre o sentido e o não-sentido, entre a presença recalcante da razão e o retorno do recalcado” (idem, *ibidem*, p.112).

Verificamos ao longo desta dissertação que a fantasia não se constrói de qualquer maneira, pois não somos tão livres para inventarmos as fantasias.

Conforme vimos, as fantasias são sexuais e vão sempre desembocar no sintoma. Todavia, Winter (2001) salienta que “as fantasias podem criar uma cerca viva ao redor da nossa sexualidade infantil, ao redor, portanto, do que é traumático para o sujeito” (idem, ibidem, p.11).

Observamos que fantasia, sintoma e trauma caminham juntos ao longo de textos freudianos, pois a via do que provoca o trauma é um elemento imaginário, que o neurótico se encarrega de encarnar. Após essa constatação, encontramos Coutinho Jorge (2010a) ressaltando e comparando as fantasias e os sintomas, na relação entre os pensamentos oníricos latentes e o conteúdo manifesto dos sonhos.

Interrogamos então: como o sintoma se manifesta em um sonho? Em uma visão freudiana, o sintoma em um sonho é o discurso do sonhador. Então, o conteúdo manifesto que é contado pelo sonhador vai permitir remontar até o que Freud (1908) designa pelo nome de “conteúdo latente”. Em relação ao conteúdo manifesto, podemos dizer que é aquilo de que o sujeito se queixa, aquilo que o faz sofrer, ou seja, é o sintoma se revelando através do sonho. Sendo assim, evoquemos a seguinte questão: o que se encontra ao remontarmos o conteúdo manifesto ao conteúdo latente?

O que temos como resposta é o que Freud diz em 1908: encontraríamos a fantasia. Porém, destacamos que Freud não chegou à concepção sobre a fantasia com muita facilidade. Durante certo tempo, ele resistiu sobre a influência dos fatores hereditários, quando elaborava a teoria do trauma e da fantasia. Lutou bravamente para afastar essa concepção da origem das neuroses, dos fatores acidentais e também das experiências adquiridas. Esses fatores constitucionais e hereditários poderiam impor se apresentando na origem dos sintomas histéricos e Freud insistia em afastar estes elementos da sua teoria. Nesse sentido, propomos, a seguir, as características que fazem parte dos sintomas histéricos:

1. São símbolos mnêmicos, ou seja, são certas expressões traumáticas que se inscrevem no corpo.
2. As experiências traumáticas, que foram recalçadas retornam no corpo, por meio de conversão.
3. Os sintomas expressam a realização de um desejo.
4. O sintoma é o parceiro sexual do sujeito, pois o sintoma é da ordem fantasia. O sintoma é a maneira de o sujeito gozar inconscientemente.
5. Tem uma significação sexual; satisfaz o sujeito.

6. É o retorno do recalçado de experiências passadas; é o retorno a sexualidade infantil.
7. Eles surgem como um compromisso entre pulsões opostas (tem desejo, recalque e censura).
8. Podem possuir a representação de vários impulsos inconscientes que não são sexuais, mas que possuem uma significação sexual. Dito de outra forma, o sintoma concede ao fator sexual a sua significação.
9. Os sintomas histéricos são expressões simultaneamente de uma fantasia inconsciente masculina e feminina.

A partir de então, Freud (1908) faz curiosamente algumas observações que a seguir transcreveremos:

“(…) há muitos sintomas onde a exposição de uma fantasia sexual (ou de várias fantasias, uma das quais, a mais significativa e primitiva, é de natureza sexual) não é suficiente para efetuar a resolução dos sintomas. Para resolver isso é necessário ter duas fantasias sexuais, uma de caráter feminino e outra de caráter masculino. Assim uma dessas fantasias origina-se de um impulso homossexual. Essa nova descoberta não altera nossa sétima fórmula. Continua sendo verdade que um sintoma histérico deve necessariamente representar uma conciliação entre um impulso libidinal e um impulso repressor, mas pode também representar a união de duas fantasias libidinais de caráter sexual oposto”. (idem, ibidem, p.153).

Ao ressaltarmos que o sintoma histérico tem uma significação simultaneamente masculina e feminina, entendemos que essa característica não se aplica e não tem a mesma validade que foi atribuída às outras. Dessa forma, a existência de vários sintomas pode corresponder à existência de uma só fantasia, sendo que duas fantasias, uma feminina e outra masculina, podem corresponder a um só sintoma. Pollo (2003) indica que, nesse momento, Freud atribui ao sintoma histérico uma completude, como o ataque histérico, ou até mesmo uma passagem ao ato dessas fantasias masculina e feminina.

Tomemos como exemplo o caso que Freud (1908) escreveu em seu artigo: uma paciente, durante um ataque, com uma das mãos pressionava o vestido contra o corpo, defendendo-se do ataque sexual de um homem, e com a outra mão tentava arrancá-lo, como um homem que ataca a mulher sexualmente. O que podemos extrair desse exemplo, é que essa paciente agia simultaneamente como uma mulher

e como um homem e mesmo sozinha realizava por gestos contraditórios uma relação entre os dois sexos. Toda luta se deve ao fato daquilo que Freud observou, pois os sintomas histéricos são representados através da conciliação entre o impulso libidinal e o impulso recalcante. A fantasia é uma resposta que o sujeito constrói para tamponar o seu desejo ou para responder ao enigma do desejo do Outro? O que desvela na histeria é um corpo que goza, um corpo de gozo. Portanto, na teoria freudiana, encontramos a mulher histérica que se interroga: “o que é ser mulher?”. Da mesma forma, o homem histérico se interroga sobre “o que quer uma mulher?”. Pensemos, então: qual seria o ponto de ligação, nessa mesma interrogação? Winter (2001), responde:

“(...) se o desejo histérico é desejo de insatisfação, (...) ele é o desejo de sustentar o desejo do pai. Mas se o desejo do pai necessita ser sustentado, é porque, em um ponto que o histérico rapidamente situou, provavelmente em sua mais primeva infância, o pai cedeu em seu desejo e conta com a filha, que ele o saiba ou não, para sustentá-lo naquilo a que renunciou não de uma maneira simbólica, mas de uma maneira que poderíamos qualificar de perversa ou covarde. Aquilo a que o pai renunciou, ao ceder em seu desejo, e que o histérico vem aceitar, (...) não é da ordem de um desejo tomado no sentido de um desejo de objeto, mas de um desejo no sentido (...) de um desejo de saber”. (idem, ibidem, p.220).

Para tanto, Freud e Lacan partiram do que os histéricos ofereciam a eles, isto é, se o desejo inconsciente do histérico é o desejo do Outro, significa, assim, que o desejo inconsciente do histérico sustenta o desejo recalcado do Pai. Ao estudarmos o desenvolvimento da psicanálise, percebemos que Freud enquadrou as experiências sexuais infantis no complexo de Édipo. A princípio ele destacou a importância do pai e, posteriormente, a hipótese de que a ligação com a mãe estaria ligada à histeria. Assim, podemos afirmar que a partir da teoria da identificação na histeria, ele pode esclarecer que a identificação ocorre pela via do desejo, da fantasia inconsciente, ou pelo sintoma.

“O que, plagiando Lacan, eu retomaria à sua maneira enunciando que o histérico se experimenta na valorização endereçada a um outro homem e oferece assim o homem, em quem ele interroga o mistério de sua virilidade falha, à mulher cujo papel ele toma, por não ter satisfeito a identificação narcísica que o teria preparado para satisfazer um e outro em posição de objeto”. (idem, ibidem, p.18).

Sendo assim, entendemos que o que se manifesta é uma falha de identificação. O fato é que o homem histérico “erra” nessa busca de identificação, pois isso acontece independentemente do sexo de seu modelo. O que nos parece é que o homem histérico vive como se estivesse preso entre duas fantasias: uma masculina, ocupando a posição de uma fantasia ativa, e outra feminina, chamada de fantasia passiva. Desse modo, surgirá um momento em que o homem histérico poderia ocupar a posição de objeto na fantasia, mas o histérico sofre uma mudança inconsciente, fazendo com que ele mude de fantasia. “No fundo, poderíamos dizer do histérico que ele erra entre dois fantasmas: é um errante entre o fantasma de masculinidade e o fantasma de feminilidade” (WINTER, 2001, p.188).

Constatamos não só em Freud, mas também em Lacan, que o sujeito histérico é um sujeito dividido em relação ao sexo. Partindo desse ponto, tratemos da importância da experiência analítica, pois Freud demonstra em numerosos casos a confirmação de que, na análise dos psiconeuróticos se evidencia a pressuposta exigência de uma disposição bissexual inata no homem. Ele esclarece: “Assim não ficaremos surpresos ou confusos se um sintoma parece não diminuir, embora já tenhamos resolvido um dos seus significados sexuais, pois ele ainda é mantido por um, talvez insuspeito, que pertence ao sexo oposto” (FREUD, 1908, p.154).

O pensamento freudiano da bissexualidade corresponde à possibilidade do sujeito, em sua fantasia inconsciente, identificar-se como homem e como mulher simultaneamente. A bissexualidade sustenta a possibilidade de o sujeito fazer uma escolha de objeto hetero ou homossexual, uma vez que não há inscrição do Outro sexo. Portanto, não havendo inscrição da diferença sexual no inconsciente, toda e qualquer escolha de objeto (simbólica e imaginária) é possível. (COUTINHO JORGE, 2010a).

Até aqui nesta dissertação, vimos que Freud nos diz que o sonho é mais uma forma de desejo que está recalcada, porém ele percebeu anteriormente que o corpo também é um palco de desejo disfarçado. Mas por que será? Acreditamos que seria pelo fato de manifestar-se no corpo uma linguagem inconsciente e, assim, vale lembrar, que na histeria o sintoma se manifesta no corpo. O corpo é marcado pela palavra, pela linguagem, embora saibamos que não é qualquer palavra que se incorpora simbolicamente e faz corpo. Em 1905 em seu texto *Três ensaios sobre a sexualidade*, Freud mencionou claramente que qualquer parte do corpo, interna ou externa, pode ser uma zona erógena, e que a erogenização do corpo é um dos

fatores envolvidos na conversão. Dito de outro modo, o corpo é marcado por uma história erógena e a partir dessa época ele enfatiza que as zonas erógenas do corpo se deslocam.

“Freud não define a histeria pelo sintoma e sim pelo tipo de reação experimentada em matéria de gozo: o desprazer (*Unlustgefühle*). E mais adiante, no mesmo caso Dora, ele define a sensação de desprazer dessa histérica histórica como Eckel (repugnância, nojo). Asco, nojo, indiferença são os nomes do gozo histérico, segundo Freud. E quem é o parceiro sexual da histérica? É o sintoma que marca seu corpo com uma cena de gozo. (...) corpo é o leito da inscrição da linguagem, da história libidinal em que foi objeto de sedução do Outro”. (QUINET, 2005, p.112).

Portanto, o sujeito histérico é aquele que em uma situação onde ele deveria sentir excitação sexual, sente indiferença, algo no contexto da recusa. Consideremos que o nojo e o repúdio retratam uma cena que foi recalcada e os significantes se expressam por meio de sintomas quando o sujeito não consegue falar através das palavras. Segundo Quinet (ibidem), na histeria, o mecanismo visa um deslocamento, via metonímia, do que foi traumático para o sintoma corporal, como no caso Dora: a excitação genital provocada pela pressão do pênis do Sr. K se desloca para o peito de Dora, resultando em uma sensação de falta de ar. Assim, de acordo com o autor, a lembrança traumática, em virtude do encontro com o sexo, faz um sintoma de pressão no peito, que é uma aversão a certos alimentos. Entendemos nitidamente que o trauma se manifesta por meio de um sintoma e diríamos que existem dois componentes e dois tempos do trauma. O primeiro deles é o acontecimento na mente e o segundo somente as sequelas. Podemos indagar: qual seria a ligação entre uma marca corporal e a cena traumática que deixa uma marca mnêmica? A teoria psicanalítica aponta como resposta: um significante.

Prosseguindo na trilha histórica, vimos que a histeria masculina vai do acontecimento traumático à fantasia, porém em um percurso que vai também da fantasia ao acontecimento traumático. É isso que Freud (1919a) faz com um sucesso maior em *Uma criança é espancada*. Como veremos a seguir.

## 5.5. A FANTASIA NA DIMENSÃO EDIPIANA

Teceremos algumas considerações sobre a teoria da fantasia, a partir do que Freud nos legou em 1919a: *Uma criança é espancada*. Nesse artigo, a fantasia é abordada como expressão de um traço de perversão, pois esta se encontra na raiz de todas as relações estabelecidas pelo homem. Tentaremos acompanhar nesse artigo o desenvolvimento teórico sobre a fantasia, na intenção de indagarmos o que significa essa fantasia na dimensão edipiana do homem histérico. Nominé (2005), escreve:

“O próprio Freud observa que essa criação fantasística se apoia sobre a lembrança de uma cena de fustigação real que jamais foi vivenciada conscientemente como agradável, mas antes como insuportável, até mesmo traumatizante, enquanto a cena fantasiada bate-se numa criança se torna o suporte de uma satisfação, é porque ela exalta o narcisismo do espectador. “Meu pai bate no meu rival, portanto é a mim que ele ama”. (idem, ibidem, p.55).

Freud (ibidem) publica *Uma criança é espancada* a partir de seis casos clínicos (quatro homens e duas mulheres), mas centrou seus estudos nos casos femininos. Inicia sua narrativa pelos casos frequentes de pessoas que não foram obrigadas a procurar análise por causa de uma doença manifesta. Logo, destacou que essa fantasia surge na primeira infância e manifesta-se em um ato de satisfação autoerótico prazeroso.

“A fantasia tem sentimentos de prazer relacionados com ela e, por causa deles, o paciente reproduziu-a em inumeráveis ocasiões no passado, ou pode até mesmo ainda continuar a fazê-lo. No clímax da situação imaginária, há quase invariavelmente uma satisfação masturbatória – realizada, em outras palavras, nos órgãos genitais. De início, isso acontece voluntariamente, mas depois ocorre contra a vontade do paciente e com as características de uma obsessão”. (idem, ibidem, p.225).

Segundo ele essa fantasia é confessada e o seu primeiro aparecimento é lembrado com dúvida, encontrando certa resistência no tratamento analítico. O fato é que a vergonha e o sentimento de culpa são provocados em relação a essa fantasia, de modo diferente do que acontece nos relatos feitos sobre as lembranças do início da vida sexual. Freud não hesita em considerar que as primeiras fantasias

foram nutridas muito cedo: antes da idade escolar, nunca depois do quinto ou do sexto ano de vida. A influência da escola era tão grande, que muitas pacientes atribuíam o surgimento dessas fantasias às experiências escolares, após o sexto ano de idade, momento em que as crianças eram vistas sendo espancadas pelo professor. No entanto, ele mantém a posição de que as fantasias já existiam antes do período escolar. Nesse sentido “há uma autonomia do fantasiar em relação à realidade vivida pelo sujeito” (COUTINHO JORGE, 2010a, p.99). Questões como essas são fundamentais, pois elas nos apontam para uma conexão entre a fantasia de espancamento e o papel que esse castigo corporal poderia desempenhar na educação das crianças em casa.

Conforme Freud (1919a), as análises dessas questões conduziram a inúmeros questionamentos: quem era a criança que estava sendo espancada? Aquela que fantasia ou a outra? Quem estava batendo na criança? Um adulto? Quem? Ou será a própria criança?

Freud (ibidem) ressalta que a aplicação da análise demonstra que as fantasias de espancamento tem uma evolução histórica e não são tão simples, pois são modificadas em vários aspectos, tais como: no que se refere ao autor da fantasia, quanto ao seu objeto, conteúdo e significado.

Então, vejamos quais são as três fases distintas nas fantasias de espancamento e, segundo a teoria freudiana, mencionaremos as modificações produzidas em cada uma das três fases. A primeira delas ocorre na menina em um período muito primitivo da infância, apresentando aspectos indefinidos e escassos pelas pacientes. A criança espancada nunca é a que fantasia. O regular é que seja outra criança, frequentemente um irmão ou irmã. Essa fase é considerada como o tempo da fantasia incestuosa, uma vez que há indício de excitação genital. Constatou-se que a fantasia seguramente não é masoquista, nem sádica, pois a criança que fantasia nunca é a que bate. Logo, trata-se de um adulto que bate e verá que esse adulto é reconhecido de maneira clara como o pai da menina. A frase que Freud (1919a) elabora para representar essa fantasia é: “Meu pai está batendo na criança que eu odeio” (idem, ibidem, p.201). Isso significa que meu pai não ama a outra criança, mas sim a mim; portanto, ele dá provas de que me ama. Mediante essa frase, percebemos um amor incestuoso, numa espécie de triunfo histórico (COUTINHO JORGE, 2010a). Essa fase está intensamente conectada com o “complexo de intrusão” (LACAN, 1938, p.42) na medida em que o irmão caçula atrai

a afeição dos pais e, por conseguinte, o ódio da criança: “A ideia do pai batendo nessa criança odiosa é, portanto, agradável, independente de ter sido dirigida ao pai: ser espancado significa uma privação de amor do pai e uma humilhação” (COUTINHO JORGE, 2010a, p.101).

É possível, pensarmos que a escolha da menina pelo pai é uma fantasia edípica, mantida por uma expressão de um desejo. Dessa forma, fica evidente que a fantasia satisfaz os ciúmes da criança, porém Freud nos mostra que entre a primeira fase e a seguinte, profundas transformações ocorrem. O adulto que bate continua a ser o pai, mas a criança espancada é a criança que fantasia. Nessa segunda fase a fantasia é mais significativa, embora nunca seja recordada e nem se torna consciente. Trata-se de uma construção em análise, devido à intensidade de recalque. Aqui, a fantasia tem um alto grau de prazer e um caráter masoquista. Então, a frase formulada agora é “Estou sendo espancada pelo meu pai” (FREUD, 1919a, p.232). A fantasia nessa fase, “ser espancada pelo pai”, foi invertida em relação à frase anterior: “Ele (o meu pai) só ama a mim, e não a outra criança, pois está batendo nela” (FREUD, 1919a, p.236). O ato de “ser espancada pelo pai” instaura uma expressão de culpa e um erotismo.

Sabemos que o sujeito nesse momento se encontra incluído com o outro. Em outras palavras, tem uma ambiguidade. O sentimento de culpa revela a inversão desse triunfo e, assim, a fantasia torna-se masoquista. Devemos lembrar que essa segunda fase permanece, via de regra, inconsciente.

“Ser espancado (...) não é só castigo pela referência genital proibida, senão também seu substituto regressivo, e a partir dessa última fonte recebe a excitação libidinosa que desde esse momento achará descarga em atos masturbatórios”. (MARTINHO, 2008, p.87).

Além disso, Freud (1919a) verifica que só um paciente masculino lembrava conscientemente a segunda fase. Esse mantinha na memória o fato de que costumava empregar a ideia de ser espancado pela mãe com o intuito de masturbação, mas logo substituiu a mãe pelas mães dos colegas ou outras mulheres, desde que de alguma maneira se assemelhassem a ela.

“Não devemos nos esquecer de que, quando a fantasia incestuosa de um menino se converte na fantasia masoquista correspondente, ocorreu uma inversão a mais do que no caso de uma menina, ou

seja, a substituição da atividade pela passividade; e esse grau adicional de distorção pode salvar a fantasia de ter quer permanecer inconsciente, em consequência da repressão. Dessa maneira, o sentimento de culpa seria satisfeito pela regressão, em vez de o ser pela repressão”. (FREUD, 1919a, p.237).

Assim, verificamos que, entre a segunda e a terceira fase, as meninas mudam de sexo, já que nas fantasias da última fase essas se transformaram em meninos. Todavia, Freud (1919a) assinala que não conseguiu progredir tanto no conhecimento das fantasias dos meninos, pois o material que tinha não era favorável.

No que concerne à terceira fase, ele destaca que nesta a fantasia se assemelha à primeira. A pessoa que bate nunca é o pai, mas um substituto deste (uma autoridade, professor, etc.), ou, como na primeira fase, deixa-a indeterminada. A criança que cria a fantasia, não mais aparece nesse momento. Ela aparece quase como um espectador. Ao contrário das fases anteriores, em vez de uma criança sendo espancada, há, agora, via de regra, várias crianças presentes, sendo que nenhuma delas é conhecida da criança que fantasia. Assim, Freud (1919a) descobre que:

“(...) a fantasia liga-se agora a uma forte e inequívoca excitação sexual, proporcionando, assim, um meio para a satisfação masturbadora. (...) Por que caminho a fantasia de meninos estranhos e desconhecidos sendo espancados (uma fantasia que, nessa altura, tornou-se sádica) impôs-se à posse permanente das tendências libidinais da menina?” (idem, ibidem, p.233).

No entanto, com grande frequência são os meninos que estão sendo espancados, tanto nas fantasias destes, quanto nas das meninas. O espancamento que a princípio era simples, passou por elaborações complicadas, pois castigos e humilhações passaram a substituir o espancamento. Essa fase é assinalada como sádica apenas na forma, pois o gozo que produz é masoquista. Coutinho Jorge (2010a) ressalta que:

“(...) o processo de dessubjetivação em jogo na terceira fase da fantasia, e, da primeira fase, que articulava o espancamento à demonstração de amor, resta apenas o espancamento. Se não se trata mais de uma demonstração de amor do pai pela criança que fantasia, então o sujeito que espanca pode ser indeterminado, assim como a criança que é espancada também”. (idem, ibidem, p.103).

Refaçamos, então, alguns passos da teoria sobre a fantasia de espancamento. Vimos que a primeira e a terceira fase são lembradas conscientemente, ao passo que a segunda está inconsciente. Na primeira e na terceira fase, a criança em que estão batendo é alguém diferente daquela que criou a fantasia. Na segunda fase, é a própria criança. Na terceira fase, são sempre meninos na fantasia das meninas que são espancadas. Freud (1919a) explicita que esperava encontrar uma analogia entre a situação dos meninos e das meninas, em que a mãe toma o lugar do pai na fantasia. Essa ideia parecia se confirmar, pois o conteúdo da fantasia masculina que seria considerado como correspondente era, na verdade, o de ser espancado pela mãe.

“(...) essa fantasia, na qual o próprio eu (self) do menino era mantido como a pessoa que estava sendo espancada, diferia da segunda fase das meninas por que conseguia tornar-se consciente. Se por causa disso, (...) traçar um paralelo entre ela e a terceira fase da fantasia feminina, encontraremos uma nova diferença, pois a figura do próprio menino não é substituída por um número de crianças desconhecidas e indeterminadas, menos ainda por uma série de meninas. Portanto, era enganosa a expectativa de haver um paralelo completo”. (idem, *ibidem*, p.244).

Ao que tudo indica, na fantasia masculina o ser espancado significa ser amado (num sentido genital), por causa da regressão. Assim, Freud constatou que a fantasia masculina inconsciente não era a mesma que vinha abordando até aquele momento. “Estou sendo espancado pelo meu pai”, mas antes, “Sou amado pelo meu pai” (Freud, 1919a, p.246). A fantasia devido a acontecimentos familiares foi transformada em fantasia consciente: “Estou sendo espancado pela minha mãe” (Freud, 1919a, p.247). Chegamos ao ponto onde encontramos na teoria que a fantasia de espancamento do menino é passiva desde o início e deriva de uma atitude feminina em relação ao pai. Dito de outro modo, a fantasia de espancamento tem sua origem numa ligação incestuosa com o pai, uma relação entre masoquismo e feminilidade.

“O menino, pelo contrário, modifica a figura e o sexo da pessoa que bate, colocando a mãe no lugar do pai; mantém, contudo, a sua própria figura, disso resultando que a pessoa que está batendo e a que está apanhando são de sexos opostos. (...) No caso do menino, a situação permanece masoquista e mostra uma semelhança maior

com a fantasia original, com seu significado genital, de vez que existe uma diferença de sexo entre a pessoa que bate e a pessoa que é espancada. O menino burla o seu homossexualismo ao reprimir e remodelar a fantasia inconsciente – e o que é notável acerca da sua posterior fantasia consciente é que está tendo como conteúdo uma atitude feminina sem escolha homossexual de objeto”. (FREUD, 1919a, p. 248).

Como mencionamos anteriormente, a fantasia inconsciente não é uma imaginação, mas um meio de construção do sujeito neurótico, na tentativa de articular o corpo com o significante.

Desse modo, antes de nos determos no complexo de Édipo do menino, recordemos que, embora Freud não tenha destinado nenhum artigo específico ao Complexo de Édipo Rei (e o complexo relacionado com ele), este se encontra presente em toda a sua obra, desde 1897 até 1938. Então, foi em uma carta<sup>5</sup> de 15 de outubro de 1897, endereçada a Wilhelm Fliess, que Freud revelou:

“Não é nada fácil. Ser completamente honesto consigo mesmo é uma boa norma. Um único pensamento honesto consigo mesmo é uma boa norma. Um único pensamento de valor genérico revelou-se a mim. Verifiquei, também no meu caso, a paixão pela mãe e o ciúme pelo pai, e agora considero isso como um evento universal do início da infância, mesmo que não tão precoce como nas crianças que se tornam histéricas. (...) Sendo assim, podemos entender a força avassaladora de *Oedipus Rei*, apesar de todas as objeções levantadas pela razão contra a sua pressuposição do destino (...)”. (FREUD, 1950[1892-1899], p. 316).

Portanto, a questão do Édipo pode ser abordada de duas maneiras diferentes: do ponto de vista do complexo, da clínica, ou pela via da interpretação do mito. Começamos recapitulando algumas referências freudianas com o propósito de verificar o Complexo de Édipo do menino. Veremos que no artigo publicado em 1905, os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud revela que somente a vida sexual dos homens se tornou acessível à pesquisa, enquanto a das mulheres se encontrava na escuridão: “Em consequência de circunstâncias desfavoráveis, tanto de natureza externa quanto interna, as observações seguintes se aplicam ao desenvolvimento sexual de apenas um sexo - isto é, o dos homens” (FREUD, 1925, p.274). Uma das consequências desse enigma da vida sexual das mulheres levou Freud a descrever pela primeira vez a situação edipiana, em *A interpretação dos*

---

<sup>5</sup> Trata-se da Carta 71 (FREUD, 1950[1892-1899]).

*sonhos* (FREUD, 1900), considerando primeiramente a afeição de uma menina para o pai, enquanto no menino os primeiros desejos infantis eram dirigidos para sua mãe. No entanto, ao investigar a fase fálica, no artigo sobre a organização genital infantil, Freud (1923) escreve: “Infelizmente podemos descrever esse estado de coisas apenas no ponto em que afeta a criança do sexo masculino; os processos correspondentes na menina não conhecemos” (idem, *ibidem*, p.158).

É interessante observarmos que a síntese desses e outros artigos conduziram ao texto de 1925, *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*, onde veremos como a posição edipiana do homem histérico é estruturante em sua neurose, levando-o a interrogar: o que é ser uma mulher? O que é ser um homem?

“Apenas examinando-se as primeiras manifestações da constituição instintual inata do paciente e os efeitos de suas primeiras experiências, que de fato podemos avaliar com exatidão as forças motivadoras que levaram à sua neurose, e estar seguros contra os erros a que poderíamos ser induzidos pelo grau em que as coisas se tornaram remodeladas e sobrepostas na vida adulta”. (FREUD, 1925, p.277).

Partamos do complexo de Édipo nos meninos, quando Freud (1925) demonstra o quanto a atitude edipiana concerne à fase fálica da sexualidade infantil. Assim, logo nos primeiros anos de vida, o menino começa a sentir sensações voluptuosas. Apaixonado pela mãe, ele quer possuí-la, colocando-se como rival do pai, outrora encantado. Adota, igualmente, a posição inversa: carinho em relação ao pai e hostilidade para com a mãe

Freud (*ibidem*) enfatiza que o complexo de Édipo submerge com o complexo de castração, pois o menino reconhece no esboço paterno o obstáculo da realização de seus desejos. Sendo assim, abandona o investimento feito na mãe e evolui para uma identificação com o pai, a qual lhe permite, mais tarde, outra escolha de objeto e novas identificações: ele se desliga da mãe, para escolher um objeto do mesmo sexo. A privação desse amor poderá também ser interpretado como uma frustração, causando um sentimento de ódio em relação à mãe. Diríamos que as cicatrizes desse processo manifestam-se na histeria masculina. Além disso, Freud (*ibidem*) adiciona em relação ao Édipo, que se o menino sai do Édipo por meio da angústia da castração, a menina entra nele pela descoberta da castração e pela inveja do

pênis. Nela, o complexo se manifesta pelo desejo de ter um filho do pai. Ao contrário do menino, a menina se desprende da mãe, que é do mesmo sexo, por outra pessoa de sexo diferente, o pai. Assim, para Freud, não há um paralelismo exato entre o Édipo masculino e seu homólogo feminino. Não subsiste uma regularidade, uma vez que em ambos os sexos a afeição à mãe é o artefato comum e primeiro. Winter (2001), escreve:

“(...) a descoberta mais importante devida às psicanalistas (mulheres) no início do século, isto é, Lampl de Groot, Ruth MacBrunswick e Hélene Deutsch, é que, justamente, a ideia que domina as mulheres não é a ideia de ter um filho de seu pai, mas o fantasma de poder dar um filho à sua mãe, fazer um filho na mãe. Neste sentido, para Freud, o desejo de quem não era ainda uma menina, segundo Freud, é um desejo ativo. (...) para Freud, o desejo no homem e na mulher é sempre ativo, já que é sempre reativo, histérico, na medida em que desejar é sempre faltar, reivindicar, sentir-se frustrado, invejar o outro”. (idem, ibidem, p.140).

Contudo, na história da psicanálise o Complexo de Édipo designa nos meninos não apenas o reprimido, mas é literalmente feito em pedaços pelo choque da castração ameaçada.

“(...) quando possuído de alguma ameaça de castração, é que a observação se torna importante para ele; se então a relembra ou repete, ela desperta nele uma terrível tormenta de emoção e o força a acreditar na realidade da ameaça de que havia rido até então. (...) que em conjunto com outros fatores, determinarão permanentemente as relações do menino com as mulheres: horror da criatura mutilada ou desprezo triunfante por ela. Esses desfechos, contudo, pertencem ao futuro, embora não muito remoto”. (FREUD, 1925, p.281).

Retomando *Uma criança é espancada* (FREUD, 1919a), constatamos que ser espancado pelo pai adquire uma importância erótica para ambos os sexos: o falo simbólico. Nesse sentido, toda construção imaginária abordada por Freud em seu artigo é feita para escamotear a dimensão simbólica da castração. Para sermos mais precisos, entendemos que a castração é aceitação de um limite de si, aceitação não só do que sou, mas, sobretudo, do que não sou. Do ponto de vista clínico a histeria masculina é um modo de contornar a castração, mas o que a diferencia de outras neuroses?

A diferença é que o homem histérico, a partir de seu nascimento, deve sentir que, nas imediações da mãe, alguém seduz a atenção desta mais do que ele

consegue fazer. Ele começa a entender que é o pai: esquema edipiano que vimos anteriormente. Contudo, para entendermos melhor a histeria masculina, podemos modificar o esquema edipiano e lembrar que o esquema agora é: pai, mãe, filho e função fálica. Abramos aqui um parênteses para compreendermos por que Freud (1923) em *A organização genital infantil*, destacou o quanto a existência de uma organização genital infantil estava centrada no primado do falo.

Para empreender o retorno a Freud, Lacan (1957-1958) estabelece: “na doutrina freudiana o falo não é uma fantasia (...) tampouco é, como tal, um objeto (...) e é, menos ainda, o órgão que ele simboliza” (idem, ibidem, p.695). Ainda em 1958, o falo foi determinado como o significante dedicado a designar, em seu conjunto, os efeitos do significado, na medida em que tais efeitos são dependentes do significante. Mas para dar conta do significante “falo”, é imprescindível colocar em cena aquilo que sofrerá a marca do significante. Sendo assim, tomemos como exemplo a possibilidade do menino perceber desde bem cedo que o pai não é um rival de muito peso. Ou que talvez a mãe ame os homens que não têm peso. Vemos, desse modo, que a questão do menino histérico será saber por onde percorre o dito falo, já que ele percebeu que para a mãe de maneira alguma seu detentor pode ser o pai da criança. Como estamos no campo da neurose, Winter (2001) escreve:

“(...) o falo (...) está por vir, ou é o próprio sujeito que, num primeiro tempo, é o falo, e num segundo tempo o deterá. Se o detiver, não lhe é impossível, de vez em quando, emprestá-lo à mãe e, assim, poder representar com ela uma relação fantasmada na qual ele lhe dá o falo e, quando quer, o retira. Se ele pensa que o falo está alhures, e que está por vir, ele buscará figuras que dele serão detentoras e que a mãe poderia aceitar. É este o verdadeiro esquema do histérico e é a razão pela qual ele vai buscar este falo com aqueles que têm o poder: os homens políticos e seus delegados, os homens da lei. Serão, em consequência, pais imaginários de que poderá se queixar, mas aos quais se submeterá”. (idem, ibidem, p.154).

Nesse contexto, o que podemos dizer até esse momento? A impressão que temos é que o homem histérico paga muito caro por não reconhecer o amor de seu pai. Observamos também que Freud instituiu esse esquema em *Romances Familiares* (1909[1908]), onde o sujeito em sua história elabora uma fantasia de um pai, que não é aquele que teve. E o que isso quer dizer? O que vimos em *Uma criança é espancada* (FREUD, 1919a), é que a fantasia é uma produção de

linguagem que mostra ao mesmo tempo o assujeitamento à estrutura e a produção do sujeito. Sobretudo a fantasia denominada por Freud, a princípio, como referida a meras produções de caráter imaginário, é investida na obra freudiana quando se verifica que uma força inconsciente impele o sujeito a remodelar sua experiência e sua lembrança, causando uma realidade que, alheia ao mundo externo, estabeleceu-se como realidade psíquica.

Seguindo nossa proposta, pesquisaremos o trauma sexual no texto intitulado *Moisés e o monoteísmo: três ensaios* (FREUD, 1939[1934-1938]). Nesse sentido, abordaremos como o trauma sexual e a fantasia fazem com que a história do sujeito neurótico seja pontuada por rupturas, resistências e repetições imprevisíveis.

## 5.6. O TRAUMA SEXUAL

Sabemos que desde a origem da humanidade o homem esteve exposto a situações de trauma psíquico. Esse trauma incide em todos os discursos: na psiquiatria, nas políticas de saúde, nos sujeitos traumatizados em grandes catástrofes e também no campo do direito. Além disso, a palavra traumatismo passa a existir em 1855, um ano antes do nascimento de Freud. Trata-se de um termo ligado ao contexto da guerra industrial, estradas de ferro e dos acidentes de trabalho. Desse modo, o “traumatismo” era um termo cirúrgico que indicava ideias de lesão e ferida. Vale lembrar que Charcot descreve e nomeia a histeria traumática, provocada a partir da autossugestão procedente de um evento traumático, como os acidentes de trem. Portanto, a noção de neurose traumática é, sem dúvida, um dos primeiros nomes do traumatismo nessa época.

Chegamos à psicanálise, onde o trauma gradativamente passa a ocupar vários espaços da teoria psicanalítica. Inicialmente, Freud ressalta que o que Charcot chamava de “histeria traumática”, assim como o que Breuer denominava “histeria hipnótica”, ele mesmo chamava de “histeria adquirida”, ou somente “histeria”. Depois de certo tempo, Freud afirmou nunca ter descoberto uma autêntica histeria hipnótica, bem como citou a necessidade de desenvolver o uso da expressão “histeria traumática”, já que toda histeria seria traumática e todo trauma seria um “trauma psíquico”.

Embora “trauma” nunca tenha sido um termo exclusivo do discurso psicanalítico, este parece ter sofrido um destino semelhante ao do vocábulo “complexo”. Observamos que no artigo freudiano de 1914, *História do Movimento Psicanalítico*, o uso do termo tão frequente e abrangente passou a não significar mais nada. “Ele é traumatizado” ou “assim ele vai ficar traumatizado”, são frases que constataam ao mesmo tempo a entrada do discurso psicanalítico na civilização, sua laicização, se preferirmos, e a perda de significação decorrente do exagero de sentidos que lhe podem ser conferidos (POLLO, 2004).

Voltemos a Freud (1893-1895) em seu primeiro escrito sobre a histeria, assim como em seu *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1950[1895]) Neste momento, ele constrói sua primeira teoria da histeria, onde a questão do trauma surge coligada às noções de causa, de defesa e de efeito retroativo. O trauma como causa provoca de imediato a ideia de experiência sexual precoce (à qual retorna em 1915 na série etiológica da neurose, bem como em 1937 na questão da etiologia favorável à análise). Mais ainda, implica a subversão da máxima “interrompida a causa, interrompem os efeitos”, subversão esta que Freud chega a pensar e a nomear primeiramente como uma autêntica inversão. Interrompidos os efeitos, interromperá a causa. A subversão freudiana de noção de causa seria traduzida por Lacan nos termos de que “a gente não se cura porque se lembrou, mas que a gente se lembra porque se curou” (POLLO 2004, p.9).

Então, quanto a isso, diríamos que o trauma sugere uma ideia de defesa ou recalque. Podemos notar que Freud (1926[1925]), somente ao escrever *Inibição, sintoma e angústia*, ressaltou que durante muito tempo usou como sinônimos os termos recalque e defesa quando, na verdade, o recalque é apenas uma das modalidades de defesa, característica da histeria, como foi dito anteriormente. Recordando os textos iniciais da obra freudiana, vale a pena perguntarmos qual seria a função do trauma. Sabemos que o trauma não produz seus efeitos imediatamente, mas pela sua ressignificação posterior, no quadro da fantasia. Lembremos, por exemplo, que a jovem Emma (FREUD, 1893-1895) desenvolve ao mesmo tempo uma fobia e uma obsessão: ela não pode entrar em lojas, porém essa ideia permanece sempre na sua cabeça. Conta que, aos doze anos, saíra correndo de uma loja onde entrara sozinha e se deparara com a fisionomia de riso dos vendedores. Após algum tempo, recorda outra cena em que, aos oitos anos, fora comprar doces em uma confeitaria. O fato foi que um dos vendedores apalpara seus

órgãos genitais. Sendo assim, ela se recrimina por ter voltado, apesar disso, mais de uma vez à confeitaria. Para Freud, a cena da loja de roupas metaforiza a da confeitaria, a partir do riso que as condensa. Desse modo, o gozo sexual que se apresenta na cena da confeitaria, recalçado, retorna na cena da loja de roupas, mas sob uma valência invertida: nojo, desprazer e susto, apontando para um efeito traumático que se deu *a posteriori*.

Verificamos que suas observações clínicas o levaram a desacreditar na sua Neurótica (teoria das neuroses) e abandonar a hipótese de sedução precoce como causa real da neurose, como dissemos anteriormente. O fato foi que, na *Carta 69*, de 21 de setembro de 1897 (FREUD, 1950[1892-1899]) ele disse haver constatado que o trauma sexual infantil não se estabelecia, num primeiro tempo, como condição de neurose. Que era imprescindível a intervenção de um segundo tempo, no qual o caráter sexual do acontecimento traumático contraia significação na cena atual, constituindo-se, então, o verdadeiro trauma. Mas Freud não permanece aí e propõe uma equação etiológica da neurose. Esta é composta por uma constituição sexual (experiência pré-histórica) mais uma experiência infantil. O efeito traumático se determina como efeito nocivo de experiências que se combinam com um determinado grau de predisposição à neurose na constituição sexual (fixação da libido a determinadas tendências e objetos) (POLLO, 2004).

Com essa equação, ele mantém a hipótese de uma conexão da memória do sujeito com uma memória infantil e com as cenas originárias do gozo traumático que o sujeito já esqueceu (recalque). Além disso, assegura a presença de uma relação complementar entre a intensidade e a importância das experiências infantis e o valor das experiências posteriores. Será que podemos dizer que nesse terceiro elemento, que também é uma condição do trauma, há algo da ordem de uma falta? Do gozo? Ou esse acontecimento que é o gozo não poderia ser traumático?

Na obra de Freud são inúmeros os momentos nos quais encontramos o trauma, mas foi em 1919b em *A psicanálise e as neuroses de guerra*, a partir da Primeira Guerra Mundial, que ele aprofundou suas elaborações sobre as neuroses traumáticas. Freud fez dessa neurose em sua obra uma discussão da etiologia da histeria, a partir da doutrina de Charcot.

“(...) a ideia de trauma foi transposta do domínio físico e orgânico para o plano psíquico, a fim de se abrir para uma nova concepção da

neurose, inicialmente fundamentada na teoria da sedução e, mais tarde na do conflito decisivo". (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.537).

Com a Primeira Guerra Mundial o debate sobre a neurose traumática foi recomeçado, embora historicamente a questão da neurose de guerra seja tão antiga quanto a guerra em si. Em meio a esse panorama, os trabalhos do século XX sobre os traumas estavam ligados à guerra, à prisão ou às situações que confirmam as elaborações freudianas. Nesse texto, Freud esboça que os traumas são específicos de uma dada situação e reveladores da história de cada um. Para tanto, ele identificou as causas sexuais da neurose, abdicando do trauma real, que estava presente no seio de uma sociedade. A nova ênfase sobre a neurose traumática levou Freud a várias inovações teóricas, a principal das quais foi a criação de um dualismo pulsional. Embora o dualismo pulsional seja uma passagem importante nos textos de Freud, nesta dissertação não nos aprofundaremos nesse conceito. Continuemos, porque é interessante destacar que Freud foi forçado a aceitar que não há traços de etiologia sexual nas neuroses de guerra, o que, à primeira vista, sugeria refutar um elemento central da teoria psicanalítica. "No trauma sexual, fundamento das neuroses de transferência, as pulsões de vida e morte estão fusionadas na constituição da fantasia fundamental, que embora seja masoquista é também erótica" (CARNEIRO RIBEIRO, 2006b, p.65).

A Guerra Mundial introduz um mandato superegóico que desfusiona as pulsões. A situação de guerra divide o sujeito em um eu-pacífico, que quer salvar a própria vida, e um eu-guerreiro que ameaça a vida do sujeito. Portanto, na neurose traumática, o perigo está no externo. O que está realmente em jogo é também a vida do sujeito. E a memória se detém aí, essa última lembrança antes do impossível de representação. Desse modo, sem libido, não há representação (CARNEIRO RIBEIRO, 2006b). No parecer de Freud, as neuroses de guerra, na medida em que se diferenciam das neuroses comuns por características particulares, deviam ser avaliadas como neuroses traumáticas cuja ocorrência se tornou possível ou foi provocada por um conflito no eu (FREUD, 1919b).

No entanto, isso não impediu Freud de tentar um ajustamento entre essas neuroses e as neuroses de transferência, em que a libido era indiscutível. No texto *Neuroses de transferência: uma síntese*, Freud (1915c) concebe o psiquismo como patológico em sua origem: uma organização que se desenvolveu para proteger o

sujeito contra os ataques externos e internos que punham a vida em perigo. Então, conforme Freud, nas neuroses de guerra o eu se defende do perigo externo. Já nas neuroses pacíficas (termo de Freud) o inimigo é a própria libido, cujas exigências lhe parecem ameaçadoras.

Podemos dizer que as neuroses de guerra somente serão consideradas neuroses traumáticas se houver conflito no eu. Como observamos, o próprio Freud cai na resistência, uma vez que tenta unificar os traumas de guerra com o trauma infantil. Assim, no texto freudiano sobre as neuroses de guerra, lemos que “temos todo o direito de descrever a repressão, que está na base de cada neurose, como uma reação ao trauma - como uma neurose traumática elementar” (FREUD, 1919b, p.226).

Abriremos aqui um parêntese para ressaltar o trabalho de Otto Rank ao final da Primeira Guerra Mundial.

Roudinesco & Plon (1998) nos contam que Rank, um ex-operário, morava no centro de Viena e praticava psicanálise graças ao apoio de Freud. No início do ano de 1924, publicou um livro sobre o trauma do nascimento. Nessa época, começou a se afastar da teoria freudiana defendendo a ideia de que, no nascimento, o sujeito sofre um trauma maior e somente depois procura vencer esse trauma, aspirando inconscientemente a voltar ao útero materno. Nesse contexto, Freud estava totalmente em desacordo com as ideias de Rank sobre o trauma do nascimento.

Freud não cessa de negar ao nascimento o estatuto de trauma original e real, mas reconhece nele a dimensão de protótipo. Ele nos ensina que cada fase da vida tem angústia e que, no transtorno fisiológico do nascimento, não se trata da perda da mãe. No entanto, o que traumatiza? O que faz efeito de trauma? A esse respeito indagamos: será que, para a psicanálise, todo sujeito não é um traumatizado original? De fato, Freud jamais abandonou a causalidade traumática, mas sofisticou a teoria e introduziu a fantasia, ou seja, a fantasia corresponde a uma das consequências da incidência do trauma sobre o sujeito. Assim, o sexual se estabelecerá como traumático, porque implica o que a linguagem não pode recobrir. Por essa razão a psicanálise virá mostrar que é tributária da histeria e histórica, pois ela nos entrega o funcionamento do inconsciente, a origem sexual dos sintomas e o corpo como uma cena de gozo (QUINET, 2003).

Na sequência, especificamente em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926[1925]) coloca a ênfase sobre o trauma no encontro com a castração, porém

na proporção em que a angústia dita “automática” seja o verdadeiro motor do recalque. Com efeito, compreendemos que a angústia não é outra senão a de castração, lugar em que se aloja o gozo repetitivo e a perda. Angústia é, ao mesmo tempo, uma expectativa do trauma e uma repetição enfraquecida do mesmo. Em outras palavras, a neurose de angústia se manifesta a cada vez que o mecanismo do recalque se enfraquece (POLLO, 2004).

A angústia neurótica decorre do desenvolvimento do sinal de angústia no quadro da fantasia, o que é diferente da angústia desencadeada por um perigo real. Observamos, nesse sentido, que Freud enfrentou problemas para delimitar o que seria esta angústia real, decorrente de um perigo realístico. Todavia, o que queremos ressaltar é que ele opõe neurose e realidade como fontes e destinos distintos para a angústia (DUNKER, 2006). Então, completamos, mais uma vez, que o trauma pode ser avaliado como um evento muito intenso, que excede a capacidade representacional e que contamina o sujeito antes que este possa tramitá-lo psiquicamente.

Sabemos que ao publicar *Moisés e o Monoteísmo: três ensaios*, um texto que nos é de grande interesse em função de sua data tardia, Freud (1939[1934-1938]) revela sua última mensagem sobre a neurose e nela verificamos, sem ambiguidade, sua origem traumática. A ênfase dada à causalidade traumática da neurose nos interessa porque faz do sintoma uma consequência de um acidente da história, uma contingência da vida na qual o sujeito é basicamente vítima (SOLER, 2004b). Cabe aqui mencionar que não iremos entrar em toda a minúcia desse texto, apenas extrairemos alguns pontos que consideramos importantes para o tema desta dissertação.

“Denominamos traumas aquelas impressões, cedo experimentadas e mais tarde esquecidas, a que concedemos tão grande importância na etiologia das neuroses. Podemos deixar de lado a questão de saber se a etiologia das neuroses em geral pode ser encarada como traumática. (...) dois pontos devem ser enfatizados. Em primeiro lugar, a gênese de uma neurose invariavelmente remonta a impressões muito primitivas da infância. Em segundo, é verdade que existem casos que distinguem como “traumáticos” porque seus efeitos remontam inequivocamente a uma ou mais impressões poderosas nessas épocas primitivas - impressões que escaparam de ser lidas normalmente, de maneira que se fica inclinado a julgar que, se não tivessem ocorrido, tampouco a neurose teria surgido”. (FREUD, 1939[1934-1938], p.87).

Percebemos que, nesse momento, Freud (1939[1934-1938]) buscava não só a definição de “traumático”, mas procurava também a distinção entre etiologias traumáticas e não traumáticas. A partir desse ponto era fundamental descobrir as características comuns dessas experiências e as dos sintomas neuróticos. Três pontos foram ressaltados: primeiramente, todos esses traumas ocorrem na primeira infância. Em seguida, as experiências são, via de regra, completamente esquecidas, não são acessíveis à memória e ocorrem dentro do período de amnésia infantil, comumente interrompida por alguns resíduos mnêmicos isolados, conhecidos como recordações encobridoras. Por último, elas se relacionam com impressões de natureza sexual e agressiva e, indubitavelmente, também a danos precoces ao eu. Segundo a análise de Freud, o predomínio do fator sexual é mais marcante e exige consideração teórica. Então, esses três pontos, ou seja, o aparecimento precoce dessas experiências, o fato de serem esquecidas e seu conteúdo sexual agressivo, estão totalmente intervenculados.

“Os traumas são ou experiências sobre o próprio corpo do indivíduo ou percepções sensoriais, principalmente de algo visto e ouvido, isto é, experiências ou impressões. A intervenculação desses três pontos é estabelecida por uma teoria, um produto do trabalho de análise que, apenas ele, pode provocar um conhecimento das experiências esquecidas, ou, para expressá-lo do modo mais vivo, embora também mais incorretamente, trazê-las de volta à memória”. (idem, *ibidem*, p.89).

A fantasia, ao contrário do trauma, surge como o espectro encobridor, distorsivo e refratário que ao mesmo tempo supõe e presume este referente. Dentro desse contexto, Freud (*ibidem*) não hesita em acentuar quanto às características comuns dos fenômenos neuróticos: os efeitos dos traumas são positivos e negativos. Os positivos são considerados quando o trauma está em funcionamento mais uma vez. Dito de outro modo, é recordar a experiência esquecida, repetição dela de novo. Como mencionamos anteriormente, esses esforços são definidos com o nome de fixação no trauma e como uma compulsão a repetir. Já as reações negativas percorrem um caminho oposto: que nada dos traumas esquecidos seja recordado e repetido. Para Freud, são reações defensivas. Assim, sua expressão mais importante constitui aquilo que é chamado de evitações, que podem ativar em inibições e fobias. A neurose propriamente dita é uma formação de compromisso para a qual contribuem tanto a intenção a lembrar quanto a tendência a esquecer.

E todos esses fenômenos, até mesmo os sintomas quanto às restrições ao eu e as modificações estáveis de caráter, possuem uma qualidade compulsiva. Mas o que Freud quer nos dizer?

“Isso equivale a dizer que têm uma grande intensidade psíquica e, ao mesmo tempo, apresentam uma independência de grandes consequências quanto à organização dos outros processos mentais, que se ajustam à exigências do mundo externo real e obedecem às leis do pensamento lógico”. (FREUD, 1939[1934-1938], p.91).

Podemos elencar aqui que, para Freud (ibidem), o trauma na infância pode ser prontamente seguido por um desencadeamento neurótico, uma neurose infantil, com uma abundância de esforços de defesa, e seguida pela formação de sintomas. Esta neurose pode durar um tempo importante e gerar perturbações marcantes, mas também pode seguir um curso latente e não ser notada. Só raramente uma neurose infantil persiste, sem interrupção, numa neurose adulta. Repetidamente ela é sucedida por um período de desenvolvimento não perturbado ou tornado possível pela intervenção do período fisiológico da latência. Apenas posteriormente realiza-se a mudança com que a neurose definitiva se torne manifesta, como um efeito retardo do trauma.

Portanto, no que diz respeito ao trauma, vimos que esse, desde os primórdios da teoria psicanalítica, sofreu deslocamentos. Isso nos levou a compreender que para o trauma não há significante, mas há uma direção, ou seja, há repetição, que insiste em retornar. O trauma é inassimilável pelo sujeito e, por isso mesmo, não pode ser recordado. “Trauma primitivo – defesa – latência - desencadeamento da doença - retorno parcial reprimido: tal é a fórmula que estabelecemos para o desenvolvimento de uma neurose.” (idem, ibidem, p.95).

Como vimos, dentro do viés da operacionalidade traumática, o primeiro encontro com a sexualidade é sempre traumático para todos os sujeitos, mas se inscreve de forma diferente para cada um. “Daí porque Freud jamais incrimina o Outro para dar conta dos sintomas do sujeito, apesar de toda a sua construção edipiana” (SOLER, 2008-2010, p.51). Entretanto, o descobrimento do caráter traumático da sexualidade aponta que o ser humano é afetado pela falta essencial do que seria um instinto sexual. De certo modo, o Édipo supre essa falta, mas não sem acidentes sintomáticos.

Gostaríamos de marcar que, daqui em diante, até o final desta dissertação, interessa-nos a articulação do trauma e da fantasia que se encontra desde o início da psicanálise. Recordemos que o trauma se apresentou como um caráter de acidente que imprime um excesso de excitação não tramitado pelo aparelho psíquico. Logo, Freud diferenciou o valor acidental do trauma das fantasias. As fantasias foram o degrau decisivo que proferiram a construção de uma realidade outra, realidade psíquica que prendia a ideia ao ato: exemplo disso vimos em seu texto *As fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade* (FREUD, 1908). Enfim, as fantasias foram além dos fatos que as histéricas cederam para Freud. Portanto, fazer coincidir a fantasia com o trauma é a estratégia neurótica que cristaliza o sintoma. Com Freud, dizemos que os sintomas somáticos confirmam a literalização de uma expressão linguística. Dito de outro modo, o sintoma histérico, por meio do corpo simbólico, aponta para algo que o sujeito não pode falar. No que se refere ao sintoma, compreendemos que esse é um substituto de alguma coisa que não aconteceu, de algo que é afastado pelo recalque, ou seja, uma substituição de uma satisfação sexual obtida desde as primeiras necessidades orgânicas. É importante notarmos que o sentido do sintoma é desconhecido pelo sujeito, até porque os sintomas são como derivados de processos inconscientes. Como vimos ao longo desta dissertação, para a psicanálise o corpo é o lugar onde se inscreve a subjetividade. Lugar de inscrição simbólica do inconsciente e da história de cada sujeito (QUINET, 2005).

“O corpo, com suas características simbólicas, é um corpo histórico formado pelas palavras ditas do Outro (pai, mãe, avós, babás etc.) e pelas identificações (“Tão pequenininho e já tem a barriguinha do avô!”). É também um corpo histórico constituído pelo retorno do que está recalcado no Inconsciente”. (idem, *ibidem*, p.126).

Na histeria, seja ela dita masculina ou feminina, o sintoma manifesta-se no corpo. Nesse sentido, o adjetivo “masculino” ou “feminino” é totalmente dispensável. A histeria, seja ela em homens ou mulheres, é corporal. Assim, por meio desse breve percurso que fizemos em Freud sobre trauma, fantasia e sintoma, demonstraremos, a seguir, através das contribuições de Lacan, como os traumatismos que provêm do real podem desencadear sintomas histéricos como acontecimentos de corpo.

## 6. A CLÍNICA LACANIANA DA HISTERIA

À luz do que desenvolvemos até o momento, vale retomarmos alguns aspectos históricos. Até o século XIX, apesar dos sintomas corporais que os homens apresentavam, os médicos tinham dificuldades em diagnosticá-los como “histéricos”. No transcorrer desta dissertação, vimos que coube à psicanálise a elaboração das experiências sexuais infantis, enquadrando-as no Complexo de Édipo. Primeiramente, Freud ressaltou a relação paterna (desejo, desafio, etc.). Mais adiante em sua obra (FREUD, 1931) levantou a suspeita de que a fase de ligação com a mãe está especialmente relacionada com a histeria. Sua teoria da identificação forneceu recursos para entender os fenômenos da histeria, como os ataques histéricos relatados por Charcot em relação às possessões demoníacas. O que se passava nas identificações da histeria, eram questões relacionadas ao desejo ou ao sintoma. Para além da histeria como patologia, percebemos que Freud identificou outras características dos histéricos, principalmente no que diz respeito à sexualidade. Relembrando o estudo da histeria, sabemos que, apesar de Freud ter salientado com mais frequência a histeria nas mulheres, ele abordou também a histeria em homens. Por exemplo: o caso de Nobert Hanold em seu texto *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen* (FREUD, 1907[1906]), o do pintor Christoph Haizmann em *Uma neurose demoníaca do século XVII* (FREUD, 1923[1922]) e de *Dostoievski e o parricídio* (FREUD, 1928[1927]). Além disso, ele se autodiagnosticou “histérico” (QUINET, 2005). Nesse sentido, encontramos na carta 67, Freud (1950[1892-1899] dizendo: “O principal paciente que me preocupa sou eu mesmo. Minha leve histeria (muito agravada, porém, pelo trabalho) foi resolvida em mais uma parte: mas o resto ainda está na imobilidade” (idem, ibidem, p.309). Mais uma vez, localizamos Freud, em outra correspondência, falando da sua própria histeria e assim disse:

“Ainda não descobri nada a respeito das cenas que subjazem a toda essa história. Se elas vierem à luz e eu conseguir resolver minha própria histeria, serei grato à memória da velha senhora que me proporcionou, em idade tão precoce, os meios de viver e de prosseguir vivendo”. (FREUD, 1950[1892-1899], p. 312).

Então, enquanto a psicanálise nasceu com Freud, em especial a histeria, diferentemente, o psicanalista francês Jacques Lacan, partiu da paranoia, dedicando ao tema sua tese de psiquiatria *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade* (LACAN, 1932).

No entanto, Jaques Lacan (1901-1981) dá prosseguimento à linha freudiana de investigação da psicopatologia, abordando a histeria de diversas maneiras na sequência do seu ensino. Quinet (2005) nos explica que Lacan:

“Compara o sujeito histérico com a bela alma hegeliana que se queixa da desordem do mundo como se não tivesse nada a ver com isso; faz da histeria uma maneira especial de desejar: trata-se do desejo que se sustenta na insatisfação. O histérico é o que melhor demonstra que o desejo inconsciente é o desejo do Outro, pois não deseja sem desejar o desejo do Outro no qual seu próprio desejo está amarrado, moldado ou dirigido. Lacan chega a identificar o histérico com o próprio sujeito do Inconsciente. Estabelece aquilo que seria a pergunta histérica por excelência: “O que é ser mulher?” que se desdobra em: “Sou capaz de procriar? Sou homem ou mulher?”. (idem, ibidem, p.103).

Em 1955-1956, Lacan comenta um antigo caso de histeria traumática, em que a fantasia inconsciente de gravidez e de procriação surge em primeiro plano, ainda que se trate de um condutor de bonde durante a revolução húngara, portanto, um homem. Observamos nessa ocasião, que a interrogação histérica independe do sexo biológico do sujeito, pois é a mesma tanto para o homem quanto para a mulher, dado que os sintomas contraem um valor de formulação, reformulação e insistência: “O que é ser uma mulher? O que é um órgão feminino?” (POLLO, 2006, p.59). Vamos ao caso em questão.

## 6.1 O CONDUTOR DE BONDE

Em *O Seminário, livro 3: as psicoses*, Lacan (1955-1956) realça que se trata de uma observação que se deve a Michel Joseph Eissler, um psicólogo da Escola de Budapeste, e recolhida no fim da guerra de 1914-1918, que nos narra a história de um condutor de bonde. Esse condutor abandonou sua família no final da sua adolescência a fim de ir para a cidade. Sua vida profissional está assinalada por mudanças que não são sem significação, como: inicialmente foi padeiro, logo em

seguida trabalhou em um laboratório químico, até que tudo aconteceu quando exercia a profissão de condutor de bonde. Ele tinha trinta e três anos, era um protestante húngaro que vivia conforme a tradição camponesa. Lacan (1955-1956) nos conta que certa vez esse homem, durante o período de trabalho, desce do bonde, perde o passo, cai no chão e é arrastado por vários metros. Imediatamente aparece um galo e uma dor do lado esquerdo. Então, é levado ao hospital, onde finalmente não diagnosticaram nada grave. Contudo, dão-lhe uns poucos pontos na cabeça fechando a ferida. Além disso, foi bem radiografado e confirmam a ausência de sequelas.

No entanto, depois do acidente, começa a ter dores intensas que vão se espalhando cada vez mais. Ele se deita do lado esquerdo, pega um travesseiro e aperta-o entre as pernas. As crises permanecem por vários dias e se acentuam até o ponto de causar perdas de sentido no sujeito, ou seja, verdadeiros ataques histéricos.

Lacan (ibidem) elogia o analista que conduzia o caso, pois esse olhava para o fenômeno com bastante detalhe. De fato, Eissler estava impressionado com a terapia do ego. Ficou evidente sua preocupação pelo eu de seu sujeito, pelo seu modo de se comportar, pelas coisas que traduzem nele os elementos regressivos, na medida em que se inscrevem não só nos sintomas, mas na sua estrutura. Ainda nesse artigo, Eissler aborda curiosas atitudes desse sujeito, como: depois da primeira sessão, o sujeito senta no divã e arregala os olhos para olhar para o analista. Em outra sessão, manifesta transferência, como, por exemplo, ele se endireita, para cair de novo na posição anterior, porém com o nariz contra o divã, oferecendo as pernas ao analista, cuja significação não escapa a este. Conclui-se que esse sujeito era um homem que se adaptava bem, tinha boas relações com seus colegas, era um líder e bem prestigiado.

O psicanalista observa o autodidatismo do sujeito e diz, sobre os documentos, que busca encontrar traços de caráter anal. Lacan discorda de neurose obsessiva e pensa em uma histeria traumática. A hipótese levantada deve-se ao aparecimento de vários traumas na infância. Um deles aconteceu enquanto engatinhava no chão e sua mãe pisou no seu polegar. Essa questão é considerada importante por Eissler porque a família revela que após esse incidente ele começou a chupar o polegar. O analista interpreta como castração e regressão. Na verdade, o material possibilita

Lacan a dizer que “o que foi decisivo na descompensação da neurose não foi o acidente, mas os exames radiológicos” (LACAN, 1955-1956, p.199).

Em outras palavras, para Lacan, na descompensação, apresentou-se a sintomatização de sua estrutura e, assim, seus sintomas foram organizados. Ainda nesse sentido, Lacan narra que foi por meio dos exames radiológicos que se situou o verdadeiro enigma da subjetividade. Para completar, entendemos que colocaram o sujeito sob a mira de instrumentos misteriosos, desencadeando, a partir de então, suas crises. Portanto, essas crises, o seu sentido, a sua modalidade, a sua periodicidade, o seu estilo, surgem vinculados de um modo evidente à fantasia de uma gravidez.

“A manifestação sintomática do sujeito é denominada por esses elementos relacionais que colorem suas relações com os objetos, de maneira imaginária. Pode-se reconhecer aí a relação anal, ou homossexual, ou isto, ou aquilo, mas esses elementos mesmos estão considerados na questão que é posta – Será que sou ou não alguém capaz de procriar? Essa questão se situa evidentemente ao nível do Outro, na medida em que a integração à sexualidade está ligada ao reconhecimento simbólico”. (LACAN, 1955-1956, p.200).

Diante disso, abordaremos Lacan (1974-1975) em *O Seminário, livro 22: R.S.I. – Real, Simbólico, Imaginário*, onde coloca o que Freud nos traz com respeito ao Outro. Ou seja, só existe Outro ao dizê-lo. No entanto, é impossível dizê-lo por completo, pois há um inconsciente irreduzível. Como sabemos, o próprio conceito de inconsciente implica no endereçamento, pois na histeria temos a cena, com ator e espectador. Lacan, a partir dessa cena, constrói o conceito do grande Outro. Elia (1995) ressalta com Lacan que, ao nascer, a criança recebe do Outro uma enxurrada de significantes. Portanto, uma criança nasce imersa em um mar de linguagem, mar que é, aqui, um dos nomes do campo do Outro que a designa. Como dissemos anteriormente, os elementos da linguagem são chamados de significantes. Assim, de um lado, o sujeito deverá aparecer, conforme Lacan, no intervalo entre dois significantes, representado por um significante, chamado S1, para outro S2. A história do sujeito se inicia no instante em que se opera esta representação, embora saibamos que o sujeito, antes do nascimento, tem uma pré-história não no campo do Outro. É necessário, portanto, dizermos que só pode ter corpo e falar sobre o corpo aquele cujo corpo foi idealizado pela linguagem. Desse modo, o sujeito precisa do seu corpo para se apoiar, tal como precisa da linguagem

para ser (QUINET, 2004). Isso serve para assinalarmos que os significantes são da ordem do simbólico e intercedem na relação do sujeito com o corpo. Esse corpo é esvaziado de órgãos e eles estabelecem para o sujeito a sua relação com a imagem de seu corpo e, a partir daí, as imagens dos seus semelhantes, dos objetos, e da realidade com os quais o sujeito irá constituir suas relações. Assim sendo, além do registro do Simbólico, o registro do Imaginário tem também grande importância na histeria masculina. Imaginário, na psicanálise é o registro da experiência subjetiva em que predominam as imagens, nada tendo a ver com a atividade psíquica da imaginação. E a imagem primordial da experiência subjetiva é a imagem do corpo próprio (ELIA, 1995). Enfim, o corpo simbólico na histeria, é um corpo mapeado por sinais e traços significantes. Ainda assim, é um corpo imaginário, um corpo de identificações, ou seja, corrompido pelos efeitos gerados pela assunção, no sujeito, da imagem dos objetos por ele designados e amados. Lacan (1955-1956) nos diz que:

“(...) o sujeito encontra o seu lugar num aparelho simbólico pré-formado que instaura a lei na sexualidade. E essa lei não permite mais ao sujeito realizar sua sexualidade senão no plano simbólico. E o que quer dizer o Édipo, e se a análise não soubesse disso, ela não teria descoberto absolutamente nada”. (idem, ibidem, p.200).

Retomemos agora a nossa discussão nesse caso que é: “*Quem sou eu?*” ou “*Sou eu?*”. A partir de então, Lacan (ibidem) indicará que foi pelo viés da relação de ser que a questão simbólica foi reanimada e não como imaginária. Portanto, nesse contexto, entendemos que foram os exames radiológicos que despertaram a pergunta simbólica no condutor de bonde e essa não pode ser reativada como imaginária.

Em uma determinada sessão, o condutor de bonde conta que um dia pode observar escondido uma mulher que morava próximo à casa de seus pais. Relatou que essa mulher soltava gritos intensos, se contorcia, as pernas estavam levantadas e, assim, percebeu que se tratava de um parto. Além disso, ele viu o médico levar pelo corredor a criança em pedaços.

O condutor, após narrar esse acontecimento, cujo caráter feminizado é percebido de imediato pelo analista, participa ao sujeito alguns elementos de sua observação. O próprio condutor revela em seguida para seu analista que o seu médico, após examiná-lo, menciona à sua mulher: “Eu não consigo perceber o que

ele tem. Parece que, se ele fosse uma mulher, eu o compreenderia bem melhor” (idem, ibidem, p.200).

Estamos no campo da neurose, mas tratando-se de um sujeito histórico masculino, a falta simbólica efeito da operação de castração não se apoia na *Penisneid* (imaginário do corpo). Então, para esses homens, o sustentáculo imaginário do órgão viril vacila em função identificatória, e é aí, na identificação simbólica, que algo não é satisfatoriamente consistente para que a passagem de *ser o falo* para *ter o falo* se faça sem vacilações. No entanto, tudo parece confluir para a pergunta que faz enigma para o sujeito: “Quem sou eu? Um homem ou uma mulher?” e “Sou eu capaz de gerar?” (idem, ibidem, p.201).

Continuemos, pois Joseph Eissler faz uma observação clínica que foi retomada por Lacan. Certa vez, o paciente fala de suas preocupações anais e seu interesse por seus excrementos. Como entender essa questão? Outra vez, o condutor revela que tem interesse pela procriação de galinhas e no comércio de ovos. Além disso, comenta que seu interesse está voltado para questões referentes à botânica, tudo que gira em torno de germinação. Lacan enfatiza essas perguntas inconscientes, pois as mesmas se impuseram pela demanda: Quem sou? Sou homem? Sou mulher? Vemos, desse modo, que estas questões se manifestam na relação com o Outro e isto traz como resposta a dor psíquica no corpo. Já a questão de uma série de acidentes de trens, que se passaram com ele na sua profissão, estão ligados ao despedaçamento do corpo do nascimento de uma criança que ele assistiu. Não há dúvida de que estamos diante do que Freud (1919b) chamou de “efeito positivo do trauma”, no sentido de uma compulsão a repetir a mesma situação com outros personagens, isto é, repetir o mau encontro com o real (POLLO, 2006).

### 6.1.1 PARA TERMINAR...

Recordemos por onde iniciamos: o homem cai do bonde e apresenta o sintoma conversivo de dores lombares que irradiam, subsequentemente à queda. Essas dores, tanto para o médico, como para paciente, constituíam-se em enigmas, pois os exames não encontravam justificativas para tanto. Para Lacan, o cair do bonde remete ao fato dele tombar e dar a luz a si mesmo. Com isso, Lacan se utiliza

do caso para retomar a seriedade dada por Freud à identificação feminina subjacente ao sintoma histérico, questão de origem de uma fantasia inconsciente de gravidez. Como nos ensina Quinet (2005):

“Lacan chega a identificar o histérico com o próprio sujeito do inconsciente. Estabelece aquilo que seria a pergunta histérica por excelência: “O que é ser mulher?”, que se desdobra em: “Sou capaz de procriar? Sou homem ou sou mulher?”. Eis o histérico: um sujeito dividido em relação ao sexo. Quanto ao gênero, propõe que o histérico, seja homem ou mulher, banca o homem. A mulher histérica, em versão da inveja do pênis (*Penisneid*), goza da privação. A respeito do Édipo, Lacan afirma que o arcabouço inconsciente do sujeito histérico é o “seu amor por seu pai”. (idem, ibidem, p.105).

Evoquemos aqui, de forma resumida, os três tempos do Édipo para Lacan: o primeiro está vinculado à relação mãe-filho, o segundo é marcado pelo surgimento do pai e a entrada ao simbólico e o terceiro é assinalado pela identificação do pai enquanto representante da lei. A evolução da leitura lacaniana do Édipo indica que o sujeito histérico masculino tem na sua história edipiana um impasse. Nesse caso, para fugir da castração incidida da realidade com o pai, toma-o como objeto de amor, não escapando, apesar disso, da castração. A escolha do pai como objeto de amor, por um lado, livra-o da ameaça de castração, evitando o enfrentamento com o pai, mas por outro, evoca a angústia de se colocar na posição feminina. A castração é tão ameaçadora por desejar a mãe, quanto pelo preço a pagar pelo amor do pai e pelo pai.

Faz-se importante sublinhar que Lacan estabelece uma relação de causalidade não entre a queda e as dores, mas entre os exames radiológicos. Assim, postula o verdadeiro enigma subjetivo: nesse Outro simbólico que se apresenta sob forma de um aparelho radiológico. Dessa forma, o condutor de bonde faz um apelo e não encontra uma resposta, mas um enigma: uma mensagem a ser decifrada (POLLO, 2003). Constatamos essa questão através da fala do médico à esposa do condutor de que os sintomas seriam mais claros se o paciente fosse uma mulher. Lacan (1955-1956) chama atenção para uma espécie de mensagem invertida do sujeito acerca de sua sexualidade e Pollo (2003) comenta que: “O médico estaria situado no lugar de outro imaginário do sujeito, mediatizando seu acesso ao Outro da linguagem” (idem, ibidem, p.101).

Lacan (1955-1956) nos lembra do caso Dora, não sobre o sexo que ela tem, mas recorre a essa questão: “O que é ser uma mulher?”. Ele destaca que os sonhos de Dora são transparentes nesse sentido: “O que é ser uma mulher?” ou, mais precisamente, “O que é um órgão feminino?”. Com Lacan, diríamos que chegamos a um ponto incomum: a mulher se interroga o que é ser mulher, assim como o sujeito macho se interroga o que é ser uma mulher? Face a tudo isto, podemos dizer que as dores do paciente (ou ataques de histeria) em tudo se assemelhavam às dores de uma mulher grávida, pois recordemos que ele se deitava de lado, com almofadas no meio das pernas. Vale notarmos que Lacan dá ênfase aos trabalhos da vida pregressa do condutor, pois esse homem, além de ter trabalhado como padeiro, químico de laboratório e condutor de bonde, interessava-se pela germinação de plantas e criação de galinhas.

Ainda nesse caso, Lacan interrogou-se sobre as lembranças de infância que ele trouxera para sua análise. O paciente descreve a respeito do trabalho de parto que presenciou, dizendo que a mulher dera à luz uma criança despedaçada. O que nos faz pensar em um aspecto particular e curioso nessas questões é que todos esses dados, mesmo que diferentes, se somam como vestígios inconscientes da questão histórica: o que é ser uma mulher? Portanto: será que todos esses elementos estão presos ou não à procriação? Ao mesmo tempo, observamos que a originalidade desse caso é sustentada pelo que Freud já realçava em seus textos sobre a fantasia. Lembramos que, em 1908, ele apresentou que o histérico sofre por estar preso entre duas fantasias, sem poder ceder nem a uma e nem a outra.

No entanto, Lacan nos mostra, nesse caso, que embora se tratasse de um homem histérico, não havia outra forma de decifrar seus sintomas conversivos a não ser dando suporte e expressão a uma pergunta inconsciente sobre o feminino e a procriação. Desse modo, vimos que o sintoma histérico interroga no corpo e com o corpo: quem sou eu? Sou homem ou mulher?

## 7. CONCLUSÃO

No desenvolvimento de nosso tema, tínhamos como ponto de partida o desejo de indagar o que se passava entre a histeria traumática, nomeada por Charcot, e o momento em que Freud afirma que toda histeria é traumática, não devido ao acidente, mas sim a uma causa sexual. Na sequência, tínhamos como eixo articular a teoria à clínica, a partir, do trauma sexual, das fantasias inconscientes e o sintoma que são revelados no corpo do sujeito histórico.

Referir a histeria ao sexo masculino, desde Hipócrates (460-377 a.C.), era um escândalo e o debate sobre a histeria em homens começa quando vários médicos se deslocam da Grécia para Roma. O primeiro deles, Areteu da Capadócia, evoca a possibilidade da histeria em homens, denominada de “catoche”, cujas manifestações eram perdas de voz e sufocação (TRILLAT, 1991). Outros médicos também detectaram casos de histeria em sexo masculino.

Propor a histeria ao sexo masculino era uma ideia desafiadora, pois o mundo era dividido da seguinte maneira: homens de um lado e, de outro, as mulheres, as feiticeiras. Os homens históricos eram designados pelos mestres inquisidores da Idade média como “não conformes”, seres desadaptados, mas não como “loucos” (WINTER, 2001). Observamos que mesmo a histeria permanecendo como uma questão das mulheres, alguns autores estavam de acordo em sustentar a existência da histeria masculina. No final do século XIX, houve a libertação das “demoníacas” e o “enobrecimento da feitiçaria”, assim como os trabalhos de Charcot e Freud que admitiam a ocorrência da histeria em homens. Desse modo, é plausível dizermos que a história da histeria foi marcada também pelos homens e foram eles que fizeram triunfar a legitimação da histeria masculina. O que, sobretudo, nos ocupou ao longo deste trabalho, foi pesquisar, no primeiro e no segundo capítulos, qual seria o lugar da tão polemica histeria masculina. Partindo desse discurso, consideramos necessário abordar a história da histeria em duas escolas: a de Nancy e a de Salpêtrière.

Constatamos que na escola de Nancy, Bernheim estudou e observou que a hipnose não era condição patológica encontrada apenas em históricos, sendo a sugestão o melhor caminho a seguir. Para tanto, entendemos que na segunda metade do século XIX, Jean Martin Charcot assumiu a responsabilidade por uma

sessão no Hospício de Salpêtrière. Para consumir esse ato, escolheu cuidadosamente seus colaboradores, instalou consultórios, laboratórios de Raios-X, e fazia moldes de gesso. Enfim, fotografava tudo. Perguntamos: por que tantas modificações? Segundo Ellenberger (1970), Charcot queria investigar e estudar a histeria no sentido de diferenciá-la da epilepsia. Para comprovar o que dizia usou o hipnotismo, que foi considerado um escândalo na época. Vimos que Charcot fazia tudo isso no intuito de encontrar uma lesão, pois essa seria prova de uma patologia. Entretanto, ele sofreu várias críticas, como, por exemplo, por parte do seu discípulo Babinski. Para Babinski, a histeria era uma simulação, uma representação e transformou-se em um opositor dentro do serviço de Charcot, sugerindo substituir a histeria pelo nome de “pitiatismo”, para desqualificá-la.

Nesse sentido, perguntamos, mais uma vez: onde se localiza a histeria masculina? Rastreamos o estudo de historiadores e autores contemporâneos, localizamos nas lições das terças-feiras apresentações de pacientes homens histéricos. Foi Charcot quem desfez o mito da histeria, mostrando e provando que a histeria era possível em um trabalhador forte e viril e, assim, descobriu que a histeria em homens era mais frequente na classe trabalhadora, pois, segundo seus ensinamentos, o mecanismo da histeria estava presente no sintoma inconsciente. Todavia, com o desenvolvimento das estradas de ferro, começou-se a manifestar uma multidão de traumatizados, provocando perturbações comparáveis às manifestações históricas de caráter neurológico. De fato, os traumatismos físicos eram considerados consequência das colisões e descarrilamentos dos trens. Mas vejamos o que aconteceu com a histeria traumática na Inglaterra, Alemanha, França e Estados Unidos.

Começamos pela Inglaterra, pois descreveram essa patologia com o nome de *Railway Spine*. Na Alemanha, quando pesquisada, diagnosticaram-na com o nome de neurose traumática. Os franceses negaram a existência da neurose traumática dos alemães. Nos Estados Unidos, especialmente em Boston, a teoria foi bem aceita, pois acreditavam que a mente deveria sofrer com o acidente, nomeando-a, então, de histeria traumática. Diante de tantas controvérsias, Charcot dizia que a incapacidade desses homens de voltar ao trabalho era frequente na histeria traumática (KELLER, 1995). Cabe destacarmos que Freud presenciou as aulas de Charcot, guardou todo seu ensinamento e deu uma virada teórica nas questões que se referem à histeria traumática conceitualizada por ele.

Freud viu algo de sexual inegável em cada cena histérica e se interessou pela causa. Então, foi preciso retomarmos inúmeras referências sobre a época dos estudos de Freud, sua estada em Paris e sua volta a Viena, onde destacamos sua primeira apresentação de um caso de histeria masculina na Associação Médica de Viena. Essa apresentação deixou marcas na história, pois além de ter sido rejeitada, foi vaiada em consequência dos preconceitos com relação à histeria masculina. Mesmo assim, Freud manteve-se firme em suas observações e conclusões. Para dar continuidade às suas elaborações e diante tantos obstáculos, vimos que Freud questionava ininterruptamente a teoria a partir de sua clínica. Então, Freud segue buscando no discurso das histéricas o que vai do acontecimento traumático até a fantasia, pois essas fantasias condensadas influenciarão na neurose do sujeito.

Desse modo, ele constatou que o trauma sexual infantil é condição de neurose e não se constituía no primeiro tempo da lembrança. Era necessário a intervenção do segundo tempo, no qual o caráter sexual do acontecimento traumático adquiria significação na cena atual, constituindo, dessa maneira, o trauma.

Percebemos que era impossível ir adiante sem nos armarmos de uma teoria fundamental, que é a fantasia. Assim, ocupamo-nos do artigo de 1908, *Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade*, onde Freud faz uma relação entre fantasias e sintomas. Nesse texto, Freud apresenta com detalhes a evolução da fantasia e as possibilidades dessa. Formulamos uma pergunta: como uma fantasia inconsciente que está recalcada pode retornar? O que encontramos como resposta foi que a fantasia inconsciente pode atuar no corpo do homem histérico através de uma conversão, um sintoma, um ataque histérico, lapso, chiste, sonho, sublimação e ato falho. Isso nos ajudou a investigar os sintomas, pois no corpo histérico estes se manifestam através de “relações simbólicas” que são decifráveis por meio da fala e revelam um dizer original, onde o corpo entra fazendo parte dessa história.

Dando continuidade às questões da fantasia na histeria masculina, acompanhamos Freud (1919a) no texto *Uma criança é espancada*, onde ele faz um percurso bem sucedido que vai da fantasia ao acontecimento traumático.

Verificamos que para nosso objetivo ser alcançado era necessário pesquisar e estudar o trauma sexual. Nesse sentido, constatamos, com Freud, que o trauma não produz seus efeitos imediatamente, mas sim, pela sua ressignificação posterior. A fantasia, ao contrário do trauma, surge como o espectro encobridor, distorsivo e

refratário que ao mesmo tempo sinaliza e encobre este referente, o trauma. Portanto, compreendemos que para o trauma não há significante, mas há uma direção, ou seja, há repetição, que insiste em retornar. A partir de então, podemos avançar porque vimos, dentro do viés da operacionalidade traumática, que o primeiro encontro com a sexualidade é sempre traumático para todos os sujeitos, mas se inscreve de forma diferente para cada um. Assim, a histeria, seja masculina ou feminina, se manifesta no corpo. A histeria, seja ela em homens ou mulheres, é corporal. Nesse sentido, o adjetivo “masculino” ou “feminino” é totalmente dispensável. Deste modo, o enfoque subsequente refere-se à clínica lacaniana da histeria masculina.

Antes de nos referirmos à posição de Lacan, relembremos que apesar de Freud ter salientado com mais frequência a histeria em mulheres, ele abordou ao longo de sua obra a histeria em homens. Além disso, ele se autodiagnosticou “histérico”. Então, em uma Correspondência na *Carta 67* em 14 de agosto de 1897, Freud (1950[1892-1899], p. 309) revela: “O principal paciente que me preocupa sou eu mesmo. Minha leve histeria (...)”. À luz do que desenvolvemos até o momento, vimos que a psicanálise nasceu com Freud, em especial a histeria. No entanto, Jacques Lacan (1901-1981) dá prosseguimento à investigação da psicopatologia, abordando a histeria de diversas maneiras em seu ensino.

Assim sendo, recorremos ao caso de histeria traumática trazido por Lacan (1955-1956) em *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Lacan (ibidem) faz comentários sobre um antigo caso de histeria traumática em que a fantasia inconsciente de gravidez e de procriação surge em primeiro plano, ainda que se trate de um condutor de bonde. Lacan realça que se trata de uma observação que se deve a Michel Joseph Eissler, um psicólogo, que narra a história. Recordemos o caso em questão: o homem cai do bonde e apresenta sintoma conversivo de dores lombares que irradiam, subsequentemente à queda. Essas dores constituíam-se em enigmas, pois os exames não encontravam justificativas para tanto. Lacan narra que foi por meio dos exames radiológicos que se situou o verdadeiro enigma da subjetividade. Em outras palavras, colocaram o sujeito sob a mira de instrumentos misteriosos, desencadeando seus ataques. Portanto, os ataques, o seu sentido, a sua modalidade, a sua periodicidade, o seu estilo, surgem vinculados de um modo evidente à fantasia de uma gravidez. O condutor de bonde faz um apelo e não encontra uma resposta, mas uma mensagem a ser decifrada. Lembremos que o

condutor de bonde conta que um dia pode observar escondido uma mulher que morava próxima à casa de seus pais. Revela que essa mulher soltava gritos intensos, se contorcia, as pernas estavam levantadas e, assim, percebeu que se tratava de um parto. Além disso, viu o médico levar pelo corredor a criança em pedaços. Ao narrar esse caso, o analista percebe o caráter feminizado e participa ao sujeito alguns elementos de sua observação. O próprio condutor revela o que o seu médico disse à sua mulher: “Eu não consigo perceber o que ele tem. Parece que, se ele fosse uma mulher, eu o compreenderia bem melhor” (idem, *ibidem*, p.200). Ainda, Lacan assinala que o condutor de bonde tem interesse pela procriação de galinhas, no comércio de ovos, e nas questões referentes à botânica. Como entender essas questões?

Em se tratando de histeria masculina, o sustentáculo imaginário do órgão viril vacila em função identificatória, e é aí, na identificação simbólica, que algo não é satisfatoriamente consistente para que a passagem de ser o falo para ter o falo se faça sem vacilações. Em face de tudo isto, podemos pensar que todos esses dados, mesmo que diferentes, se somam como vestígios inconscientes da questão histórica: o que é uma mulher?

Voltemos a Freud, porque ele já realçava em seu texto de 1908 *Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade*, que o histérico sofre por estar preso à sua fantasia, não consegue ceder nem a uma, nem a outra. Desse modo, vimos que o sintoma histérico interroga no corpo e com o corpo.

Aqui, diríamos que o condutor de bonde tem dificuldades com a implicação subjetiva do sexo.

A partir de então, ao que tudo indica, esse homem têm duas formas de gozar: como homem e como mulher. “O que faz com que, clinicamente, ele nunca seja tão masculino quanto quando se pensa feminino, e nunca tão feminino quanto quando se pensa absolutamente viril” (WINTER, 2001, p.188). Assim, podemos dizer que o masculino ou feminino se refere para o sujeito as suas identificações internas. Seria tolice se referir ao homem histérico como feminino, pois ele aparece tanto masculino, quanto feminino.

Nossa pesquisa nos trouxe mais questões do que respostas, então pensemos: será que tudo que aconteceu com esse sujeito - as dores no corpo, a demanda de amor, a feminilização do sujeito - todas estas formas de indagar “o que

é uma mulher?” não poderiam ser pensadas também como manifestações de um não-saber o que é um homem?

Em face de tudo isto, diríamos que, na singularidade desse caso, esse corpo faz discurso e, como discursos são laços, esse homem é também um corpo enlaçante, que enlaça outros e que se deixa enlaçar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, S. & CARNEIRO RIBEIRO, M. A. (Orgs.). **Retorno do Exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2004.
- CARNEIRO RIBEIRO, M. A. **A neurose obsessiva**. Coleção Passo a Passo, n. 23. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Sobre o pensamento. In: RUDGE, Ana Maria (Org.). **Traumias**. São Paulo: Editora Escuta, 2006b.
- CHARCOT, J. M. **Grande histeria**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- COUTINHO JORGE, M. A. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010a.
- \_\_\_\_\_. **A clínica da fantasia**. 2º Encontro Nacional e Colóquio Internacional - Corpo Freudiano - Escola de Psicanálise, Rio de Janeiro, 2010b.
- COUTINHO JORGE, M. A. & PAULO FERREIRA, N. (Orgs.). **Freud, criador da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- DUNKER, C. I. L. A função terapêutica do real: entre trauma e fantasia. In: RUDGE, Ana Maria (Org.). **Traumias**. São Paulo: Editora Escuta, 2006.
- ELIA, L. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.
- ELLENBERGER, H. **The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry**. New York: Basic Books, 1970.
- FREUD, Sigmund. (1886a). Rascunho B: a etiologia das neuroses. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ESB)**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996, vol.1.
- \_\_\_\_\_. (1886b). Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1886c). Prefácio à tradução das conferências sobre as doenças do sistema nervoso de Charcot. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1886-1889a). Rascunho E: como se origina a Angústia. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1886-1889b). Psicopatologia da histeria. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1888). Histeria. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1892-1894). Prefácio e notas de rodapé à tradução das conferências das terças-feiras, De Charcot. In: **ESB**, op. cit. v.1.

- \_\_\_\_\_. (1893[1888-1893]). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: **ESB**, op. cit. v.2.
- \_\_\_\_\_. (1896a). A Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: **ESB**, op. cit. v.3.
- \_\_\_\_\_. (1896b). A etiologia da histeria. In: **ESB**, op. cit. v.3.
- \_\_\_\_\_. (1896c). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: **ESB**, op. cit. v.3.
- \_\_\_\_\_. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: **ESB**, op. cit. v.3.
- \_\_\_\_\_. (1900). A Interpretação dos Sonhos. In: **ESB**, op. cit. v.4.
- \_\_\_\_\_. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **ESB**, op. cit. v.7.
- \_\_\_\_\_. (1907[1906]). Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: **ESB**, op. cit. v.9.
- \_\_\_\_\_. (1908). Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. In: **ESB**, op. cit. v.9.
- \_\_\_\_\_. (1909[1908]). Romances Familiares. In: **ESB**, op. cit. v.9.
- \_\_\_\_\_. (1914). A história do movimento psicanalítico. In: **ESB**, op. cit. v.14.
- \_\_\_\_\_. (1915a). Repressão. In: **ESB**, op. cit. v.14.
- \_\_\_\_\_. (1915b). Artigos sobre metapsicologia. In: **ESB**, op. cit. v.14.
- \_\_\_\_\_. (1915c). **Neurose de transferência**: uma síntese. (manuscrito recém-descoberto) / Sigmund Freud; organização, notas e ensaio complementar Ilse Grubrich-Simitis; posfácio à edição brasileira e tradução do alemão Abram Eksterman. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- \_\_\_\_\_. (1919a). Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: **ESB**, op. cit. v.17.
- \_\_\_\_\_. (1919b). A psicanálise e as neuroses de guerra. In: **ESB**, op. cit. v.17.
- \_\_\_\_\_. (1923[1922]). Uma neurose demoníaca do século XVII. In: **ESB**, op. cit. v.19.
- \_\_\_\_\_. (1923). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: **ESB**, op. cit. v.19.
- \_\_\_\_\_. (1925). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: **ESB**, op. cit. v.19.
- \_\_\_\_\_. (1925[1927]). Um estudo autobiográfico. In: **ESB**, op. cit. v.20.
- \_\_\_\_\_. (1926[1925]). Inibições, sintomas e angústia. In: **ESB**, op. cit. v.20.

- \_\_\_\_\_. (1928[1927]). Dostoevski e o parricídio. In: **ESB**, op. cit. v.21.
- \_\_\_\_\_. (1931). Sexualidade feminina. In: **ESB**, op. cit. v.21.
- \_\_\_\_\_. (1939[1934-1938]). Moisés e o monoteísmo: três ensaios. In: **ESB**, op. cit. v.23.
- \_\_\_\_\_. (1937) Análise terminável e interminável. In: **ESB**, op. cit. v.23.
- \_\_\_\_\_. (1940-1941[1892]). Esboços para a “comunicação preliminar” de 1893. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1950[1892-1899]). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1950[1895]). Projeto para uma psicologia científica. In: **ESB**, op. cit. v.1.
- \_\_\_\_\_. (1956[1886]). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ESB)**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1977, vol.1.
- GAY, P. **Freud: uma vida para o nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- KELLER, T. Railway Spine Revisited: traumatic neuroses or neurotrauma? In: **The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, v. 50, n. 4, 1995.
- LACAN, J. (1932) **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade**. São Paulo: Forense Universitária, 1987.
- \_\_\_\_\_. (1938). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- \_\_\_\_\_. (1955-1956). **O Seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- \_\_\_\_\_. (1957-1958). **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.
- \_\_\_\_\_. (1962-1963). **O seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
- \_\_\_\_\_. (1974-1975). **O Seminário, livro 22: R.S.I.** (inédito).
- \_\_\_\_\_. (1975) Conferência em Genebra sobre o sintoma. In: **Opção Lacaniana**, n. 23, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1975) La Troisième. In: **Lettres de l'Ecole Freudienne de Paris**. n.16, 1975.
- MARTINHO, M. H. Bate-se numa criança: a cicatriz do Édipo. In: ALBERTI, S. (Org.). **A sexualidade na aurora do século XXI**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2008.

- MAURANO, D. **A histeria ontem, hoje e sempre**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
- NOMINÉ, B. A fantasia e sua relação com o trauma. In: **Revista Stylus**, nº 10. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2005.
- PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- POLLO, V. **Mulheres históricas**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- \_\_\_\_\_. O Trauma e a Psicanálise. In: **Folhetim**, n. 3. Boletim da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Rio de Janeiro, novembro de 2004.
- \_\_\_\_\_. Sobre a estrutura. In: **Revista Marraio**, nº 10. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2005.
- \_\_\_\_\_. O menino das galinhas. In: **Revista Marraio**, nº 12. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2006.
- QUINET, A. Histerias. In: **Revista Stylus**, nº 7. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2003.
- \_\_\_\_\_. Incorporação, extrusão e somação: comentário sobre o texto “Radiofonia”. In: ALBERTI, S. & CARNEIRO RIBEIRO, M. A. (Orgs.). **Retorno do exílio**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.
- \_\_\_\_\_. **A lição de Charcot**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Grande histeria**. \_\_\_\_\_. (Org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2003.
- ROUDINESCO, E. **História de psicanálise na França**. vol. 1. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- SOLER, C. Discurso e Trauma. In: ALBERTI, S. & CARNEIRO RIBEIRO, M. A. (Orgs.). **Retorno do exílio**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004a.
- \_\_\_\_\_. Trauma e fantasia. In: **Revista Stylus**. nº 9. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2004b.
- \_\_\_\_\_. O “corpo falante”. In: **Caderno de Stylus**. nº 1. Internacional dos Fóruns do Campo lacaniano / Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo lacaniano. Rio de Janeiro, 2008-2010.
- TRILLAT, E. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.
- WINTER, J. P. **Os errantes da carne**: estudos sobre a histeria masculina. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

## APÊNDICE - PRODUTO DA DISSERTAÇÃO

**Palestra:** “Os sintomas masculinos: uma contribuição da psicanálise”.

**Objetivo:**

- apresentar concepções sobre histeria masculina, através da teoria e da clínica.
- fornecer uma visão geral e reflexiva acerca de tais fenômenos, que não são psiquiátricos.

**Público alvo:** profissionais da área de saúde médica e mental, residentes da área de medicina, graduados e graduandos das áreas de psicologia e áreas afins.

**Ementa:** a palestra tem como proposta abordar o tema “Os sintomas masculinos: uma contribuição da psicanálise”, apresentando enfoques teóricos do ensino de Charcot, Freud e Lacan, assim como de autores contemporâneos, tais como Antonio Quinet (2005), Marco Antonio Coutinho Jorge (2010), Vera Pollo (1993) e Jean-Pierre Winter (2001). Apresentaremos também a contribuição das pesquisas dos historiadores Elisabeth Roudinesco (1986; & PLON, 1998), Etienne Trillat (1991), Henri Ellenberger (1970), e Peter Gay (1989).

**Metodologia:**

- utilização de materiais audiovisuais.
- revisão de bibliografia específica e atualizada sobre o tema.
- debate sobre as experiências clínicas.

**Local:** Hospitais da rede pública e particulares.

**Carga horária:** 1 h e 30 minutos

**Certificado:** O profissional ou aluno que preencher o quesito de assiduidade.