

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
Faculdade de Ciências e Letras

MAÍRA BITTAR GALDI

**AS ARTICULAÇÕES ENTRE A FEMINILIDADE E A HISTERIA NA
PSICANÁLISE FREUDIANA**

ASSIS
2026

MAÍRA BITTAR GALDI

**AS ARTICULAÇÕES ENTRE A FEMINILIDADE E A HISTERIA NA
PSICANÁLISE FREUDIANA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para obtenção do título de Mestra em Psicologia (Área de Concentração: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Henrique Dionísio

Co-Orientador: Prof. Dr. Érico Bruno Viana Campos

Bolsista: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

G149a Galdi, Maíra Bittar
As articulações entre a feminilidade e a histeria na psicanálise
freudiana / Maíra Bittar Galdi. -- Assis, 2026
110 p. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Gustavo Henrique Dionísio
Coorientador: Érico Bruno Viana Campos

1. Psicanálise. 2. Histeria. 3. Feminilidade. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MAÍRA BITTAR GALDI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 23 de abril de 2026, às 14h, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de MAÍRA BITTAR GALDI, intitulada "As articulações entre a feminilidade e a histeria na psicanálise freudiana". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) UNESP / Câmpus de Assis - FCLAs, Profa. Dra. CHRISTIANE CARRIJO ECKHARDT MOUAMMAR (Participação Virtual) do(a) UNESP / Câmpus de Bauru - FC, Prof. Dr. ALAN RICARDO FLORIANO BIGELI (Participação Virtual) do(a) UNESP/FCL - Assis, Após a exposição pela mestrandia e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de financiamento 001.

Agradeço à minha primeira analista, Mariana, que sonhou com um mestrado antes de mim e por mim, me fazendo perceber que esse desejo também habitava em meu ser. Acrescentando sonhos onde era falta, apostou em minha capacidade e em quem eu poderia vir me tornar a ser.

Ao meu coorientador, Érico, que, como figura paterna, tornou possível minha inserção na área da pesquisa desde a graduação – há mais de uma década –, com sua presença continente, inteligente, carinhosa e respeitosa.

Ao meu orientador, Gustavo, que me apresentou obras artísticas sobre a histeria, me deixando livre para escrever um texto de autoria própria. Agradeço também pela compreensão diante das dificuldades que encontrei no caminho.

A meus pais, Josiane e Décio, sem os quais seria impossível me dedicar a um mestrado diante de tantas demandas que a vida prática impõe.

À menina curiosa que fui, que se escondia no consultório da tia psicanalista para ler e pesquisar.

E, por fim, agradeço à vida, por ter esse privilégio de me dedicar à escrita e à pesquisa, tão pouco estimuladas e valorizadas em nosso país.

RESUMO

A histeria tem sido uma condição amplamente debatida ao longo da história, variando suas interpretações conforme as visões de mundo predominantes em cada época. Sua associação às mulheres é evidenciada desde a origem etimológica da palavra, derivada do termo grego *husterikós*, que significa “relativo ao útero”. Sigmund Freud foi revolucionário no meio acadêmico ao propor uma abordagem que vinculava os sintomas histéricos a causas sexuais e inconscientes, retirando sua etiologia do campo puramente orgânico. O presente trabalho teve como objetivo principal efetuar uma revisão bibliográfica dos textos de Freud e de seus comentadores, a fim de investigar e analisar como o autor relacionava a histeria às mulheres, buscando caracterizar melhor os conceitos de “feminilidade” e “posição feminina” no que diz respeito à compreensão da mulher e da personalidade feminina. Freud desenvolveu suas teorias em um contexto histórico permeado por discursos científicos e filosóficos impregnados de ideologias patriarcais, que definiam atributos considerados essenciais para que uma mulher fosse vista como “verdadeiramente feminina”. Embora tenha questionado e criticado algumas dessas ideias, Freud também reproduziu aspectos do discurso conservador de sua época. Assim, consideramos que identificar essas ambiguidades em seus textos é fundamental para compreender as origens e os desdobramentos das teorias psicanalíticas sobre o tema.

Palavras-chave: Psicanálise. Histeria. Feminilidade. Sigmund Freud.

ABSTRACT

Hysteria has been a widely debated condition throughout history, with interpretations varying according to the prevailing worldviews of each era. Its association with women is evident from the etymological origin of the word, derived from the Greek term *husterikós*, meaning “related to the uterus”. Sigmund Freud was revolutionary in academia by proposing an approach that linked hysterical symptoms to sexual and unconscious causes, removing its etiology from the purely organic field. The main objective of this work was to carry out a bibliographic review of Freud’s text and those of his commentators, in order to investigate and analyze how the author related hysteria to women, seeking to better characterize the concepts of “femininity” and “feminine position” with regard to the understanding of women and the female personality. Freud developed his theories in a historical context permeated by scientific and philosophical discourses imbued with patriarchal ideologies, which defined attributes considered essential for a woman to be seen as “truly feminine”. Although he questioned and criticized some of these ideas, Freud also reproduced aspects of the conservative discourse of his time. Therefore, we consider that identifying these ambiguities in his texts is fundamental to understanding the origins and developments of psychoanalytic theories on the subject.

Keywords: Psychoanalysis; Hysteria; Femininity; Sigmund Freud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Terrível massacre de mulheres do qual a história nunca deu outro exemplo, Anônimo.....	24
Figura 2 – Molde em gesso feito “ao vivo” para o museu de moldes da Salpêtrière, chamado “museu Charcot”	25
Figura 3 – Quadro sinóptico do grande ataque histérico, completo e regular, com posições típicas e variações, Paul Richer.....	33
Figura 4 – Fase de imobilidade tônica ou tetania.....	34
Figura 5 – Paul Regnard, “Tetania, atitude da face”, fotografia de Augustine reproduzida em fototipia.....	36
Figura 6 – Paul Regnard, “Atitudes passionais, súplica amorosa”, fotografia de Augustine reproduzida em fototipia	37
Figura 7 – Paul Regnard, “Atitudes passionais, êxtase”, fotografia de Augustine reproduzida em fototipia	38

Sumário

INTRODUÇÃO.....	1
1 A HISTERIA E A FEMINILIDADE NAS PRÁTICAS OCIDENTAIS DE CURA.....	8
1.1 Introdução	8
1.2 A Histeria da Antiguidade à Modernidade.....	9
1.3 A Invenção da Histeria Moderna com Charcot.....	21
1.4 Os Discursos sobre a Feminilidade na Aurora da Psicanálise.....	39
2.4 Considerações Finais	45
2 A HISTERIA E A CONCEPÇÃO DO FEMININO EM FREUD	46
2.1 Introdução	46
2.2 Contextualização Histórico-Biográfica	47
2.3 Percurso Teórico: da Histeria para a Sexualidade Feminina.....	55
2.4 Problematizando o Legado Freudiano sobre a Feminilidade	81
2.5 Considerações Finais	89
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	97

INTRODUÇÃO

Esta dissertação nasceu de indagações e reflexões antigas, de mais de uma década atrás, após entrar em contato pela primeira vez com as obras “Estudos sobre a histeria” e “O caso Dora”, de Sigmund Freud. Tais textos trouxeram questionamentos a respeito das direções de cura oferecidas pelo pai da psicanálise ao tratar desses casos de histeria – as quais se restringiam, basicamente, à realização do casamento e da maternidade. Essas direções eram praticamente as únicas possíveis para as mulheres das classes burguesas, no contexto histórico e cultural em que Freud estava inserido. Mas o fato não deixa de ser surpreendente, tendo em vista que foi Freud quem conseguiu escutar os desejos sexuais inconscientes dessas mulheres, e reconhecer, nelas, inúmeras qualidades intelectuais e morais, retirando-lhes o status de “degeneração”, que frequentemente era associando à histeria pelos médicos daquela época. Esses fatos talvez apontem para um início revolucionário do pai da psicanálise, o qual, porém, ao longo do tempo, foi cedendo espaço para resoluções mais conformistas. As teorias freudianas não deixam de herdar ideologias presentes no continente Europeu no século XIX, marcadas majoritariamente por uma visão essencialista de como deveria ser uma mulher. Podemos, talvez, encontrar os resquícios de tais ideologias quando ele teorizou sobre a incapacidade natural das mulheres para a sublimação, sobre a conformidade ao casamento e à maternidade justificada por leis biológicas, e até mesmo sobre a existência da inveja do pênis. Sobre essa última teoria, Appignanesi e Forrester (2010) observam que ela conquistou dimensões desproporcionais à que possuía em sua origem, quando era apenas um apêndice na teoria da sexualidade humana, em uma reflexão tardia de Freud.

Kehl (2016) opina que não devemos considerar Freud como um homem conservador, mas sim como alguém que não conseguiu obter um material psíquico suficiente para imaginar as mulheres em outros papéis sociais. Essa posição de Freud trouxe consequências para seu legado, das quais a psicanálise brasileira não escapou. A autora também conjectura, em “Deslocamentos do feminino” (2016), que os sintomas de histeria em mulheres, naquela época, também poderiam querer simbolizar outros conflitos, para além da sexualidade recalcada. A este respeito, a autora reflete: “A recusa das histéricas em aceitar a feminilidade como modelo de subjetivação e de sexuação deve ter sido uma crise para o próprio Freud, uma vez que [...] também ele compartilhava o ideal admirável que a natureza destinou às mulheres” (Kehl, 2016, p. 152-153).

Appignanesi e Forrester (2010) ressaltam que, no início, Freud não estava interessado em fazer uma psicologia das diferenças sexuais. Às vezes, ele catalogava essas

diferenças, mas logo as descartava, por serem de pouco interesse para as questões psicanalíticas. Entretanto, quando começou a trilhar o caminho da teorização sobre a histeria, na década de 1890, foi acumulando várias hipóteses e preconceitos que tornariam essencial a confrontação da diferença sexual. Entre os anos de 1910 e 1920, seus seguidores começaram a empurrar as teorizações em direção à diferença sexual. Entre 1923 e 1925, algumas analistas começaram a publicar artigos sobre o tema, às vezes fazendo uma contraposição discreta a Freud, outras vezes, o desacordo ficava mais evidente. Entre as décadas de 1960 e 1970, as feministas lançaram uma série de críticas à psicanálise, e os defensores de Freud entraram na discussão. Assim nasceu o feminismo psicanalítico.

As acusações contra o pai da psicanálise foram se tornando mais graves ao longo do século XX. Há uma certa oscilação, em seus escritos, entre os extremos da idealização e a desvalorização. No primeiro polo, vemos teorias quase sublimes em que as mulheres são descritas como uma espécie de anjo destinado a civilizar e alimentar; no polo da desvalorização, ele foi acusado de enxergar as mulheres como “homens falhos”, que, por serem privadas anatomicamente do órgão sexual masculino, não seriam predestinadas ao poder e ao comando. Apesar da aparente contradição, vemos que existe um elemento em comum: tanto o ser celestial como aquele considerado inferior aos homens são incapazes de exercer atividades da cultura e do trabalho fora do âmbito doméstico, considerados, à época, áreas masculinas. Mesmo assim, os autores observam que Freud também enxergava as mulheres como eticamente mais nobres e refinadas do que os homens, desejando absorver para si próprio algumas dessas características (Appignanesi; Forrester, 2010).

Appignanesi e Forrester (2010) consideram que Freud lançou uma teoria que tornava dignas de tratamento todas as mulheres que desviassem de seu modelo de normalidade, que, com autoconfiança, lutassem por direitos iguais. Os autores reforçam essa consideração, observando que Ernest Jones, importante biógrafo de Freud, ao pesquisar suas cartas e escolhas amorosas, deixa claro que o psicanalista só fazia um tipo de escolha erótica: pelas mulheres femininas e delicadas conforme os padrões da época. Roudinesco (2016) relembra que Freud dizia para Martha, à época, sua futura esposa, que ela deveria ser uma “doce princesa” para a qual ele iria oferecer presentes e roupas elegantes e que ela, em contrapartida, deveria se restringir à organização do lar, à educação dos filhos e se abster de

qualquer ideia de emancipação. Por outro lado, em sua vida pessoal, fazia parcerias amigáveis com mulheres intelectuais e com características consideradas “masculinas”: “A mais importantes delas foi sua cunhada Minna Bernays, e, depois, em ordem cronológica: Emma Eckstein, Loe Kann, Lou Andreas-Salomé, Joan Riviere, Marie Bonaparte” (Appignanesi; Forrester, 2010, p. 37).

Roudinesco (2016) observa que Freud desafiava seus princípios teóricos e intelectuais ao adotar, em sua vida pessoal, preconceitos e comportamentos de dominação que, no entanto, reprovava em suas manifestações públicas.

Appignanesi e Forrester (2010) sustentam uma crítica a Jones, dizendo que o biógrafo induz o público a opiniões simplistas que impedem de ver o colorido de uma realidade mais complexa e variada, como bem demonstrado nesses fatos históricos, por exemplo:

Ele era capaz de disparar uma frase como ‘Uma mulher inquieta vai ao médico ou às compras’, mas igualmente observava que, durante a ocupação nazista de Viena, ‘As mulheres são mais capazes’ e que ‘Em geral as mulheres aguentam melhor que os homens’. Durante os debates da Sociedade Psicanalítica de Viena sobre a ‘Posição Natural das Mulheres’, em 1906, ele teria dito: ‘Uma mulher não pode ganhar o sustento e criar os filhos ao mesmo tempo. As mulheres como um grupo não lucram com o movimento feminista moderno; no máximo algumas individualmente se beneficiam’. (Appignanesi; Forrester, 2010, p.37)

Com relação à questão profissional e da permissão para a atuação das mulheres na psicanálise, geralmente Freud adotava uma postura liberal, declarando, em 1910, que seria uma grave incoerência excluir as mulheres da Sociedade Psicanalítica, após Isidor Sager se opor à admissão delas (Appignanesi; Forrester, 2010).

A oscilação entre o medo e a admiração, entre a inferiorização e a idealização, aparentemente todos esses elementos estavam presentes dentro do homem Freud. Falando do teórico Freud, no entanto, o que se sobressaiu, para as feministas, foi uma certa inferiorização das mulheres e uma tendência à sua conformação aos padrões de feminilidade de seu tempo: “[...] apesar das nuances evidentes que introduziu mais tarde, certamente, sua teoria final da sexualidade feminina permaneceu colada em uma imagem da mulher desde muito cedo estabelecida em seu discurso” (Birman, 1999, p. 205).

Difícilmente uma teoria elaborada se separa totalmente da vida pessoal de seu autor, mas isso não significa que não seja possível uma diferenciação. Frequentemente, é reiterado que Freud foi pouco conservador em sua prática teórica e médica, enquanto que, em sua vida sentimental, permanecia como um homem comum de sua época. Pode-se afirmar

que os pontos de vista do homem Freud muitas vezes foram conservadores; já as práticas do psicanalista Freud com certeza foram revolucionárias. Afinal, foi o jovem Freud quem, naquele tempo, já representando uma figura de autoridade – como médico e psicanalista – ousou escutar de verdade o que as mulheres, suas pacientes, acometidas pela histeria, estavam dizendo – ainda que o discurso delas representasse uma ruptura com a moral de sua época.

Esse Freud intérprete era um crítico severo da moralidade sexual moderna e mostrava como o conceito restritivo de casamento era nocivo às mulheres em especial: enquanto os homens têm o recurso da ‘moralidade dupla’, ‘as mulheres, ao sofrerem as decepções do casamento, contraem graves neuroses que lançam sombras duradouras sobre suas vidas’. (Appignanesi; Forrester, 2010, p. 38).

Os sintomas de histeria foram uma expressão ruidosa do mal-estar daquela época. Kehl (2016) suspeita que esses sintomas se intensificaram após uma fase histórica de afrouxamento de algumas regras sociais destinadas às mulheres, seguidas por um novo período de maior censura. Apesar de historicamente a histeria ser associada ao sexo feminino, tal associação também será relativizada ao longo desta dissertação, demonstrando casos de histeria em homens, registrados na literatura psicanalítica, embora tais casos estejam mais associados ao que, antigamente, era denominado “histeria traumática”, e não à clássica histeria de conversão.

Apesar de sua expressividade na Europa do século XIX, a histeria existiu ao longo da história em diversas épocas, sendo interpretada e nomeada de maneiras diferentes, de acordo com a visão de mundo predominante em cada uma delas. A etimologia da palavra “histeria” faz referência às mulheres, originando-se do adjetivo grego “hysterikos”, que está relacionado à “matriz”. Entretanto, a associação entre a histeria e o feminino é encontrada em períodos anteriores ao século XIX. Desde a Antiguidade, foi considerada como uma patologia unicamente das mulheres. No Egito, havia a crença de que sua origem estava relacionada ao útero, enquanto, na Grécia Antiga, a explicação baseava-se nos “humores femininos”, ou seja, em substâncias produzidas exclusivamente pelos corpos das mulheres. Já na Idade Média, a histeria passou a ser associada à “bruxaria”, interpretada como possessão demoníaca feminina: “Entre as bruxas que ameaçavam o mundo medieval e que foram enviadas para a fogueira, certamente muitas eram histéricas” (Alonso; Fuks, 2005, p. 29).

Somente no século XIX é que essa neurose foi analisada por uma perspectiva científica e, portanto, tratada como uma degeneração hereditária, o que possibilitou o

entendimento e validação da ocorrência em homens, relativizando a ideia de que se tratava de uma condição exclusiva do sexo feminino. A histeria possui a característica de desafiar o saber predominante e o *status quo* de cada contexto histórico, e, por isso mesmo, provocava choques entre os saberes religiosos e os científicos:

A histeria, desde sempre objeto heteróclito e de múltiplo pertencimento, reclamado pelo natural e pelo sobrenatural, pela razão e pela superstição, demandou uma interrogação se, algumas vezes encerrada no corpo e outras no espírito, seria ou não uma doença. (Bocca, 2011, p. 879)

Por ainda não haver, no campo da medicina do século XIX, um tratamento efetivo e coerente que aplacasse seus sintomas, os governantes e autoridades da época tentavam manter essas mulheres sob seu controle através dos poderes judiciário e militar, mantendo, assim, a ordem estabelecida (Alonso; Fuks, 2005).

Sigmund Freud, sob a influência de Breuer e Charcot, revoluciona esse saber científico, tanto por sistematizar e levar para o meio acadêmico a teoria sobre a etiologia sexual e inconsciente dos sintomas histéricos, quanto por inovar no tratamento dessa neurose, levando para o campo da terapia psicanalítica a tratativa desses conflitos emocionais. Rivera (2015) observa que, nesse ato inaugural da psicanálise, muito antes de que esses médicos comessem a ouvir essas mulheres, elas já eram objeto do olhar, especialmente por Charcot, que, empenhado em desmentir que os sintomas histéricos estavam na ordem da simulação e do engano, descreveu cientificamente a histeria e fez dela um espetáculo de imagens através da fotografia. A fotografia vem auxiliá-lo como suposta garantia da objetividade do olhar, mas as imagens das manifestações históricas escancaram sua natureza teatral e expressiva (Rivera, 2015). Os sintomas encenavam os conflitos referentes às questões da sociedade daquela época, como a questão da repressão da sexualidade das mulheres, bem como de outras formas de satisfação libidinal que eram vetadas a elas.

No meio psicanalítico, recorrentemente observamos a associação feita entre a histeria e o gênero feminino. Existia um consenso de que a histeria seria uma neurose feminina e, as obsessões, masculinas. Com isso, o território do feminino era relacionado à passividade, à dor e ao masoquismo do corpo. Consequentemente, a histeria se caracterizava pela existência de sintomas corporais. Já o território da masculinidade se definiria pelas características da atividade, do sadismo, do pensamento e da vontade. Por isso mesmo, as obsessões se caracterizariam por perturbações do pensamento (Birman, 1999).

A importância do elemento ativo para a causa das obsessões, como a passividade

sexual no caso da patogênese, parece inclusive desvendar a razão da conexão mais íntima da histeria com o sexo feminino e da preferência dos homens pela neurose de obsessões. Às vezes encontramos casais de doentes neuróticos que foram um casal de namoradinhos na primeira juventude, o homem sofrendo de obsessões, a mulher, de histeria; em se tratando de um irmão e uma irmã, é possível tomarmos por um efeito da hereditariedade nervosa o que na verdade deriva de experiências sexuais precoces. (Freud, 1896, p. 155)

A oposição entre atividade e passividade, em relação às sexualidades masculina e feminina, permaneceu no discurso freudiano por muito tempo, até o surgimento da problemática da feminilidade na década de 1930 (Birman, 1999).

Uma das definições de feminilidade mais conhecidas da psicanálise é encontrada no texto “A feminilidade”, de Freud (1933). Nessa obra, ele inicia confessando que tanto as mulheres como a feminilidade lhe são um enigma. Utilizando a biologia para associar o termo “masculino” à atividade e o “feminino”, à passividade, nos parágrafos seguintes começa a relativizar essas associações, dando exemplos de animais de outras espécies, em que tais características não coincidem, e demonstrando quão insuficiente é essa associação entre os seres humanos:

No próprio campo da vida sexual, os senhores logo perceberão o quão insuficiente é fazer coincidir a conduta masculina com atividade e a feminina com passividade [...] As mulheres podem se desenvolver com grande atividade em diversas direções; os homens não podem conviver com seus iguais se não desenvolverem um alto grau de docilidade passiva. (Freud, 1933, p. 245)

Birman (1999) define a feminilidade como aquela que corresponde a um registro psíquico que se opõe ao falo, ou seja, aquela que faz uma contraposição à totalização, à universalidade e ao domínio das coisas e das pessoas. A posição da feminilidade, portanto, é voltada ao particular, ao relativo e ao não controle. O autor relembra que Freud disse que a feminilidade seria uma experiência psíquica marcada pelo horror, justamente porque ela implicaria para a subjetividade uma experiência de perda do controle das certezas, podendo atingir, portanto, tanto os homens como as mulheres.

Freud é um autor complexo, cujas contradições, fases da vida e obra, e as peculiaridades de suas teorias demandam um estudo aprofundado. Consideramos que ler Freud é uma iniciação fundamental no saber psicanalítico, sendo que este tem sua origem não só como teoria do inconsciente, mas também como método simultaneamente terapêutico e investigativo do psiquismo humano (Campos, 2014). Ele discorreu sobre as mulheres em quase todos os seus textos, mas apenas em alguns deles organizou seu discurso de forma detalhada (Domingues, 2008).

O desenvolvimento cronológico da teoria freudiana pode ser dividido em quatro períodos, cada qual centrado em temas específicos: o primeiro, considerado o período pré-psicanalítico, trata das tentativas e descaminhos ao longo da década de 1880, encerrando com o abandono da teoria da sedução em 1887; o segundo, de 1900 a 1905, contempla a constituição e delimitação do conceito de inconsciente, por meio das obras fundamentais sobre a interpretação dos sonhos e a teoria da sexualidade; o terceiro, de 1905 a 1920, compreende a consolidação e o amadurecimento da teoria; e, por último, de 1920 até o final de sua obra, encontram-se a revisão e a reestruturação da metapsicologia (Mezan, 2001). Cada período

possui uma trama de conceitos próprios, que privilegiam certos temas, mas que também se articulam com períodos anteriores, em uma rede de retomadas, ressignificações e ampliações teóricas (Campos, 2014).

Quanto às teorias sobre as mulheres e o feminino, estas podem ser divididas em dois momentos: o inicial, no qual Freud escreve, em parceria com Breuer, o famoso “Estudos sobre a histeria”; Nessa obra, concepções bem íntimas de Freud sobre o tema da feminilidade podem ser encontradas, ainda que ele não tenha realizado nenhuma análise direta sobre a feminilidade (Domingues, 2008). No segundo momento, Freud teoriza sobre a sexualidade feminina e a feminilidade, construindo sua teoria sobre o Complexo de Édipo e as escolhas objetais das mulheres, frutos dessa fase (Birman, 2001). Embora não estejam incluídas nesta dissertação, nas obras “A escolha dos três escrínios” (1913), “Gradiva de Jensen” (1907), é possível verificar como Freud enxergava a mulher na cultura ocidental, apresentando figuras femininas multifacetadas ao analisar obras artísticas e literárias. Já nos textos que abordam temas sociológicos, como “O Mal-estar na civilização” (1930) e “Futuro de uma ilusão” (1927), Freud analisa a função social da mulher na comunidade em que está inserida. As teorias sobre a sexualidade feminina aparecem a partir da década de 1930, nos textos “Sobre a sexualidade feminina” (1931) e “A feminilidade” (1933) (Domingues, 2008).

Diante da amplitude da obra freudiana, esta pesquisa teve por objetivo abordar o desenvolvimento de suas teorias sobre as mulheres e como ele as relacionava à histeria, ora aproximando, às vezes até confundindo e, por vezes, relativizando e afastando os dois temas. É certo que a repressão sexual era maior para as mulheres pertencentes à classe burguesa e, portanto, a maioria dos casos de histeria se encontrava nesse perfil. Entretanto, para Freud, além da produção social dos sintomas, também há a teorização sobre quais características das mulheres as predis põem a essa neurose em particular, e isso perpassa a construção social

da feminilidade nelas.

De modo a oferecer uma compreensão estruturada do objetivo desta dissertação, traremos no primeiro capítulo um panorama histórico sobre a histeria, da Antiguidade até o século XIX, principalmente, revisitando as considerações de Charcot sobre a temática, pelo fato de, nesse período, ter ocorrido a emergência da histeria moderna, entendida como quadro psiquiátrico, a partir do qual a psicanálise foi criada por Sigmund Freud.

No segundo capítulo, apresentaremos um histórico da entrada de Freud no tema da histeria, como ela foi fundamental para a criação da psicanálise e como questões culturais, científicas e o ideal de ego, de como as mulheres deveriam ser, também o influenciaram, bem como às suas teorias. Serão analisados os textos iniciais de Freud sobre o tema, que abarcam os

primeiros casos clínicos das mulheres atendidas por ele. Na sequência, serão analisadas as teorias sobre o desenvolvimento psicosssexual da mulher, finalizando com os textos sociológicos de Freud.

Trata-se de um estudo de caráter histórico e teórico-conceitual na abordagem psicanalítica e freudiana, de natureza ensaística e baseado em uma revisão de literatura narrativa sobre o tema. Dentre os comentadores, daremos atenção à como a temática da sexualidade feminina e a histeria será abordada na clínica por meio das contribuições de Georges Didi-Huberman (2015) e de Janine Chasseguet-Smirgel (1975, 1988). O primeiro é um historiador e crítico de arte, que realizou uma releitura desses casos no hospital de Salpêtrière, chegando a afirmar uma “invenção da histeria”, na qual, através de seus corpos, as mulheres internadas ofereciam as imagens de suas crises aos médicos curiosos a respeito desse fenômeno, correspondendo, dessa forma, ao desejo inconsciente de seus mestres. A segunda é uma estudiosa da obra freudiana que aborda a sexualidade feminina a partir de uma perspectiva revisionista, deslocando a discussão sobre a função do falo e a inveja do pênis de uma mera causação anátomo-fisiológica e edípica para o plano de defesas contra fantasias arcaicas e pré-genitais de fusão. Acreditamos que esses dois autores trazem contribuições importantes para colocar em perspectiva tanto a construção histórica da histeria nas práticas de cura quanto sua compreensão no âmbito da teoria psicanalítica freudiana.

1 A HISTERIA E A FEMINILIDADE NAS PRÁTICAS OCIDENTAIS DE CURA

1.1 Introdução

Este capítulo busca fazer uma caracterização da constituição e compreensão da histeria nas práticas de cura na história ocidental, considerando a sua aderência à condição feminina e sua progressiva caracterização como uma forma de adoecimento. Entendemos que esse histórico se caracteriza em duas etapas, uma que vai da antiguidade até o começo da modernidade e outra que implica a caracterização da clínica médica e da psicopatologia das doenças nervosas, em que a histeria figurou, como se sabe, de forma paradigmática. O intuito é trazer uma problematização da própria constituição imaginária e ideológica da figura da histeria por meio da crítica iconográfica empreendida por Didi-Huberman (2015). Faremos uma contextualização histórica geral com o propósito de caracterizar a configuração das relações entre histeria e feminilidade na aurora da psicanálise.

1.2 A Histeria da Antiguidade à Modernidade

Desde o Egito Antigo, a histeria é relacionada às mulheres. Os documentos médicos mais antigos que fazem referência à histeria são os papiros de Kahun e Ebers (Alonso; Fuks, 2005), de cerca de 2000 anos a.C. (Trillat, 1991). Eles relatam que todo problema sofrido pelas mulheres, onde não há alguma lesão orgânica visível, poderia ser atribuído a um problema no útero: “[...] para os egípcios, a histeria era uma doença das mulheres; e o útero, uma peça fundamental na economia do corpo delas” (Alonso; Fuks, 2005, p. 24). O saber sobre a histeria e a sexualidade feminina se constituía, quase unanimemente, pelas mulheres, mais especificamente, pelas parteiras. Hipócrates e Platão, mais tarde, escreveram suas teorias retomando esses saberes milenares construídos por elas (Trillat, 1991).

A medicina ocidental se constituiu por volta do século IV a.C., a partir das ideias de Hipócrates (Alonso; Fuks, 2005). Cerca de 250 páginas de suas *Obras completas*, no tomo VII, versam sobre as doenças ligadas à sexualidade feminina, incluindo temas como aborto, esterilidade e gravidez (Trillat, 1991). No entanto, o termo “histeria” não era mencionado, pois Hipócrates se referia aos sintomas como “sufocação da matriz”. (Alonso; Fuks, 2005). A palavra “histeria” foi acrescentada por Littré aos subtítulos, todas as vezes que Hipócrates reservava um parágrafo para a “sufocação da matriz” (Trillat, 1991).

Hipócrates manteve válidas várias concepções dos egípcios, como a teoria de que o útero seria comparável a um animal que se desloca para diferentes áreas do corpo feminino, provocando sintomas como tonturas, náuseas e dores, entre outros. Consequentemente, as práticas terapêuticas dos egípcios também foram preservadas.

Essas práticas consistiam, basicamente, na aplicação de cheiros fétidos ou de perfumes, com a finalidade de fazer o útero retornar ao seu lugar de origem no corpo. Desde então, o tratamento preventivo se baseava nas relações sexuais: “[...] para as moças, o casamento; para a mulher casada, o coito para umedecer e manter a matriz em seu lugar; para a viúva, a gravidez” (Trillat, 1991, p. 21). Ao longo de toda a Antiguidade, a terapêutica para a histeria continuou fundamentada nessas técnicas, e a crença de que o útero era um animal que se deslocava pelo corpo da mulher sustentou as teorias sobre a histeria até o começo da era cristã (Trillat, 1991).

Nas concepções de Platão e Aristóteles, ainda se encontra a noção hipocrática do útero migratório. Medicina e filosofia eram duas disciplinas conjuntas (Trillat, 1991). Platão compara o útero a um “animal sem alma”, pois, para ele, a alma humana era composta por duas partes: a imortal, localizada na cabeça, racional, considerada viril e atribuída aos homens; e a inferior, mais próxima da animalidade, vinculada ao desejo e à concupiscência, atribuída às mulheres. As teorias de Platão exerceram grande influência sobre a medicina, persistindo até

cerca do século XVII (Trillat, 1991).

Segundo Aristóteles, a mulher não seria mais do que um vaso que acolhe o sêmen do homem (Alonso; Fuks, 2005). “Somente quatro séculos depois, a medicina – construída basicamente por homens – incluiu, no conjunto de seus saberes, o funcionamento do órgão sexual feminino” (Alonso; Fuks, 2005, p. 26). Assim, a medicina de Alexandria termina com a queda dos Ptolomeus, em 31 a.C. (Trillat, 1991). Roma passou a ser o centro das atenções para os médicos imigrantes da Grécia, da Ásia Menor e de Alexandria (Trillat, 1991).

Os médicos recém-chegados a Roma, influenciados pelas especulações filosóficas e até por certo esoterismo, trouxeram consigo teorias completamente estranhas aos profissionais nativos da cidade (Trillat, 1991). Essa diversidade teórica resultou na divisão da medicina em quatro escolas rivais: a dogmática, que mantém os ensinamentos de Hipócrates; a pneumatista; a metódica; e, por fim, a empirista, que rejeita todas as teorias e se concentra no pragmatismo dos tratamentos (Trillat, 1991).

No século I, em Roma, o médico Arétée de Cappadoce fez contribuições importantes para a história da histeria. Ele escreveu um tratado sobre as febres e as doenças das mulheres, além de apresentar importantes avanços no campo das doenças mentais, cujas contribuições são valorizadas ainda hoje. Foi Arétée quem estabeleceu a distinção entre as doenças agudas e as crônicas, uma classificação que permanece na medicina até hoje. Quanto

à histeria, ele a classificou como uma doença aguda, distinguindo dois aspectos da crise: a sufocação com desaparecimento da voz e o prejuízo das funções de sono e vigília, podendo chegar ao sono letárgico. Ele também considerou, de modo muito breve, a possibilidade da existência de uma histeria em homens, que chamou de “Catoche”. Sua importância histórica também está ligada à classificação nosográfica da psiquiatria, pois foi ele que, primeiramente, diferenciou a histeria da epilepsia e, posteriormente, da mania e da melancolia (Trillat, 1991).

Ainda no primeiro século, o médico Sorano de Éfeso, ginecologista, obstetra e pediatra, pertencente à escola dos metódicos, realizou uma descrição dos órgãos genitais femininos, incluindo informações importantes sobre o ciclo menstrual, a gravidez, o parto e o aleitamento, em sua obra *Tratado das doenças das mulheres* (Alonso; Fuks, 2005), que objetivava a formação profissional de parteiras (Trillat, 1991). A inovação de Sorano reside no fato de que, como anatomista experiente, ele foi o primeiro a refutar a ideia de que o útero fosse um animal que se movia pelo corpo da mulher, como se acreditava até então. Em vez disso, descreveu o útero como um órgão sensível ao toque, mas que não migrava pelo corpo, retirando dele o status de animalidade. Além disso, a importância desse profissional também está no fato

de ele ter considerado os desejos da mulher (tanto o sexual quanto o de engravidar) como necessários para a consumação de uma gravidez. (Alonso; Fuks, 2005). Segundo Trillat (1991), essa evolução teórica está relacionada ao movimento de libertação dos escravos e das mulheres, apoiado, suscitado ou utilizado pelo cristianismo.

No que diz respeito às práticas terapêuticas para a histeria, Sorano de Éfeso não recomendava o casamento ou a prática sexual, como fazia Hipócrates. Pelo contrário, defendia a abstinência sexual como benéfica, tanto para o homem quanto para a mulher, considerando a sexualidade um “mal necessário” à procriação. Para ele, a histeria tinha uma única etiologia, que estava relacionada à constrição do órgão (Trillat, 1991).

No século II, Galeno (131-201), também anatomista, contestou a crença de que o útero era um animal itinerante no corpo da mulher, em concordância com Sorano de Éfeso. Galeno foi autor de cerca de 500 livros, que serviram de base para a medicina bizantina e árabe, além de permanecerem como referência para a medicina medieval por cerca de 1500 anos. Seus textos relativos à histeria se encontram na obra *Dos lugares afetados*, particularmente no quinto capítulo, reservado à “sufocação da matriz” (Trillat, 1991). Mas, diferentemente de Sorano, que defendia que a perda dos fluidos sexuais era prejudicial tanto

para o homem quanto para a mulher (Trillat, 1991), Galeno teorizou que a etiologia da histeria estaria ligada à retenção dos fluidos sexuais, construindo, dessa maneira, uma explicação tóxica ou química (Alonso; Fuks, 2005). Segundo Trillat (1991), Galeno foi o primeiro a estabelecer uma teoria sexual sobre a

causa da histeria, refutando as ideias de Platão e Hipócrates. Além disso, foi ele quem introduziu a noção de uma predisposição corporal para o desenvolvimento da histeria, uma teoria segundo a qual os fluidos sexuais, causadores da doença, eram produzidos pelo próprio organismo. Essa ideia viria a influenciar a teoria da degenerescência no século XIX.

No plano clínico, Galeno descreveu três tipos de histeria: o primeiro, de forma letárgica, que se assemelha a um estado mortífero, comparando-o com a hibernação de alguns animais; o segundo, a sufocação, caracterizado por desmaios repentinos e agudos; e, por fim, o terceiro, a forma motora, relacionada à contração de alguns membros corporais. Além disso, ele descreve que os sintomas de histeria dos homens diferem dos das mulheres, postulando que, para eles, sobressaem-se mais os aspectos depressivos, problemas digestivos e a anorexia. “Este é o início da definição do que viria a ser a hipocondria, a qual, no século XVIII, Sydenham consideraria uma espécie de histeria masculina” (Trillat, 1991, p. 35).

Segundo Trillat (1991), a história da histeria está intimamente conectada à história da epilepsia. Hipócrates e Arétée de Cappadoce criaram descrições precisas da epilepsia e de

suas formas clínicas. O diagnóstico diferencial entre a epilepsia e a histeria se baseia na completa ausência de entendimento e sensibilidade nesta última.

Galeno foi o último grande médico da Antiguidade e, a partir de suas ideias, a separação entre a medicina e a filosofia se intensificou ainda mais, principalmente com a ascensão do monoteísmo nas sociedades ocidentais. A filosofia começou a ser reinterpretada e traduzida para ideias materialistas, o que abriu maior espaço para as observações objetivas dos fenômenos biológicos (Trillat, 1991).

Na idade média, a Europa começa a ser destruída pelas invasões bárbaras, mitigando, com isso, a medicina no Ocidente. A magia, o misticismo e o discurso religioso retornam com força e, durante mil anos após a época de Galeno, não encontramos relatos sobre a histeria pela ótica científica (Alonso; Fuks, 2005). Ela passa a ser interpretada pelo discurso sobrenatural como punição divina ou possessão diabólica. Esse movimento reacionário retoma com força o ideário da Antiguidade sobre o feminino, que atribuía aos homens as qualidades da racionalidade, do divino e da integridade, e, em contrapartida, às

mulheres, as tentações e o demoníaco. Essa oposição também reflete na classificação das próprias mulheres em categorias extremas, ou eram consideradas santas, devido à sua virgindade, ou demoníacas, se manifestassem sua sexualidade: “[...] vemos, assim, como vão-se preparando as condições para a posterior caça às bruxas” (Alonso; Fuks, 2005, p. 28). Na França, no século XIII, surge a inquisição, estendendo-se, posteriormente, para a Itália e Espanha.

A caça às bruxas inicia-se na Europa num momento no qual a ordem social, fundada nas alianças entre o feudalismo e a Igreja, começa a abalar-se; as guerras e as epidemias que irrompem na Europa provocam insegurança e requerem bodes expiatórios. (Alonso; Fuks, 2005, p. 29)

Do ponto de vista histórico, a caça às bruxas surge como uma reação dos conservadores, ameaçados pelos intelectuais e pela desagregação da ordem feudal. Foi a partir do século XIII que a medicina passou a se caracterizar como um campo exclusivamente acadêmico e masculino, enquanto as mulheres pobres, que viviam no meio rural, à margem do casamento, da vida familiar e dos saberes oficiais, representavam uma ameaça à organização do conhecimento estabelecido pelo cristianismo, que só reconhecia os homens como detentores do saber. Essas mulheres, no entanto, agiam como verdadeiras agentes de saúde para a população rural, possuindo conhecimentos sobre as plantas, os traumatismos e o parto. Como afirmam Alonso e Fuks (2005, p. 29), “[...] entre as bruxas que ameaçavam o mundo medieval e que foram enviadas para a fogueira, certamente muitas eram histéricas”. Trillat (1991), entretanto, observa que seria um erro atribuir a condição de histéricas a muitas mulheres

queimadas nas fogueiras da Inquisição, pois isso implicaria transferir para as pessoas do Renascimento a mentalidade e os conhecimentos adquiridos apenas no século XIX. Ele afirma: “As bruxas foram queimadas enquanto bruxas, mas não enquanto loucas e, ainda menos, enquanto histéricas” (Trillat, 1991, p. 56). Em 1682, um decreto assinado por Luís XIV proibiu as perseguições e a caça às bruxas; mas os exorcistas continuam existindo (Trillat, 1991).

No Renascimento, a histeria passa a ser motivo de confronto entre os saberes médicos e os teológicos. A questão central consistia em decidir se os casos de histeria eram frutos de simulação ou de possessão demoníaca, oscilando entre o julgamento moral e o religioso. Aos poucos, porém, as antigas teorias de Platão, Aristóteles e Galeno começaram a ser recuperadas, produzindo-se um processo de laicização (Alonso; Fuks, 2005). Em 1650, o médico Harvey descobriu o fenômeno da ovulação, introduzindo um elemento importante

para a valorização da mulher a partir da maternidade.

Os médicos da Renascença se opunham às teorias dos teólogos referentes às possessões demoníacas. No século XVI, o médico alemão Johann Weyer se opôs à Igreja, defendendo que as mulheres que sofriam de convulsões deveriam ser classificadas como doentes mentais (Roudinesco; Plon, 1998). O primeiro texto a fazer distinção entre histeria e feitiçaria foi escrito pelo médico inglês Edward Jorden (1569-1632) (Mannoni, 1999). Esse médico percebeu o componente afetivo no desencadeamento das convulsões de uma mulher condenada à morte, todas as vezes que a mesma se encontrava com sua rival. O caso ganhou repercussão judicial e o médico tentou convencer o juiz de que não havia um componente diabólico em suas crises. Mesmo assim, apesar dos argumentos, o juiz condenou a acusada à morte.

Aproximando-se do final do século XVI, encontramos os escritos de Felix Platter (1535-1574), professor de anatomia e de medicina na Basileia, que estudou as doenças mentais pesquisando materiais clínicos produzidos por prisioneiros na Suíça. Ele foi um dos primeiros a estabelecer uma classificação entre a melancolia, a debilidade mental, a epilepsia, a alienação e os estados de excitação.

No século XVII, as teorias sobre a histeria se combinavam e coexistiam entre si. As teorias de Hipócrates passam a conviver com as de Galeno e surgem as teorias cerebrais, sem deixar de existir as uterinas. A histeria em homens começa a ter lugar nas descrições de caso. O médico Tomas Sydenham (1624-1689) propõe que a histeria imita quase todas as doenças. “Seu lugar na história da histeria é importante e seu nome regularmente citado por todos os autores durante os três séculos que se seguem” (Trillat, 1991, p. 72). A verdadeira ruptura com

toda a tradição da Antiguidade é trazida por ele.

Para Sydenham, sua etiologia residiria na desordem dos “espíritos animais”, e as causas externas seriam os movimentos violentos do corpo e da alma. A respeito de cada manifestação de histeria, surge a questão do diagnóstico diferencial, ou seja, qual doença conhecida a histeria poderia estar imitando. Lembrando que, segundo Trillat (1991), as doenças crônicas se classificam em dois grupos: as regulares ou essenciais e as outras (histeria e hipocondria): “[...] tinha-se de lidar finalmente com a mesma doença sob dois aspectos um pouco diferentes: a histeria sendo para a mulher o que a hipocondria era para o homem” (Trillat, 1991, p. 73).

Segundo Trillat (1991), Para Sydenham, a maior ocorrência de histeria nas

mulheres estaria ligada à fraqueza e frouxidão de seus tecidos, que não prendem corretamente os “espíritos animais”. Entretanto, Sydenham não faz comentários sobre a ocorrência da hipocondria nos homens. Para ele, o sangue humano é a fonte dos “espíritos animais”, que perturbam os órgãos encarregados de purificar o sangue de humores viciados. Dessa forma, as indicações terapêuticas se baseavam na sangria, na administração de remédios para fortalecer o sangue e em medidas higiênicas relacionadas à alimentação e ao cuidado corporal (Trillat, 1991).

Sydenham introduz um critério que marca o início de toda a problemática da organicidade da histeria, questionando se uma perturbação funcional inicial poderia, a longo prazo, produzir uma lesão orgânica. Essa questão será amplamente discutida no século XIX. (Trillat, 1991).

Com a influência do médico William Cullen (1712-1790), a histeria é incluída entre as doenças nervosas. Foi ele quem criou o termo “neurose”, repudiando as teorias de Hipócrates e as teorias dos humores: “[...] é com efeito nessa época que, pela primeira vez e em ruptura com a tradição, a sede da doença-histeria vai emigrar do útero para o cérebro”. (Trillat, 1991, p. 61). Cullen, no entanto, ainda mantém as teorias uterinas, ligando as manifestações de conversão ao útero e aos ovários. Aqueles que permanecem vinculados às teorias uterinas são os especialistas em doenças femininas (ginecologistas e parteiros, adeptos das teorias dos “vapores”), enquanto os neurologistas continuam ligados às teorias cerebrais (Trillat, 1991).

Os médicos do primeiro grupo tentam adaptar a teoria dos humores à teoria dos vapores, em um contexto em que as pesquisas sobre os vapores, na física, são retomadas após a descoberta da pressão atmosférica, as teorias da expansão e condensação e a patente da primeira máquina a vapor. Na química, surge a descoberta e manipulação de novos gases. “Os

médicos se inspiram nessas descobertas para renovar as velhas teorias humorais [...]” (Trillat, 1991, p. 62). No *Tratado dos Vapores*, Lange (1968) propõe que estes chegavam ao cérebro através dos nervos, e que a histeria seria resultado da predominância dos vapores ácidos sobre os alcalinos, sendo seus efeitos determinados pela maneira como se distribuem pelo organismo. Nos homens, particularmente, acreditava-se que os vapores eram muito voláteis para chegarem até o cérebro, estando eles, por isso, livres da histeria. Nas mulheres, entretanto, por conterem fluidos sexuais pouco voláteis, os vapores não chegariam até seus órgãos sexuais, acumulando-se e subindo para o cérebro: “[...] provocam a convulsão

histérica, a confusão, o delírio, a inchação do ventre, a mania ou a possessão demoníaca” (Trillat, 1991, p. 64).

Nas primeiras teorias cerebrais, a teoria dos vapores não é abandonada, mas estes se tornam um produto prejudicial advindo dos espíritos animais: “[...] a patologia começaria com a transformação dos espíritos animais em vapores. [...] Com a teoria uterina, os vapores se propagam de baixo para cima; com a teoria cerebral, de cima para baixo” (Trillat, 1991, p. 67). Nesse contexto, avançam os conhecimentos sobre a anatomia do cérebro, devido ao início da prática de dissecação de cadáveres. As teorias sobre a histeria, assim, se dessexualizam: “A histeria se dessexualiza ao ponto de não ser mais o apanágio da mulher; o homem também pode ser histérico e se começa a descrever casos de histeria no homem” (Trillat, 1991, p. 68).

Trillat (1991) afirma que Charles Lepois (1563-1633) foi o primeiro médico a formular uma hipótese cerebral para a origem da histeria. Em 1618, publicou uma de suas obras mais importantes, na qual afirmava que os sintomas de histeria são comuns tanto em homens como em mulheres, retirando a responsabilidade de apenas um órgão na formação dos sintomas.

Na Inglaterra, Thomas Willis (1621-1675) retoma a teoria dos espíritos animais, afirmando que eles provocam convulsões. Em um tratado de 1670, descreve diversos sintomas de histeria e afirma ter encontrado casos em mulheres de diferentes classes sociais, com ou sem vida sexual ativa. Também afirma ter observado casos de histeria em homens, embora pareça ser minoria. Mesmo assim, ele teoriza que a histeria é resultado de uma afecção do cérebro e dos nervos (Trillat, 1991).

Em 1758, na obra *Tratado das afecções vaporosas do sexo*, de Raulin, inicia-se o abandono da teoria dos vapores, abrindo espaço para a “[...] teoria das paixões que anuncia a era romântica” (Trillat, 1991, p. 79). Raulin considera as mulheres essencialmente hipersensíveis, mais expostas às emoções intensas, citando irregularidades no sistema nervoso que geram os sintomas e apontando para as causas culturais de produção da histeria, como o ócio, a falta de exercícios físicos e a higiene moral e alimentar inadequadas, criticando a

educação oferecida a elas:

Todo o mal vem da educação imposta às moças, da leitura dos romances, da existência artificial e fútil da mulher da sociedade, das quimeras, da imaginação desenfreada, das intrigas de alcova onde a mulher é ao mesmo tempo o joguete dos desejos masculinos e a amante que usa de seus encantos para conquistar o poder e

o dinheiro. (Trillat, 1991, p. 79)

Vemos, mais tarde, certa semelhança dessa crítica social com aquelas sintetizadas por Freud. Sydenham retoma as descrições clínicas das crises de histeria, mas, dessa vez, pela ótica da contenção. Trillat (1991) observa que a descrição clínica da crise parece ser retirada de outra literatura, anterior à sua época, sem ser fruto de uma observação pessoal:

Um total abatimento, suas explosões são sufocadas pelas pesadas tapeçarias e as gesticulações freadas pelas almofadas. A mulher debilitada pela inatividade, esgotada pelas 'noites em branco', intoxicada por poções ou regimes de emagrecimento, a mulher cuja sensibilidade é ao mesmo tempo enfraquecida pelos calmantes e exacerbada pelo café, pelo chá, pela cantárida, essa mulher de corpo cambaleante, os olhos semi-cerrados, tomba desfalecida por um nada. (Trillat, 1991, p. 80).

Pomme (1735-1812), em seu *Tratado das afecções vaporosas*, de 1760, utilizando a teoria dos vapores, afirma que a causa da histeria residia no endurecimento dos nervos, provocando movimentos desordenados nos espíritos animais, aplicando essa teoria ao útero, que passa a circular pelo corpo, gerando os espasmos da histeria. Essa teoria passa a justificar uma forma terapêutica: a hidroterapia (Trillat, 1991). A finalização completa da Teoria dos Vapores acontece com o neurologista Robert Whytt, em 1764. Por ser anatomista e dissecador

de nervos, afirmou a inexistência de qualquer circulação de gases pelo corpo, o que foi reforçado pelas então recentes descobertas da circulação sanguínea e pelos avanços nos conhecimentos sobre o sistema nervoso. Trillat (1991) afirma que, além das descobertas científicas, o avanço das teorias também se deve às mudanças de costumes e da mentalidade na Inglaterra puritana: “[...] era preciso romper com tudo o que evocava o sexo, e, sobretudo, rejeitar as teorias que podiam passar por convites aos prazeres venéreos [...] O médico se torna moralista” (Trillat, 1991, p. 83).

Trillat (1991) aponta que Franz Anton Mesmer serviu de transição entre as teorias vaporosas e a fase científica: “[...] ele deixou atrás de si uma brilhante posteridade de magnetizadores cujas práticas trarão à histeria uma dimensão fundamental” (Trillat, 1991, p. 86). Mesmer recusa todas as classificações nosográficas da medicina, diferenciando as doenças em apenas duas categorias: a das “doenças dos nervos” – nas quais o magnetismo tem efeito

imediato – e o restante das doenças, em que o magnetismo não opera imediatamente.

Nos anos de 1773 e 1774, antes de utilizar o próprio corpo como magnetizador, Mesmer emprega os ímãs como terapia para tratar a paciente Oesterline; dois dias depois, ela retorna, completamente curada de seus sintomas, e Mesmer quer demonstrar para o médico Ingenhousz que seu próprio corpo é magnetizador: “[...] o protocolo experimental é, em germe, o que servirá à ilustração da escola da Salpêtrière cem anos mais tarde”. (Trillat, 1991, p. 89). Em 1776, Mesmer trata e cura o matemático Osterwald, que sofria de paralisias e perturbações na visão, ganhando, com isso, a eleição de membro da Academia de Baviera, “[...] o primeiro e único reconhecimento oficial” (Trillat, 1991, p. 90). Mesmer vai conquistando um público cada vez maior de pacientes e, por isso, é inovador ao inaugurar uma prática terapêutica grupal, onde reunia diversas pessoas em um mesmo foco nos quais elas se sentavam para ter contato com os metais que saíam de uma famosa bacia da cidade.

Trillat (1991) observa que outra inovação trazida por Mesmer foi a criação de uma sociedade denominada “A Sociedade da Harmonia”, com o objetivo de ensinar e propagar sua doutrina. Em 1784, Deslon, um de seus discípulos, provoca a nomeação de uma comissão que deveria consagrar as descobertas de Mesmer. Escolhida pelo rei, a comissão, no entanto, condena as práticas de Deslon e, indiretamente, de Mesmer, alegando que não há provas da existência do fluido magnético animal e que os efeitos observados se davam pela via da imaginação. Também houve suspeitas de abusos sexuais durante suas práticas, o que levou Mesmer a ser expulso da cidade. O magnetismo, contudo, continuou a ser difundido pela sociedade que Mesmer fundou, longe das cidades e direcionado à população rural.

Em 1799, quinze anos após sua desapareição pública, Mesmer redige um germe do que viria a ser toda a problemática sobre a histeria no século XIX. Ele evoca o fenômeno do sonambulismo, fazendo dele a matriz de todas as crises (a loucura, a epilepsia, as convulsões), afirmando que todos esses fenômenos são crises de sonambulismo desconhecidas,

considerando-as uma reação saudável do corpo, cujo objetivo é se livrar da doença, fazendo referência a Hipócrates, que já havia observado o caráter curativo das crises agudas. Mesmer utilizava, em sua terapêutica, justamente a reprodução artificial dessas crises (Trillat, 1991).

Mesmer também teorizou a ideia da existência de um sexto sentido humano, sendo que seu poder é reforçado durante o sonambulismo, já que os sentidos estão com a atividade reduzida:

[...] incidindo sobre o órgão do pensamento, ele multiplica o poder do espírito e

lhe confere capacidades extraordinárias de adivinhação, de transmissão de pensamento; ele revela um saber desconhecido do sujeito no estado de vigília. Privado dos sentidos

externos, o sujeito fala. (Trillat, 1991, p. 99 e 100)

Trillat (1991) observa que essa ideia de uma fala autêntica, também prisioneira dos outros órgãos internos, obrigada a utilizar uma linguagem de empréstimo que não enuncia a verdade, anuncia as formulações de Freud sobre a distorção da linguagem imposta pelo Ego.

Foi no século XIX que toda uma literatura médica foi consagrada à demonologia, e essa revisão crítica da história integrou os fatos de possessão no quadro nosográfico da histeria. Mais tarde, no fim do século XIX, o médico Charcot e seus alunos continuaram e ampliaram essa pesquisa histórica, mostrando que os casos de possessão, convulsões, estigmas e anestésias eram semelhantes aos casos que observavam no hospital de Salpêtrière: “[...] a interpretação da história provava que a histeria não havia esperado Charcot para existir” (Trillat, 1991, p. 57).

Segundo Alonso e Fuks (2005), Charcot afirmou que foi o médico Paul Briquet (1796-1881) quem observou cientificamente a existência da histeria em homens. Em 1859, Briquet publicou um grande tratado sobre a histeria, chamado *Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie*, o qual contava com 430 observações de casos, recolhidos durante dez anos. Nele, Briquet insistia na repulsa que esses casos despertavam, dada sua instabilidade e imprevisibilidade (Huberman, 2015). Os números indicavam a raridade dessa neurose entre os homens: Briquet havia visto somente sete casos de histeria masculina (Cazeto, 2001). Ele propõe uma teoria diferente sobre a etiologia dessa neurose, retirando-a do campo do útero ou das causas sexuais e atribuindo-a ao encéfalo. Para Briquet, as fortes emoções e conflitos familiares estão em primeiro plano, enquanto que a continência sexual é fator secundário ou mesmo inexistente como causa. Segundo ele, as mulheres são mais propensas e vulneráveis à

histeria porque sua essência é “sentir”, não em função da diferença dos órgãos sexuais, mas, sim, do sistema nervoso: “[...] Briquet afirma que o relativo ao elemento afetivo é o que domina a predisposição constitucional à histeria” (Cazeto, 2001, p. 244).

Além disso, também realiza um recorte de classe e observa a influência da educação das classes mais abastadas, que podem facilitar a aparição dessa neurose.

O costume de ter sempre os desejos satisfeitos desprepara as mulheres a tolerar as emoções e contrariedades da vida [...] O modo de educação teria, bem mais

claramente, uma relação com a aquisição da doença: uma educação muito branda, muito protegida, uma vida muito calma, só contribuiriam para aumentar a sensibilidade, e daí facilitar o acesso à histeria. (Cazeto, 2001, p. 245)

Mas observa que uma educação contrária, baseada na violência e na negligência, também poderia se tornar fator de predisposição à histeria: “[...] 1/3 dos histéricos que observou tinham sido maltratados na infância por pai e mãe, ou tinham sido muito rudemente educados, ou tinham passado por grandes privações.” (Cazeto, 2001, p. 245). Briquet, portanto, vincula uma maior chance de aparição da neurose aos excessos na educação, tanto no sentido do zelo quanto do seu oposto, a negligência.

Embora sua teoria não fosse propriamente original, ainda existiam, na França, trabalhos que relacionavam a histeria ao útero, como o *Traité des maladies nerveuses, ou de l’hystérie et de l’hypocondrie* (1915), de Louyer-Villermay, o *Dictionnaire des sciences médicales* (1819), de Philippe Pinel, que vincula a histeria aos órgãos genitais da mulher, e as teses de Landouzy (1845), que defendia uma hipótese de alteração no sistema nervoso genital e que lhe rendeu um prêmio em um concurso promovido pela Academia de Medicina (Cazeto, 2001, p. 239).

Mas Briquet não deixou de relacionar a histeria às mulheres, ao afirmar que ela ocorre devido aos seus sentimentos mais nobres e intensos, como as “sensações penosas, paixões tristes e violentas” (Cazeto, 2001, p. 240), embora esses sentimentos possam ocorrer em todos os seres humanos, sejam homens ou mulheres. Apesar de retirar a histeria do campo dos órgãos sexuais femininos, ele continua relacionando-a às mulheres, mas, dessa vez, a partir do cérebro. Para Briquet, a maior predisposição das mulheres para esse tipo de sofrimento estaria relacionada a uma diferença no sistema nervoso, o qual ele descrevia como mais frágil e “mole” em comparação ao dos homens. Mesmo nos poucos casos de histeria em pessoas do sexo masculino registrados por ele, as características observadas não apresentavam grandes diferenças em relação às mulheres que ele estudou: “[...] os homens histéricos estudados tinham a particularidade de impressionar-se da mesma maneira que as mulheres; exceções, portanto, que confirmam a regra” (Cazeto, 2001, p. 242).

Em 1859, Briquet polemizava com alguns métodos ainda utilizados para conter o ataque histérico: compressões do útero, compressões nas áreas genitais, masturbações, receitas de práticas de coito, dizendo que nenhuma dessas práticas era eficaz. Charcot retomou um pouco dessas tradições, receitando, em alguns casos, a cauterização do colo

uterino (Huberman, 2015).

A histeria, para Briquet, não se limitava apenas aos sintomas que prejudicam o corpo ou a vida mental. Outros sintomas, considerados específicos, foram pensados e discutidos por ele, como o êxtase histérico, uma excitação cerebral intensa que leva à atenção concentrada em um só objeto, enquanto outras sensações e percepções são abolidas. Tal êxtase é comumente encontrado nas mulheres religiosas: “como os de santa Catarina de Siena, Joana D’Arc, santa

Teresa, etc.” (Cazeto, 2001, p. 248). Incluiu também a histeria em grupos, como o das religiosas de Loudun, em que observou a aparição de habilidades aumentadas, que não aparecem voluntariamente no cotidiano: “pregações que manifestavam os conhecimentos religiosos e da língua, feitas por camponeses iletrados, talento para cantar, etc.” (Cazeto, 2001, p. 248).

Sendo tudo questionado como obra do útero, a histeria realmente continuou, portanto, a ser apanágio feminino, e Briquet logrou êxito na violência de fazer dela, ao mesmo tempo, uma doença feminina e uma doença dessexualizada, uma doença sentimental. (Huberman, 2015, p. 109)

Paul Briquet contribuiu para ampliar a compreensão sobre a histeria para além de suas manifestações corporais habituais ao observar alguns fenômenos coletivos psíquicos e religiosos. Esse fato contribui para o questionamento sobre a concepção estritamente orgânica da histeria, abrindo caminho para a uma abordagem clínica de perspectiva propriamente psicológica para essas expressões extraordinárias da subjetividade humana.

1.3 A Invenção da Histeria Moderna com Charcot

Nas apresentações históricas e caracterizações do nascimento da clínica neurológica moderna e de história da psicologia clínica e da psicanálise é bem estabelecida a posição pioneira e paradigmática de Jean Martin Charcot como aquele que inseriu definitivamente a histeria no quadro da psicopatologia moderna. Sua importância histórica está no marco de ter estabelecido a primeira cátedra de neurologia na universidade, de ter caracterizado e categorizado a síndromes próprias dos quadros histéricos, bem como ter desenvolvido no

âmbito do hospital de Salpêtrière uma abordagem inovadora sobre o tema, marcando a tônica de uma preocupação privilegiadamente clínica de abordagem das neuropatologias

(Roudinesco; Plon, 1998). Trouxe também inovações técnicas, com o pioneirismo de aplicar o hipnotismo para investigação dos quadros histéricos e as indicações de sua etiologia psíquica e traumática. Suas contribuições, em associação às dos médicos de Nancy fazem um contraponto à abordagem estritamente experimental e anátomo-fisiológica dos médicos da tradição germânica, o que motivou, inclusive, o interesse de Sigmund Freud pelos trabalhos desse autor e seu famoso estágio na França. Como é bem conhecido, esse estágio é o principal impulsionador da colaboração entre Freud e Breuer em seus pioneiros estudos sobre a histeria e o desenvolvimento do método catártico que estarão na origem do caminho que levará à constituição da psicanálise (Roudinesco, 2016).

Iremos abordar alguns aspectos desse percurso, não tanto o já conhecido, mas aquele que passa pela associação mais específica da histeria com o elemento feminino, já que uma abordagem médica moderna, baseada ou na ideia de uma genérica degeneração mental ou etiologia psicológica traumática, faria supostamente um descolamento de seus determinantes sexuais e principalmente femininos. Contudo, este não foi o caso. Não só porque ao final é o componente erótico da sexualidade que será o fio da meada do desenvolvimento freudiano, mas principalmente porque a concepção estereotipada e do senso comum de que a histeria seja uma doença da encenação do desejo feminino permanece e mesmo estrutura a configuração dessa patologia, como veremos por meio da iconografia de apoio apresentada por Didi-Huberman (2015).

A partir de 1870, começaram a ocorrer mudanças no hospital de Salpêtrière, com o propósito de separar as pacientes de acordo com as patologias apresentadas.

[...] a Salpêtrière foi o que sempre tinha sido: uma espécie de inferno feminino, uma *città* dolorosa que encerrava 4 mil mulheres incuráveis ou loucas. Um pesadelo em Paris, bem perto da sua *belle époque*. (Huberman, 2015, p. 15)

Charcot não se dedicou à histeria imediatamente. Era uma época em que o instrumental teórico para tratar dos sintomas nervosos sem causa orgânica estava sendo criado (Cazeto, 2001). Ele ficou conhecido como um médico que possuía alma de artista, com vocação até para a pintura (Huberman, 2015). Estudou desde muito cedo a “histeria traumática”, os efeitos psicopatológicos de acidentes com meios de transporte e outras tragédias, tentando formular uma teoria causal entre o momento do “choque nervoso” e os sintomas posteriores. Charcot ordenava alguns de seus pacientes a desenharem a cena traumática e, em seguida, mandava regravar essa cena para publicá-la em suas aulas das terças-feiras. A discrepância

frequente entre os efeitos e a causa traumática levou Charcot a considerar o trauma como apenas um dos agentes provocadores da histeria, sendo o fator hereditário a causa determinante (Huberman, 2015).

Ainda não existiam critérios precisos para a classificação dos sintomas nervosos, e o encaminhamento da seção de epilepsia simples para os cuidados de Charcot ocorreu devido a essas mudanças no hospital. Com isso, os casos de histeria passaram a ser incluídos nessa seção. Charcot separou a histeria das outras doenças, em especial da epilepsia, na tentativa de compreendê-la, provocando sua observação. Chegou a considerar a epilepsia mais “verdadeira”, no sentido de ser mais grave. A genialidade de Charcot residiu no fato de ele descrever, não apenas os sintomas histéricos, mas “o grande ataque histérico” em quatro fases:

o epileptoide; o clownismo (fase de contorções); as poses plásticas; e, por fim, o delírio terminal (Huberman, 2015).

No hospital de Salpêtrière, foi construída uma grande máquina óptica para decifrar a histeria. Além disso, foi admitido um estado mental histérico, no qual a sensibilidade às emoções era associada à degenerescência mental. Huberman (2015) destaca o que chamou de “impulso iconográfico” de Charcot, o qual, posteriormente, foi transmitido para todos os ramos da medicina. Charcot publicou as obras *Os disformes e as doenças na arte* e *Nova Iconografia da Salpêtrière*. Ciente de que as imagens transmitem uma mensagem de forma mais viva do que as palavras, deu a elas um lugar de destaque. Huberman (2015) observa que o desenvolvimento da fotografia psiquiátrica no século XIX constitui-se no mesmo movimento da evolução da fotografia forense. Embora o estúdio fotográfico fosse, ele próprio, uma tentativa de negação do tato e do contato entre os corpos, era por meio dele que as pacientes histéricas se ofereciam para ser tocadas:

Tudo era feito para fabricar uma aparência de “vida” e, portanto, de independência da imagem: as histéricas, de lâmina em lâmina, pareciam divertir-se com toda liberdade em suas fantasias ou fantasmagorias – e digo mesmo: “pareciam”. “Lâmina” me indica, aliás, que de qualquer modo havia protocolos de poses, estrados, uma opressão discreta, caixas para enquadrar a imagem. [...] Ilusão de uma distância neutra. De olhar que não toca [...]. (Huberman, 2015, p. 249-250)

Da primeira imagem, podemos depreender uma certa denúncia das condições precárias que o hospital da época oferecia às mulheres marginalizadas pela sociedade, objetificando seus corpos em uma espécie de tratamento moral em conjunto com os conhecimentos da medicina. Sobre isso, Huberman afirma:

Com seu ‘pátio dos massacres’. Suas ‘mulheres devassas’, convulsionárias de São Medardo, ‘anormais constitucionais’ e outras ‘criminosas natas’, todas encerradas ali: outra Bastilha. Foi o hospital geral das mulheres, ou, melhor, de todo o rebotalho feminino. [...] Elas eram açoitadas logo na admissão, recebiam a ‘Certidão de Castigo’ preenchida e eram internadas. O maior asilo da França, um asilo de mulheres. (Didi-Huberman, 2015, p. 33)

Figura 1 – Terrível massacre de mulheres do qual a história nunca deu outro exemplo (Anônimo).



Fonte: DIDI- HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria**: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Tradução Vera Ribeiro – 1 ed. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Segundo Huberman (2015), foi nesse mesmo hospital que Charcot redescobriu a histeria, através das sessões de hipnose e das apresentações de suas pacientes nas aulas às terças-feiras.

Digo que Charcot atingiu o auge do teatro, no sentido em que almejava que a metáfora *ganhasse* corpo. Não só inventou *tensões* terríveis entre diversas histéricas – por exemplo, plantadas sobre uma mesma plataforma, com um sintoma remexendo-se entre elas à vontade (à vontade de Charcot), uma “transferência” de um corpo para outro –, como inventou também para elas uma espécie de *dilaceração por atrações hipnóticas contraditórias*. (Huberman, 2015, pp. 322-323. Grifos do autor)

O que as pacientes demonstravam durante suas crises histéricas era decorrente de uma convivência entre elas e os médicos, através da qual ambos, um seduzindo o outro, transformavam a clínica em espetáculo. “Médicos com um insaciável apetite de imagens da

histeria, histéricas dando pleno consentimento, exagerando até nas teatralidades do corpo” (Huberman, 2015, p. 15). O autor questiona se não seria esse o motivo pelo qual a histeria nunca fosse completamente curada, e sim transformada em outras formas de sofrimento. Um museu de moldes das formas psicopatológicas foi criado na Salpêtrière por Charcot, e as contraturas das crises histéricas, principalmente das mãos e dos pés, serviram de matéria-prima para ele. Uma dessas contraturas é exibida na imagem a seguir. Huberman (2015) observa que o corpo histérico engessado era mais digno de atenção, de ciência e até de ternura. Além disso, explica que esse ateliê foram uma espécie de instrumento de direito figurativo sobre os corpos das histéricas, pois o corpo era o único bem que elas possuíam, e suas contorções foram uma espécie de doação ao museu. O autor se refere mais a um direito do que a um saber produzido sobre a histeria, pois as imagens em si nem sempre explicavam os mecanismos das contraturas.

Figura 2 – Molde em gesso feito “ao vivo” para o museu de moldes da Salpêtrière, chamado “museu Charcot”



Fonte: DIDI- HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria**: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Tradução Vera Ribeiro – 1 ed. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Retomando as diferenciações iniciais que Charcot realizou a respeito da histeria e outras patologias, notemos que ele a diferenciou das lesões no encéfalo, ressaltando que, no caso da histeria, não havia paralisia facial. Além disso, seus sintomas se caracterizavam por um modo

brusco de aparição e dissolução. Ele teorizou uma evolução do quadro das lesões funcionais e orgânicas em dois tempos: em um primeiro momento, a lesão orgânica seria temporária e reversível; com a persistência dos sintomas, no entanto, as alterações orgânicas passariam a ser mais profundas (Cazeto, 2001).

Ainda na década de 1870 – embora, posteriormente, essa teoria tenha sido descartada por ele mesmo –, Charcot acreditava que o ovário desempenhava um papel importante na formação de um tipo de histeria. Ele criticava Briquet, afirmando que este teria subestimado a importância tanto do ovário quanto do útero. Para ele, o ovário participava ainda de outro sintoma: o aumento da sensibilidade ovariana. Retomando a noção de “histeria local”, citava os sintomas que persistiam entre os intervalos dos ataques histéricos: a falta de sensibilidade em algumas partes do corpo, paralisias, contraturas, pontos dolorosos fixos – sendo que um desses pontos era justamente na região do abdômen, na altura do ovário. Essa dor fazia parte da “*aura histérica*”, ou seja, um dos sinais que indicava a proximidade de uma crise. Além disso, Charcot utilizava a localização do ovário para fins terapêuticos: a pressão das mãos nesse ponto poderia prevenir um ataque e até aliviá-lo, fazendo com que a consciência da paciente retornasse (Cazeto, 2001). Dois anos depois, em 1872, Charcot foi nomeado professor de anatomia patológica (Huberman, 2015).

Bourneville, discípulo de Charcot, interessou-se por alguns aspectos que seu mestre negligenciava. Começou a prestar atenção e ouvir as histórias dos traumatismos sexuais antes mesmo de Charcot, que só começaria a se dedicar a essa questão na década seguinte. Bourneville observou que, durante as crises histéricas, as pacientes pareciam reviver momentos importantes de suas próprias histórias, como medos intensos, ameaças sofridas e discussões. Em uma das pacientes, ele identificou a existência de um abuso sexual concreto, em uma época em que ainda não se falava sobre os traumas causados por assédios. Bourneville notou que a crise ocorria após dois momentos distintos de um processo em que, primeiramente, havia um medo de cunho sexual, seguido por um medo não relacionado à sexualidade, que desencadeava os ataques. Bourneville deixou obras significativas para o estudo sobre a histeria: *La contracture hystérique permanente* (1873), *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie* (1876), e *Iconographie de la Salpêtrière* (1877) (Cazeto, 2001).

Já no final da década de 1870, a histeria passou a ocupar um lugar cada vez mais relevante na clínica de Charcot, enquanto sua teoria ovariana começava a ser abandonada. Novas experiências com metais começavam a demonstrar que, não só a área do útero e do

ovário, mas diversas áreas do corpo poderiam desencadear as crises histéricas. Em 1876, Charcot aceita o médico Burq, que aplicava a “metaloterapia” e afirmava ter curado vários pacientes com essa técnica. Charcot se convenceu da eficácia dessa terapia ao presenciar a cura de um paciente com insensibilidade em uma região do corpo. No mês de agosto desse mesmo

ano, começou a utilizar, pela primeira vez, a hipnose (Cazeto, 2001). Rapidamente, Charcot foi se tornando um autor clássico. A partir de 1877, os estudantes de medicina da Universidade de Oxford colocaram-o no mesmo patamar de Hipócrates e Celso. Seus livros foram traduzidos

para várias línguas: inglesa, russa, alemã, portuguesa, etc. (Huberman, 2015).

Ainda no final dessa década, Charcot passa a induzir sintomas histéricos artificiais no hospital, usando uma paciente chamada Pauline e aplicando a técnica denominada “transferência” – que consistia em provocar, no membro sadio, o mesmo sintoma do membro doente, resultando no desaparecimento do sintoma juntamente à hipnose. Consegue, enfim, abrir um ambulatório para atender à população no hospital de Salpêtrière e, a partir de 1880, estender esse serviço à população masculina. Bourneville passa a realizar um paralelo entre os testículos, nos homens, e os ovários, nas mulheres, apontando que seria possível interromper os ataques histéricos através de uma pressão sobre eles. Ele publica a observação de um caso, criticando a velha teoria uterina e reforçando as teorias de Charcot para o sexo masculino (Cazeto, 2001).

No início da década de 1880, Charcot mandou construir um laboratório de oftalmologia ao lado do estúdio fotográfico e dos museus dos moldes das contraturas histéricas. Sobre isso, Didi-Huberman (2015) afirma:

Ali se media à vontade o olhar torto das histéricas. Montavam-se cartografias, sobretudo dos campos visuais, em formulários-padrão a serem “preenchidos” e coloridos [...] Pois bem, a histeria se prestava, realmente, se prestava para isso. Suas intermitências, suas auras passageiras em que um dado sentido das cores vinha a se converter inteiramente, qualquer transfiguração sintomática em geral tornava-se propícia para Charcot e a clínica ‘verem o novo’. (Didi-Huberman, 2015, p. 189)

Charcot demonstrava uma preferência pelo sintoma do “escotoma cintilante”, uma figura luminosa que ofuscava a visão. Ele fez questão de descrevê-lo, contar uma história sobre ele, convocando-o como figura. Muitas vezes, tentou colher, das pacientes que o consultavam, descrições que se coadunavam com seu esquema figurativo (Didi-Huberman,

2015).

Em 1882, Charcot abriu um serviço de neurologia no hospital de Salpêtrière, onde realizava apresentações semanais de pacientes com histeria. Ele utilizava a hipnose para induzir os sintomas e fazia-os desaparecer imediatamente, procurando não levar em conta as ideias já existentes sobre a histeria, mas se ligar ao que aparecia durante essas experiências. Tais apresentações ficaram conhecidas como as “Leçons du mardi”, assistidas por médicos que vinham de todas as regiões da Europa e por homens importantes da cultura (Alonso; Fuks, 2005). Nesse mesmo ano, Charcot apresentou, para todas as autoridades acadêmicas, os

fenômenos dos estados de sono e da hipnose como objetos da ciência, descrevendo-os como fenômenos puramente fisiológicos. A hipnose havia sido inclusa em seu programa de ensino alguns anos antes, em 1878. Era uma técnica que poderia provocar, experimentalmente, todos

os fenômenos encontrados no estado de sonambulismo. Didi-Huberman (2015) considera que ela poderia ser uma histeria experimental, que fornecia o conceito sobre qualquer compreensão sobre a histeria.

A sugestão hipnótica lhe permitia *fazer, refazer ou desfazer* algo à vontade, e de maneira absolutamente equivalente, isto é, reversível. Provocar um sintoma, suprimi-lo e tornar a provocá-lo, isto era possível e exigia uma operação perfeitamente idêntica. A hipnose era a tal ponto um instrumento, que se podia modulá-lo [...] Há outra analogia, esta proveniente de Freud e que insiste num ponto fundamental: que a técnica da hipnose dava a Charcot a liberdade de intervenção de um *artista*, um pintor (!), num “material” totalmente entregue a ele. (Didi-Huberman, 2015, pp. 263-264. Grifos do autor)

O médico Bernheim, neurologista da escola de Nancy, acusou Charcot de utilizar suas pacientes como cobaias, sem ter o interesse de curá-las. Didi-Huberman (2015) observa que a rivalidade entre os dois médicos se exacerbava ainda mais em duas circunstâncias específicas: na concorrência entre protocolos experimentais e em pareceres divergentes em processos criminais; além disso, sempre em torno de dois temas: o sexo (seduções, estupros) e crimes. Já Alonso e Fuks (2005) defendem que, ao fazer da histeria uma doença neurológica, Charcot libertou essas mulheres das acusações moralistas de simulação dos sintomas.

Em 1884, Bernheim continua seus questionamentos acerca dos procedimentos e conclusões de Charcot. Ele não considerava a hipnose uma sucessora do processo patológico, propondo que ela era uma das expressões da sugestão do médico, além de uma tendência

geral do cérebro de transformar ideias em ato. Cazeto (2001) observa que, para Bernheim, parecia bastar a esfera psíquica para explicar os fenômenos somáticos investigados na Salpêtrière. Charcot começava a procurar diferenciar as paralisias orgânicas das psíquicas, iniciando uma investigação minuciosa sobre os membros paralisados de suas pacientes. Em suas primeiras investigações, no entanto, não encontrou diferenças entre elas. Assim, surgiu a ideia de que a técnica da sugestão poderia produzir o equivalente dinâmico de uma lesão orgânica, demonstrando um funcionamento cerebral alterado nesses casos. Mesmo assim, as explicações para esse fenômeno continuavam sendo discutidas na esfera da neurologia (Cazeto, 2001).

Em 1885, Charcot apresenta um ciclo de aulas sobre casos de histeria em homens, ocasionada por traumas físicos (Cazeto, 2001). Didi-Huberman (2015) afirma que a clínica de Charcot estava lotada de homens histéricos e, apesar disso, a Iconografia Fotográfica de

Salpêtrière não mostra nenhum retrato de homem entre 1875 e 1880, sendo feito apenas quase uma década depois, em 1888.

Um dos casos de histeria masculina apresentados foi o de Pinaud, um pedreiro de 18 anos de idade que caiu de uma altura de cerca de 2 metros e ficou ferido no ombro, joelho e pé esquerdos. Ele acabou desenvolvendo uma fraqueza que culminou na paralisia do braço esquerdo alguns dias depois do acidente, tal manifestação cessando após ele sofrer um ataque de histero-epilepsia. Charcot conseguiu reproduzir a paralisia uma vez, durante 24 horas, concluindo que a sugestão da paralisia e a paralisia histérica eram a mesma. Charcot pretendia, então, diferenciar as paralisias psíquicas das orgânicas, planejando explicar, por meio da produção artificial do sintoma, os mecanismos das paralisias históricas resultantes de um trauma físico. Assim, responderia à contestação de Bernheim (Cazeto, 2001).

O próximo caso clínico de histeria masculina se refere a um cocheiro de 25 anos de idade, chamado Porczenska. O descontrole do cavalo havia lançado-o para fora da carruagem que ele dirigia. Nos dias seguintes ao acidente, desenvolveu uma paralisia no braço direito. Em suas aulas, Charcot conseguiu demonstrar, via sugestão, em outros pacientes, o surgimento dos mesmos sintomas de Pinaud e Porczenska. No caso da paralisia espontânea, houve um agente traumático, em contraste com a sugestão verbal de que seu braço estava paralisado. Ele observa então que, nos casos apresentados, o choque físico teria provocado, nesses pacientes, um estado cerebral equivalente ao das pacientes históricas no período de sonambulismo, chegando à conclusão de que não era o acontecimento real o que importava, mas um estado psíquico particular que predispunha à histeria (Cazeto, 2001).

Charcot começa a citar a “dissociação do eu” como característica do estado mental nos casos de histeria, em que um grupo de ideias consegue autonomia e poder de realização. Essa ideia ganha força após Charcot tratar outro caso de histeria em homens, o caso de Joseph Le Logeais, de 29 anos de idade, que, duas semanas após ser atropelado por uma viatura, acorda paraplégico, convencido de que durante o acidente a viatura havia passado por cima de suas pernas. Apesar disso, a psicologia ainda não estava em voga; o inconsciente, para Charcot, ainda era cerebral, exceto por uma tímida nota não publicada, intitulada “Teoria da sugestão sonambúlica” (Cazeto, 2001). Ele pôde observar o fenômeno da divisão da personalidade em duas de suas pacientes: Marguerite Dinot e Marie Habillon. A partir de suas observações, teorizou que a segunda personalidade delas seria uma forma de sonambulismo, representando a terceira fase do ataque histérico, as chamadas “atitudes passionais”. Charcot, no entanto, começou a supor que essa fase poderia ocorrer independentemente das outras, adotando o termo “vigiambulismo” para destacar o aparente estado de vigília em que elas se encontravam. Apesar

de parecerem ter duas personalidades distintas, Charcot observou que alguns traços da “outra” personalidade, que não se encontrava ativa no momento, ainda persistiam (Cazeto, 2001).

Charcot participou de um estudo conduzido pelo médico Guinon, sobre uma aluna russa, Sophie Woltke. Eles utilizaram impressões sensoriais para estimular o delírio, verificando, a partir disso, que o conteúdo das alucinações se modificava, dando espaço para novos conteúdos. Tais alterações não eram intencionais, mas capturadas por lembranças e hábitos internos, advindos da história de vida da paciente. A partir desse estudo, ambos fizeram uma descoberta importante sobre a atividade delirante. Esse estudo refutou a ideia de que a sugestão não levava em conta a subjetividade das pacientes e de que a mesma se anulava em favor da personalidade do cientista. Para Cazeto (2001), a influência externa parecia servir apenas de alimento para uma organização interna já existente.

Em 1891, Charcot iniciou a elaboração de uma teoria acerca da existência de um eu inconsciente, após estudar o caso da paciente Emma Dutemple. Ele observou que, durante as sessões de hipnose, ela conseguia recordar os acontecimentos traumáticos que havia vivenciado, embora não os recordasse em estado de vigília. As lembranças eram esquecidas assim que ela acordava das sessões. A partir desse caso, portanto, havia elementos para a discussão da divisão da personalidade em termos psicológicos, e da histeria como um distúrbio da personalidade. Em uma aula apresentada no mês de junho, Charcot avança em

sua teoria sobre a divisão da personalidade, dizendo que tratar uma histérica seria como tratar duas ou três pessoas diferentes (Cazeto, 2001).

Em 1888, o médico faz uma apresentação na Sociedade de Psicologia Fisiológica, na qual procura indicar as características clínicas das paralisias psíquicas, através do caso de uma mulher que desenvolveu paralisia no punho após dar um tapa em seu próprio filho. É nesse mesmo ano que Freud escreve a primeira parte de um artigo comparando as paralisias orgânicas e as histéricas (Cazeto, 2001).

Em 1893, Charcot enfim proferiu sua última aula sobre a histeria, alguns meses antes de sua morte, apresentando mais um caso de histeria masculina, o caso de Siméon Penhoet, marceneiro de móveis finos. Ele apresentava uma paralisia no braço, aparecida após um pesadelo que tivera em uma noite. Outros dois sintomas chamaram a atenção de Charcot: uma dor do lado esquerdo do quadril e uma área anestesiada no pescoço, ambas correspondentes às agressões que o paciente sofrera em seu pesadelo. Cazeto (2001) observa que o médico chama a atenção, nesta aula, para um determinismo puramente interior, alheio à consciência. A morte de Charcot interrompeu esta sequência de formulações cada vez mais psicológicas sobre as neuroses (Cazeto, 2001). Didi-Huberman (2015) considera que Charcot foi alguém que

dominou os problemas de seu tempo e o consolou, atribuindo a ele a fundação da ciência neurológica. Segundo o autor, o médico abriu caminho para a psiquiatria atual e, do ponto de vista terapêutico, foi ele quem preconizou o isolamento dos doentes, a persuasão, os agentes físicos e a eletrização: “Quatrocentas e sessenta e uma páginas de homenagens prestadas no centenário de seu nascimento, e ainda continuavam a homenageá-lo em 1955, por ter aberto caminho para a psiquiatria de hoje, a nossa [...]” (Didi-Huberman, 2015, p. 39).

Charcot havia forçado a histeria ao campo neuropatológico, e a escuta de Freud fez com que as bases da neuropatologia estremecessem. Ainda assim, foi preciso que Freud passasse pela histeria na Salpêtrière para iniciar sua escuta particular e, com ela, inventar a psicanálise. Didi-Huberman constata: “houve necessidade do espetáculo e de sua dor, e de primeiro *encher os olhos* com eles” (2015, p. 115. Grifos do autor).

O comentador considera que a histeria era estimulada nas próprias relações transferenciais entre os médicos e as pacientes da Salpêtrière: “[...] as histéricas não paravam de piscar os olhos para seus médicos. Era uma espécie de lei do gênero, não apenas a lei da fantasia histérica (desejo de cativar), mas também a lei de toda a própria instituição asilar.” (Didi-Huberman, 2015, p. 234). As pacientes consentiam numa grande simulação do desejo:

“Sucedde à histérica ser a mulher *fatal* para seu médico, sucede-lhe *cativá-lo*” (Didi-Huberman, 2015, p. 233. Grifos do autor).

Didi-Huberman constatou que o próprio hospital possuía uma estrutura de chantagem, pois, se elas não demonstrassem seu caráter, a consequência era serem transferidas para o setor das incuráveis. Assim, a sedução era como que uma tática obrigatória, até porque, no setor das incuráveis, essas mulheres não seriam mais exibidas, mas escondidas. Para elas, portanto, “seduzir consistia em confirmar e tranquilizar cada vez mais os médicos quando a seu conceito de histeria” (Didi-Huberman, 2015, p. 234). Ao fazer isso, no entanto, elas praticavam contra si mesmas e suas próprias identidades uma violência cada vez mais cruel, reforçando a posição de mestres que seus médicos já possuíam: “Assim [...] a histeria já não devia parar de se agravar, cada vez mais demonstrativa, sempre mais submetida a roteiros [...]” (Didi-Huberman, 2015, p. 235). O autor ressalta que não se tratava de uma simples sedução confinada em um consultório burguês. Pelo contrário, o encanto e a simpatia podiam ser comparados a um bordel, com todas as mulheres misturadas, fazendo strip-tease nos plantões, etc. A paciente Augustine não apenas oferecia seu corpo ao médico Bourneville, como também produzia atitudes passionais de seu desejo: “A histérica devia permanecer para ele, continuar a ser (sua) histérica, isto graças à transferência” (Didi-Huberman, 2015, p. 237). Tanto Bourneville como Charcot se deixaram seduzir por elas, mesmo que de forma não concreta: “Formulo a hipótese

de uma paixão de Bourneville (ou Regnard, não sei) por Augustine, no sentido em que a paixão seria a consagração extemporânea de um corpo como quadro [...]” (Didi-Huberman, 2015, p. 238).

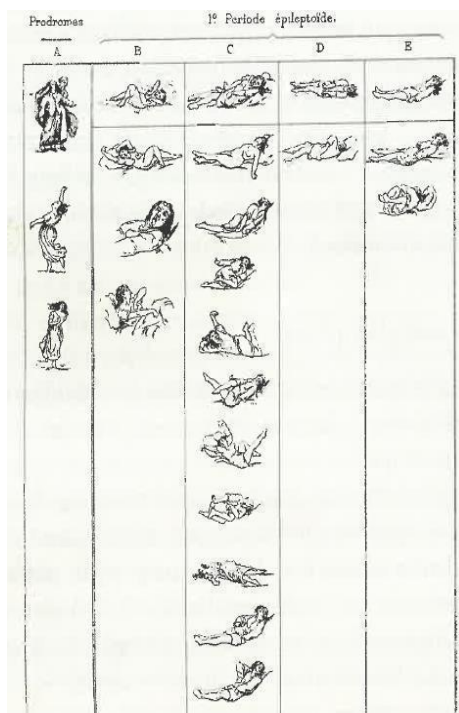
Freud alertou para o fato de que o fenômeno da transferência erótica poderia se perder em uma verdadeira servidão sexual, impelindo o tratamento para um fracasso inevitável. Didi-Huberman (2015) observa que essa questão foi tão pouco pensada na Salpêtrière que o fator transferencial mal manejado retirou de cada mulher internada sua própria intenção de se curar da doença.

Porém, não só a sedução prevalecia nas relações entre médicos e pacientes. O próprio Charcot chegou a utilizar a compressão ovariana, a receitar a cauterização do colo do útero, e a remoção do útero continuou a ser praticada durante todo o século XIX: “O tato convertia-se em tormento: speculum – bisturi, cautério.” (Didi-Huberman, 2015, p. 250. Grifos do autor). O autor interroga, portanto, como tais relações se transformaram em uma espécie de tormento: “Num dado momento, o encanto se rompeu e o consentimento

transformou-se em ódio [...] Freud foi uma testemunha desorientada dessa imensa discussão da histeria a portas fechadas [...]” (Didi-Huberman, 2015, p. 16). Diante disso, ressalta a grande onda de culpabilidade que se espalhou no hospital, reafirmando um rigor na ética terapêutica.

Paul Richer, professor de anatomia artística da Escola Nacional Superior de Belas Artes de Paris, ilustrou um ataque histérico em 86 imagens, que foram consideradas as mais rigorosas e concisas representações sobre a histeria, analisando o ataque entre as formas completas, médias e rudimentares, com a primeira fase do ataque, a epileptoide, demonstrada na imagem seguinte. Didi-Huberman (2015) constata que a genialidade de Charcot consistiu no fato de ele não apenas descrever os ataques histéricos, mas também em colocá-la como um tipo geral que podia ser nomeado de “o grande ataque histérico”, que se desdobraria em quatro fases: o *epileptoide*, o *clownismo*, as *poses plásticas* ou “*attitudes passionais*”, e, por fim, o *delírio*. O autor ressalta que esse quadro foi um clássico, pois outros médicos partiram dele e lhe renderam homenagens, como os alemães Andree e Knoblauch, ao representar homens histéricos traumatizados pela guerra, e o professor Rummo, ao editar uma série de setenta fotografias de crises histéricas.

Figura 3 – Quadro sinóptico do grande ataque histérico, completo e regular, com posições típicas e variações. Água-forte. Lâmina V (Paul Richer).



O. Doin, 1881. DIDI- HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria:** Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Tradução Vera Ribeiro – 1 ed. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Ainda sobre a fase “epileptoide”, Huberman (2015) observa que Paul Richer conseguiu gravar essa primeira fase a partir da imagem de Augustine “tetanizada”, recompondo sua imagem e atribuindo à ela um relato clínico. Ele ressalta a posição de objeto que ela ocupa, tanto para os médicos quanto para o fotógrafo, comparando-a com uma marionete:

Uma histérica pode ser uma obra de arte viva, e insistirei em falar de Augustine como obra-prima – a obra prima e a “coisa” de seus médicos -, mas, em certo sentido, a histérica *permanece como estátua* [...] Quando ela se mexe, mesmo com violência, mais parece uma marionete – porém marionete de quem? Talvez isso se deva a ela estupefazer a si mesma, por ser uma obra para terceiros, e a não poder, talvez por essa razão, deixar algo como um “manter-se imóvel” da fantasia. (Didi-Huberman, 2015, p. 176. Grifos do autor)

Figura 4 – Fase de *imobilidade tônica* ou *tetania*. Lâmina II, gravada com base na fotografia anterior (Paul Richer).



Fonte: RICHER, Paul. *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, Paris, O. Doin, 1881. DIDI- HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria:** Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Tradução Vera Ribeiro – 1 ed. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Na próxima imagem, Paul Richer prevê um ataque histérico de Augustine, devido ao estado de extrema contratura do seu corpo. Didi-Huberman (2015) ressalta, sobre essa imagem, a qualidade do enigma do fator temporal da contratura histérica: “essa contratura, tal como “de repente atingiu o auge”, será permanente? Desaparecerá de maneira “súbita” e “espontânea”? (Didi-Huberman, 2015, p. 180). O autor ainda observa que ela parecia olhar

para algo projetado no alto, observando que, no hospital, havia apenas descrições sobre os sintomas físicos de Augustine, o que impossibilitava a comprovação da existência de alguma emoção. Ele observa que Bourneville constatou uma ligação muscular entre os problemas de visão e as contraturas histéricas, demonstrando uma paixão pelo exame dos olhos, assim como Charcot: “[...] Charcot se vangloriou em alto e bom som: “É possível que eu tenha examinado milhares de vezes o campo visual das histéricas” (Didi-Huberman, 2015, p. 185). Havia também um gosto por montar quadros de todos os sintomas oculares da histeria, que, segundo o autor, consistia também em uma paixão pela exaustão ao esgotar todas as possibilidades de sintomas.

Esta zombava de toda a anatomia ou de toda a fisiologia ocular. Ficava torta ou retorcida. Na maioria dos casos, pelo menos, dissimétrica: Assim, Augustine sofria de uma grande redução da acuidade visual do lado direito, mas, do lado esquerdo, gozava de uma visão ‘mais do que o normal’; era principalmente do lado direito que ela era discromatóptica: confundia vermelho com azul, verde com laranja, ou ficava inteiramente acromatóptica, e, nessas horas, via tudo como que numa fotografia... (Didi-Huberman, 2015, p. 188)

Não foi somente esses dois médicos que se interessavam pela questão do olhar, mas também os psiquiatras do hospital em geral, considerando a dilatação anormal da pupila como um estigma histórico. Didi-Huberman (2015) constata que, na maioria das vezes, as alucinações

histéricas eram visões de estupros, incêndios, sangue, medo e ódio dos homens. Augustine recalrava sua identidade, que se retirava completamente da realidade. O retorno de sua identidade se dava em uma imagem em ato, gesticulada. No entanto, ao ser fotografada, ela se retirava novamente, se “tetanizando”.

Figura 5 – “Tetania, atitude da face”. Fotografia de Augustine reproduzida em fototipia. Lâmina XVII (Paul Regnard).



Fonte: BOURNEVILLE et REGNARD, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Progrès Médical & Delahaye, 1878. DIDI- HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria**: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Tradução Vera Ribeiro – 1 ed. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Didi-Huberman (2015) coloca que Paul Richer acreditava fornecer, através de seus quadros, a intimidade de todas as atitudes passionais. Ele as distinguia entre uma fase triste e outra feliz, considerando que o êxtase da fase feliz era uma forma tradicional de fronteira entre a loucura e o misticismo. O médico Bourneville evocou e convocou as grandes místicas cristãs para explicar, descrever e justificar a reunião do escândalo e da beleza nos estados de êxtase da histeria. A própria paciente Augustine, retratada por ele, foi considerada portadora de uma forma clássica de histeria, devido a seus ataques de êxtase.

Isso ainda equivalia a anexar a histeria a um “meio de expressão”, a uma “arte”, era continuar a encher os olhos das gesticulações tão dolorosas da pobre estrela Augustine. Sem dúvidas, um êxtase só pode fascinar, transfigurar em *spectador* a

testemunha, ou o parceiro estupefato com o *de novo*, até porque o apelo excessivo sempre se dirige a algo além dos presentes. (Didi-Huberman, 2015, p. 208. Grifos do autor)

Bourneville evocou as grandes místicas cristãs da história para explicar, descrever e justificar a união do escândalo e da beleza dos estados de êxtases histéricos, e foi assim que a paciente Augustine se tornou uma forma típica de histeria, em seus ataques de êxtase. Nas imagens a seguir, observamos que, além dos apelos e orações, também haviam súplicas dirigidas a um homem, compondo uma alucinação e delírios eróticos. Os surrealistas

comemoraram o “Cinquentenário da Histeria”, em 1928, reproduzindo esses êxtases de Augustine, chamando a histeria de “maior descoberta poética do fim do século XIX”, o que equivalia a anexar a histeria a um “meio de expressão” e uma “arte”. O ataque histérico seria desencadeado pelo efeito de um estado de crise gerado pela expectativa de um gozo, em um êxtase em um vazio absoluto, em uma alteridade radical. Em Augustine persiste um estado amoroso que anima essa expectativa, embora ela destine a paciente a uma imobilidade. O autor chama a atenção para o fato de que se trata de um amor impotente e narcísico, indicando um gozo suplementar. Quando esse êxtase surge, ele supre a real impossibilidade da relação sexual, e ele é claro em enfatizar que isso é bem próprio das mulheres (Didi-Huberman, 2015).

Figura 6 – “Atitudes passionais, súplica amorosa”. Fotografia de Augustine reproduzida em fototipia. Lâmina XX (Paul Regnard).



Fonte: BOURNEVILLE et REGNARD, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Progrès Médical & Delahaye, 1878.

DIDI- HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria:** Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Tradução Vera Ribeiro – 1 ed. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Figura 7 – “Atitudes passionais, êxtase”. Fotografia de Augustine reproduzida em fototipia. Lâmina XXII (Paul

Regnard).



Planche XXII.

ATTITUDES PASSIONNELLES

EXTASE (1876).

Fonte: BOURNEVILLE et REGNARD, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Progrès Médical & Delahaye, 1878.

DIDI- HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria:** Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Tradução Vera Ribeiro – 1 ed. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Didi-Huberman (2015) aponta que, diante de tais cenas, o desejo dessas mulheres crescia cada vez mais, chegando ao ponto de sua realização se tornar impossível. Para o autor, durante o ataque histérico, o corpo delas é cindido em duas partes: na primeira, a experiência do gozo, e, na segunda, um saber que se propõe a responder o que quer uma mulher. Outra cisão é observada por ele, entre o ser das histéricas e as suas identificações, que costumam ser extremamente lábeis. Ele lembra que, para Breuer e Freud, os ataques também exprimem alguma lembrança, o que faz, da amnésia histérica, apenas uma aparência, levando em conta também os excessos de memória e os ataques em que a cena primária é repetida diversas vezes. Apesar disso, ele não deixa de considerar as possíveis simulações nesses casos. Os médicos da época, e até hoje, desconfiam de suas histórias e lembranças, interrogando os pais e pessoas próximas para verificar a veracidade das narrativas produzidas por elas. A tarefa fica ainda mais complicada depois que Freud observou a existência das lembranças encobridoras do trauma. Para ele, a encenação de uma fantasia sexual supera qualquer narrativa e, por isso, persiste nos limites do que é analisável. Ao observar os ataques histéricos de Augustine, ele nota que, na cena sexual, a paciente ocupa tanto o lugar de passividade (vítima) quanto o de atividade do corpo do agressor: “Essa combinação era um verdadeiro prodígio de plasticidade, um verdadeiro prodígio de teatralidade: dois corpos em um, corpo em que a mulher se acha não

apenas internamente unida ao homem, mas horrendamente visível [...]” (Didi-Huberman, 2015, p. 225).

Diante disso, havia uma intenção de apagar, das imagens, os toques, as carícias e as

brutalidades entre médicos e pacientes. Foi por isso que, em 1887, muitos anos depois de haver saído de seu emprego na Salpêtrière, Paul Regnard publicou uma série de imagens, entre elas, algumas inéditas:

E o que vemos nelas? – O corpo, o corpo do próprio médico! Por exemplo, transpassando com uma agulha comprida o braço de uma moça dominada por ele, do alto da estatura negra de seu paletó. Ora, e o sorriso! O sorriso “entendido” da jovem histérica: o consentimento, o quase recolhimento na seriedade da situação, no saber da experimentação em seu corpo “anestesiado”, acrescido do protocolo da pose fotográfica. (Didi-Huberman, 2015, p. 252-253)

A análise de Didi-Huberman evidencia a complexidade da histeria ao articulá-la às dimensões da memória, da fantasia, do desejo e da representação do corpo feminino. Os ataques histéricos são compreendidos não apenas como manifestações sintomáticas, mas como encenações que expressam conflitos subjetivos, lembranças traumáticas e fantasias sexuais. Além disso, a discussão sobre os registros fotográficos da Salpêtrière demonstra como a produção do conhecimento médico esteve atravessada por práticas de controle e pela própria participação dos médicos na construção das cenas observadas. Dessa forma, a histeria coloca em questão os modos de representação do sofrimento psíquico, do corpo feminino e das relações de poder presentes entre os médicos e suas pacientes nas práticas clínicas do século XIX.

1.4 Os Discursos sobre a Feminilidade na Aurora da Psicanálise

Após essa problematização no âmbito da constituição da histeria como doença nervosa, iremos abordar, através da análise de algumas produções científicas e filosóficas da Europa do século XIX, como a feminilidade foi construída socialmente como um conjunto de características inatas atribuídas às mulheres, em uma época na qual quem produzia os discursos oficiais era basicamente o público masculino. É importante ressaltar que o recorte de classe descrito neste tópico é o da burguesia, que, à época, constituía-se de múltiplos agrupamentos. A seguir, serão apresentadas algumas definições da classe burguesa, as quais não necessariamente concordam entre si, mas ilustram a complexidade de sua definição.

Kehl (2016) teoriza que os sintomas de histeria em muitas mulheres desse

contexto histórico poderiam expressar as intensas contradições culturais que aquele período estava

sofrendo. Citando o autor Richard Sennet, ela descreve uma série de sintomas físicos – anemias, prisões de ventre, fobias, etc. – que poderiam ser resultado da tentativa das mulheres de controlar seus próprios impulsos. Esse autor definia a burguesia como a classe que incluía os governantes, administradores, financistas e grande parte da população, com a condição de que essa posição social fosse *conquistada*, e não herdada, como eram alguns postos pertencentes à classe média. Já Peter Gay (2005) observa que a classe burguesa não era unívoca; utilizando a terminologia “classe média”, observa que, no século XIX, Goethe e Hegel consideravam o termo como designação de uma classe respeitável e próspera, incluindo servidores públicos graduados e outros homens com ensino superior; em meados desse século, o termo também designava pequenos comerciantes e industriais. Já na década de 1870, em meio a crise financeira e com o fundamento do novo Reich, a classe média foi rebaixada ao “pequeno-burguês”, os funcionários desqualificados em empregos precarizados, tentando sobreviver às múltiplas falências. Gay (2005) aponta que, na última década do século XIX, o termo “classe média” veio a designar um segmento da sociedade com relações constantemente conflituosas. Já na Inglaterra, havia a preferência pelo termo “classes médias”, demonstrando um pluralismo em sua composição, e a distância das camadas inferiores e das classes médias prósperas em relação aos burgueses mais abastados começava a diminuir. “Os verdadeiramente ricos permaneciam inacessíveis, fontes de fantasias e invejas” (Gay, 2005, p. 28). Os profissionais liberais na área da medicina, do direito, da Igreja e da educação possuíam bastante prestígio e constituíam um grupo relativamente pequeno:

No século XIX, apenas 10 ou 12 por cento da população de cidades como Bochum ou Barmen podiam-se atribuir o status de burgueses; já em Paris, onde pelo menos dois terços da população eram paupérrimos segundo qualquer padrão, talvez 15 por cento [...] (Gay, 2005, p. 28)

Gay (2005) ressalta que o aspecto mais dramático da burguesia do século XIX era a acentuada desigualdade econômica, social e política dentro da própria classe. Essa desigualdade configurava uma realidade opressiva na cultura burguesa, tanto na Inglaterra como em outros países. Quanto aos seus modos de vida, também eram bastante variados: os que viviam nas cortes norteavam-se pelos gostos de tais casas; os da cidade e das capitais eram ativos na cultura e na política.

A pretensão à erudição era mais característica de maior número de burgueses do que quaisquer outros de seus hábitos culturais [...]. Os burgueses, homens e mulheres,

cantavam, desenhavam, frequentavam assiduamente concertos e apresentações literárias, recitavam e até mesmo escreviam poesias [...]. As ‘mocinhas casadoiras’

de classe média eram frequentemente muito talentosas, por vezes eméritas pianistas. (Gay, 2005, p. 31-32)

Nessa época, a burguesia já vivia de acordo com novas leis econômicas do mundo capitalista, abandonando aos poucos, portanto, a antiga ordem do mundo feudal, sem que ainda dominasse completamente e tivesse plena consciência da lógica dessas novas leis. Kehl (2016) pontua que pensar na consolidação do poder da burguesia não é somente pensar no período revolucionário, mas em todo o processo durante o qual essa classe, que já gozava de um poder econômico, lutou para criar uma cultura que correspondesse à sua nova ordem. Grande parte das tradições que faziam parte da cultura Vitoriana foram, portanto, recalçadas em favor de novos ideais de autonomia individual, e a ausência de um discurso unívoco e coerente sobre a nova ordem em formação fazia com que alguns ideais permanecessem inconscientemente. Nesse contexto histórico de tantas mudanças e de valores ainda mal estabelecidos, o lar burguês e a família nuclear serviam como refúgio emocional, tanto para homens quanto para as mulheres. Para garantir esse sentimento de estabilidade e acolhimento, era necessário que as mulheres exibissem qualidades como o recato, a docilidade, a receptividade passiva aos desejos e necessidades de seus homens e de seus filhos. Todos esses fatos precisam ser muito bem esclarecidos, pois, se atualmente temos uma concepção de feminilidade e do que uma mulher precisa ser para ser considerada verdadeiramente uma mulher, qualidades essas confundidas com atributos naturais e inatos, a rememoração histórica nos faz constatar que, na verdade, essas qualidades foram construídas socialmente e possuem uma história recente, que faz parte da construção dos sujeitos modernos, a partir do final do século XVIII.

As qualidades atribuídas à feminilidade foram transmitidas para as meninas de muitas formas, advindas de diversas esferas da sociedade, como a educação formal oferecida pelas escolas, a educação e as expectativas (conscientes ou não) transmitidas pelos pais e pela família extensa, pelo senso comum da população e seus meios de comunicação, e também pelas religiões, que tinham como finalidade adequar as mulheres ao casamento, garantindo, assim, a virilidade do homem burguês para o mundo do trabalho e para o papel social de protetor e provedor do lar. Além disso, a autora observa que tais ideais, mesmo sendo causas

de vários tipos de sofrimento, até mesmo pela impossibilidade de adequação total a eles, não eram transmitidos somente através da coerção e da violência. Muito pelo contrário, o casamento era algo intensamente desejado pelas mulheres, já que era o único modo possível de sair de sua família de origem e passar ao status da vida adulta. Kehl propõe que existia (e ainda existe) um

certo tipo de gozo com a feminilidade, pela posse quase completa dos filhos, o domínio do lar e das técnicas de seduzir os homens, os quais podiam dar às mulheres acesso indireto aos assuntos da vida pública, bem como uma vida sexual sancionada pelo código moral da época (Kehl, 2016).

A autora dá o exemplo do escritor Lynn Hunt, que, em *Revolução Francesa e vida privada*, afirmou que praticamente todos os círculos intelectuais da Europa do final do século XVIII propagavam a ideia de que as mulheres seriam feitas especialmente para o espaço privado, consideradas incapazes de ocupar os espaços públicos. Ela também cita a obra de Pierre Roussel, *Do sistema físico e moral da mulher* (1775), no qual o escritor descrevia as mulheres como opostas e complementares aos homens, com comportamento emocional determinado pelo útero, definindo o lar e a maternidade como seu único lugar social possível. Kehl (2016) ainda ressalta que essa obra se tornou referência para a fundamentação de todas as teorias produzidas nos anos seguintes sobre a “natureza” das mulheres. Autores importantes da filosofia, como Fichte, Kant e Hegel concordavam inteiramente com o que Kant considerava a “incapacidade civil” e a “dependência” natural das mulheres. Apesar de considerar as mulheres como “seres da razão”, que devem ser livres em suas escolhas, Kant postula que essa mesma razão irá destiná-las ao papel de reprodutoras da espécie e à submissão de seus interesses particulares aos da família. Já Hegel, em sua obra *Filosofia do Direito*, fundamentou a divisão rigorosa de papéis de gênero, onde argumenta que cabe aos homens administrarem as pulsões de morte (a luta, a inimizade e o ódio), e, às mulheres, as pulsões de vida (o amor e a harmonia da família).

O filósofo mais influente que se manifestou a favor da volta das mulheres ao estado que os homens consideravam “natural” foi Rousseau. Em sua obra *Do Contrato Social*, desenvolveu um ideal de casamento baseado no amor e na liberdade, tornando-se um grande propagandista das virtudes do amor materno. Em um dos capítulos da obra *Emílio* (1762), descreveu todos os atributos que uma esposa deveria ter para ser considerada adequada, os quais se baseavam na dedicação, doçura e submissão. Já para o personagem masculino, Emílio, as características desejadas eram a força, o caráter, o intelecto e o desenvolvimento dos talentos e conhecimentos. Além disso, para o filósofo, as mulheres

deveriam ser domesticadas a fim de que seus desejos ilimitados não destruíssem a ordem social e familiar. Partindo de ideais românticos de uma suposta harmonia entre o homem e a natureza, Rousseau considerava a educação necessária para aprimorar essa harmonia e a vida em sociedade, garantindo a continuidade da espécie. Para ele, era essencial que as mulheres fossem educadas para sentir pudor e vergonha, garantindo um maior equilíbrio na relação conjugal, preservando, assim, o

casamento e a monogamia. Mesmo apresentando esse discurso, as obras de Rousseau não parecem reservar às mulheres apenas um lugar passivo. O filósofo também sugere ser através dessa feminilidade que elas, embora sempre em um papel secundário, poderiam influenciar seus homens, já que governariam as potencialidades deles.

[...] os defensores da sujeição feminina no século XIX seguiram os argumentos de Rousseau e Kant, segundo os quais a mulher é um animal selvagem que é preciso domar com mão de ferro para que ela possa, pacificada, encarregar-se da paz doméstica. (Kehl, 2016, p. 58)

Kehl (2016) conclui que o texto de Rousseau descreve com clareza os fundamentos do modelo de feminilidade que dominou a Europa durante o século XIX. Tais ideais orientaram toda a produção de saberes sobre as mulheres, tanto científicas como pedagógicas, e o seu alcance foi tão grande e difundido que escutamos as ressonâncias desses discursos até os dias atuais.

Diante dessas constatações, cabe a indagação dos motivos pelos quais esses valores passaram a ser sistematicamente construídos e transmitidos para a população em geral. Kehl (2016) interpreta esses fatos históricos como advindos de uma reação contrária ao crescente distanciamento das mulheres dos ideais tradicionais de feminilidade que estava ocorrendo naquela época: no século XVII, teve início uma desordem social que se intensificou até o final do século XVIII, resultando na Revolução Francesa. A autora observa que a revolução deu às mulheres a noção de que não eram crianças, favorecendo o reconhecimento, em si mesmas, de uma personalidade civil que o Antigo Regime lhes negava, o que lhes permitiu exercerem seus direitos. Não apenas na França ocorreram essas transformações sociais, mas também em países como Inglaterra e Alemanha, nos quais as mulheres começaram a questionar a submissão ao casamento e à maternidade, passando a valorizar cada vez mais a vida intelectual e mundana. Os filhos, na maioria das vezes, eram considerados um obstáculo à saúde, à liberdade e à beleza das mães:

Elizabeth Badinter [...] revela que as crianças nascidas nas principais cidades europeias no século das Luzes tiveram as maiores taxas de abandono e mortalidade de que se tem notícia, o que aponta para um grave conflito entre as mulheres urbanas, naquele período, e as configurações familiares tradicionais. [...] até um ano de idade, no Antigo Regime, a taxa de mortalidade infantil ficou sempre acima dos 25%. [...] burguesas e aristocratas do século das Luzes consideravam os cuidados da casa, sobretudo a criação dos filhos, tarefas degradantes, e o poder de delegá-las à criadagem era signo de distinção. (Kehl, 2016, p. 61-62)

O quadro geral dos conflitos sociais e dos valores nos séculos XIX e XX se

configurava, portanto, mais ou menos da seguinte forma: os ideais da modernidade se chocavam com os valores tradicionais já estabelecidos; os ideais de autonomia se contrapunham aos de submissão feminina; e os de liberdade aos da vida doméstica e da vida predestinada ao casamento e à maternidade. Não só na esfera social circulavam esses conflitos, mas também passaram à intrapsíquica, podendo configurar divisões subjetivas, principalmente nas mulheres. Quanto aos homens, estes reagiram a tal movimento e, utilizando como argumento o dever de continuação da espécie, censuraram o desejo das mulheres de limitar o número de filhos e de ter uma vida social, profissional e intelectual ativa. O historiador Jules Michelet, por exemplo, escreveu na segunda metade do século XIX uma obra de reflexão sobre a mulher moderna, questionando os motivos pelos quais as pessoas não se casam mais e descrevendo com pesar a situação das mulheres moradoras das grandes cidades, que, segundo ele, estavam expostas ao egoísmo dos homens, que não mais desempenhavam o papel de proteção. O historiador, portanto, não considerava independentes ou emancipadas as mulheres das grandes cidades, mas desamparadas. Quanto a isso, a fragilidade das mulheres foi utilizada como um forte argumento contra a profissionalização, a exposição às ruas e à vida noturna, os esforços físicos e os excessos intelectuais e sexuais. Muitos cientistas da época atribuíam essas incapacidades a uma suposta “fraqueza natural”, sem notar que essa diferença radical de saúde se dava muito mais pelos hábitos de vida e pela diferença de educação recebida pelos gêneros. Por exemplo: as mulheres não eram estimuladas aos exercícios físicos, ou deveriam fazê-los com muito cuidado. Sua exposição ao sol e ao ar puro era escassa, pois viviam trancadas em casa. Os hábitos de higiene eram realizados com pouca frequência, pois havia muita vergonha e pudor perante seus próprios corpos: mesmo o banho era realizado apenas uma vez por mês e após o período menstrual. A negligência das mães era muito maior quando se tratava de filhas mulheres. Até mesmo o consumo de carne vermelha era racionado. E, entre as mulheres casadas, a frigidez era um estado mais ou menos comum.

Kehl (2016) pontua que, ao serem levadas a ocupar, na sociedade, o espaço

restrito da vida doméstica, as mulheres foram colocadas sob duas formas de alienação: a política e a subjetiva. Na França, por exemplo, demorou quase um século para as mulheres conquistarem direitos como o divórcio, reformas na legislação do casamento, educação integral, admissão em empregos remunerados e permissão legal para usufruírem de seus bens. Com relação à subjetividade, também em consequência dos poucos direitos civis, era comum a renúncia a uma fala própria, tornando-se a elas inacessíveis as atividades culturais durante quase todo o século XIX, de modo que permaneciam socialmente invisíveis. As poucas atividades sublimatórias disponíveis a elas se concentravam na leitura de romances e na participação em atividades

culturais dentro da esfera doméstica, estimuladas, muitas vezes, por homens da família, como o pai, tios, primos, etc. Mesmo assim, quando elas chegavam à vida adulta, esses mesmos homens, que antes estimulavam seu intelecto, cobravam-lhes a supressão dessas atividades para se dedicarem ao casamento e à maternidade. A partir disso, observamos que outra ideia estava emergindo: a de que a mulher deveria ser uma companheira do homem e caminhar com ele lado a lado, ideia essa muito mais adequada às famílias burguesas em ascensão. A autora cita o historiador Peter Gay, segundo o qual os homens passaram a apreciar e até a exigir das mulheres atributos que, à época, eram considerados masculinos, como a inteligência, a competência e a capacidade de iniciativa.

2.4 Considerações Finais

Este capítulo serviu para trazer uma caracterização histórica geral e panorâmica das relações entre histeria e feminilidade, com o intuito de trazer uma primeira problematização da constituição da histeria. Pudemos indicar, a partir dos comentários e proposições de Didi-Huberman, como a construção iconográfica e imaginária da histeria em torno das demonstrações e ilustrações sobre a expressão passional dos ataques histéricos não só marcou profundamente o ideário moderno sobre a histeria, como também nos ajuda a compreender as relações mais profundas de constituição dela como uma forma de doença mental. As considerações sobre a dimensão intersubjetiva e relacional na configuração das figurações sobre a histeria no imaginário popular e científico permitem endossar mais claramente que a histeria moderna também é uma “invenção” com efeito de realidade, no

sentido de expressão de uma causalidade complexa de configurações sociais e culturais, produzindo efeitos subjetivos e psicossomáticos reais e tangíveis, que subsistem no campo social compartilhado. Isso nos ajuda a pensar a histeria a partir de uma compreensão psicossocial sobre as formas de constituição da subjetividade, mais próxima de uma visada contemporânea sobre o tema. Porém, mais do que isso, o capítulo nos permitiu vislumbrar as complexas e intrincadas relações entre histeria e feminilidade, demonstrando que a invenção da histeria como doença não a livrou de suas marcas e enraizamentos sócio-culturais, em que uma visão ocidental, patriarcal, judaico-cristã e burguesa subsiste, determinando uma visada fundamentalmente masculina sobre o fenômeno. Esse contexto conservador, da histeria como um mal-do-século que no fundo remete ao enigma do desejo feminino em sua resistência a ser subjugado pelo masculino é o pano de fundo para as contribuições freudianas, como iremos desenvolver no capítulo seguinte.

2 A HISTERIA E A CONCEPÇÃO DO FEMININO EM FREUD

2.1 Introdução

Este capítulo visa apresentar a concepção de histeria e de feminino na obra de Sigmund Freud, com o objetivo de problematizar sua compreensão da sexualidade feminina e da feminilidade em geral, o que implica sua visão geral sobre as mulheres e, principalmente suas contribuições teóricas para a Psicanálise. O intuito é colocar em perspectiva o legado freudiano para a teoria psicanalítica, abordando desde a contextualização histórico-biográfica geral até as etapas de sua teorização. Indicamos na introdução as principais balizas de organização da abordagem freudiana sobre o tema e iremos privilegiar os dois momentos mais característicos e que configuram uma certa passagem, que, por si só, já parece bastante significativa: um início em que a histeria é o meio pelo qual o feminino é abordado na teoria, para um final em que é no contexto de uma teoria personalidade estruturada em torno da problemática edípica que se compreende a sexualidade feminina. Abordaremos nesse percurso a oscilação entre uma perspectiva mais conservadora sobre o tema, que reflete o contexto de sua época que caracterizamos no capítulo anterior, mas que também avança em uma série de críticas, que ora incidem sobre as práticas sexuais e seu controle moral, ora sobre a própria compreensão da identidade e da personalidade feminina. Como se sabe, as principais indicações freudianas sobre a temática

tendem a recair nas aporias do conservadorismo patriarcal e machista, ilustrada de forma paradigmática na construção de uma “inveja do pênis” e do alinhamento a uma tendência normatizadora para o papel de esposa submissa, mãe e dona de casa. Contudo, essa perspectiva mais estereotipada da leitura freudiana encontra várias possibilidades de torção e crítica. Nos apoiaremos para tanto nas discussões de Janine Chasseguet-Smirgel (2015) sobre a sexualidade feminina em sua compreensão freudiana, que indicará uma posição mais crítica sobre a temática.

2.2 Contextualização Histórico-Biográfica

Por volta do ano de 1877, Freud conhece Breuer e passa a assistir às suas aulas sobre doenças renais. Foi ele quem incentivou Freud a se interessar pela técnica da hipnose e,

em 1880, Breuer assumiu o tratamento da paciente Bertha Pappenheim – o famoso caso “Anna O” –, uma mulher de 21 anos de idade, de família judia ortodoxa, que apresentava vários

sintomas de histeria. Quatro anos depois, Freud atendeu sua primeira paciente que apresentava os mesmos sintomas. A escola francesa parecia muito mais evoluída do que a austríaca no tratamento das neuroses, o que fez Freud postular uma bolsa para assistir a um curso “daquele que era considerado, por todo o mundo ocidental, o maior especialista em histeria: Jean-Martin Charcot” (Roudinesco, 2016, p. 57). Breuer foi importante ao apontar a determinação psíquica nas causas da histeria, entretanto, por ser um clínico muito rigoroso e preocupado com a verificação experimental de suas teorias, duvidava de suas próprias conclusões, aconselhando maior prudência a Freud. “Breuer gostava de Freud e Freud gostava de Breuer. Freud, contudo, sob a influência do afeto que sentia por Charcot, não sabia ser prudente” (Roudinesco, 2016, p. 67).

Roudinesco salienta que o encontro de Freud com Charcot foi decisivo, pois, além de este ser um cientista mundialmente reconhecido, que ultrapassava o âmbito universitário, era considerado um “visionário”, encaixando-se bem nos sonhos de Freud: “não resta dúvida de que Charcot era mais que um professor para Freud, tendo contribuído para a conquista de um novo continente: o da sexualidade” (2016, p. 66).

Em 1883, Freud assistiu às aulas do psiquiatra Meynert, e este também, assim como Charcot, impressionou-o muito. Durante esse tempo, teve a oportunidade única de

observar os diversos tratamentos corporais que os médicos aplicavam nos doentes mentais e, ao trocar suas pesquisas em fisiologia pela prática da medicina, passou a levar em conta a relação terapêutica:

Eis por que decidiu investir antes na neurologia, para depois concentrar-se no estudo das doenças dos nervos, aquelas famosas neuroses tão amiúde observadas no âmbito da sociedade ocidental e que acarretava distúrbios de personalidade: angústia, histeria, obsessão, neurastenia. Ele mesmo era um produto dela. (Roudinesco, 2016, p. 55)

Freud se muda para Paris em 1885, ao ser nomeado professor-assistente em neuropatologia, iniciando, assim, seus estudos com Charcot, com quem realizou um estudo comparativo entre as paralisias histéricas e as orgânicas. Foi de Freud a hipótese de que as paralisias histéricas apareciam em partes do corpo correspondentes às representações vinculadas à linguagem popular sobre essas partes, iniciando, assim, uma concepção diferente de corpo, que não se restringia apenas ao orgânico (Alonso; Fuks, 2005).

Por volta de 1886, Freud começou a desenvolver seu próprio ponto de vista sobre a histeria, fato que ficou explícito no texto “um Caso Grave de Hemianestesia em um Homem

Histérico”, comprometendo-se a apresentar um caso de histeria masculina após ser desafiado por Meynert. Ele começou a apontar, aos poucos, fatores psicológicos na gênese dos sintomas

(Bocca, 2011). Em outubro de 1886, foi convidado a dar uma conferência na Sociedade Imperial dos Médicos de Viena, sendo porta-voz das teorias de Charcot sobre a histeria masculina e a hipnose. Ele atribuiu a Charcot o mérito de ter sido o primeiro cientista a descobrir que a histeria não era uma simulação, nem uma doença uterina; esse fato, porém, já era conhecido em Viena. Roudinesco (2016) ressalta que, em 1864, Moriz Benedikt já sustentava que a histeria era uma doença sem causa uterina, afirmando sua existência também em homens. Freud foi seriamente criticado por Bamberger, Rosenthal e Meynert, este último bastante hostil à hipnose. Freud então atribuiu as críticas ao fato de suas “geniais inovações de cientista solitário” (Roudinesco, 2016, p. 67) e, seu insucesso, ao fato de que um dos participantes negava a existência da histeria masculina.

No outono de 1887, Freud começa a se voltar mais para a hipnose como tratamento, o qual já era uma prática bastante controversa entre os médicos da escola de Paris e de Nancy: “face às sumidades médicas que o haviam criticado por seu uso da cocaína e seu

elogio a Charcot, tencionava desempenhar plenamente esse papel de rebelde transgressivo que tão bem lhe caía” (Roudinesco, 2016, p. 68).

Foi somente em 1888 que, no verbete “Histeria”, Freud combateu mais fortemente a hipótese de sua etiologia orgânica. No verbete, reconheceu a articulação entre o orgânico e o psicológico, trilhando seus primeiros passos no enfoque da histeria enquanto uma articulação entre corpo e mente (Bocca, 2011). Ele não pôde mais seguir o modelo teórico da lesão dinâmica de Charcot: “Freud pede clemência: ‘Para isto, apenas solicito permissão para passar ao terreno da psicologia’, escreveu, quase como um prisioneiro que pedisse ao diretor um visto para fora do país” (Didi-Huberman, 2015, p. 183).

Didi-Huberman (2015) aponta que, antes de se decidir pela fuga permanente, Freud pegou exemplos dos mitos e da antropologia, usando os termos “associação” subconsciente e “valor afetivo” dos órgãos.

Freud encontrou duas grandes correntes da medicina, que se confrontavam em um debate: de um lado, a escola de Salpêtrière, que colocava a pesquisa teórica como central, oriunda da neurologia; de outro, a escola de Nancy, de tradição mais prática e terapêutica, que tinha como centro de suas preocupações a população carente e excluída. “Freud, teórico e terapeuta ao mesmo tempo, admirava Charcot, mas também retirou os ensinamentos importantes da escola de Bernheim” (Alonso; Fuks, 2005, p. 47). Apesar das divergências teóricas, as duas escolas utilizavam a hipnose como método de investigação e tratamento da histeria (Alonso; Fuks, 2005).

Ao retornar de Paris, Freud se instala em Viena como médico de enfermidades nervosas. Nessa fase, suas técnicas terapêuticas incluíam a eletroterapia, a hipnose e a sugestão. Ao viajar a Nancy, para assistir ao tratamento coletivo de uma grande quantidade de pacientes, percebe que os efeitos da sugestibilidade nas instituições hospitalares são muito maiores do

que os da prática individualizada e em contexto privado. Ele descobre, então, a possibilidade da hipnose como instrumento eficaz de investigação da origem dos sintomas de cada paciente (Alonso; Fuks, 2005). Foi através da hipnose, portanto, que Freud passou a concluir que os sintomas são frutos de situações traumáticas pelas quais os pacientes passaram, publicando esses achados na “Comunicação Preliminar”, de 1893, posteriormente incluída no livro *Estudos sobre a histeria*, de 1895, em parceria com Breuer. Apesar de Freud notar a clivagem da consciência e a formação de grupos de representações psíquicas separadas da consciência na histeria, ele passa a divergir de Breuer quando este aponta os estados hipnoides como a causa fundamental da doença. Freud passa, então, a reduzir os estados hipnoides à causa de

apenas um tipo de histeria – a histeria hipnoide – e a diferenciá-la da histeria de retenção e da histeria de defesa (Alonso; Fuks, 2005). Além disso, associa essas duas últimas à histeria traumática, encontrando o fator comum entre elas, o trauma psíquico, derivado da impossibilidade de reação frente a um acontecimento traumático. Freud nomeia “histeria de defesa” àquela que resulta de uma defesa promovida por um conflito: “Freud acaba deixando de lado, posteriormente, o papel dos estados hipnoides e de retenção para a causa da histeria, explicando todos os casos pelo fator da defesa” (Alonso; Fuks, 2005, p 54).

Em 1887, Freud conheceu Wilhelm Fliess, médico de Berlim adepto de uma teoria mística e organicista da sexualidade: “era de certa forma um duplo de Freud, seu ‘demônio’, seu ‘alter’ que lhe suscitava os maiores arroubos intelectuais” (Roudinesco, 2016, p. 79). Freud tentava relacionar o modelo neurofisiológico com o funcionamento psíquico, desistindo desse projeto mais tarde para construir uma teoria unicamente psíquica do inconsciente. Assim, passou a considerar que os sintomas neuróticos, principalmente os da neurose histérica, tinham origem em traumas sexuais sofridos na infância.

Em 1889, Freud fez uma visita a Bernheim, acompanhado de sua paciente Anna Von Lieben, da aristocracia judaica de Viena. Percebeu, então, que a técnica da sugestão só funcionava em algumas circunstâncias específicas, preferindo, assim, utilizar o método da catarse, o que o conduziu a levar em conta o elemento erótico presente nos tratamentos, ou seja, a transferência. Da técnica da hipnose, Freud só conservou a posição deitada em um divã

(Roudinesco, 2016).

Entre 1892 e 1895, a jovem e bela Emma Eckstein, originária da burguesia judaica progressista, engajada no movimento feminista austríaco, que sofrera uma operação médica na

infância para que parasse de se masturbar, foi a principal vítima dos intercâmbios clínicos e divagações teóricas de Fliess e Freud. Ela foi convencida por eles a uma operação no nariz para extirpar seus sintomas gástricos e de cólicas menstruais. Semanas após a cirurgia, Freud chamou outro médico para lidar com as complicações dolorosas, e este verificou que Fliess havia cometido um grave erro médico, que fez com que uma parte do nariz necrosasse para o resto de sua vida. Apesar de tudo, Emma retomou o tratamento com Freud e este interpretou sua fobia de entrar em lojas como uma cena de abuso sexual por um lojista, quando ela tinha 8 anos de idade. Ela viria a se tornar a primeira psicanalista da história do freudismo (Roudinesco, 2016).

Freud não questionava Fliess, mas ia se afastando cada vez mais de suas hipóteses científicas. A ruptura total ocorreu em 1900 e, segundo Roudinesco (2016), foi extremamente violenta, com Fliess acusando Freud de hostilidade e este acusando o ex-amigo de nunca ter reconhecido suas descobertas. Além disso, Fliess acusou Freud de plágio por se referir à teoria da constituição bissexual dos seres humanos, embora essa teoria estivesse presente em todos os trabalhos científicos da época. Por fim, Freud destruiu todas as cartas de Fliess, opondo-se intensamente à sua publicação quando Marie Bonaparte as comprou: “Freud foi o triunfante beneficiário dessa amizade de quinze anos, que, para Fliess, consumou-se como um desastre, e, para a psicanálise, como um triunfo” (Roudinesco, 2016, p. 76).

Roudinesco (2016) chama a atenção para o longo caminho percorrido por Freud durante sua amizade com Fliess, que começou com sua dissociação da neurologia como profissão, sua separação de Josef Breuer, a invenção da técnica e da teoria psicanalíticas, seu abandono da teoria da sedução e a consequente descoberta do Complexo de Édipo, que abriu caminho para a gestação do grande livro que faria dele um dos pensadores mais importantes do século XX: *A interpretação dos sonhos*.

Freud costumava construir debates psicanalíticos à medida que edificava sua teoria. O tópico da feminilidade não é exceção nesse traço combativo e dialético de sua escrita. O desafio às teorias freudianas, que deu origem ao que ficou conhecido como primeiro debate psicanalítico sobre a feminilidade, veio das alunas de Karl Abraham: Karen Horney e Melanie Klein. As duas encontraram em Ernest Jones um porta-voz, cujos artigos sobre a sexualidade feminina de 1927, 1932 e 1935 resumiam uma visão discordante da de Freud. Ao lado de Freud,

havia as vienenses: Helene Deutsch, Jeanne Lampl de Groot e Ruth Mack Brunswick. Cada uma das participantes se apresentava como alguém tentando afinar a teoria geral da sexualidade. Kehl (2015) conjectura que a recusa de suas pacientes históricas – a aceitar a feminilidade nos moldes do século XIX como processo de subjetivação – deve ter criado uma crise em Freud, pois também ele era um admirador e devoto de tais ideais, que muitas vezes considerava naturais. Apesar de ele ter observado e teorizado todo o mecanismo pelo qual os papéis sexuais e de gênero se formam através das relações sociais com os primeiros objetos de amor da criança, geralmente o pai e a mãe, fenômeno que denominou Complexo de Édipo, Kehl (2016) alerta para o fato de que ele não reformulou fundamentalmente seus

ideais do que deveria ser uma mulher, pois, para ele, a condição feminina significava a derrota de outras pretensões, consideradas masculinas. A autora infere a existência do mecanismo de negação por parte dele, que, já no final da vida, insistia em não saber o que quer uma mulher. Citando Marie-Christine Hamon, chama a atenção para a insistência com que Freud se mantinha ignorante a respeito de alguma verdade última, sempre obscura, sobre as mulheres, a para a sua pouca disposição a tirar as consequências de suas descobertas. A manutenção sobre um ponto enigmático do desejo feminino, a representação da mulher como o continente negro (no sentido de desconhecido) da psicanálise seriam, segundo a autora, recursos que Freud utilizou para manter-se ignorante a respeito do que ele mesmo não queria saber: que a diferença entre homens e mulheres era mínima.

Freud foi um observador perspicaz da passagem do modelo antigo de família burguesa – o dos casamentos arranjados – para o do casamento por amor, pelas escolhas individuais dos parceiros amorosos: “A ordem familiar na qual Freud imergira em sua infância e durante sua adolescência repousava sobre três fundamentos: a autoridade do marido, a subordinação das mulheres, a dependência dos filhos” (Roudinesco, 2016, p. 33).

Não se pode afirmar que as opiniões pessoais de Freud e suas teorias fossem compatíveis, já que sua vida pessoal frequentemente se contradizia com sua atuação profissional, seja como psicanalista, seja como teórico. Suas ambiguidades não se restringiam às diversas áreas de sua vida, mas também se manifestavam no tema que mais abordou: a sexualidade. Embora suas teorias representassem um avanço no contexto histórico em que foram construídas, Freud, em sua vida pessoal, aceitava com frequência opiniões preconceituosas, tanto sobre a sexualidade quanto sobre as mulheres – opiniões essas que ele mesmo observava, em seu consultório, como danosas às suas pacientes (Roudinesco, 2016). Como aponta Mezan, “[...] em 1883, Freud ainda não é Freud, mas um simples interno do

hospital geral de Viena; no entanto, se suas concepções científicas serão ousadas, no plano da moralidade e das opiniões pessoais ele permanecerá um filho do século XIX” (2005, p. 84).

Até o final do século XVIII, três grandes códigos regiam as práticas sexuais: o direito canônico, a pastoral cristã e a lei civil. Eles fixavam uma linha divisória entre o lícito e o ilícito. Todos estavam centrados nas relações matrimoniais: o dever conjugal, a capacidade

de desempenhá-lo, a forma pela qual era cumprido, as exigências e violências que o

acompanhavam, as carícias inúteis, sua fecundidade, os momentos em que era solicitado, sua frequência ou raridade. As relações sexuais matrimoniais eram sobrecarregadas de regras e recomendações (Foucault, 1988). Romper com as leis do casamento ou procurar prazeres diferentes mereciam condenação. Na lista dos pecados graves, figuravam o estupro, o adultério,

o rapto, o incesto, a sodomia. Os tribunais podiam condenar a homossexualidade, a infidelidade, o casamento sem consentimento dos pais. “As proibições relativas ao sexo eram, fundamentalmente, de natureza jurídica” (Foucault, 1988, p. 39).

As mulheres das classes burguesas eram frequentemente submetidas a longos noivados, que impunham, como regra, a abstinência sexual. Além disso, seus casamentos, muitas vezes arranjados com homens consideravelmente mais velhos – geralmente com primos ou outros parentes –, resultavam, em grande parte dos casos, em viuvez precoce. Esse contexto levava muitas delas a desenvolverem neurose histérica, o que as conduzia aos consultórios de médicos neurologistas. Quanto à vida profissional, essas mulheres eram impedidas de acessar

o ensino superior e, conseqüentemente, de seguir qualquer profissão fora do ambiente doméstico. Na vida pública e nas esferas familiares burguesas, a vida sexual era reprimida, tanto para os homens quanto para as mulheres; um bom exemplo que ilustra a situação foi o fato de

o livro *Emma Bovary*, hoje considerado realista, ter sido proibido e causado escândalo na França (Mezan, 2005).

Em contraposição a esse retrato social das mulheres da época, Domingues (2008) observa que nem todas eram reprimidas e submissas. A autora cita os relatos de Peter Gay (1984; 1986), nos quais aparecem mulheres sexualmente ativas, muito distantes das figuras de mãe e esposa apenas. Em sua obra *A educação dos sentidos*, Gay (1984) estuda os comportamentos e a vida sexual dos casais do século XX, colocando em questão o imaginário de que as mulheres da burguesia vienense seriam extremamente reprimidas sexualmente. O autor relata as formas de subversão que essas mulheres encontravam para contornar a educação que recebiam: “[...] nem conservadorismo, nem libertinagem, o conflito e a ambigüidade parecem ser as principais características do período, no qual a psicanálise teve seu berço”

(Domingues, 2008, p. 20). O fato de haver indivíduos que subvertem a norma não significa, no entanto, que a norma seja inexistente. Apesar de haver pessoas e lugares em que a

sexualidade podia se liberar (como as casas de prostituição, por exemplo), isso só revela que havia, sim, uma norma predominante de repressão.

A condição de simultânea repressão e liberação é propícia ao surgimento dos sintomas histéricos, que simbolicamente representavam o desejo e, ao mesmo tempo, sua

proibição. Essa condição também se expressava na estética e nas roupas utilizadas pela burguesia da época, que, com a justificativa de tentar esconder as formas dos corpos das mulheres, acabavam produzindo o efeito contrário: os seios ficavam avolumados, as cinturas afinadas, e os quadris e os glúteos, enfatizados. No caso dos homens, o padrão de beleza era marcado por símbolos de virilidade, como as famosas barbas e bigodes volumosos: “[...] cabendo ao homem comportar-se como caçador, e, à mulher, como presa” (Mezan, 2005, p. 80).

Freud teve várias oportunidades de observar os efeitos devastadores da moral vitoriana na saúde de suas pacientes que sofriam de histeria, e procurava relacioná-los aos diferentes tipos de neurose com os quais se deparava na clínica. Ele ousou escrever sobre a sexualidade feminina em uma época em que a sociedade e a ciência pareciam temer o desejo feminino, visto como potencial destruidor das bases da sociedade e, por esse motivo, descrito na ciência como se tivesse apenas fins reprodutivos. Freud, ao não rejeitar a existência do desejo sexual feminino e não o temer a ponto de reprimi-lo, quis apreender sua significação, explorá-lo e verbalizá-lo (Roudinesco, 2016). No entanto, embora reconhecesse o sofrimento psíquico causado pela repressão sexual em sua época e teorizasse sobre ele, também considerava a liberdade pulsional como fonte de destruição: “[...] essa dialética sempre recorrente entre a afirmação do valor criador da erotização e a necessidade de colocá-la sob controle será uma constante em sua vida e obra” (Roudinesco, 2016, p. 34).

Existiam lugares próprios para o estímulo da sexualidade – principalmente a dos homens: as casas de prostituição, onde eram permitidas tanto a iniciação sexual quanto as relações extraconjugais. Para as mulheres, a única saída possível para o exercício da sexualidade, com o consentimento familiar e da sociedade, era o casamento, o que, no entanto, não ocorria precocemente, devido ao fato de as famílias não o permitirem.

Com relação à ciência produzida na época, o tema da repressão da sexualidade também era presente. Embora houvesse obras sobre o assunto, elas geralmente tratavam das sexualidades marginalizadas, consideradas patológicas e/ou perversas – como as obras de

Havellock Ellis e *Psychopathia sexualis*, do psiquiatra Krafft-Ebing –, além de descreverem doenças sexualmente transmissíveis e os efeitos prejudiciais do sexo (Mezan, 2005). A sexualidade, antes de Freud, era abordada em seu aspecto puramente orgânico e, como observa Mezan (2005), o que escandalizou os cientistas da época foi sua demonstração de que a sexualidade humana envolve também um componente afetivo e psicológico. Com a obra *Três ensaios sobre a sexualidade*, de 1905, Freud também questionou as barreiras colocadas pela medicina entre a sexualidade normal e a patológica, observando a presença de elementos

considerados patológicos na sexualidade infantil de todos os seres humanos.

2.3 Percurso Teórico: da Histeria para a Sexualidade Feminina

Francisco Bocca (2011) aponta que Freud começou o verbete “Histeria”, de 1888, superando a associação histórica entre a histeria e o órgão sexual feminino. Nesse verbete, escrito para a enciclopédia de Villaret, Freud descreveu a histeria como decorrente de uma distribuição anormal da excitação no sistema nervoso, que deveria ser escoada através de associações de ideias conscientes e inconscientes. Em 1894, Freud reconheceu que o sintoma histérico se originava de uma primeira lembrança compulsiva, que, por meio do mecanismo de deslocamento, era associada a uma lembrança anterior, oculta, mais compatível com o efeito traumático. Essa lembrança só seria acessível por intermédio das vias associativas realizadas em análise. A primeira teoria de Freud sobre a etiologia da histeria ficou conhecida como *Teoria da Sedução*. Essa teoria, no entanto, foi abandonada quando Freud, a partir de suas observações sobre as fantasias psíquicas de cunho sexual, descobriu a existência do *Complexo de Édipo* na infância.

Segundo Azevedo e Amaral (2021), a teoria da sedução (ou neurótica), foi apresentada por Freud em três textos, publicados em 1896: “A hereditariedade e a teoria das neuroses”, “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” e “A etiologia da histeria”. O primeiro apontamento de tal teoria era que a histeria seria causada por um trauma real, que foi esquecido, no qual o sujeito não teve possibilidade de reagir. Freud posteriormente considerou que os conteúdos mais frequentemente esquecidos (recalcados) eram os de natureza sexual. Mas, como na época não existia o conceito de sexualidade infantil, chegou-se à conclusão de que a histeria era causada por um evento real de sedução, cometido por um adulto ou por uma criança mais velha, vivido de forma passiva pela criança.

A histeria, no caso, não seria causada necessariamente pelo evento real de sedução, mas pela lembrança desse evento,

quando o sujeito começava a entrar na puberdade, momento em que a experiência sexual infantil ganhava significado em sua vida psíquica. Devido à intensidade da excitação sexual nessa fase da puberdade, a qual poderia desorganizar o psiquismo, este necessitava do recalque para se defender.

Até o final de 1897, no entanto, Freud foi abandonando a teoria da sedução como etiologia da histeria e, pela primeira vez, introduziu em sua teoria a noção de *fantasia*. Inicialmente, essas fantasias estavam apoiadas em eventos, tais como as histórias que as crianças ouvem na infância, relatos de acontecimentos na história dos pais e outros antepassados, ou ainda imagens que foram visualizadas pelo próprio sujeito. A função da fantasia, nesse momento, para Freud, era a de encobrir a lembrança verdadeira do trauma.

Em 31 de maio de 1897, a teoria do Complexo de Édipo começou a aparecer de forma implícita em uma carta de Freud a Fliess, na qual ele comentava sobre os impulsos hostis das meninas contra a mãe e, dos meninos, contra o pai. Em 7 de julho de 1897, Freud passou a assumir em sua teoria a existência dos impulsos sexuais que moldavam as fantasias infantis, os quais não se baseavam exclusivamente na realidade dos fatos. Em 21 de setembro de 1897, Freud abandonou oficialmente sua teoria da sedução, em razão de três motivos principais: o fato de que todos os pais relatados por suas pacientes teriam que ser perversos; a dificuldade em diferenciar fantasia e realidade no discurso de suas pacientes; e o fato de que as lembranças de abuso sexual nunca surgiam nas psicoses. Roudinesco (2016) observa que, ao renunciar à teoria de que a família burguesa se fundava na aliança entre um pai perverso e uma criança vítima de abuso sexual, Freud deslocava a questão da origem sexual das neuroses para a interpretação dos discursos, levando em conta que as cenas de sedução por um adulto descritas por suas pacientes podiam derivar de um tipo de subjetividade ou de uma representação imaginária. Além disso, observava que, mesmo diante de uma sedução concreta, esse fato não necessariamente seria fonte de produção de uma neurose. “Ao abandonar sua neurótica e definir as condições originais de uma terapêutica da confissão, Freud explorava uma maneira inédita de pensar a sexualidade humana” (Roudinesco, 2016, p. 96).

Em outubro de 1897, o Complexo de Édipo aparece – não como um conceito, mas como uma breve menção em uma carta a Fliess, na qual Freud, em processo de autoanálise, reconhece, durante sua infância, seus sentimentos amorosos em relação à mãe e

seu ciúme em relação ao pai. A partir desse reconhecimento, Freud universaliza o fenômeno, afirmando que ele acontece na infância de todo ser humano (Azevedo; Amaral, 2021).

Em um manuscrito direcionado a Fliess, Freud (1895) vincula a neurose à condição sexual das mulheres da burguesia, como exemplificado no “manuscrito G”, seção V. Nessa parte, ele indaga o motivo pelo qual as anestésias são tão frequentes entre as mulheres, colocando a passividade e a falta de escolhas na sociedade como causas dessa condição. Freud observa que, na educação reservada às mulheres, as reações corporais são desencorajadas, enquanto que as psicológicas são estimuladas.

Na seção II, ao discorrer sobre as possíveis etiologias das neuroses, chega a considerar a predisposição filogenética um dos principais fatores de causa da histeria de angústia. Teoricamente, portanto, essa predisposição não privilegiaria nenhum dos gêneros. Mas, na continuação de suas ideias, formula a hipótese de que a histeria de conversão encontrava maiores condições de ocorrência nas mulheres, devido ao dever que elas começaram a ter na limitação da vida sexual, para melhor controlar as taxas de natalidade. A proibição da vida sexual daria condições para o levantamento da barreira do recalque em seu psiquismo, ocorrendo-lhes a divisão do pré-consciente e do inconsciente antes do que ocorrera nos homens: “A limitação tinha de afetar mais duramente as mulheres do que os homens, estes menos preocupados com a consequência da relação sexual. Essa situação toda corresponde evidentemente às condições de histeria de conversão” (Freud, 1895, p. 76). Ao final de seu texto, Freud analisa que todos os seres humanos possuem uma constituição bissexual: “[...] é assim que a mulher pode herdar as disposições adquiridas pelo homem, assumi-las e mostrá-las nela mesma” (Freud, 1895, p. 82).

Roudinesco (2016) aponta que na obra *Estudos sobre a histeria*, de 1895, assistimos ao abandono da clínica do olhar, criada por Charcot, para a adoção de uma clínica da relação transferencial, em que a verdadeira novidade residia no fato de que Freud e Breuer iam na contramão das descrições frias e excessivamente tecnicistas do restante da medicina da época. Nos casos clínicos relatados nessa obra, fica claro que as mulheres em questão tinham acesso a uma vida privada, a um senso de intimidade, ao contrário das mulheres das classes trabalhadoras tratadas por Charcot. Foram elas que estiveram na origem da criação da psicanálise.

Freud e Breuer (1895) realizaram um recorte de classe ao se referir à ocorrência da histeria nas mulheres, observando as diferentes reações de cada grupo frente à sexualidade. Ainda assim, parecem atribuir a repressão sexual a uma certa natureza delas, como algo de ordem constitucional:

As meninas em amadurecimento [...] comportam-se de maneira bastante diversa em relação às ideias e sensações sexuais que as invadem. Algumas garotas as veem com total desembaraço, sendo que umas poucas ignoram todo esse campo [...]. Outras as aceitam como os garotos; é certamente a regra entre as meninas camponesas e

operárias. [...] E, por fim, há as naturezas delicadas, de grande excitabilidade sexual, mas também de grande pureza moral [...]. Estas reprimem a sexualidade de sua consciência, e as ideias afetivas com esse teor, que causaram fenômenos somáticos [...] (Breuer; Freud, 1895, p. 244)

No início, Freud e Breuer (1895) teorizavam que os trabalhos manuais femininos, tão frequentes à época, ofereciam uma situação psíquica propícia para o desenvolvimento dos estados hipnoides – devaneios ou “sonhos diurnos” –, um bom terreno para a incidência da histeria. No primeiro caso clínico apresentado, o de Anna O., eles escrevem:

Encontramos, na jovem ainda inteiramente sã, duas particularidades psíquicas que predis põem ao adoecimento histérico: 1. O excesso de atividade e energia psíquica que, inutilizado na vida familiar monótona e sem trabalho intelectual apropriado, se descarrega em contínuo trabalhar da fantasia e produz... 2. ... o habitual sonhar acordada (“teatro particular”), com o qual é criada a base para a dissociação da personalidade mental. (Breuer; Freud, 1895, p. 68)

Embora Freud e Breuer (1895) observem que uma dissociação leve não seja, necessariamente, patológica, nesse caso, segundo eles, essa foi a condição para que se instalasse o afeto intenso da angústia e, assim, posteriormente, também outros sintomas:

É curioso como, nessa primeira manifestação da doença incipiente, já aparecem perfeitamente os traços principais que depois permanecem constantes por quase dois anos: [...] as inibições da linguagem, condicionadas pelo afeto de angústia, com a descarga fortuita através de um verso infantil em inglês; por fim, a paralisia acidental por compressão no braço direito, que mais tarde evoluiu para paresia com contratura e anestesia do lado direito. (Breuer; Freud, 1895, p. 68-69)

Charcot já teorizava que o estado hipnoide era a condição para o aparecimento da histeria traumática (Breuer; Freud, 1895), mas Freud começa a divergir de Breuer neste ponto. Para Breuer, a etiologia da histeria se encontrava mais nas condições genéticas e nos estados hipnoides, privilegiando a causalidade fisiológica e se negando a se fechar exclusivamente na hipótese da etiologia sexual. Freud, por sua vez, sustentava que a dissociação mental encontrada no sintoma histérico era provocada por uma defesa psíquica e por lembranças ligadas a um trauma sexual infantil (Roudinesco, 2016). Eles descrevem a jovem Anna O. como alguém

De notável inteligência, intuição aguda e surpreendente capacidade de apreender coisas; um intelecto vigoroso que teria assimilado sólido alimento espiritual e dele necessitava, mas não o recebeu após deixar a escola. Rico talento poético e dom da fantasia, controlados por um entendimento muito penetrante e crítico. [...]. Essa garota de vitalidade intelectual transbordante levava, no seio da família de tendência puritana, uma vida extremamente monótona, que ela embelezava de um modo provavelmente decisivo para sua doença. (Breuer; Freud, 1985, p. 40-41)

Duarte (2017) aponta que Freud consegue reconhecer o amor de Anna O. por seu pai e o quanto foi traumático para ela o seu falecimento, apesar de ainda não ter desenvolvido, à época, sua teoria sobre o Complexo de Édipo. Freud revela que Breuer confidenciou o abandono do tratamento de Anna O. após esta dizer que estava grávida dele, chegando a sentir cólicas abdominais reais. Por ainda não existir a formulação do conceito de transferência – nem mesmo a do tipo *erótico* –, Breuer levou esse fato para sua vida pessoal e apenas algum tempo depois Freud interpretará o episódio como fenômeno de transferência dirigida ao psicanalista. Há, no entanto, controvérsias sobre esse acontecimento, se ele haveria derivado somente de tal fenômeno, pois, segundo alguns biógrafos, a relação entre Anna O. e Breuer foi real (Duarte, 2017). Através de uma espécie de sublimação, Anna O. conseguiu converter os sintomas de histeria em atividade humanitária, a ponto de tornar-se, rapidamente, uma referência do feminismo judeu alemão (Roudinesco, 2016). Lucien Israel (1995) observa que as dores e as queixas variadas não a impediram de levar uma vida ativa até os 77 anos de idade, tornando-se uma líder devotada, defensora dos direitos dos oprimidos.

No segundo caso clínico, o de Emmy Von N., Freud e Breuer observam a fala coerente da paciente, a qual “atesta claramente uma cultura e inteligência invulgares [...] Foi educada com esmero mas com muita opressão [...]” (Breuer; Freud, 1895, pp. 76-77). E dizem ainda:

[...] seus sentimentos eram muito intensos, ela possuía uma natureza impetuosa, capaz do maior arrebatamento passional [...] Era extenso o rol de suas obrigações, e todo o trabalho psíquico a que a obrigavam ela fazia sozinha, sem amigo ou confidente, quase isolada da sua família [...] *também seu desamparo como mulher*. (Breuer; Freud, 1895, p. 150. Grifos meus)
Durante o período em que seu estado mais se agravou, ela era e permaneceu capaz de cuidar de sua participação na direção de uma grande empresa industrial, e jamais perder de vista a educação de suas filhas, de manter sua correspondência com pessoas de proeminência intelectual, em suma, de cumprir a tal ponto todas as suas obrigações que sua doença pôde permanecer oculta. (Breuer; Freud, 1895, p. 153)

Nesse caso, havia uma relação inconsciente estabelecida entre a gravidez e a

morte do marido, por se tratarem de dois fatos com certa proximidade temporal. A associação inconsciente estabelecida era a de que a filha poderia ser responsável pela morte do pai, e o surgimento da histeria, expressa por “estalido” na boca, poderia estar relacionado ao período de abstinência sexual da paciente, sendo que o exercício da maternidade não foi suficiente para a cura da neurose (Domingues, 2008).

Duarte (2017) aponta que Freud ainda utilizava a hipnose tentando apagar as lembranças que a faziam sofrer, mas, constatando os efeitos pouco consistentes dessa técnica, observou que ainda assim havia conteúdos de ideias ou memórias que não se apagavam, que escapavam e retornavam de outra forma, seja na de sintomas ou até mesmo na de sonhos: “com isso, foram tomando forma o conceito de inconsciente e o conceito de recalque, e entre o que se apagava e o que insistia vai tendo lugar uma revisão da posição do médico no tratamento da histeria” (Duarte, 2017, p. 25). Durante o tratamento, após Freud tê-la interrompido em seu relato de angústia referente aos tratamentos nos manicômios, Emmy demonstra a ele que certas histórias precisam ser ditas até o final, para que deixem de atuar na consciência. Ela pede a ele que lhe permita contar tudo o que tem a dizer, em vez de lhe ficar fazendo perguntas diretas. Depois da cura pela fala, este foi um embrião do que viria a ser, futuramente, a técnica da associação livre: “Ele ainda estava longe de formular essa técnica, mas as sementes foram deixadas pela Sra. Emmy também, e recolhidas por ele, um observador e escuta-dor atento”. (Duarte, 2017, p. 27). Kehl (2008) observa que Freud admitiu a enorme energia e inteligência da Sra. Emmy, mas que faltava, em sua vida, destinos para essas qualidades, e a tentativa de suprimir tal energia havia levado a paciente a um grave esgotamento mental.

Não nos esqueçamos de que a Sra. Emmy, viúva desde muito jovem, recusou casar-se novamente com um pretendente com quem simpatizava, com medo de comprometer a herança de suas duas filhas e ser reprovada por elas. Um novo casamento tornaria a Sra. Emmy novamente dependente do marido, sem autorização do qual não poderia dispor livremente de seus próprios bens. (Kehl, 2008, p. 221)

Freud e Breuer , em uma nota de rodapé, observam o seguinte sobre a paciente Cäcilie: “sua brilhante e invulgar memória apresentava as mais impressionantes lacunas” (1895, p. 105); e acrescentam: “A sra. Cäcilie, mulher de elevada inteligência a quem também devo muito auxílio na compreensão dos sintomas histéricos [...]” (Breuer; Freud, 1895, p. 114); “Certamente a sra. Cäcilie M... era uma pessoa de talento bastante incomum, sobretudo artístico, cujo sentido da forma, altamente desenvolvido, se manifestava em belos

e primorosos poemas.” (Breuer; Freud, 1895, p. 259).

Se a partir das observações da sra. Cäcilie M havíamos constatado que *a mais grave forma de histeria é compatível com o talento mais rico e original* – fato que aliás refletem com evidência as biografias de mulheres notáveis na história e na literatura –, no caso da sra. Emmy v. N tínhamos um exemplo de *que a histeria também não exclui um impecável desenvolvimento de caráter* e uma vida conduzida de modo resoluto e consciente de seus fins. Era uma mulher extraordinária, cuja seriedade moral no entendimento de seus deveres, *cuja energia e inteligência francamente masculinas*, elevada cultura e amor à verdade nos impressionavam, enquanto seu bondoso desvelo para com todos os seus dependentes, sua modéstia interior e a fineza de suas maneiras ressaltavam-lhe a figura de dama respeitável. Chamar “degenerada”

a uma tal mulher é deturpar o significado dessa palavra a ponto de torná-la irreconhecível. (Breuer; Freud, 1895, p. 152. Grifos meus)

No quarto caso, o de Katharina, observamos um caso concreto de sedução por parte de um pai perverso, que a jovem dizia que era seu tio, quando ela tinha apenas 14 anos de idade. Katharina começou a sofrer da “neurose de angústia” quando descobriu que seu pai tinha um caso com sua prima, e passou a ser ameaçada por ele após contar o segredo para sua mãe. Em um primeiro momento, a jovem não entendeu que a cena descoberta por ela era de cunho sexual. Os sintomas de histeria iniciaram-se dias depois, após um período de incubação. Freud deduziu que o sentimento gerado na paciente foi o de repulsa e que, ao recalcar a percepção de que seu próprio pai tentara abusar sexualmente dela, tiveram início os sintomas conversivos.

Domingues (2008) observa que, nesse caso, vemos um exemplo de sedução como base para o surgimento de uma histeria, a partir da posição passiva e de submissão feminina. Duarte (2017) aponta que esse caso certamente influenciou Freud em suas primeiras teorizações sobre as origens da histeria, a *teoria da sedução*.

No caso de Elisabeth Von R., de 24 anos, Breuer e Freud (1895) anotam que a jovem “[...] parecia inteligente e psiquicamente normal e carregava o padecimento que minava suas relações e prazeres com semblante alegre, com “belle indifférence” dos histéricos [...]” (Breuer; Freud, 1895, p. 195). Elisabeth adoeceu, principalmente, após ter cuidado de seu pai enfermo, uma tarefa particularmente reservada às mulheres, desde aquela época.

[...] ela se ligou de forma particularmente íntima ao pai alegre e conhecedor da vida, que costumava dizer que esta filha substituíra para ele um filho e um amigo com quem podia trocar suas ideias. A despeito do quanto ela ganhasse um estímulo intelectual nessa relação, não escapava ao pai que, com isso, *sua constituição espiritual se distanciava do ideal que se aprecia ver realizado numa menina*.

Brincando, chamava-a de “atrevida e teimosa”, alertava-a para a certeza demasiado incisiva em seus julgamentos, para sua inclinação a dizer brutalmente a verdade às pessoas e muitas vezes considerava que ela teria dificuldade de encontrar um marido. De fato, Elisabeth *se sentia bastante insatisfeita com sua condição de menina*, era cheia de planos ambiciosos, queria estudar ou formar-se em música e indignava-se com a ideia de ter que sacrificar suas inclinações e liberdade de opinião num casamento. (Breuer; Freud, 1895, p. 201. Grifos meus)

Assim, perguntei-lhe sobre as circunstâncias e causas da primeira manifestação das dores. [...] sua desesperança final, como moça solitária, de desfrutar algo da vida ou nela poder realizar alguma coisa. Até então, ela se sentia forte o bastante para poder prescindir da ajuda de um homem; *agora se apoderava dela um sentimento de fragilidade como mulher*, uma ânsia de amor na qual, conforme suas próprias palavras, seu rígido ser começava a se derreter. (Breuer; Freud, 1895, p. 223. Grifos meus)

Descrevi o caráter da doente, os traços recorrentes em tantos histéricos e que, em verdade, não se pode imputar a uma degeneração: o talento, a ambição, a delicada sensibilidade moral, a imensa necessidade de amor, que inicialmente encontra a satisfação na família, *a independência de sua natureza que ultrapassa o ideal feminino* e se manifesta em um bom quinhão de tenacidade, pugnacidade e reserva. (Breuer; Freud, 1895, p. 232. Grifos meus)

Domingues (2008) considera esse último caso descrito como de natureza mais propriamente psicanalítica, visto que, nele, a interpretação simbólica dos sintomas esteve mais presente. Duarte (2017) observa que, nesse caso, Freud já não utiliza a hipnose como nos anteriores, mas o método catártico, em que pede para que a paciente se deite de olhos fechados e faça associações. Esse caso foi particularmente difícil para Freud, que não conseguia acessar livremente a fonte da neurose de Elisabeth: “foi, no entanto, essa paciente, que ensinou muito

a ele sobre a resistência ao tratamento e a dificuldade em acessar o conflito das ideias incompatíveis” (Duarte, 2017, p. 45).

Quanto a Rosalia H, de 23 anos, Freud e Breuer (1895) consideram-na um caso de histeria de retenção, que impedia a jovem de seguir a profissão de cantora. Oprimida pelo próprio tio em sua casa, quem inclusive tentara assediá-la sexualmente, era obrigada a reprimir a própria raiva e as respostas às brigas e acusações vindas dele. E, embora tenha conseguido ir morar em outra cidade, o sintoma permanecia: “A moça, bela e de invulgar inteligência, não mostrava outros sintomas histéricos” (Breuer; Freud, 1895, p. 245). Freud (1895) demonstra que, usualmente, nos casos de histeria, há várias cenas traumáticas que possuem um núcleo conflitivo em comum. As cenas traumáticas subsequentes, mesmo que ocorridas de forma leve, alimentam o trauma já existente, até desembocar nos sintomas.

Apesar de o casamento e a maternidade serem prescritos, à época, como a

terapêutica ideal para a histeria, Freud e Breuer (1895) não deixaram de observar que o próprio casamento era uma abundante fonte de produção de neuroses, já que muitas mulheres, mesmo casadas, continuavam sexualmente abstinentes, ou sofriam abusos sexuais por parte dos parceiros: “Os traumas sexuais também ocorrem no curso ulterior de muitos casamentos. [...] Não penso estar exagerando ao afirmar que a grande maioria das neuroses graves nas mulheres tem sua origem no leito conjugal” (Breuer; Freud, 1895, p. 274).

Estas indicações gerais dão o tom dos primeiros escritos freudianos e sua relação mais direta e imediata com o contexto de compreensão da histeria na clínica psicopatológica e psicanalítica nascente. Essas considerações na constituição da psicanálise levarão a aplicações e contribuições iniciais para a compreensão da vida social e cultural, que se apresenta de forma emblemática no texto “Moral Sexual Civilizada e a Doença Nervosa Moderna (Freud, 1908).

Nos séculos XVIII e XIX, a problemática da civilização se transformou em uma questão crucial para a filosofia e as ciências humanas. Segundo Birman (1998), esse texto freudiano realiza uma crítica, não da modernidade enquanto tal, mas dos impasses e impossibilidades que esse período histórico trouxe para o sujeito. Ao seu ver, o discurso freudiano retoma a oposição entre natureza e liberdade, a qual marcou a problemática da modernidade desde os seus primórdios. Nessa oposição, a liberdade caracteriza um valor construído pela modernidade, enquanto que a natureza seria o traço da tradição e da autorregulação do mundo pré-moderno.

Birman (1998) comenta que, ao escrever esse texto, Freud (1908) se mostrava ainda bastante confiante na eficácia da psicanálise para a cura das neuroses e, influenciado pelo Iluminismo, pretendia que ela fosse um discurso científico que regulasse as relações entre as

pulsões e a exigência da civilização. Note-se que ainda não existia o conceito de “pulsão de morte”. Birman pretende considerar a especificidade desse texto naquele período histórico, retirando-o de uma totalização inconsciente e abstrata.

[...] um método peculiar de investigação, conhecido como psicanálise, possibilitou-nos perceber que os sintomas desses distúrbios (histeria, neurose obsessiva, etc.) são psicogênicos e dependem da atuação de complexos ideativos inconscientes (reprimidos). Esse mesmo método revelou-nos a natureza desses complexos inconscientes, mostrando que, de maneira geral, possuem um conteúdo sexual. Derivam das necessidades sexuais de indivíduos insatisfeitos, representando para os mesmos uma espécie de satisfação substitutiva. (Freud, 1908, p. 100)

Freud (1908) argumenta que a transição de um estilo de vida rural para um mais complexo nas áreas urbanas contribuiu para o surgimento de neuroses, como a histeria. Embora as consequências do processo civilizatório, já descritas por outros médicos, não fossem, portanto, novidades para a comunidade acadêmico-científica, a repressão da sexualidade, por outro lado, não era amplamente reconhecida como um fator central na etiologia das neuroses:

Se deixarmos de lado as modalidades mais leves de “nervosismo” e nos atermos às doenças nervosas propriamente ditas, veremos que a influência prejudicial da civilização reduz-se principalmente à repressão nociva da vida sexual dos povos (ou classes) civilizados através da moral sexual “civilizada” que os rege. (Freud, 1908, p. 100)

Ainda na consideração dos fatores causais em jogo nos adoecimentos neuróticos, considerava o peso da sexualidade e o dispêndio de energia nos processos defensivos:

Os neuróticos são uma classe de indivíduos que, por possuírem uma organização recalcitrante, apenas conseguem sob o influxo de exigências culturais efetuar uma supressão *aparente* de seus instintos [...] eles só conseguem continuar a colaborar com as atividades culturais com um grande dispêndio de energia e às expensas de um empobrecimento interno, sendo às vezes obrigados a interromper sua colaboração e a adoecer. (Freud, 1908, p. 103)

Advoga a favor de uma reforma das normas sociais, argumentando que as restrições sexuais impostas às mulheres se estendiam também aos homens, “sendo proibida toda relação sexual exceto dentro do casamento monogâmico” (Freud, 1908, p. 98). Ao criticar o sistema monogâmico, utiliza o argumento de que este impossibilita a seleção pela virilidade, argumentando que somente isso poderia aperfeiçoar os homens. “Correlatamente, em muitas famílias os homens são saudáveis, embora do ponto de vista social sejam altamente imorais, enquanto as mulheres, cultas e de elevados princípios, sucumbem a graves neuroses.” (Freud, 1908, p. 104).

Freud reconhece que as mulheres da classe burguesa estavam submetidas a normas mais rigorosas de controle da sexualidade, enquanto aos homens era concedida maior permissividade: “[...] as diferenças naturais entre os sexos impõem sanções menos severas às transgressões masculinas, tornando mesmo necessário admitir uma moral dupla” (1908, p. 90). Para o autor, essa moral dupla era danosa, visto que uma sociedade que a aceita não pode levar a sério o amor pela verdade, pela honestidade e humanidade: “deverá induzir seus membros à ocultação da verdade, a um falso otimismo, e a enganarem a si próprios e aos

demais” (Freud, 1908, p. 90).

Essa moral sexual “dupla” que é válida em nossa sociedade para os homens é a melhor confissão de que a própria sociedade não acredita que seus preceitos possam ser obedecidos. Mas a experiência também mostra que as mulheres, em sua qualidade de verdadeiro instrumento dos interesses sexuais da humanidade, só possuem em pequeno grau o dom de sublimar seus instintos, e que, embora possam encontrar um substituto adequado do objeto sexual no filho que amamentam, mas não nas crianças maiores – a experiência mostra, insisto, que as mulheres ao sofrerem as decepções do casamento contraem graves neuroses que lançam sombras duradouras sobre suas vidas. Nas presentes condições culturais, o casamento há muito deixou de ser uma panaceia para os distúrbios nervosos femininos. (Freud, 1908, pp. 105-106)

A abstinência sexual e o desconhecimento sobre o próprio corpo eram, não apenas valorizados, mas frequentemente impostos. Mesmo após o casamento, a vida sexual feminina continuava sujeita a diversas restrições, enquanto que, nesse mesmo contexto, observava-se uma relativa tolerância social ao adultério masculino, uma vez que os homens, frequentemente, também não encontravam satisfação libidinal no próprio matrimônio. Para essas mulheres, a satisfação libidinal ficava reservada à criação dos filhos. Freud acrescenta, ainda, que a

repressão sexual das mulheres acarretava prejuízos também na vida intelectual e no campo das sublimações. Isso se daria porque a curiosidade sexual, na infância, estaria na base do impulso para a pesquisa e o conhecimento e o excesso de repressão também prejudicaria essas saídas. Nesse contexto da discussão é que o autor afirma a questão da inferioridade intelectual como um resultado da educação moral:

No sexo feminino percebemos facilmente um caso especial dessa tese de que a vida sexual constitui um protótipo para o exercício de outras funções. A educação das mulheres impede que se ocupem intelectualmente dos problemas sexuais, embora o assunto lhes desperte extrema curiosidade, e as intimida, condenando tal curiosidade como pouco feminina e como indício de disposição pecaminosa. Assim a educação as afasta de qualquer forma de pensar, e o conhecimento perde para elas o valor. Essa interdição do pensamento estende-se além do setor sexual, em parte através de associações inevitáveis, em parte automaticamente, como a interdição do pensamento religioso ou a proibição de ideias sobre a lealdade entre cidadãos fiéis. Não acredito que a “debilidade mental fisiológica” feminina seja consequência de um antagonismo biológico entre o trabalho intelectual e a atividade sexual, como afirmou Moebius em

sua discutida obra. Acredito que a inegável inferioridade intelectual de muitas mulheres pode antes ser atribuída à inibição do pensamento necessária à supressão sexual. (Freud, 1908, p. 108)

Ainda ao criticar a moral dupla, o autor chama a atenção para as práticas sexuais substitutivas, que, segundo ele, são comumente adotadas durante períodos de abstinência

sexual – como a masturbação e o coito interrompido – e correspondem a práticas associadas a estágios infantis do desenvolvimento psicosssexual. Essas práticas, por sua vez, poderiam predispor os indivíduos ao desenvolvimento de neuroses e psicoses.

Os efeitos nocivos que as severas exigências da abstinência antes do casamento produzem nas naturezas femininas são especialmente evidentes. É obvio que a educação não subestima as dificuldades de suprimir a sensualidade da jovem até o casamento, pois utiliza medidas drásticas. Não somente proíbe as relações sexuais e oferece altos prêmios à preservação da castidade feminina, mas também protege a jovem da tentação durante o seu desenvolvimento, conservando-a ignorante do papel que irá desempenhar e não tolerando nela qualquer impulso amoroso que não possa conduzir ao casamento. O resultado é que, quando a jovem recebe a súbita autorização de seus guardiões para apaixonar-se, não está apta a essa realização psíquica, e chega ao matrimônio insegura dos seus sentimentos. Em consequência dessa retardação artificial de suas funções eróticas, ela nada tem a oferecer além de desapontamentos ao homem que poupou todos seus desejos para ela. Seus sentimentos mentais permanecem presos a seus genitores, cuja autoridade acarretou a supressão de sua sexualidade, e em seu comportamento físico revela-se frígida, privando o homem de um maior prazer sexual. [...] quando mais tarde esse atraso do desenvolvimento da esposa é superado e sua capacidade de amar é despertada no clímax de sua vida de mulher, há muito se deteriorou sua relação com o marido; e, como recompensa da docilidade anterior, resta-lhe a escolha entre o desejo insatisfeito, a infidelidade ou uma neurose. (Freud, 1908, pp. 107-108)

Essas passagens são bastante esclarecedoras das tentativas freudianas de explicar o prejuízo da moral sexual civilizada em sua duplicidade sobre a condição da mulher e, nesse sentido, trazem talvez as posições mais críticas do autor sobre o assunto.

Os textos seguintes da produção freudiana possibilitam a construção de um panorama acerca de sua concepção sobre o Complexo de Édipo nas mulheres e o papel da castração nesse processo. Esse referencial teórico destaca a estruturação da sexualidade infantil e a formação da escolha do objeto amoroso, com ênfase especial no desenvolvimento psicosssexual das meninas.

Já no texto “Sobre as fantasias sexuais das crianças”, Freud (1908) observa que as meninas, quando percebem que não possuem o órgão sexual masculino, passam a desejar um bebê de seu próprio pai, como substituto do pênis que elas não possuem. Domingues (2008) aponta que esse desejo é exclusivamente das meninas, porque, apesar de os meninos também desejarem um filho, somente elas o desejam do pai. A autora explica que esse desejo de ter um filho é derivado do desejo de ter mais leite, como se a mãe não as tivesse amamentado

suficientemente. Embora essa acusação também seja encontrada nos meninos, da parte delas há o agravante de que a mãe também não lhes concedeu um pênis.

A teoria do Complexo de Édipo, em sua origem, propõe uma ideia de simetria

entre os sexos, em que ambos, tanto a menina como o menino, vão desejar o genitor do sexo oposto e rivalizar com o do mesmo sexo. Essa simetria, porém, não se sustentou. Duarte (2017) aponta que, no texto “A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher”, Freud (1920) argumenta que a analogia entre os sexos estava equivocada, pois o papel da mãe no Complexo de Édipo era fundamental, inclusive para a menina. Segundo Domingues (2008), a teorização sistematizada do Complexo de Édipo feminino só ocorrerá na década de 1930 e, nesse texto da jovem homossexual, Freud (1920) inaugura uma construção teórica sobre o desenvolvimento psicosssexual das mulheres. É também nesse texto que Freud retoma as questões sobre a bissexualidade constitucional de todos os seres humanos :

[...] além de sua heterossexualidade manifesta, uma medida muito considerável de homossexualismo latente ou inconsciente pode ser detectado em todas as pessoas normais. [...] A psicanálise possui uma base comum com a biologia, ao pressupor uma bissexualidade original nos seres humanos (tal como nos animais). (Freud, 1920, p. 14)

O autor observa ainda que, nos seres humanos, há uma certa demora na escolha permanente do tipo de objeto libidinal, apontando que, durante a puberdade, é muito comum que haja amizades e alguns períodos de homossexualidade, tanto em homens como em mulheres. Além disso, ele começa a questionar e a descolar as identificações de gênero das

escolhas objetais, apontando que homens masculinos podem ter como objeto erótico outros homens, assim como um homem feminino pode ter uma mulher como objeto de amor. Isso contrariava o senso comum da época, que ainda colava as características de gênero às escolhas objetais e fazia a oposição masculino *versus* feminino, tomando como homossexuais as pessoas que, necessariamente, apresentavam características acentuadas do sexo oposto:

O mistério do homossexualismo, portanto, não é de maneira alguma tão simples quanto comumente se trata nas exposições populares: ‘uma mente feminina, fadada assim a amar um homem, mas infelizmente ligada a um corpo masculino; uma mente masculina, irresistivelmente atraída pelas mulheres, mas aí dela, aprisionada em um corpo feminino’. Trata-se, em seu lugar, de uma questão de três conjuntos de características, a saber:

Caracteres sexuais físicos (hermafroditismo físico) Caracteres sexuais mentais (atitudes masculina ou feminina) Tipo de escolha de objeto

Essas características, até certo ponto, variam independentemente uma da outra e em indivíduos diferentes são encontradas em permutações múltiplas. (Freud, 1920, p. 13-14)

Domingues (2008) ressalta, nesse texto, a importância da figura paterna na constituição do gênero e na escolha objetual da menina, observando que, no caso em questão, o pai falhou no papel masculino de se fazer objeto de desejo da filha durante sua fase edípica, além de, ao engravidar a mãe, transmitir-lhe a mensagem de não aceitá-la como mulher: “A menina ao estar intensamente ligada ao olhar paterno faz-se menino na experiência da homossexualidade” (Domingues, 2008, p. 63). Entretanto, ao tentar se constituir com essa identidade, novamente recebe o olhar de reprovação do pai, impossibilitando-se, assim, sua constituição como sujeito – seja como homem ou como mulher, as únicas identidades de gênero possíveis naquela época. Diante dessa impossibilidade de existência como ser desejante, a jovem tenta o suicídio, buscando fazer-se reconhecer como pessoa sexuada e nascendo novamente como filha .

Além do papel da figura paterna na constituição do gênero e da sexualidade das meninas, Domingues (2008) analisa que, nesse texto, a figura da mãe também é de importância fundamental, já que ela é o primeiro objeto de amor antes mesmo do período edípico e, ao final do Complexo de Édipo, torna-se fonte de identificação feminina. No caso da jovem apresentada no texto, o fato de sua escolha objetual recair sobre uma mulher mais velha leva Freud (1920) a conjecturar a busca por uma substituta materna e a ver, assim, a permanência da jovem em uma posição infantilizada. Ele destaca que ela teria desenvolvido um complexo de masculinidade desde a infância, manifestando a inveja do pênis, o que não a levou a desejar um bebê como substituto deste, conforme ocorre nas saídas tipicamente femininas, mas à negação e ao desafio da castração:

Jovem fogosa, sempre pronta a traquinagens e lutas, não se achava de modo algum preparada para ser a segunda diante do irmão ligeiramente mais velho; após inspecionar seus órgãos genitais [...] desenvolvera uma acentuada inveja do pênis e as reflexões derivadas dessa inveja ainda continuavam a povoar-lhe o espírito. Era na realidade uma feminista; achava injusto que as meninas não gozassem da mesma liberdade que os rapazes e rebelava-se contra a sorte das mulheres em geral. (Freud, 1920, p. 13)

No texto “A Organização Genital Infantil”, Freud (1923) conjectura que, durante a infância, em função da fantasia da mãe fálica, a criança inicialmente reconhece apenas a representação psíquica de um único órgão genital: o pênis: “[...] para ambos os sexos, apenas *um genital*, o masculino, possui um papel. Portanto, não há um primado genital, mas um primado do falo [Phallus]” (Freud, 1923, p. 184. Grifos do autor). Em seguida, admite seu

desconhecimento com relação ao desenvolvimento na menina, dizendo que só pode descrever esse processo nos meninos. Esse texto, portanto, descreve a constatação da castração e o reconhecimento da feminilidade e do órgão sexual das mulheres no menino, já que, para ele, esse processo nas meninas continua sendo um enigma: “Infelizmente, só podemos descrever essas relações para o menino; falta-nos o conhecimento para os processos correspondentes na menininha” (Freud, 1923, p. 184).

Esse processo ocorre, pelo menos em um primeiro momento, como parte da construção de sua percepção acerca da diferença sexual. Ao deparar-se com a anatomia do genital feminino, o menino aciona o mecanismo de negação, persuadindo a si mesmo de que o pênis está presente, embora em tamanho reduzido e passível de crescimento, ou de que sua ausência é meramente circunstancial, decorrente da impossibilidade de visualizá-lo:

Sabemos como elas reagem às primeiras impressões da falta de um pênis. Elas negam essa falta, acreditam realmente ver um membro, atenuam a contradição entre a observação e o preconceito por meio da informação de que ele ainda é pequeno, mas que ainda irá crescer, e depois, lentamente, chegam à conclusão afetivamente importante de que ele pelo menos esteve presente e que depois foi removido. (Freud, 1923, p. 185)

Além da negação, os meninos também desenvolvem teorias acerca da castração, imaginando que ela decorreu de um castigo por algum mau comportamento. Isso faz com que eles acreditem que suas próprias mães ainda possuem um pênis:

[...] pessoas respeitáveis como a sua mãe conservariam o pênis por mais tempo. Para a criança, ser mulher ainda não coincide com a falta de pênis. Só mais tarde, quando a criança aborda os problemas da origem e do nascimento das crianças, e intui que só as mulheres podem dar à luz as crianças, é que a mãe será aquela que perdeu o pênis, e às vezes são construídas teorias bem complicadas que vêm para explicar a troca de pênis pelo filho. Parece que, nesse caso, o genital feminino nunca é descoberto. (Freud, 1923, p. 186)

Rosa (2024) indica que, nesse texto, para as crianças há somente um sexo: o masculino, pois, no inconsciente, ainda não há a representação da vagina, e ela ainda não é nomeada. As teorias sexuais infantis formulam explicações sobre o nascimento a partir de concepções anais, presumindo que o bebê seja expelido pelo ânus. Freud (1923) aponta que é diante dessa constatação da castração que se encontram as origens da misoginia e da depreciação da mulher, além de uma disposição dos homens para a homossexualidade, pois, para a criança, somente as mulheres desprezíveis foram punidas com a castração, por serem portadoras de impulsos proibidos: “Assim, mulheres respeitáveis, como sua própria mãe, mantêm-se ainda no lugar de possuir um pênis. Ser mulher e não ter um pênis ainda não são

sinônimos” (Rosa, 2024, p. 43). Somente quando a criança constatar que apenas as mulheres podem dar um bebê à luz, ela generalizará a percepção, em todas elas, da não existência do órgão sexual masculino: “Troca-se um pênis por um filho” (Rosa, 2024, p. 43).

Ainda na fase anal, anterior ao Complexo de Édipo, a oposição entre os sexos, suposta pelas crianças, seria a de ativo *versus* passivo. Na fase seguinte, a oposição é entre *masculino* e *castrado*: “Ou se possui o órgão fálico ou se é castrado – a menina é um menino mutilado” (Rosa, 2024, p. 47).

Somente na época da puberdade haverá o reconhecimento do feminino. Nesse processo, a masculinidade é associada à condição de sujeito desejante, à atividade e à posse do pênis, enquanto a feminilidade é vinculada à posição de objeto do desejo e à passividade. Nesse novo paradigma, a vagina passa a ser concebida como um espaço de recepção para o pênis: “A vagina agora é considerada albergue do pênis; ela assume a herança do ventre materno” (Freud, 1923, p. 186). Rosa (2024) ressalta que a atividade, aí associada com a masculinidade, é o motor da curiosidade sexual. O recalque nas meninas é, portanto, mais forte, devido a elas terem que fazer a passagem da atividade para a passividade sexual: “Ao masculino, a atividade fálica; ao feminino, a passividade castrada [...] Se, no início, tudo era pênis, no final, a vagina nada mais é do que um receptáculo para ele” (Rosa, 2024, p. 43). Pela perspectiva desse texto, assim se consolida a diferenciação entre os papéis sexuais na dinâmica psicosssexual.

No ano seguinte, ao escrever “O Declínio do Complexo de Édipo”, Freud (1924) inicia suas observações sobre os motivos pelos quais tanto a menina quanto o menino abandonarão o genitor do sexo oposto como objeto de amor e, em seguida, entrarão na fase da latência. Rosa (2024) nota que esta é a primeira vez que ele enfatiza as diferenças do Complexo de Édipo em cada um dos dois sexos. As motivações para o abandono de seu primeiro objeto de amor, nas crianças, dividem-se em duas possibilidades: a primeira, de causa social, baseada na hipótese de uma decepção ou da perda do amor dos genitores; e a segunda, de ordem biológica, como um acontecimento cronológico causado pela hereditariedade.

A menininha, que quer se considerar a amada predileta do pai, vai ter um dia de sofrer um severo castigo da parte dele e se ver lançada para fora do paraíso. O menino, que vê a mãe como sua propriedade, passa pela experiência de vê-la retirar seu amor e seus cuidados e dirigi-los a um recém-chegado. [...] Outra concepção dirá que o Complexo de Édipo precisa cair, porque chegou a hora de sua dissolução [...] ela não deixa de ser um fenômeno determinado pela hereditariedade e por ela organizado, que deve transcorrer de acordo com o programa, quando começar a seguinte e predeterminada fase do desenvolvimento. (Freud, 1924, p. 190)

Rosa (2024) acrescenta que a separação de partes importantes do corpo, como a retirada do seio materno e a despedida das fezes, também prepara a criança para o abandono de seus primeiros objetos amorosos. Mas acrescenta que é somente com a visão dos genitais femininos, ou seja, com a percepção de que a castração pode acontecer, que esse abandono se efetivará. Nessa fase, as crianças ainda experimentam as duas posições, tanto ativa quanto passiva. Diante da ameaça de castração, elas têm que escolher uma das posições e, conseqüentemente, abandonar um tipo de satisfação, ainda que qualquer escolha resulte na perda do pênis: “Se mantém-se em posição de rivalidade com o pai, perderá seu pênis, por punição. Mantendo-se passiva frente ao pai, perder o pênis torna-se pré-condição da posição feminina” (Rosa, 2024, p. 44).

Para os meninos, a descoberta do órgão genital feminino leva ao abandono da mãe como objeto de amor, devido ao medo de também eles serem castrados, marcando o início da dissolução da fase edípica: “Daí surge o conflito entre o investimento narcísico em seu órgão e o investimento de amor nos seus pais” (Rosa, 2024, p. 44). A resolução para esse conflito vai se dar pela via da identificação, pois, ao abandonar seus primeiros objetos de amor, o menino passará a identificar-se com eles, dando origem ao seu Superego e ao sentimento de ternura pelos pais. Paradoxalmente, o menino, ao salvar seu órgão sexual da castração ao abdicar do amor pelos pais, entra justamente na fase em que haverá temporariamente uma paralisação da função sexual, a chamada fase de latência .

Quanto às meninas, Freud (1924) retoma suas impressões sobre a obscuridade e a existência de uma lacuna nessa fase do desenvolvimento. Para ele, as diferenças anatômicas se

expressarão em diferenças no desenvolvimento psíquico, pois, inicialmente, o clitóris é percebido como um pênis pequeno, o que gera o sentimento de injustiça e inferioridade. Durante essa fase, a menina pode manter a esperança de que seu pênis diminuto crescerá ou acreditar que, em algum momento, possuía o órgão, mas o perdeu. Essa interpretação de si como castrada não é por ela estendida às mulheres adultas, que ela ainda supõe possuírem o pênis. A menina, portanto, parte da ideia de ser castrada – embora conserve a esperança de um dia, quando crescer, receber o pênis de volta – mesmo antes de vivenciar o Complexo de Édipo, enquanto o menino, ao contrário, desenvolve o temor de uma possível castração futura: “Assim se produz a diferença essencial de que a menina aceita a castração como um fato consumado, enquanto o menino teme pela possibilidade de sua consumação” (Freud, 1924, p. 195). Essa interpretação freudiana clássica estabelece uma ligação entre o conflito

edipiano e, no caso das meninas, a angústia e o ressentimento e, no caso dos meninos, a ameaça de castração.

Segundo Freud (1924), a ausência da ameaça de castração prolonga, na menina, a vivência do Complexo de Édipo, o que resulta na formação de um superego menos rígido. Para a menina, em vez do temor da castração, o que se destaca é o medo da perda do amor. Diferentemente do menino, a menina não abandona seus primeiros objetos amorosos por um medo narcísico de perder seu órgão sexual. A ameaça é externa, é a perda do amor dos pais, não a perda narcísica de uma parte de seu corpo. Com medo de perder o amor do pai, a menina abandona a fase fálica, substituindo o falo por um bebê.

Com a exclusão da angústia da castração [...], cai também um motivo poderoso para o estabelecimento do Supereu e para a interrupção da organização genital infantil. Essas alterações parecem ser, muito mais do que no menino, resultado da educação, da intimidação do mundo externo, que ameaçam com a perda do amor. (Freud, 1924, p. 195)

Freud observa que o Complexo de Édipo das mulheres raramente vai além da substituição da mãe e da posição feminina em relação ao pai, sendo que a menina vai tentar compensar a falta do pênis com a substituição por um bebê, realizando uma equação simbólica ao desejar um bebê do pai. Esses dois desejos – o de ter um pênis e o de ter um filho – permanecem fortemente fixados de maneira inconsciente, já que, nessa fase, são impossíveis, ocasionando, lentamente, a dissolução do Complexo de Édipo. Esses impulsos orientarão a menina na definição de seu papel feminino na vida adulta:

A intensidade menor da contribuição sádica para a pulsão sexual, que sem dúvidas podemos juntar com o atrofiamento do pênis, facilita a transformação dos anseios diretamente sexuais em anseios afetuosos com meta inibida. (Freud, 1924, p. 195)

Rosa (2024) conclui que Freud, nesse texto, observa que as meninas não aceitam tão prontamente a falta de um pênis e a transformam em uma equação simbólica, conforme a qual ter um bebê se torna o equivalente a ter um pênis: “O desejo de possuir um pênis culminaria na fantasia de receber do pai um bebê como presente” (Rosa, 2024, p. 45). Ao final do texto, no entanto, Freud (1924) faz uma concessão ao reconhecer a dimensão de indeterminação presente no conflito edipiano da menina, afirmando: “[...] precisamos admitir que nossa compreensão desses processos de desenvolvimento na menina é insatisfatória, lacunar e vaga” (Freud, 1933/2018, p. 254).

Em seguida, no ano de 1925, Freud escreve “Algumas Consequências Psíquicas da Diferença Anatômica entre os Sexos”. Rosa (2024) considera esse o primeiro texto em

que o autor explora, mesmo que de forma condensada, o que será o início de seu pensamento sobre o psiquismo feminino. Embora Freud já houvesse escrito sobre as diferenças dos sexos quanto às

suas motivações para o abandono de seus primeiros objetos de amor, “até aqui, ainda havia o entendimento de que o Complexo de Édipo masculino e feminino eram simétricos e invertidos” (Rosa, 2024, p. 46).

Freud (1925) enfatiza que, na fase do Complexo de Édipo, tanto nas meninas como nos meninos, há uma dupla via de satisfação da pulsão, seja ativa ou passiva, o que ele denomina como constituição bissexual. Embora já houvesse teorizado sobre a dupla satisfação das pulsões em ambos os sexos, ele dá agora maior ênfase ao fato de que a posição feminina está presente também nos meninos: “O menino também quer substituir a mãe como objeto de amor do pai, o que chamamos de posição feminina” (Freud, 1925, p. 201).

No caso dos meninos, a ameaça de castração leva-os a abandonar a mãe como objeto amoroso e a se identificar com o pai, finalizando, assim, a fase edípica. No caso das meninas, porém, não há a motivação para abandonar a mãe como objeto de amor e substituí-la pelo pai, pois elas já partem da ideia de serem castradas. A descoberta da castração provoca nas meninas a inveja do pênis:

Ela percebe o pênis notadamente visível e de grandes proporções de um irmão ou de um coleguinha, identifica-o imediatamente como o correspondente superior de seu próprio órgão pequeno e escondido e, a partir daí, cai vítima da inveja do pênis. (Freud, 1925, p. 203)

Freud aponta que, caso a menina não consiga superar a inveja, poderá desenvolver um complexo de masculinidade, recusando a castração, o que pode resultar em uma psicose na vida adulta, na desvalorização das mulheres e na glorificação dos homens: “A menina se recusa

a aceitar o fato de sua castração, reforça a convicção de que, sim, possui um pênis, e é obrigada a conduzir-se na sequência como se fosse um homem” (Freud, 1925, p. 204).

Além disso, a inveja do pênis pode resultar em um sentimento de inferioridade, acompanhado da insistência pela igualdade entre os sexos, podendo, também, ser deslocada para o sentimento de ciúmes. Uma terceira consequência seria a culpabilização da mãe e a interpretação do pênis como signo de superioridade e, sua ausência, ao contrário, como signo de inferioridade. Assim, ela abandona a mãe como objeto de amor: “[...] no final, quase sempre a mãe é responsável pela inveja do pênis, por ter trazido ao mundo a criança tão

insuficientemente dotada” (Freud, 1925, p. 205).

Para Freud (1925), a consequência mais importante da inveja do pênis reside no recalçamento da sexualidade do clitóris, que ele considera masculina, para dar abertura à feminilidade. Assim, a menina abandona o desejo pelo órgão sexual masculino, substituindo-o

pelo desejo de ter uma criança, tomando o pai como objeto de amor e a mãe como objeto de ciúmes. Quando essa ligação com o pai é frustrada, ela se identifica com ele, retomando sua masculinidade. Freud conclui observando que, para a menina, faltam motivos para o abandono do Complexo de Édipo, já que ela não sofre a ameaça de castração. A consequência disso seria a formação de um Superego menos rígido do que o dos homens:

Hesitamos em afirmá-lo, mas não podemos nos defender da ideia de que o nível do que é eticamente normal é diferente para a mulher. O Superego nunca se torna tão implacável, tão impessoal, tão independente de suas origens afetivas como o exigimos do homem. Traços de caráter que sempre foram criticados na mulher – que ela mostra menos senso de justiça que o homem, menor inclinação para se submeter às grandes necessidades da vida, que, com maior frequência, deixa-se guiar em suas decisões por sentimentos ternos e hostis – estariam amplamente fundamentados na modificação da formação do Superego que fizemos acima. (Freud, 1925, p. 208)

Apesar dessa passagem, Freud (1925) admite que a maioria dos homens estão muito aquém do “ideal de masculinidade”, já que “a pura masculinidade e a pura feminilidade são construções teóricas de conteúdo incerto” (Freud, 1925, p. 208).

Alguns anos mais tarde, em “Sobre a sexualidade feminina”, Freud (1931) observa que certas mulheres continuam presas a seu primeiro objeto de amor, a mãe, sem nunca terem conseguido uma mudança de objeto em direção ao pai: “Assim sendo, a fase pré-edípica da mulher alcançava uma importância que até então não lhe havíamos atribuído” (Freud, 1931, p. 221). Para ele, essa fase é muito mais importante no desenvolvimento psicossexual da mulher do que no dos homens:

Muitos fenômenos da vida sexual feminina, antes não acessíveis ao entendimento, encontram seu pleno esclarecimento se remetidos a essa fase. Por exemplo: há muito tempo percebemos que muitas mulheres que escolheram seu marido segundo o modelo do pai, ou que o colocaram no lugar do pai, repetem, no casamento com ele, sua má relação com a mãe. Ele devia herdar a relação dela com o pai, e, na verdade, herda a relação com a mãe. (Freud, 1931, p. 225)

Mesmo a hostilidade contra a mãe, tão característica no Édipo positivo, tem suas origens nessa fase pré-edípica: “[...] podemos, a partir das observações anteriores, tirar conclusão de que sua posição hostil à mãe não é uma consequência da rivalidade do

complexo de Édipo, mas se origina na fase anterior [...]” (Freud, 1931, p. 226). Freud observa que a menina passa muito tempo nessa fase do Édipo, denominada por ele de negativa, para só depois ascender ao Complexo de Édipo positivo. A histeria é relacionada a essa fase negativa do Complexo de Édipo:

[...] essa fase de ligação com a mãe permite suspeitar de uma íntima relação com a etiologia da histeria, o que não deve surpreender, se percebermos que ambas, a fase e a neurose, pertencem ao caráter singular da feminilidade, e, além disso, que podemos encontrar nessa dependência da mãe o germen da futura paranoia na mulher. (Freud, 1931, p. 222)

O desenvolvimento psicosssexual da mulher só se completa quando ela toma o pai como objeto de amor: “[...] no final do desenvolvimento, o homem-pai deverá ter se tornado o novo objeto de amor, ou seja, é preciso que à mudança no sexo feita pela mulher corresponda uma troca no sexo do objeto” (Freud, 1931, p. 223).

Freud (1931) explica que três caminhos diferentes podem ser tomados pelas mulheres em seu desenvolvimento após o reconhecimento da castração. O primeiro caminho levaria a um afastamento geral da sexualidade: “A pequena mulher [...], assustada pela comparação com o menino, fica insatisfeita com o clitóris, desiste de sua atividade masculina, e, com isso, da sexualidade de maneira geral [...]” (Freud, 1931, p. 224). O segundo caminho, ao contrário, levaria a um apego à masculinidade:

[...] a esperança de ter um pênis se conserva até épocas incrivelmente tardias, eleva-se à condição de objetivo de vida, e a fantasia de, apesar de tudo, ser um homem frequentemente permanece como formadora por longos períodos de tempo. (Freud, 1931, p. 225)

A terceira via é considerada por Freud a configuração feminina normal, que toma o pai como objeto de amor. Um motivo importante para o afastamento da menina em relação à mãe também reside no rancor pelo impedimento que esta exerceu à sua livre atividade sexual, passando a desvalorizar a feminilidade quando generaliza sua percepção sobre a castração.

Seja como for, ao final dessa primeira fase de ligação com a mãe, emerge, como o motivo mais forte para se afastar dela, a recriminação por não tê-la concebido com um genital correto, isto é, por tê-la parido como mulher. Não sem surpresa recebe-se outra recriminação que remete um pouco menos ao passado mais distante: a mãe deu muito pouco leite à criança, não a alimentou tempo suficiente. (Freud, 1931, p. 228-229)

O autor sublinha que o afastamento da mãe é uma etapa muito importante no

desenvolvimento da menina: “ele é mais do que uma mera mudança de objeto” (Freud, 1931, p. 234). Isso se deve ao fato de as metas sexuais passarem para as formas passivas de satisfação, cessando a masturbação do clitóris e recalando a masculinidade.

Ainda sobre a relação com a mãe, aponta que as metas sexuais da menina são tanto ativas como passivas, embora suas primeiras vivências sexuais sejam de natureza passiva: “Ela

é amamentada, alimentada, limpa e vestida por ela e instruída a fazer tudo que precisa. Uma parte da libido da criança fica presa a essas experiências e usufrui das satisfações a elas ligadas; outra parte esforça-se por sua conversão em atividade” (Freud, 1931, p. 231). O autor observa as tentativas das crianças em converter em atividade os cuidados oferecidos pela mãe, notando que a preferência das meninas pela brincadeira de bonecas é um sinal de feminilidade precoce em sua forma ativa:

A tão surpreendente atividade sexual da menina em relação à mãe manifesta-se, de acordo com a sequência temporal, em anseios orais, sádicos e por fim, até mesmo fálcos dirigidos à mãe [...] Os desejos agressivos orais e sádicos são encontrados na forma em que são forçados pelo recalamento precoce, como o medo [Angst] de ser morta pela mãe, medo que, por sua vez, justifica o desejo de morte contra a mãe, quando ele se torna consciente. (Freud, 1931, p. 232)

Quanto à passividade da fase fálica, Freud (1931) observa que as meninas, frequentemente, acusam a mãe de sedução, consequência da excitação sexual sentida durante os cuidados corporais desempenhados por ela. Segundo ele, o que constitui a masculinidade e a feminilidade é uma característica desconhecida que a anatomia não consegue apreender, refutando a argumentação costumeira de que essas qualidades se devem a um atributo corporal. Ele problematiza as relações comumente estabelecidas entre o masculino e a atividade e entre o feminino e a passividade: “No próprio campo da vida sexual, os senhores logo perceberão o quão insuficiente é fazer coincidir a conduta masculina com atividade e a feminina com passividade” (Freud, 1931, p. 317).

Alguns anos mais tarde, no texto “A feminilidade”, Freud (1933) afirma que a psicanálise não pretende descrever o que é uma mulher, considerando isso uma tarefa

impossível, mas sim pesquisar como um ser humano *se torna* uma mulher, já que todos nós nascemos com as disposições bissexuais. Ele volta a comparar a personalidade da mulher com a do homem, identificando a complexidade do desenvolvimento daquela em relação ao deste, por ter de cumprir duas tarefas não exigidas pela condição masculina: “[...] o

desenvolvimento da menininha até a mulher normal é o mais difícil e o mais complicado, pois ele inclui mais duas tarefas, às quais o desenvolvimento do homem não apresenta nenhum correlato” (Freud, 1931, p. 247).

Ao caracterizar a feminilidade como a preferência por metas passivas de satisfação da pulsão, ele alerta que isso não é o mesmo que passividade: “é preciso uma grande porção de atividade para que uma meta passiva se estabeleça” (Freud, 1933, p. 245), chamando a atenção para as normas sociais e a função sexual da mulher, que frequentemente a colocam em

metas passivas: “Devemos, contudo, atentar para que a influência das normas sociais não seja subestimada, normas que, de forma semelhante, forçam a mulher para situações passivas” (Freud, 1933, p. 246). Nesse texto, a definição de “mulher” também se descola da biologia e do feminino, dando ênfase à construção social da mulher após sua passagem pelo Complexo de Édipo, que é mais longo do que o do homem devido à troca do objeto de amor, que inicialmente se referia à figura materna, para, depois, passar à figura paterna:

[...] encontramos muito que estudar nesses indivíduos humanos que, por possuírem genitais femininos, são caracterizados, manifesta ou predominantemente, como femininos. Corresponde à singularidade da psicanálise não querer descrever o que uma mulher é [...] mas sim, pesquisar como ela se torna mulher, como se desenvolve a partir da criança dotada de disposição bissexual. (Freud, 1933, p. 246)

Birman (1999) define a feminilidade como aquela que corresponde a um registro psíquico que se opõe ao falo, ou seja, aquela que faz uma contraposição à totalização, à universalidade e ao domínio das coisas e das pessoas. A posição da feminilidade, portanto, é voltada ao particular, ao relativo e ao não controle. O autor relembra que Freud disse que a feminilidade seria uma experiência psíquica marcada pelo horror, justamente porque ela implicaria para a subjetividade uma experiência de perda do controle das certezas, podendo atingir, portanto, tanto os homens como as mulheres.

Nesse ponto o autor vincula a histeria à fase edípica da mulher, dando relevância aos desejos sexuais proibidos e reconhecendo a importância das fantasias dessa fase. Entretanto, não deixa de considerar a importância da fase pré-edípica, especialmente a ligação da mulher com sua mãe, para o entendimento de seu desenvolvimento: “Em suma, ganhamos a impressão de que não podemos entender a mulher, se não considerarmos essa fase de *ligação pré-edípica*

com a mãe” (Freud, 1933, p. 250). A libido atravessa as três fases do desenvolvimento

infantil, assumindo desejos orais, sádicos e fálicos em relação à mãe, com moções pulsionais ativas e passivas, que ele desaconselha chamar de masculinas ou femininas. Observa ainda que essas moções pulsionais são completamente ambivalentes, podendo ser amorosas ou agressivas: “[...] o que se expressa mais claramente é o desejo de fazer um filho na mãe, assim como o que lhe corresponde, dar-lhe um filho, ambos pertencentes à época fálica [...]” (Freud, 1933, p. 250). A fantasia de sedução, aqui, é em relação à mãe, fantasia, essa, que ele reconhece ter um aspecto de realidade, já que é a mãe quem dispensa os primeiros cuidados corporais à menina, conseqüentemente promovendo suas primeiras experiências de estimulação da área genital. Essa fase de intensa ligação com a mãe termina em ódio, a menina responsabilizando a mãe por haver nascido sem o genital masculino, conservando esse desejo no inconsciente:

O desejo de finalmente conseguir o pênis almejado pode ainda contribuir para os motivos que levam a mulher madura à análise e o que ela compreensivelmente pode esperar da análise, por exemplo, a aptidão para exercer uma profissão intelectual, e pode, com frequência, ser identificado como uma transformação sublimada de um desejo recalcado. Não se pode duvidar da importância da inveja do pênis. (Freud, 1933, p. 255-256)

Além disso, o autor observa uma repressão constitucional da agressividade nas mulheres, o que não faz, no entanto, com que ele deixe de considerar a imposição social dessa repressão, que dirige a agressividade para dentro, favorecendo um funcionamento masoquista:

A repressão [...] à sua agressividade, que é prescrita constitucionalmente e imposta à mulher socialmente, favorece a formação de intensas moções masoquistas, que conseguem vincular eroticamente as tendências destrutivas voltadas para dentro. O masoquismo é, portanto, como se diz, legitimamente feminino. (Freud, 1933, p. 246)

Ele segue observando, ainda, que a menina é menos agressiva, desafiadora e autossuficiente do que o menino, sendo mais necessitada de carinho e dependente e dócil do que ele. Ao observar as brincadeiras das crianças em análise, porém, nota que os impulsos agressivos das meninas são intensos e semelhantes aos dos meninos, e realiza um paralelo entre o órgão sexual masculino e o clitóris, equivalentes nessa fase.

A análise da brincadeira da criança mostrou às nossas analistas mulheres que os impulsos agressivos das meninas pequenas não deixam nada a desejar em matéria de abundância e tenacidade. Com a entrada na fase fálica, as distinções entre os sexos retrocedem completamente em relação às suas congruências. Agora temos

que reconhecer que a menininha é um homenzinho. [...] Parece que nela todos os atos onanistas ocorrem nesse equivalente do pênis e que a vagina propriamente feminina ainda não foi descoberta pelos dois sexos. [...] Estaríamos autorizados a sustentar que

na fase fálica da menina o clitóris é a zona erógena condutora. (Freud, 1933, p. 248)

Com a superação da fase fálica, a zona erógena da menina passa do clitóris à vagina, dando-se a ascensão à feminilidade propriamente dita:

[...] com a viragem à feminilidade, o clitóris deve ceder, totalmente ou em parte, a sua sensibilidade, e, com isso, sua importância, à vagina, e essa seria uma das tarefas que devem ser cumpridas no desenvolvimento da mulher, enquanto o homem, com mais sorte, na época do amadurecimento sexual, só precisa continuar o que ele ensaiou no período do primeiro florescimento sexual. (Freud, 1933, p. 248)

Com relação à escolha de objeto, afirma que o curso normal do desenvolvimento da mulher seria a troca da mãe pelo pai:

[...] o pai tornou-se o objeto de amor para a menina, e esperamos que ela possa encontrar, no curso normal do desenvolvimento, o caminho para a escolha definitiva de objeto a partir do pai. Portanto a menina deve, com o passar do tempo, trocar sua zona erógena e objeto, já o menino mantém ambos. (Freud, 1933, p. 249)

Por fim, o autor afirma que a feminilidade só se completa quando a mulher substitui o desejo de ter um pênis pelo de ter um filho: “Só com o afloramento do desejo do pênis é que o filho-boneca se torna um filho do pai, e a partir daí torna-se a meta do desejo feminino mais intenso” (Freud, 1933, p. 259). A inveja do pênis também influencia na vaidade física da mulher, que tenta compensar fisicamente sua percepção de inferioridade biológica. A partir desse momento, a hostilidade contra a mãe cresce ainda mais, a mulher permanecendo no Complexo de Édipo por tempo indeterminado e dele saindo de maneira incompleta. Como consequência, também é incompleta a formação do Superego: “[...] ele não consegue atingir a intensidade e a independência que lhe conferem a sua importância cultural [...]” (Freud, 1933, p. 260). Atribuindo à feminilidade um maior grau de narcisismo, observa que, para a mulher, ser amada é uma necessidade mais forte do que amar e sua escolha de objeto é, muitas vezes, do tipo narcísica, recaindo sobre algum homem que ela desejou se tornar.

Diante disso o autor considera que só a relação da mulher com um filho homem pode lhe trazer uma satisfação ilimitada, considerando tal relação a que mais se isenta da ambivalência emocional: “Para o filho, a mãe pode transferir a ambição que teve de reprimir em si mesma, e esperar dele a satisfação de tudo aquilo que lhe restou do seu complexo de

masculinidade” (Freud, 1933, p. 264). Por fim, atribui o fraco senso de justiça da mulher à preponderância da inveja em sua vida emocional e observa a imaturidade dos homens quando comparados com elas. Nota, através de suas analisadas, que as mulheres de trinta anos de idade já se encontram rígidas, com posições libidinais fixadas, conjecturando que isso se deva ao

processo edípico mais longo e cansativo de assunção da feminilidade:

Não há caminhos disponíveis para continuar o desenvolvimento; é como se o processo todo já estivesse concluído e permanecesse, a partir de agora, influenciável; é como se o difícil desenvolvimento para a feminilidade houvesse esgotado as possibilidades da pessoa. (Freud, 1933, p. 265)

Essas são as linhas gerais dos comentários freudianos sobre a personalidade feminina, que reiteram algumas posições bem estabelecidas da cultura, em especial a relação muito estreita que faz entre atividade e masculinidade, por um lado, e passividade e feminilidade, por outro. O próprio autor observou que as fantasias sexuais infantis associam o órgão sexual masculino à atividade, sadismo e falicidade, enquanto que as representações

infantis ligadas ao órgão sexual feminino são as de castração, masoquismo e passividade. Além disso, não deixou de tentar apontar paralelos com a natureza biológica da reprodução. Esse é certamente o ponto mais ideológico e reificante do discurso freudiano, quando faz essa associação entre a natureza da pulsão e as diferenças sexuais. Esse é um ponto que foi bastante apontado por Kehl (2016), que reitera que tanto a passividade como a atividade estão presentes nos homens e nas mulheres.

Em seus textos finais o autor faz algumas considerações na tentativa de nuançar essa posição. É o caso da observação que a educação oferecida às mulheres de sua época fazia nelas predominar a preferência por metas mais passivas de satisfação da pulsão, o que não significa o mesmo que passividade (Freud, 1933). Além disso, o autor foi sensível à falta de opções culturais disponíveis às suas pacientes que sofriam de histeria, chamando a atenção para o papel da fantasia e do devaneio, que ofereciam alguma compensação a essa ausência de perspectivas sublimatórias. Portanto, é possível afirmar que ele foi sensível às restrições da condição de ser mulher impostas pela vida social e seu preço em termos de sintoma e inserção social. Contudo, não foi suficientemente crítico dessas mesmas condições, muitas vezes tomando-as como circunstâncias dadas e não apontando suficientemente a necessidade de relativização das marcas e condições identitárias que advinham dos papéis e

representações sociais estabelecidos naquele contexto sociocultural. Isso quer dizer que o autor oscila entre uma posição conservadora e outra reformadora quanto às práticas sexuais socialmente instituídas, mas algumas vezes perigosamente se aproximando de justificativas metapsicológicas naturalizantes.

De todo modo, o autor foi capaz de quebrar o tabu da época sobre a causa dos sintomas de histeria nas mulheres, ressignificando a posição preconceituosa velada dos médicos

da época sobre a sexualidade feminina e estendendo o enigma da insatisfação sexual para o cerne da condição humana em geral.

Por outro lado, embora tenha relativizado sua teoria do Complexo de Édipo, reconhecendo que, ao final desse processo, tanto a menina quanto o menino se identificam com a mãe e com o pai, Freud concluiu que a sua resolução na menina consistia, basicamente – e simplificando a teoria –, em abandonar a posição masculina pela feminina, identificando-se com a mãe. Kehl (2016) nota que isso era uma espécie de readaptação das mulheres à feminilidade, não tendo sido Freud capaz de imaginar, para elas, outras vias de satisfação libidinal, por serem consideradas, em sua época, como vias pertencentes ao campo do masculino.

Por conta dos termos gerais dessa discussão é que a teorização sobre a condição feminina e a feminilidade ganhará evidência progressivamente ao longo da interface entre psicanálise e ciências humanas, começando pelo debate com as psicanalistas e seguindo para o feminismo e os estudos de gênero, chegando aos dias de hoje. Não é nosso intuito avançar nesse percurso, mas aprofundar o debate nos termos da teoria freudiana. Para tanto, iremos agora

abordar mais detidamente as considerações de Janine Chasseguet-Smirgel (1988, 1991).

2.4 Problematicando o Legado Freudiano sobre a Feminilidade

Como vimos, a investigação sobre a caracterização e etiologia da histeria confunde-se com o próprio nascimento da psicanálise. Nos textos freudianos a neurose histérica foi solidamente mapeada a partir do conflito edípico, adquirindo uma configuração estrutural centrada na operação de recalque da sexualidade fálico-genital e na ambivalência da dialética fálica em torno do desejo e do sentimento de culpa. A essa posição histórica estrutural veio somar-se uma teoria sobre a constituição das características identitárias da personalidade

masculina e feminina, também centrada na problemática edípica, porém a partir de uma série de posições acerca das características femininas que a colocam em uma posição de inferioridade ou, pelo menos, de negatividade em relação ao masculino.

Nesse cenário, a contribuição teórica da psicanalista francesa Janine Chasseguet-Smirgel (1928-2006) destaca-se como um esforço de descentramento crítico. Longe de rejeitar as premissas de Sigmund Freud, a autora promove uma ressignificação desse modelo clássico, propondo que a exuberância dramática e os impasses da identificação histórica guardam uma íntima relação com as fases primitivas do desenvolvimento libidinal e a imago materna arcaica.

Essa leitura está apresentada na obra que a autora organizou sobre a Sexualidade Feminina (Chasseguet-Smirgel, 1988). Em seu ensaio específico, a autora opera uma torção conceitual na função do falo e no papel da inveja do pênis (*Penisneid*), deslocando-os de uma normatividade centrada na naturalidade da diferença anatômica dos sexos para pensar como uma posição defensiva contra ansiedades e fantasias mais arcaicas, de caráter pré-genital, ligadas à fantasias de fusão e retorno ao corpo materno.

Como vimos, na metapsicologia freudiana tradicional, a menina ingressa no Complexo de Édipo pela via do desapontamento com a falta anatômica, voltando-se ao pai na esperança de obter o falo substitutivo na forma do filho. Chasseguet-Smirgel reinscreve esse momento clínico sob a ótica das relações de objeto e das discussões que se estabelecem nos anos 1920 em torno do papel da mãe e do trauma do nascimento. Para a autora, a imago da mãe primitiva

é vivida pelo lactente como uma potência absoluta, onipotente e potencialmente devoradora. Nessa perspectiva, a busca histórica pelo falo paterno não se esgota no desejo de posse do órgão ou do privilégio social, mas configura-se como um mecanismo de sobrevivência psíquica. O falo atua como um terceiro elemento ordenador, um significante de demarcação que permite à menina romper a alienação e o risco de reabsorção pelo “império materno”. A dita “inveja do pênis” na histórica é, portanto, o sintoma de uma tentativa desesperada de diferenciação subjetiva. Essa fantasia, ademais, diz respeito a todo empuxo à uma posição fálica, tanto em homens quanto em mulheres.

Pensar a caracterização da sintomatologia histórica sob essa ótica traz alguns desdobramentos importantes. A vulga dramatização nas manifestações clínicas da histeria que são depois transpostas para a condição feminina em geral - o teatro corporal, a labilidade emocional e a plasticidade das identificações - é reinterpretada por Chasseguet-Smirgel

(1988) como uma encenação que visa encobrir um vazio arcaico. A fixação pré-genital impede que o sujeito elabore o luto pela perda do objeto materno primário. Como consequência, a conversão somática e a sedução não expressam apenas a realização de um desejo genital edípico recalcado, mas mimetizam e tentam controlar a ambivalência em relação ao corpo da mãe. Assim, a histérica recusa-se a aceitar os limites impostos pela castração e, ao mesmo tempo, apavora-se diante da possibilidade de regressão ao estado de dependência uterina absoluta. Para evitar esse desamparo primitivo, ela erige uma defesa baseada na idealização amorosa do pai, que se mostra cronicamente insatisfatória porque o objeto real jamais se equipara ao ideal protetivo demandado.

Essa nova perspectiva sobre o tema demonstra que a sexualidade feminina não se restringe a um conflito de rivalidade edípica tardia, mas enraíza-se na dificuldade constitutiva de individuação em face da alteridade. Ao articular o Édipo freudiano às angústias pré-genitais, a autora retira a sexualidade feminina da sombra do falocentrismo estrito.

Assim, quanto ao ponto específico da teoria freudiana sobre a inveja do pênis, Chasseguet-Smirgel (1988) considera que tal inveja não diz respeito a esse órgão propriamente, em sua concretude, mas que ela camuflaria o desejo de obter um eu unificado, caso alguns atos sexuais não tivessem sido reprimidos na infância. A descoberta do órgão sexual dos meninos faz parte da descoberta do próprio sexo pela menina, e a fantasia de que sua própria mãe lhe privou de obter um pênis é uma desculpa conveniente para explicar seu ódio a ela. Muitas mulheres idealizam o órgão sexual masculino, apresentando ideias fantasiosas, descobertas em análise, de que a posse do pênis lhes traria poderes infinitos, garantia de segurança, prazer, amor e liberdade, além da imunidade contra a ansiedade e a culpa. Tal idealização ocorre pela

investida da mulher, nesse órgão, de tudo o que ela perdeu em relação à esperança em si mesma: seu objetivo na vida, sua maturidade genital. Dessa forma, libertar-se da repressão sexual da infância traz uma sensação de poder, autoestima e, principalmente, fé nas próprias capacidades e no desenvolvimento futuro. Quando os atos de masturbação e a capacidade de sentir prazer são reprimidos nas meninas, a inveja é despertada. Caso pudessem despertar prazer no próprio corpo, as meninas teriam a possibilidade de identificação com os pais na fantasia da cena primária. A repressão sexual, porém, causa-lhes um vazio no lugar dessa identificação, resultando em uma imagem corporal incompleta.

Chasseguet-Smirgel (1988b) conclui também que as fantasias sexuais libertam a

criança da dependência da mãe, ao mesmo tempo em que permitem estabelecer uma imagem materna mais autônoma, capaz de encontrar prazer em outras pessoas para além de sua criança. Com a repressão sexual, ao contrário, o resultado é que a criança não consegue se libertar do domínio da própria mãe, pois entende que somente ela pode lhe dar prazer. O caminho para a relação com o pai fica bloqueado, a dependência em relação à mãe se perpetua até a vida adulta e a menina vive o dilema de ter que se identificar com uma mãe agressiva, que precisa se sentir completa com o corpo da criança. O que a menina deseja, portanto, não é o pênis em sua concretude, mas poder dominar as coisas em geral, pois, durante a fase anal – a fim de agradar a mãe, que lhe parece demonstrar interesse em possuir suas fezes, mesmo as que estão dentro de seu corpo – abdicou da capacidade de controlar seu esfíncter. Consequentemente, o controle sobre o interior de seu corpo também fica sob o domínio materno. Para se libertar dessa dominação, a criança inverte a relação, dirigindo uma agressão contra o interior do corpo materno.

Além disso, Chasseguet-Smirgel (1988a) tenta também demonstrar o motivo pelo

qual as teorias de Freud sobre a sexualidade feminina se mantiveram mais ou menos inalteradas. No capítulo intitulado “Freud e a feminilidade: algumas manchas cegas sobre o continente negro”, ela chama a atenção para o que denomina de “teoria do monismo sexual fálico”, ou seja o modelo básico da teoria freudiana segundo o qual, na infância, as crianças reconhecem apenas um órgão sexual – o pênis (presente ou ausente). Nota ainda que a ignorância da existência da vagina não corresponde a uma defesa ligada ao recalque, mas a uma clivagem do ego, já que, para as crianças, a vagina não existe nem mesmo no inconsciente. A autora aponta que Freud chegou a considerar a presença ou a ausência de excitações vaginais precoces, mas não da subversão que a existência da vagina poderia provocar na teoria sobre a sexualidade feminina. A autora retoma alguns elementos do caso “Pequeno Hans”, escrito por Freud em 1909, que parecem contradizer o caráter impreciso da excitação do pênis no menino, demonstrando o caráter defensivo da teoria do monismo sexual fálico e das teorias sexuais infantis no geral. Nesse sentido questiona a suposição de que a menina ignora a existência da vagina, tendo em vista que Freud, nesse texto, aponta nossa capacidade de perceber precocemente todas as modificações corporais:

Por que os poderes do inconsciente para conhecer o que se passa na nossa

intimidade corporal não chegariam à vagina? Como não haveria, para o menino, uma presciência de um órgão complementar ao seu, quando Freud postula, por outro lado, a existência de fantasmas inatos? (Chasseguet-Smirgel, 1988a, p. 32)

Ainda a respeito do caso do pequeno Hans, Chasseguet-Smirgel (1988a) infere que a criança sabia de tudo que tinha se passado no corpo da mãe quando sua irmã nasceu, já que associou o sangue na bacia aos seus órgãos genitais. Quando o pequeno pergunta à mãe se ela também tem um “faz-pipi”, não é necessário pensar que ela mentiu, pois a mulher também possui um órgão urinário. Por outro lado, sua pergunta também pode ser compreendida como uma curiosidade concernente à diferença sexual. A autora questiona o motivo pelo qual o pequeno Hans desejaria ter um órgão sexual grande como o de seu pai para satisfazer sua mãe, se ele ignora o fato de que ela possui um órgão que lhe é incapaz de satisfazer. Além disso, o conhecimento da existência da vagina da mãe aparece em duas outras fantasias que a criança revela a seu pai:

‘Estou contigo em Schonbrunn, lá onde estão os carneiros; então passamos por baixo das cordas, e depois contamos para o policial que está na entrada do jardim e ele nos prendeu todos os dois.’ Na sua segunda fantasia, ele diz: ‘Eu estava contigo no trem

e tínhamos quebrado o vidro de uma janela e o policial nos levou.’ A ideia de que seu pênis é muito pequeno para a vagina de sua mãe transparece de novo, parece-me, no medo de que sua mãe o deixe cair na banheira grande. [...] Mais tarde, Hans falará da caixa grande (o ventre de sua mãe): ‘É verdade, papai. Acredita em mim. Nós pegamos uma caixa grande e lá dentro estava cheio de bebês; eles estavam sentados na banheira’. (Chasseguet-Smirgel, 1988a, p. 33)

A autora se surpreende com Freud também ter percebido esse fato, mas, apesar disso, conservar sua teoria do monismo sexual fálico e a ignorância das crianças a respeito do órgão sexual feminino, exprimindo uma série de opiniões hipotéticas e até contraditórias. Ao contrário do que Freud (1905) havia dito nos “Três ensaios sobre a sexualidade”, os desejos de penetração existem no menino até mesmo antes da puberdade, assim como a ideia obscura e premonitória da existência do órgão sexual feminino. Em momento algum aparece que o órgão que o pequeno Hans supõe existir na mãe seja um pênis e, ainda que a imaginasse com um órgão semelhante ao seu, essa representação iria se sobrepor a da vagina. Chasseguet-Smirgel (1988a) questiona se essa representação não desempenharia um papel defensivo contra o medo

da castração, que levaria o menino a querer ver um pênis onde ele não existe. O medo da castração diante da visão dos órgãos genitais femininos seria tão forte que a criança ignoraria a existência da vagina. Ela imaginaria, então, não um sexo diferente do seu, mas uma

ausência de sexo.

Além da análise do caso do pequeno Hans, Chasseguet-Smirgel (1988a) leva em conta o caso do “Menino dos Lobos”, escrito por Freud em 1918. Segundo a autora, a criança teria assistido à relação sexual dos pais com um ano e meio de idade, tendo o sonho com os lobos aos quatro anos, descobrindo, assim, a existência do órgão sexual feminino:

Ora, segundo Freud, ‘a reativação da cena primitiva no sonho atualmente levava a criança à organização genital. Descobria a vagina’. Vemos, portanto, aparecer aqui uma contradição com a teoria da descoberta da vagina na puberdade. (Chasseguet-Smirgel, 1988a, p. 35)

No caso do Menino dos Lobos, assim como no do presidente Schreber, pode-se notar o desejo instintivo de receber uma criança do pai, desejo este ligado à sua identificação feminina, pertencente à fase do Complexo de Édipo negativo, enquanto que, nas meninas, tal desejo só aparece como substituto da inveja do pênis. A autora argumenta, portanto, que os desejos femininos de penetração e recepção de uma criança do pai seriam mais diretos no homem do que na mulher.

Por outro lado, no artigo “Sobre a sexualidade feminina” (1931), Freud afirma que somente nos meninos ocorre a junção do amor pela mãe e do ódio pelo pai enquanto rival. A

fase pré-edípica é por ele considerada muito mais importante na mulher do que no homem. A menina poderia jamais atingir a fase do Complexo de Édipo positivo e, durante o Édipo negativo, o pai é apenas um rival que incomoda. Se a menina atinge o Édipo positivo, o vínculo com o pai entra em contradição com o apego anterior à mãe.

Chasseguet-Smirgel (1988a) nota, portanto, que, segundo a teoria freudiana do Complexo de Édipo, o pai é mais objeto de amor do menino do que da menina, tendo em vista que o desejo sexual da mulher pelo pênis é inteiramente subordinado à sua inveja narcísica, levando-a a se afastar da mãe para obter do pai esse órgão cobiçado. A inveja do pênis é primária, os desejos eróticos femininos, secundários. A mulher que se recusa a abandonar seu investimento no clitóris como zona erógena principal fica predisposta à neurose (principalmente à histeria) e à frigidez. A autora cita William Gillespie, que questiona a teoria freudiana sobre a necessidade da renúncia da mulher ao prazer clitoridiano, que implicaria uma insistência na ideia de que a mulher deva ser castrada.

A este respeito, Chasseguet-Smirgel (1988a) percebe que, na teoria freudiana, a sexualidade feminina é colocada inteiramente sob o signo da falta: da vagina, do pênis, de

uma sexualidade específica, de objeto erótico adequado, de capacidades próprias, de superego completo e de capacidade para a sublimação. Em contrapartida, a sexualidade do menino é plena: possui um órgão sexual adequado, uma sexualidade específica e objetos eróticos específicos. O surpreendente, segundo ela, não é o fato de as teorias de Freud terem, em alguns momentos, encontrado entraves, mas, ao contrário, terem encontrado um alcance tão longínquo:

O que parece problemático é o fato de que esta teoria continue a ser aceita, tendo resistido, afinal de contas, a todos os argumentos clínicos e teóricos que se lhe opuseram, assim como a suas próprias contradições. (Chasseguet-Smirgel, 1988a, p. 38)

A autora ainda apresenta uma hipótese sobre o motivo da permanência da teoria do monismo sexual fálico. Para ela, quando a criança é obrigada a reconhecer a diferença entre os sexos, também é obrigada a reconhecer a diferença entre as gerações. Isso constitui uma ferida narcísica dolorosa para a criança, já que o pai adulto possui um órgão sexual capaz de satisfazer a mãe, e, o menino, não. Se o menino não tivesse desejo algum de penetrar a mãe durante o Complexo de Édipo, ele nada teria a invejar de seu pai. A teoria do monismo sexual fálico aponta ainda outras vantagens do ponto de vista narcísico: se a mãe não tem vagina, o menino, na fase do Complexo de Édipo negativo, é tão capaz quanto ela de satisfazer o pai.

A autora argumenta que a teoria do monismo sexual fálico enfoca dois momentos da relação com a mãe: de um lado, a mãe arcaica, onipotente e, de outro, a mãe edipiana, durante os quais a criança experimenta a insuficiência ligada à prematuração de seu corpo. O desejo de se libertar da mãe arcaica e primitiva leva as crianças – de ambos os sexos – a projetar o poder sobre o pai e seu órgão sexual, desinvestindo órgão sexual feminino. Se a relação com a mãe for suficientemente boa, o menino tomará seu pai como modelo, desejará ser como ele para possuí-la. Todo esse processo permitirá que ele se desenvolva segundo seu próprio sexo, sem desvalorizar as capacidades femininas. Se, porém, a relação com a mãe for muito ruim, ele poderá retirar todo seu investimento narcísico dela e o depositar no órgão sexual do pai e em seu próprio, dificultando a integração de sua própria feminilidade, de modo que as capacidades consideradas femininas serão, para ele, objetos de desprezo. A experiência analítica da autora revela, por trás desse desprezo, uma imago materna poderosa, invejada e aterrorizadora. Diante disso, pode-se entender que a inveja do pênis, na menina, repousaria, portanto, não na ignorância que possa ter da vagina e no sentimento de castração que

resultaria disso, mas na
necessidade de combater o poder materno.

Para endossar sua crítica, Chasseguet-Smirgel (1988a) cita o trabalho da psicanalista Judith Kestenberg, para quem a teoria freudiana do monismo sexual fálico tem se tornado insustentável. A seu ver, a menina não é primeiramente marcada pela falta, mas por ser um receptáculo, o que sugere toda uma transformação do entendimento acerca do desenvolvimento psicosssexual das mulheres. Já que tanto os homens quanto as mulheres estão marcados pela identificação com o pai e com a mãe, a identificação com esta última – vivida desde o início como possuidora de uma vagina, ao invés de portadora de uma falta – desempenha papel fundamental na sexualidade de ambos os gêneros.

Para Chasseguet-Smirgel (1988b), o desejo de ter um filho é inato nos seres humanos e recalcado durante o período de prematuridade sexual. A este respeito, a autora aponta uma imprecisão no pensamento de Freud, quando este afirma que o caráter do objeto da pulsão é variável e que não há atração instintiva entre os sexos, enquanto que, por outro lado, o mesmo aceita que a pulsão de vida seja sustentada pelo instinto de reprodução, para o qual já existe um objeto pré-formado. Sendo assim, ela questiona por que o autor recusa a ideia de uma atração natural entre os gêneros com vistas à reprodução. Para ela, tal atração inata seria posta em latência durante a fase imatura, e a satisfação genital se daria através das funções orais e anais. A autora compreende, assim, o motivo da existência de um núcleo histérico universal prevalente nas mulheres, que utilizam representações orais para exprimir fantasias genitais de ter um filho.

A fantasia de incorporação do pênis paterno, para fazer dele um filho, é perceptível nos sintomas histéricos, à imagem de um feto em sua matriz. Quando as mulheres que apresentam sintomas histéricos erotizam um órgão de seu corpo, a incorporação do pênis/bebê serve de base ao sintoma. O corpo feminino, receptáculo do feto, é erotizado de modo muito mais difuso e global do que o corpo do homem, pois a mulher é possuída inteiramente pela maternidade, o que lhe favorece o salto do psíquico ao somático e a aptidão para converter a energia libidinal em zonas não erógenas de seu corpo. Para a autora, essa complacência somática das mulheres teria como origem sua receptividade e disposição para a maternidade, que não possui limites definidos, diferentemente da sexualidade masculina, que seria centrífuga, por ter como única finalidade a penetração (Chasseguet-Smirgel, 1988b).

Nesse sentido, as contribuições da autora confluem com as críticas de Kehl

(2016), que questiona o modelo de cura para a histeria oferecido por Freud, já que este equivalia a remeter as mulheres de volta a um modelo de feminilidade que se encontrava em crise. Outras possibilidades de vida e de escolhas estavam surgindo com a modernidade, e as únicas saídas

para a cura da histeria, oferecidas pela psicanálise, naquela época, restringiam-se ao casamento e, em alguns casos, à maternidade. Segundo ela, é por esse motivo que, durante muito tempo, no discurso psicanalítico, a feminilidade acabou sendo equivalente à histeria, observando-se inclusive uma valorização da mulher histérica como aquela que sabe ser feminina diante de um homem. A autora questiona se a equiparação das mulheres às histéricas não foi uma tentativa de generalização e de fazer com que existisse apenas um modelo feminino, daquela que pode ser considerada “verdadeiramente uma mulher”. Durante muito tempo, o discurso psicanalítico tentou criar, dessa forma, uma complementaridade entre os gêneros, conforme a qual os homens, de uma parte, são portadores de um desejo e, de outra parte, as mulheres tentam se fazer objeto desse desejo. Os sujeitos em geral, no entanto – sejam homens, mulheres ou de outros gêneros –, são criadores de discursos, criadores de diversidades e singularidades. A tentativa de algumas mulheres, ao fim do século XIX, de produzir uma fala própria é a tentativa de se tornarem sujeitos de seus próprios destinos, não mais objetos de vários discursos.

2.5 Considerações Finais

Este capítulo se propôs a apresentar as linhas gerais dos fundamentos e percurso freudiano sobre a histeria e a feminilidade, abordando o contexto histórico-biográfico do autor

e avançando sobre suas contribuições teóricas. Abordamos suas considerações sobre a histeria, a moral sexual civilizada e a constituição da personalidade feminina a partir do complexo de Édipo. Buscamos caracterizar as ambiguidades e oscilações do discurso freudiano entre uma posição conservadora e reformadora, centrando particularmente no mérito das consequências do monismo fálico e a inveja do pênis sobre a concepção de feminilidade. A partir da discussão com Chasseguet-Smirgel (1988a e 1988b) buscamos avançar na resignificação da compreensão da posição fálica e feminina, tentando relativizar e ampliar o legado freudiano.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo principal efetuar uma revisão bibliográfica dos textos de Freud e de alguns de seus comentadores, a fim de investigar e analisar como o autor relacionava a histeria às mulheres, buscando caracterizar melhor os conceitos de “feminilidade” e “posição feminina” no que diz respeito à compreensão da mulher e da personalidade feminina. Propusemos em dois capítulos ensaísticos abordar a configuração da relação entre histeria e feminilidade, desde as práticas de cura ocidentais até seus desdobramentos na teoria de Sigmund Freud na constituição do campo psicanalítico.

A motivação de nossa dissertação foi resgatar um debate supostamente ultrapassado e muitas vezes apresentado de forma estereotipada sobre as posições freudianas, sem considerar a complexidade da configuração sociocultural da subjetividade e suas transformações. Buscamos desconstruir, baseados em comentadores específicos, no caso Huberman e Chasseguet-Smirgel, as teses de uma suposta naturalidade da condição histérica e da inveja do pênis como elementos centrais da compreensão do desejo e da personalidade feminina. Particularmente, buscamos explorar a pluralidade e as ambiguidades da posição freudiana, oscilando entre conservadorismo e reformismo, com pouca ampliação para uma consideração verdadeiramente crítica do seu tempo, embora bastante revolucionária em algumas bases conceituais.

Este trabalho não se propõe a descrever a histeria como inerente às mulheres, mas sim a identificar quais fatores dentro daquela cultura poderiam produzir esse tipo específico de funcionamento psíquico, o qual tinha, como consequência, esse modo de expressar seus conflitos e sofrimentos. Os escritos freudianos sobre as mulheres provocaram uma série de debates, inclusive de revoltas, e, em vista disso, é necessário um estudo mais detalhado e aprofundado sobre os textos, para evitar conclusões simplistas e precipitadas (Domingues, 2008).

Kehl (2016) reforça esse entendimento sobre o pai da psicanálise, lembrando que ele foi um dos primeiros homens a perceber e ter a coragem de escutar, de maneira séria, a crise ainda sem nome que as mulheres traziam para seu divã na forma de sintomas corporais. A autora observa que Freud não reformulou profundamente suas concepções e ideais sobre as mulheres, apesar de ter sido ele quem chamou a atenção para o fato de que os gêneros – tanto o homem como a mulher – são construídos socialmente, principalmente após a

passagem pelo Complexo de Édipo da criança. Mesmo assim, para ele, o alcance da “condição feminina” significava também a derrota e a repressão de todas as outras ambições – como ter um trabalho que não o

doméstico, as aquisições culturais, a vida pública –, já que estas, em sua cultura, eram consideradas “masculinas”. Os últimos textos da vida de Freud oscilam entre a decepção pela incapacidade da psicanálise de “curar” as mulheres e a perplexidade, fazendo várias vezes o questionamento sobre o que afinal quer uma mulher. Nesse ponto, Kehl (2016) sugere que havia em funcionamento o mecanismo de negação por parte dele, já que:

A manutenção de um ponto enigmático sobre o querer feminino, a representação da mulher como continente negro da psicanálise seriam, a meu ver, recursos a que Freud recorreu para manter-se ignorante a respeito do que ele mesmo não queria saber, embora já tivesse revelado ao resto do mundo: a diferença fundamental entre homens e mulheres é tão mínima que não há mistério sobre o “outro” sexo a que um cavalheiro não pudesse responder indagando a si próprio. O que fez Freud, aliás – mas, como bom neurótico, não podia saber o que estava fazendo. (Kehl, 2016, p. 153-154)

Essas são as contradições de um homem real e, na tentativa de humanizar e diminuir a idealização daquele que um dia representou a figura de pai para a comunidade psicanalítica, não é exagero reiterar que Freud foi sujeito de sua cultura, nos dois sentidos do termo: assujeitado a ela e sujeito de um discurso que a ultrapassa. Por essa perspectiva, a prática determina a teoria de uma época, mas a teoria também faz avançar a prática (Rosa, 2004). Nesse sentido, este trabalho pretende analisar e levantar algumas hipóteses sobre as consequências que esses fatos acarretaram para a teoria psicanalítica sobre a sexualidade das mulheres. Por esse motivo, é interessante notar, nos discursos freudianos sobre as mulheres, sua subjetividade, seu saber inconsciente, sem aderir dogmaticamente às suas teorias, pensando um retorno a Freud como possibilidade de abertura de pensamento e produção de novas teorias, que, sem dúvida, já se modificaram no decorrer do tempo, sendo importante o acompanhamento dessas modificações (Rosa, 2004).

Freud estava inserido em uma cultura e um contexto histórico marcados por diversas mudanças. Segundo Rosa (2024), iniciava-se, então, a passagem de uma tradição, em que cada sujeito que nascia já herdava um lugar social construído pela família, para uma cultura

mais individualista, que, por um lado, garantia maior liberdade e mobilidade social, mas, por outro, causava maior desamparo, sendo que toda a responsabilidade de construção da própria vida recaía sobre o sujeito. É importante destacar que essas mudanças não foram imediatas,

nem rápidas, e que elementos da tradição e da modernidade coexistem nos indivíduos e nos agrupamentos humanos, até os dias atuais. Em Viena, no final do século XIX, grande parte da população saiu do interior em busca de emprego, inclusive as mulheres, que trabalhavam, em sua maioria, nas oficinas têxteis, recebendo salários miseráveis. As mulheres não continuam a ocupar as vagas de trabalho deixadas pelos homens durante a guerra, de modo que o

desemprego se alastra, e as mulheres das classes populares, que se dedicaram a tratar os feridos pela Primeira Guerra Mundial, passam a cuidar das crianças órfãs ou na miséria. Já daquelas pertencentes às classes burguesas, era esperado apenas que aceitassem os bons costumes que os homens projetavam nelas. A psicanálise foi, portanto, o sintoma de um mal-estar nascente da sociedade burguesa e, ao mesmo tempo, um remédio para esse mal-estar (Rosa, 2024).

Os grupos feministas que existiam eram compostos, basicamente, por mulheres das classes médias. Nas sociedades às quais pertenciam, as progressistas consideravam inferiores os lugares reservados para o gênero feminino – os das esferas privadas dos lares –, embora houvessem conquistas mesmo dentro dessas esferas íntimas. Entre essas conquistas, Hobsbawn (2005) cita que as mulheres passaram a poder ser formadoras da cultura, dos valores sociais e da opinião pública. Além disso, aprenderam a formar e influenciar as opiniões dos próprios homens, atuando, assim, indiretamente nas questões públicas. O reconhecimento público só era possível para aquelas que tinham talentos e habilidades muito especiais. Essas habilidades, geralmente, se restringiam a profissões, à época, consideradas “femininas”, como o teatro, a literatura e a educação. Quanto à política, elas tinham pouca força no geral, exceto nos movimentos mais intensos pelo sufrágio feminino, ocorridos na Inglaterra e nos Estados Unidos (Rosa, 2024).

A histeria muitas vezes é considerada uma questão ultrapassada, datada e que, desde a revolução cultural e sexual, pouco tem a acrescentar nos debates da clínica psicanalítica atual. As teorias, entretanto, refletem na prática da psicanálise e ambas ainda encontram desafios na clínica, heranças das teorias iniciais de Freud sobre as mulheres e o feminino. Costa e Lang (2016) observam que antigamente estávamos submetidos a uma lógica da repressão, que hoje não é mais tão intensa. Atualmente, os ideais superegóicos a que estamos expostos são mais os da livre expressão dos desejos. Ainda hoje, porém, encontramos, em alguns contextos, a lógica da repressão sexual e de outros desejos em geral, como em contextos educacionais mais rígidos,

algumas religiões que ainda pregam uma forte repressão à sexualidade e a outros impulsos, etc. Apesar de tudo isso coexistir em nossa cultura, as mulheres hoje podem ocupar outros lugares, para além daqueles a que estavam restritas as primeiras pacientes de Freud, oriundas da burguesia vienense. As mudanças objetivas relacionadas às conquistas dos direitos civis como o voto, o divórcio, os métodos contraceptivos, o acesso ao trabalho remunerado e aos estudos formais provocaram mudanças subjetivas, incrementadas pela possibilidade de tomada de consciência sobre o próprio corpo e seus desejos – conquista essa pela qual a psicanálise também foi responsável. Ainda assim, encontramos na clínica o sofrimento da neurose histérica, colocando-nos a questão de quais problemáticas e conflitos esses sintomas denunciam

atualmente: “Os deprimidos sofrem por todos os lados, isso é sabido. Mas o que não se sabe tão bem é que também vemos sintomas de conversão tão espetaculares quanto os observados por Charcot e Freud (...)” (Kahn, apud Roudinesco, 1999, p. 18).

Atualmente, os ideais sociais que formam o Superego são os de performance e perfeição, principalmente do corpo. Costa e Lang colocam que a histeria, em nossa cultura, aparece na estimulação ao espetáculo: “O espetáculo tem a ver com o estado propenso à exibição de tudo, desde o mais supérfluo ao que geralmente seria tratado como mais valorizado na vida, como as trocas pessoais [...]” (2016, p. 120). Os sintomas predominantemente encontrados hoje em dia – as anorexias, bulimias, fibromialgias e síndrome do pânico – se configuram como formas de sofrimento na atualidade, sendo considerados, por alguns teóricos, como as formas de histeria atual. Para Alonso e Fuks (2005), a histeria se veste com os elementos de sua época, instituindo-se em uma forma de saber sobre a sexualidade, o corpo e o feminino. Entretanto, há uma tentativa de fragmentação e dispersão dos sintomas de histeria nos manuais psiquiátricos mais atuais: “aquilo que Freud juntou ao escutar suas pacientes, constituindo um quadro, atualmente é entendido separadamente” (Alonso; Fuks, 2005, p. 295). Essa fragmentação pode ser interpretada como um movimento de desarticulação do conceito de estruturação mental realizada pela psiquiatria, que trata desses sintomas como distúrbios a serem eliminados. Em vista disso, é importante resgatar a noção de estruturação e fazer frente a discursos simplistas e fragmentadores da vida mental.

Após os anos de 1980, houve na psiquiatria um movimento político de recusa dos discursos subjetivos e das histórias de vida associadas aos surgimentos das doenças mentais. Como consequência, iniciou-se também uma redução do contato do médico com o

paciente e da profundidade do pensamento clínico. Na área da medicina, não apenas na psiquiatria, mas também na clínica geral, frequentemente são receitados psicotrópicos para os sofrimentos

mentais decorrentes das neuroses, principalmente os antidepressivos, sem, no entanto, haver uma escuta mais profunda da história do sofrimento do indivíduo:

Apesar de alguns psiquiatras manterem individualmente uma posição de escuta ampla, atualmente a tendência hegemônica na psiquiatria promove escutar na fala do paciente só os enunciados que permitam incluí-lo em alguma das categorias das classificações (...), fazendo com que a histeria esteja, mas não seja reconhecida. (Alonso; Fuks, 2005, p. 297)

Ao falar, o sujeito se dirige a seus semelhantes, àqueles com os quais ele se identifica. Falamos para acessar a diferença, mas buscamos, com isso, reconhecimento e identificação com nossos semelhantes (Rosa, 2015). Sendo assim, permitir que quem sofre fale

sobre isso é retirar a pessoa da condição de objeto e colocá-la em uma condição de sujeito, talvez pela primeira vez em sua vida. Foi isso que Freud tentou fazer com suas primeiras pacientes históricas e, como todo ser humano, obteve erros e acertos no que se propôs a fazer. Certos discursos, principalmente o da ciência – e isso abarca a medicina e a psiquiatria –, impõem a sua verdade ao sujeito, desarticulando seu lugar de fala e barrando o caminho que poderia fazer com que ele chegasse à sua própria verdade, trazendo, com isso, desamparo, angústia e silenciamento:

(...) este sujeito, obturado pelo excesso de sentido e paralisado frente ao Outro que se apresenta como potente e detentor da verdade sobre ele, vê-se paralisado, esvaziado de seus enigmas, silenciado, narcisicamente desestabilizado e defrontado com a angústia e o vazio de sentido. (Rosa, 2015, p. 19)

Dessa forma, fazer psicanálise também é fazer política, dando ao sujeito a oportunidade de ser o enunciador de seu próprio discurso e, com isso, tomar uma posição ativa, não só de sua fala, mas também de sua própria vida.

Na época em que Freud viveu, o sexo biológico ainda estava muito atrelado ao gênero (construído socialmente), de modo que, às mulheres, eram atreladas as características da feminilidade e, aos homens, as da masculinidade. Embora Freud tenha relativizado essa questão, dizendo que, na saída do Complexo de Édipo, são bem comuns as identificações e as características entrelaçadas – tanto masculinas como femininas –, sua relativização não

alterou, fundamentalmente, essa ordem inicial de suas teorias. Mesmo assim, para a Psicanálise, as definições de “mulher”, “feminilidade” e “posição feminina” não coincidem. Historicamente, Freud indicava que as posições “masculinas” e “femininas” se relacionavam com a posição de desejo (ativo) ou de objeto (passivo) em relação ao desejo sexual de um outro ser humano,

sendo que essas duas posições e modos de desejar existem tanto nos homens quanto nas mulheres.

Para as meninas e mulheres que não querem ou não podem se identificar com a própria mãe, uma das saídas possíveis seria a identificação com os atributos do pai e/ou outros homens próximos (sejam da família ou de outros vínculos). Atualmente, na cultura em que estamos inseridos, isso é mais facilmente pensado e imaginado. Na época em que Freud viveu, essas possibilidades existiam e eram permitidas à infância: as mulheres participavam das tarefas da cultura dentro de seus lares, estimuladas pelo pai e por parentes próximos.

Em meados do século XIX, os pais de família burgueses eram muito mais presentes na vida familiar, e muito mais ligados a seus filhos e filhas do que os de uma ou duas

gerações atrás. No caso das moças, Yvonne Knibiehler chama a atenção para o que ela chama de ‘uma espécie de idílio entre pais e filhas no seio da família nuclear burguesa. (Kehl, 2008, p. 221)

Mas, ao atingirem a idade adulta, esse estímulo intelectual e sublimatório lhes era retirado, e os mesmos homens que as encorajavam, agora passavam a fazer o contrário, pois a tarefa era prepará-las para o casamento e a maternidade, apenas:

A proximidade, a intimidade, as conversas com o pai produziam para essas moças um campo de identificação muito mais vasto do que o que se descortinava na relação com suas mães; mas o mesmo agente que estimulava nelas o gosto pela atividade intelectual, pela informação e pela arte, exigia que renunciassem a tudo em favor do casamento, frequentemente no interesse dos negócios da família. (Kehl, 2008, p. 222)

Para além de sofrerem o peso das normas sociais, teriam esses pais sido tomados por uma forte angústia diante de alguém tão diferente deles fisicamente, mas igual ou mesmo mais capaz do que eles psiquicamente? O fato é que geralmente eles lidavam com isso com extrema violência, vetando, às meninas, o caminho para algumas identificações consideradas masculinas à época. Nos relatos de alguns casos de histeria descritos por Freud, frequentemente são mencionadas relações muito amigáveis entre as mulheres e seus pais e

questionado por que o destino desse amor já sublimado deveria ser a regressão a uma neurose. Assim, o impasse na cura da histeria seria consequência da falta de outras possibilidades de identificações, não oferecidas nem pela cultura nem pela esfera doméstica (Kehl, 2008).

Mesmo as direções possíveis de cura da histeria, naquela época, não se davam sem conflitos, pois algumas mulheres já estavam questionando o casamento e a maternidade a partir dos ideais recentes que a literatura começavam a estimular, voltados à liberdade individual e à possibilidade de se imaginar outras formas de vida.

Quando Freud se referiu à baixa capacidade de sublimação como uma característica natural das mulheres, pareceu não levar em conta as críticas que ele próprio já havia proferido sobre a cultura vitoriana, conforme a qual eram bastante restritos os lugares sociais permitidos a elas. Essa leitura crítica das teorias freudianas se tornou mais efetiva quando a psicanálise começou a ser pensada a partir da perspectiva lacaniana, para a qual cada sujeito – seja homem ou mulher – pode produzir alterações em seu próprio campo simbólico. De uma forma mais clara, essa perspectiva explicitou que a fase do Complexo de Édipo não reflete mais uma situação concreta vivida entre a criança e seus pais, mas a questão de onde uma criança pode ser colocada em relação ao desejo desses pais e da cultura em que está inserida. Se a castração não for simbolizada, ou seja, se continuar sendo pensada em termos concretos – como ausência

ou presença do pênis –, as pessoas continuarão igualando o pênis ao símbolo de poder ou daquilo que completa a falta, impossibilitando-se, para cada sujeito, a criação de uma narrativa de vida individual. A este respeito, questiona-se por que, nas teorias freudianas, o único lugar ocupado por uma mulher é o da identificação com a falta do pênis, já que ela também faz identificações masculinas. Tal questionamento abre caminho para se pensar a feminilidade de um modo bastante diferente daquele tradicional, segundo o qual, para se tornar uma mulher, a menina precisa recalcar todos os atributos considerados “masculinos”. Além disso, a perspectiva lacaniana dá margem para pensar que o processo de sexuação das meninas passa pela simbolização do falo, ou seja: na primeira infância, ela atribui o falo à presença do pênis, mas, posteriormente, a falta do órgão sexual masculino não significa necessariamente a ausência do falo, pois pode ser substituída por outras conquistas – profissionais, estéticas, materiais e até mesmo maternas.

Além disso, há ainda a questão da existência de cura do sofrimento feminino, mais especificamente, da inveja do pênis. Toda inveja passa pelo que o sujeito deseja no outro. Contra a inveja do pênis, portanto, seria necessário introduzir novas faces simbólicas

do falo, construídas a partir da identificação com o pai e outras figuras masculinas, sem deixar de considerar também os atributos da mãe e de outras figuras femininas. Essa questão não faz com que a mulher se torne um homem, já que, em análise, qualquer um – seja homem ou mulher – descobre que o falo não é o órgão sexual masculino.

Freud não podia ter se dado conta da magnitude do movimento social que alimentava a crise vivida por suas histéricas, entre os anseios recém-mobilizados pelas condições modernas da vida na Europa e os ideais de feminilidade que ainda atraíam o desejo masculino. Na clínica de Freud, a fala das histéricas denunciava justamente a falta de resposta

à pergunta “o que é ser uma mulher?” A psicanálise não é apenas a escuta do que foi traumático e recalcado, ela é também a escuta do emergente, do que ainda não foi dito e carece de formulação simbólica. Realizar o desejo é também dotá-lo de expressão. Foi o que as mulheres com sintomas histéricos fizeram, inaugurando a psicanálise. É em sua singularidade que as mulheres interessam à psicanálise, ao passo que a esperança depositada em uma análise é de que ela torne cada analisando capaz de inventar o que fazer, não só de sua sexualidade, mas de sua passagem pela vida (Kehl, 2016).

Por fim, cabe apontar algumas direções de cura psicanalítica para as mulheres, como: separá-las dos ideais de feminilidade; reconhecer o vasto campo de possibilidade de identificações para além do par, já conhecido, do casamento e da maternidade; reconhecer os recursos fálicos das mulheres, não como sintomas a serem eliminados, mas como expansões

dos limites da identidade e das possibilidades de satisfação pulsional. Essas possibilidades devem ser consideradas pelo tratamento psicanalítico contemporâneo, caso a psicanálise não queira ser considerada uma teoria obsoleta. Já que as histéricas fundaram a psicanálise tentando dizer a seu médico coisas além de seu tempo, outras mulheres, que talvez alguns psicanalistas hoje não consigam ouvir, podem demandar outras escutas, que lhes possibilitem se constituir, não como histéricas, mas como sujeitos em busca de um discurso próprio, através do qual possam se inscrever em um destino diferente. Diante disso, há a necessidade de continuação de novas pesquisas sobre as subjetividades atuais e as questões que possam estar em emergência em nosso tempo.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

APPIGNANESI, Lisa; FORRESTER, John. **As mulheres de Freud**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

AZEVEDO, Guilherme Magnoler; AMARAL, Henrique Uva. Teoria da sedução: ascensão e queda ou o surgimento do Édipo. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 55, n. 2, p. 149-164, 2021. Acesso em: 28 jan. 2025.

BIRMAN, Joel. O Mal-Estar na Modernidade e a Psicanálise: A Psicanálise à prova do Social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, p. 123-144, 1998.

_____. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Ed 34, 1999.

BOCCA, Francisco Verardi. Histeria: primeiras formulações teóricas de Freud. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, vol. 22, n 4, p. 879-906. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/Ngg6f3Wzpmqm6LfSTqWTVcw/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2025.

CAMPOS, Érico Bruno. **Limites da representação na metapsicologia freudiana**. São Paulo: EDUSP, 2014.

CAZETO, Sidnei José. **A constituição do inconsciente em práticas clínicas na França do século XIX**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2001.

CHASSEGUET-SMIRGEL, Janine. **As duas árvores do jardim**: ensaios psicanalíticos sobre o papel do pai e da mãe no psiquismo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988a.

_____. (Org.). **Sexualidade Feminina**: uma abordagem psicanalítica contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988b.

COSTA, Dayse S.; LANG, Charles E. Histeria ainda hoje, por quê? **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, vol. 17, n 1, p. 115-124, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/3ZDXfhK45qG4xVf8jfc9XvM/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2025

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria**: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

DOMINGUES, Mariana R. C. **A feminilidade e a mulher na obra de Sigmund Freud**. São Carlos: UFScar, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/4842>. Acesso em: 28 jan. 2025.

DUARTE, Rinalda de O. **Um estudo psicanalítico da histeria em Freud e em Lacan**. São Paulo: PUC, 2017. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/20442?mode=full>. Acesso em: 19 mar. 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1999.

FREUD, Sigmund. **As neuropsicoses de defesa**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 51-74. (Original publicado em 1894).

_____. **Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901])**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7, p. 15-116. Tradução de J. O. Aguiar de Abreu e C. M. Oiticica. (Original publicado em 1905 [1901]).

_____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1997. (Original publicado em 1905).

_____. **Moral sexual "civilizada" e doença nervosa moderna**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 9, p. 167-186. Tradução de J. O. Aguiar de Abreu e C. M. Oiticica. (Original publicado em 1908).

_____. *Neuroses de transferência: uma síntese: manuscrito recém-descoberto*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. **A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)**. In: IANNINI, G.; TAVARES, P. H. (org.). *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras Incompletas de Sigmund Freud. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 237-246. Tradução de M. R. Salzano Moraes. (Original publicado em 1923).

_____. **A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18, p. 183-212. (Original publicado em 1920).

_____. **História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos")**. In: _____. *Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. Tradução de Paulo César Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 14.

_____. **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos ("O pequeno Hans")**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 10. (Original publicado em 1909).

_____. **O declínio do complexo de Édipo**. In: IANNINI, G.; TAVARES, P. H. (org.). *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras Incompletas de Sigmund Freud. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 247-258. Tradução de M. R. Salzano Moraes. (Original publicado em 1924).

_____. **Algumas consequências psíquicas das distinções anatômicas entre os sexos**. In: IANNINI, G.; TAVARES, P. H. (org.). *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras

Incompletas de Sigmund Freud. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 259-276. Tradução de M. R. Salzano Moraes. (Original publicado em 1925).

_____. **A feminilidade (Conferência XXXIII)**. In: IANNINI, G.; TAVARES, P. H. (org.). *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras Incompletas de Sigmund Freud. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 313-345. Tradução de M. R. Salzano Moraes. (Original publicado em 1933).

_____. **Explicações, aplicações e orientações (Conferência XXXIV)**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 22, p. 135-154. Tradução de J. O. Aguiar de Abreu e C. M. Oiticica. (Original publicado em 1933).

FREUD, Sigmund; BREUER, Josef. **Estudos sobre a histeria (1893-1895)**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 2, p. 1-363. Tradução de C. M. Oiticica e Vera Ribeiro. (Original publicado em 1895).

FREUD, Sigmund. **A hereditariedade e a etiologia das neuroses**. In: SALOMÃO, J. (org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 141-157. (Original publicado em 1896).

GAY, Peter. **A educação dos sentidos: a experiência burguesa da rainha Vitória a Freud**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

ISRAEL, L. **A histérica, o sexo e o médico: psicanálise**. Tradução de Célia Gambino. São Paulo: Escuta, 1995.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

MANNONI, Maud. **Elas não sabem o que dizem: Virginia Wolff, as mulheres e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

MEZAN, Renato. **Freud: a trama dos conceitos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

MEZAN, Renato. **Freud, pensador da cultura**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

RAMOS, Gustavo Adolfo. **Histeria e psicanálise depois de Freud**. Campinas, SP: Unicamp, 2008.

ROSA, Camila Terra. **As Pioneiras da Psicanálise – História e feminilidade**. Porto Alegre: Artes e Ecos. 2024.

ROSA, Miriam Debieux. **Psicanálise, política e cultura: a clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento**. 2015. Tese (Livre-Docência – Departamento de Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo**. Tradução de

André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

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

TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. Tradução de Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.