

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

MARIA DE LOURDES TURBINO NEVES

**FACES DA HISTERIA FEMININA:
O DESASSOSSEGO DOS SINTOMAS CONVERSIVOS E O
SILÊNCIO NOS ESTADOS DEPRESSIVOS**

SÃO PAULO

2018

MARIA DE LOURDES TURBINO NEVES

**FACES DA HISTERIA FEMININA:
O DESASSOSSEGO DOS SINTOMAS CONVERSIVOS E O
SILÊNCIO NOS ESTADOS DEPRESSIVOS**

Tese apresentada ao Programa de Estudos
Pós-graduados em Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo –
PUC/SP como requisito parcial à obtenção
do título de doutora em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mezan

SÃO PAULO

2018

Banca examinadora

A minha mãe Helena (*in memorian*)

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

Agradecimentos

Ao professor Dr. Renato Mezan, orientador desta pesquisa, agradeço por me ensinar novas formas de pensar, pelo acompanhamento seguro, generoso e, sobretudo por acreditar no meu trabalho.

Aos meus filhos Alex, Aline e Ricardo, são eles quem faz as coisas valerem a pena.

Aos meus netos, João Gabriel, João Ricardo, Eduardo e Antônio, por me ensinar o verdadeiro sentido do amor.

As minhas noras, Luciana e Karoline, pela simpatia e amizade.

Ao meu genro Mario, pelo apoio carinhoso nestes anos do doutorado.

A minha mãe Helena (*in memoriam*), pelo seu amor, por ter-me transmitido a sua coragem, dando-me a certeza das possibilidades e pelo seu apoio valioso em todos os momentos, até o dia em que nos deixou.

Ao meu pai Hélio, que com amor me transmitiu o seu jeito entusiasmado e otimista de ver o mundo.

Aos meus irmãos Eli, Ivone, João Francisco e Maria Auxiliadora, pela cumplicidade sempre.

As professoras Adriana Barbosa Pereira e Thalita Lacerda Nobre que ao participarem da banca de meu exame de qualificação ajudaram-me muito com sugestões valiosas para a finalização do trabalho.

A Claudia, pela leitura atenta e sugestões para o meu trabalho.

Aos meus pacientes, ao partilharem comigo suas paixões, alimentaram toda minha reflexão.

As pessoas que estiveram comigo nos últimos anos e que participaram de diferentes formas, na realização deste projeto, deixo aqui a minha gratidão.

*Uma noite de lua pálida e gerânios
Ele viria com boca e mão incríveis
Tocar flauta no jardim.
Estou no começo do meu desespero
E só vejo dois caminhos:
Ou viro doida ou santa.
Eu que rejeito e reprobo
O que não for natural como sangue e veias
Descubro que estou chorando todo dia,
Os cabelos entristecidos
A pele assaltada de indecisão.
Quando ele vier, porque é certo que vem,
De que modo vou chegar ao balcão sem juventude?
A lua, os gerânios e ele serão os mesmos
- só a mulher entre as coisas envelhece.
De que modo vou abrir a janela, se não for doida?
Como a fecharei, se não for santa?*

Adélia Prado ¹ (2016, p. 63).

¹ PRADO, A. (2016). *Poesia Reunida*. Rio de Janeiro: Record.

Resumo

NEVES, M. de L. T. **Faces da histeria feminina: o desassossego dos sintomas conversivos e o silencio nos estados depressivos.** Tese de doutorado em Psicologia Clinica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2018.

Os estudos sobre a neurose histérica apontam, explicita ou implicitamente a necessidade de se determinar a natureza do que chamaremos nesse trabalho de sofrimento histérico histerico e estados depressivos. Nossa hipótese é a de que os estados depressivos estão presentes na histeria feminina causando-lhe um sofrimento atroz nas pacientes. Ainda que todo sintoma seja, como mostrou Freud, uma solução de compromisso e, portanto, contenha uma satisfação isso parece mais evidente na histeria, o que provoca um certo descredito em relação ao seu sofrimento no seu atendimento nas clínicas e ambulatorios. Neste trabalho faz-se um percurso pelos textos freudianos apontando-se a partir deles, alguns de seus aspectos fundamentais: a associação entre histeria e feminino e a importância da regressão narcísica na histeria. Três casos clínicos são apresentados e certas questões relativas à hipótese são destacadas. Além de permitir o esclarecimento do que se chama de estados depressivos nesse trabalho, as discussões clínicas permitirão ilustrar alguns traços histéricos e a dificuldade experimentada pelo analista em deixar-se afetar por tal sofrimento. São revisitadas as elaborações freudianas acerca da melancolia e estabelecidas às diferenças entre melancolia e depressão. Momentos de melancolização surgem frequentemente nos tratamentos das mais diferentes patologias, o interesse que eles despertam aqui advém, porém, do caminho que eles apontam: o sofrimento e a dor na histeria. Na falênciadas defesas histéricas em direção a conquista de uma posição feminina, algo da ordem de uma “ferida” parece abrir-se. O sujeito abandona a reivindicação incessante de ser amado incondicionalmente e a castração, até então contornada pelos mecanismos histéricos, passa a ser firmada provocando um esvaziamento de sentidos e instalando a ameaça do nada. O sujeito histérico resiste na sua insatisfação, afirmando não ter o que deseja, para não ver despedaçada sua frágil identificação narcísica. Em um momento de retraimento narcísico na histeria propõe-se diferenciar a vivência do nada, destruidor do reino da fantasia, do vazio que se associa ao feminino e que, suportado na transferência, pode constituir um espaço para a construção da metáfora e assimilação da ausência.

Palavras chaves: histeria feminina; estados depressivos; feminilidade.

Summary

NEVES, M. de L. T. **Faces of female hysteria: the unrest of the conversational symptoms and the silence in the depressive condition.** PhD thesis in Clinical Psychology. Pontifical Catholic University of São Paulo. 2018.

Studies on hysterical neurosis explicitly or implicitly point to the need to determine the nature of what we will call hysterical hysterical suffering and depressive states in this work. Our hypothesis is that depressive states are present in female hysteria causing it to suffer atrocious suffering in patients. Although every symptom is, as Freud has shown, a compromise solution and therefore contains a satisfaction, this seems more evident in hysteria, which causes a certain discredit in relation to its suffering in its attendance in the clinics and clinics. In this work we make a tour of the Freudian texts by pointing out from them some of their fundamental aspects: the association between hysteria and feminine and the importance of narcissistic regression in hysteria. Three clinical cases are presented and certain questions regarding the hypothesis are highlighted. In addition to allowing clarification of what are called depressive states in this work, clinical discussions will illustrate some hysterical traits and the difficulty experienced by the analyst in letting himself be affected by such suffering. Freudian elaborations on melancholy and on the differences between melancholy and depression are revisited. Moments of melancholy often arise in the treatments of the most different pathologies, the interest they arouse here comes, however, from the path they point out: suffering and pain in hysteria. In the bankruptcy of the hysterical defenses towards the conquest of a feminine position, something of the order of a "wound" seems to open up. The subject abandons the incessant demand to be loved unconditionally and the castration, hitherto circumvented by the hysterical mechanisms, begins to be established, provoking an emptying of the senses and installing the threat of nothingness. The hysterical subject resists his dissatisfaction, claiming that he does not have what he wants, so as not to see his fragile narcissistic identification shattered. In a moment of narcissistic withdrawal in hysteria it is proposed to differentiate the experience from nothingness, destroyer of the realm of fantasy, of the emptiness that is associated with the feminine and that, supported in the transference, can constitute a space for the construction of the metaphor and assimilation of the absence.

Key words: female hysteria; depressive states; femininity.

Résumé

NEVES, M. de L. T. **Les visages de l'hystérie féminine: les symptômes des troubles de conversion et le silence dans les états dépressifs.** Thèse de doctorat en psychologie clinique. Université catholique pontificale de São Paulo. 2018.

Les études sur la névrose hystérique montrent, explicitement ou implicitement la nécessité de déterminer la nature de ce que nous appelerons dans ce travail la souffrance hystérique et les états et dépressifs. Notre hypothèse est que les états dépressifs sont présents dans l'hystérie féminine causant une souffrance atroce chez les patientes. Bien que chaque symptôme soit comme Freud l'a montré, une solution de compromis et qu'il contienne donc une satisfaction, cela semble plus évident dans l'hystérie, ce qui provoque une certaine incrédulité par rapport à leurs souffrances dans les cliniques et les centres ambulatoires. Dans ce travail nous effectuons un parcours par les textes freudiens en montrant à partir d'eux, certains de ses aspects fondamentaux: l'association entre l'hystérie et les femmes et l'importance de la régression narcissique dans l'hystérie. Trois cas cliniques sont présentés et certaines questions relatives à l'hypothèse sont mises en évidence. En plus de permettre l'éclaircissement de ce qu'on appelle un état dépressif dans ce travail, les discussions cliniques permettront d'illustrer quelques traits hystériques et la difficulté éprouvée par l'analyste de se laisser affecter par telle souffrance. On revisite les élaborations freudiennes sur la mélancolie et on établit les différences entre la dépression et la mélancolie. Des moments de mélancolisation surviennent souvent dans les traitements des plus diverses pathologies, mais l'intérêt qu'ils suscitent ici adviennent plutôt du chemin qu'ils pointent: la souffrance et la douleur dans l'hystérie. Dans l'échec des défenses hystériques vers la conquête d'une position féminine, quelque chose de l'ordre d'une « blessure » semble s'ouvrir. Le sujet laisse le besoin sans fin d'être aimé inconditionnellement et la castration jusque-là contournée par des mécanismes hystériques devient réglée, ce qui provoque un vide de sens et l'installation de la menace du néant. Le sujet hystérique résiste dans son mécontentement, en affirmant ne pas avoir ce qu'il désire, pour ne pas voir brisée son identification narcissique fragile. Dans un moment de retrait narcissique dans l'hystérie on propose de différencier l'expérience du néant, destructeur du royaume de la fantaisie, le vide qui est associé au féminin et qui soutenu dans le transfert, peut constituer un espace pour la construction de la métaphore et l'assimilation de l'absence.

Mots-clés: l'hystérie féminine; les états dépressifs; féminité.

Sumário

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| A pesquisa em psicanálise | 21 |
| Método | 25 |
| CAPÍTULO I - O QUADRO CLÍNICO DE HISTERIA | 31 |
| 1. Breve história do quadro clínico de histeria | 31 |
| 2. Sándor Ferenczi e a regressão narcísica na histeria | 33 |
| 3. As contribuições de Karl Abraham | 38 |
| 4. As primeiras pacientes histéricas | 41 |
| 5. O caso Dora | 45 |
| 6. A histeria hoje | 52 |
| CAPÍTULO II – QUESTÕES FEMININAS E SEUS IMPASSES: APROXIMAÇÕES ... | 58 |
| 1. O masoquismo e o feminino | 59 |
| 2. A mulher na psicanálise | 71 |
| 3. Feminilidade e maternidade | 100 |
| CAPÍTULO III - AS DEPRESSÕES: DE FREUD ATÉ OS DIAS ATUAIS | 110 |
| 1. Diferenças entre Melancolia e Depressão | 111 |
| 2. Luto e melancolia em Freud e pós-freudianos | 123 |
| CAPÍTULO IV – A VOZ DA CLÍNICA | 163 |
| 1. Teresinha a menina que cresceu | 163 |
| 2. A desolação de Melinda | 187 |
| 3. Olga a vida de cabeça para baixo | 215 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS: o céu que nos protege: entre ter e ser, o nada e o vazio na histeria | 242 |
| REFERÊNCIAS | 248 |

INTRODUÇÃO

*Por que me descobriste no abandono
com que tortura me arrancaste um beijo
por que me incendiaste de desejo
quando eu estava bem, morta de sono.*

*Com que mentira abriste meu segredo
de que romance antigo me roubaste
com que raio de luz me iluminaste
quando eu estava bem, morta de sono.*

*Por que não me deixaste adormecida
e me indicaste o mar, com que navio
e me deixaste só, com que saída.*

*Por que desceste ao meu portão sombrio
com que direito me ensinaste a vida
quando eu estava bem, morta de frio.*

Francisco Buarque de Holanda¹ (1972).

Desde o início de meu percurso clínico em psicanálise, a histeria me despertou interesse. Em 2010, defendi a dissertação intitulada “A histeria e a feminilidade em Elis Regina” (Núcleo de Psicanálise da PUC-SP), que abordava as características psicopatológicas evidenciadas nessa grande artista brasileira. Ressaltei então o impacto que sua trajetória me causara, em especial traços como inteligência, criatividade, acuidade e sensibilidade, projetados em suas interpretações musicais, constituindo um movimento característico da atividade sublimatória.

Já naquela ocasião, pude observar em meu trabalho clínico com pacientes histéricas uma característica que lhes era comum: a capacidade de transformar as adversidades encontradas em seus caminhos em motivações para o crescimento pessoal e profissional. Isso me permitiu pensar na possibilidade de não reduzir a neurose histerica somente a seus sintomas.

Então, analisando sob a ótica psicanalítica a biografia da cantora Elis Regina e correlacionando aspectos teóricos com as demandas de minhas pacientes, notei que a histeria ainda poderia ser considerada uma patologia atual, apresentando-se de diversas formas. Porém a elaboração da dissertação acabou por deixar em aberto algumas questões que me causavam impacto.

¹ HOLANDA, F. B. (1972). *Musica Soneto*. Álbum “Quando o carnaval chegar”.

Se por um lado a histeria apresentava o caráter de positividade, impulsionando os pacientes a constituir e perseguir novos desejos, por outro faziam-se presentes sintomas conversivos, estados melancólicos e depressivos, geradores de muito sofrimento e muita dor. Esse contraste me levou a formular uma série de questionamentos, aos quais me dedico nesta tese.

Antes de apresentá-los, porém, penso ser fundamental esclarecer alguns pontos referentes às diferenças entre sintomas conversivos e fenômenos psicossomáticos, bem como acerca dos estados depressivos e sua relação com a histeria.

Não há dúvidas de que, ao inaugurar o campo da psicanálise, Freud revolucionou as concepções acerca das relações entre o psíquico e o somático. Seu primeiro grande desafio, a histeria, se dava a ver no corpo das pacientes incapacitadas por suas paralisias, cegueiras, mutismos, estados depressivos, entre vários outros sintomas. Importante, então, diferenciarmos, em primeiro lugar, a histeria conversiva dos fenômenos psicossomáticos presentes nas neuroses atuais.

Em “Estudos sobre a Histeria”² Freud leva em conta dois eixos para fazer um diagnóstico diferencial entre as dores orgânicas, hipocondríacas e histéricas. O primeiro diz respeito à relação entre o corpo e a fala e o segundo, entre a dor e o prazer.

A esse respeito, afirma Silvia Alonso:

Enquanto o paciente orgânico descreve as dores com precisão e clareza, o neurastênico tem que fazer um grande esforço intelectual para descrevê-las, como se lhe faltassem palavras. A histérica, quando se refere a dores, deixa inferir que sua atenção está detida em outro lugar, em pensamentos reprimidos e sensações que se entrelaçam com as dores. Enquanto para os hipocondríacos, a linguagem é demasiadamente pobre para descrever as sensações, para a histérica, sobram pensamentos, que tecem o corpo imaginado – representacional – sobre o qual se produzem os sintomas.³ (2011, pp. 190-91).

No “Manuscrito E” endereçado a Fliess, Freud estabelece a diferença entre a conversão histérica e a somatização direta:

Na histeria, é a excitação *psíquica* que toma um caminho errado, exclusivamente em direção à área somática, ao passo que aqui [somatização] é uma tensão *física*, que não consegue penetrar no âmbito psíquico e, portanto, permanece no trajeto físico. As duas se combinam com extrema frequência.⁴ (FREUD, 1894/1996, pp. 240-41, grifos do autor).

² FREUD, S. (1893[1895]/1996). *Estudos sobre a histeria*. ESB. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.

³ ALONSO, S. L. (2011). *O tempo, a escuta, o feminino*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

⁴ FREUD, S. (1950[1892-1899]/1996). “Rascunho E”. In: *Extrato dos documentos dirigidos a Fliess*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

Faz também uma distinção entre neuroses atuais e psiconeuroses, enfatizando que ambas se encontram submetidas à influência da função sexual: nem puramente psíquica, nem puramente somática. Mesmo diferenciando os mecanismos que regem ambas as neuroses, atribui às atuais a qualidade de um núcleo do sintoma psiconeurótico.

Em 1912, escreve “Contribuições para um debate sobre masturbação”, em que postula o seguinte:

Minha opinião ainda é a mesma da primeira ocasião, há mais de quinze anos: a saber, que as duas ‘neuroses atuais’ – a neurastenia e a neurose de angústia (e talvez devêssemos adicionar a hipocondria propriamente dita como uma terceira neurose atual) – fornecem às psiconeuroses a necessária ‘submissão somática’, elas fornecem o material excitativo, que é então psiquicamente selecionado e recebe um ‘revestimento psíquico’, de maneira que, falando de modo geral, o núcleo do sintoma psiconeurótico – o grão de areia no centro da pérola – é formado por uma manifestação sexual somática.⁵ (FREUD, 1912/1996, p. 266).

Nesse texto, privilegia-se a metáfora do grão de areia para designar a relação existente entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, mostrando que as neuroses se organizam, em geral, a partir dos mecanismos mistos interligados, e que por isso torna-se difícil, na experiência clínica, o encontro de neuroses por assim dizer “puras”.

Para se referir à distinção entre as paralisias motoras orgânicas e as histéricas, escreve:

Afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois *nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não estivesse, ou como se não tivesse conhecimento desta.*⁶ (FREUD, 1893[1888-1893]/1996, p. 212) grifos do autor.

Assim, chama a atenção para o fato de que o corpo das histéricas nada tem a ver com o corpo com o qual se ocupam os anatomistas - elas nos indicam a existência de um corpo representado, a partir de uma linguagem popular e não científica.

Já no processo de somatização ocorre o inverso. A esse respeito, afirma Jean Laplanche: “poderíamos dizer que, com relação à conversão, a somatização psicossomática segue vias muito mais fisiológicas”⁷ (1987, p. 47), desembocando em certos aparelhos funcionais cujos sintomas são fixos e numeráveis, relativamente

⁵ FREUD, S. (1912/1996). *Contribuições para um debate sobre masturbação*. ESB. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.

⁶ FREUD, S. (1893/1996). *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

⁷ LAPLANCHE, J. (1987). *Problemáticas I: A angústia*. São Paulo: Martins Fontes.

estereotipados, como, por exemplo, úlcera gástrica, asma, hipertensão arterial. O autor continua “Encontramos, portanto, no processo de somatização da psicossomática, a anatomia e a fisiologia objetivas”.⁸ (idem, p. 47).

Contudo, as experiências clínicas nos ensinam que ambos os quadros não estão tão claramente diferenciados. Freud não deixou de assinalar que o sintoma corporal da histérica encontrava a sua fonte na realidade somática, levando-o a se referir, nesse caso, a uma complacência somática.

A esse respeito, destaca Maria Helena Fernandes:

De fato, no que se refere aos sintomas corporais das doenças somáticas, podemos dizer que, se eles não possuem um sentido oculto segundo a lógica da conversão, a experiência clínica nos esclarece que eles ocupam, mesmo assim, um *lugar*, um local, na economia fantasmática do sujeito.⁹ (2011, pp. 50-1, grifos da autora).

Diante disso, como diferenciar, do ponto de vista do funcionamento psíquico, a conversão da somatização? Podemos dizer que, se a conversão nos evoca um corpo da representação, a somatização nos sugere um corpo do transbordamento, em que o sintoma corporal pode ser compreendido como descarga: “De fato, se a somatização admite a possibilidade de que nem sempre o corpo está vinculado a um sistema significante, ela abre igualmente para a possibilidade de pensarmos uma lógica do *transbordamento*”.¹⁰ (FERNANDES, 2011, p.51).

Mas de que corpo falamos quando o objeto é a histeria? Em psicanálise, trata-se do corpo erógeno, construído a partir da constituição singular do eu de cada sujeito, atravessado pelo simbólico. É sobre esse corpo que a histérica estrutura seus sintomas.

Nesse contexto, Joyce McDougall discute o que denomina histeria arcaica. Ancorada no pensamento da autora, Ana Staal esclarece:

Ao falar de "histeria", é à vertente freudiana que ela [McDougall] remete, aquela que lhe permite continuar a pensar em termos de conflitos dinâmicos/sexuais/edipianos; com o "arcaica", sua referência vai para a mãe-ambiente de inspiração britânica, à relação mãe-criança, e aos trabalhos de Winnicott e Bion.¹¹ (STAAL, 2013, p. 16).

Assim, de acordo com Joyce McDougall, estamos na fronteira de duas escolas psicanalíticas, que se articulam por meio do seu conceito de histeria arcaica.

⁸ LAPLANCHE, J. (1987). *Problemáticas I: A angústia*.

⁹ FERNANDES, M. H.(2011). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ STAAL, A. H. de. (2013). “Expressões somáticas entre a neurose e a psicose: notas sobre os conceitos psicossomáticos de Joyce McDougall”. In: *Revista Percurso* n. 51, dezembro.

Em seu artigo “A matriz do psicossoma” Joyce McDougall propõe que as regressões psicossomáticas são na verdade “defesas contra vivências mortíferas”¹² (2000, p. 42) provocadas por uma sexualidade primitiva (arqui-pré-edipiana), na qual predominam aspectos sádicos e fusionais. Tais defesas funcionam com o mesmo modelo da histeria - deslocando-se para o corpo - mas diferem dela em dois níveis: no primeiro a histeria neurótica que se apoia em representações de palavra, o que supõe ter o indivíduo atingido pelo menos a segunda etapa da fase anal, dispondo assim de um pré-consciente que, sendo capaz de reter informações, está pronto para estabelecer ligações entre representações de coisas e de palavras, “e é apto a servir como mediador/amortecedor para o impacto das excitações”.¹³ (STAAL, 2013, p. 16). Já a histeria psicossomática “se constrói a partir de laços somatopsíquicos pré-verbais”¹⁴ (MCDOUGALL, 2000, p. 49) - por meio de associações arcaicas, e submetidas ao impacto direto das excitações: há poucas mediações (ou nenhuma) pela representação de palavra, os estímulos estão desenvoltos e circulam livremente, a atividade fantasmática é pobre ou inexistente, etc.

Daí a conclusão de Joyce McDougall: no caso da histeria arcaica, as fantasias devem ser construídas, enquanto na histeria neurótica elas devem ser desconstruídas. (STAAL, 2013).

De toda forma, a histeria continua a ter seu lugar, ainda que, como destaca Silvia Alonso, as roupagens com as quais se vestem as histéricas modificam-se de acordo com a cultura: “cada cultura define uma forma de relação com o próprio corpo e com o corpo do outro, essas maneiras de amar e de sofrer não podem ser consideradas naturais nem universais”.¹⁵ (ALONSO, 2011, pp. 196-97). Assim, o “mal-estar” presente em cada cultura e a “moral sexual” se encontram no núcleo das apresentações da histeria, que vai expressar o recalcado de cada momento cultural, bem como os seus valores. Considerando então que nossa sociedade se transformou em sociedade do espetáculo, “numa época em que os cortes do corpo real acontecem com facilidade crescente nas mãos dos cirurgiões plásticos, em obediência ao imperativo ‘é proibido envelhecer’, cabe perguntar: que espaço vai restando para o espetáculo particular das histéricas?”. (pp. 197-98).

¹² MCDOUGALL, J. (2000). “A matriz do psicossoma”. In: *Teatros do Corpo - O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

¹³ STAAL, A. H. de (2013). “Expressões somáticas entre a neurose e a psicose: notas sobre os conceitos psicossomáticos de Joyce McDougall”.

¹⁴ MCDOUGALL, J. (2000). “A matriz do psicossoma”.

¹⁵ ALONSO, S. L. (2011). *O tempo, a escuta, o feminino*.

Trata-se, pois, de um quadro clínico que mantém sua importância; porém, fixado no corpo ou em um comportamento infantil, o sofrimento histérico continua a provocar rechaço entre os profissionais que dele se ocupam. Entre os psicanalistas, observo que há certo abandono da compreensão já construída acerca da histeria e seus mecanismos, o que pode prejudicar uma aproximação do sofrimento desses pacientes.

Em seu artigo “A depressão na Atualidade”, Esio dos Reis Filho assim se refere à histeria:

... na psicopatologia da pós-modernidade, não cabe mais a figura da histérica desmaiando e sendo socorrida, pressurosamente, por um gentil cavalheiro. O que encontra lugar nesses tempos tenebrosos é o desamparo, o mal-estar, a depressão, o pânico.¹⁶ (REIS FILHO, 2005, p. 32).

De acordo com o autor, da mesma forma que a histeria denunciava o arranjo cultural do final da modernidade e início da idade contemporânea, a depressão e o pânico poderiam ser vistos como quadros psicopatológicos que emergem da tessitura dramática e desesperançada da cultura pós-moderna. Mas isso significa deixar de contemplar possíveis quadros de histeria?

Também no campo da psiquiatria, Lucien Israël alerta para o risco que corremos ao não escutarmos o sintoma histérico. Ele relaciona a neurose desconsiderada e a pulsão de morte comentando alguns casos trágicos de mal-entendidos entre pacientes e médicos. O que se passa, segundo o autor, é a criação de uma doença iatrogênica, aquela criada pelo médico na impossibilidade de escutar o sintoma neurótico como tal.

A histérica procura falar através de seu sintoma. Se a via encontrada pelo profissional é a de se ater ao sintoma “cortando” o discurso, não resta à histérica outro caminho senão “exibir no lugar do seu grito seu corpo mortificado”¹⁷ (ISRAËL, 1995, p.183). A falta que produz a palavra é, então, substituída por uma falta real, de modo que nada mais pode ser dito e, em última instância, adverte o autor, é o desejo que está sempre perdido.

Outro tratamento frequentemente dispensado à paciente histérica é aquele em que o sintoma é tomado como simulação, desautorizando-a em seu sofrimento. Saída catastrófica, mas que talvez deixe ainda uma abertura para que continue tentando encontrar as palavras perdidas.

¹⁶ REIS FILHO, Esio dos. (2005) “A Depressão na Atualidade”. In: *Revista Boletim*, São Paulo, v. XIII, n.1. Jan/Dez.

¹⁷ ISRAËL, L. (1995). *A histérica, o sexo e o médico*. São Paulo: Escuta.

Observamos também, no tratamento de algumas histéricas, momentos de melancolia – em geral silenciosos, em que nada parece fazer sentido –, os quais nos permitem uma aproximação de seu sofrimento, como se suas feridas estivessem a céu aberto. Então, aquele mesmo sofrimento que, em outros momentos, parece não afetar o analista passa a ser escutado. Nessa medida, a análise pode produzir um novo saber acerca do padecimento desse sujeito, mas sob a condição de que aquele que o escuta se sinta afetado, despertando o desejo de saber ou de tratar.

Penso então que a plasticidade dos sintomas de conversão nos sugere que uma parte dos pacientes vistos como deprimidos apresenta, de fato, sintomas depressivos em uma organização histérica.

Como destaco adiante, já em 1880, Freud se referia à possibilidade de estados depressivos na histeria em quase todos os casos descritos em “Estudos sobre a Histeria” - o que nos leva então à necessidade de investigar, neste estudo, como se apresentam sintomas depressivos em uma organização histérica.

Silvia Alonso e Mario Fuks observam que a histeria se apresenta em suas diversas formas sintomáticas da depressão, anorexia, bulimia, fibromialgia, podendo conter um leque de sintomas:

Sustentando essa concepção metapsicológica estrutural, Freud se referirá, em diversas oportunidades, à *forma* da neurose como uma espécie de roupagem ou vestimenta que ela usa para se apresentar. E esta forma estará sujeita a variações em funções do momento histórico, como ele sustentou, em concordância com Charcot, desde seus primeiros trabalhos.¹⁸ (2004, p. 241).

De acordo com Maria Rita Kehl¹⁹ no caso da histeria, estados depressivos decorrem da “perda do amor” - o indivíduo busca uma forma de driblar a castração e, assim, oferece-se como objeto de amor para o outro. Procura, então, ser “tudo” para satisfazer o desejo do ser amado, e diante da impossibilidade de realizar esse anseio, a depressão advém como uma devastação profunda, que pode fazê-la aproximar-se da melancolia.

De fato, os estados depressivos, em suas múltiplas faces, não escondem a sua importância na prática analítica - tal afirmação pode ser confirmada pelo crescente aumento da incidência dessa patologia na atualidade, considerada entre as dez mais importantes causas incapacitantes dos sujeitos. De acordo com David Zimerman²⁰, a

¹⁸ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

¹⁹ KEHL, M. R. (2009). *O tempo e o cão - a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.

²⁰ ZIMMERMAN, D. E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.

estatística da depressão aumenta não somente em números absolutos, mas em números relativos, se comparada a outras épocas.²¹ Estaria então a depressão tomando o papel reservado, no século XIX, à histeria?

Com efeito, as grandes transformações históricas sob o efeito da aceleração tecnológica e da temporalidade veloz empurram os processos de subjetivação para o crescente mal-estar. Nessa perspectiva, a depressão tem sido compreendida como sintoma social, porque rompe, de forma silenciosa, o sentido das crenças e dos valores estabelecidos no pacto social.²² (KEHL, 2009).

Acometido no corpo e na alma por essa dolorosa trilha em que se embaralham a tristeza e a apatia, a busca da identidade e o culto de si mesmo, as pessoas tendem a não acreditar na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, buscam desesperadamente vencer o vazio de seu desejo. De acordo com Elisabeth Roudinesco, passam “da psicanálise para a psicofarmacologia sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade”.²³ (2000, p. 13).

Em seu artigo “Gotinhas e comprimidos para crianças sem história – uma psicopatologia pós-moderna para a infância”, Alfredo Jerusalinsk qualifica a atualidade de “era dos transtornos”²⁴, sinalizando que o pensamento médico se tornou hegemônico, o que faz com que o repertório da vida psíquica como um todo, com seus afetos e angústias, seja transformado em doença que deve ser medicada.

Nesse sentido, a depressão domina a subjetividade contemporânea, tal como a histeria do fim do século XIX prevalecia em Viena através de Anna O., a famosa paciente de Joseph Breuer, ou com Augustine, a louca de Charcot na Salpêtrière. Na contemporaneidade, é claro que a histeria não desapareceu, no entanto, ela é cada vez mais tratada como uma depressão.

O conflito neurótico contemporâneo parece já não decorrer, pois, de nenhuma causalidade psíquica oriunda do inconsciente. Para Elisabeth Roudinesco, “o inconsciente ressurge através do corpo, opondo uma forte resistência às disciplinas e às

²¹ Interessante lembrarmos que, em dado momento, Freud chegou a se reconhecer como deprimido. Segundo o biógrafo Peter Gay, após ler as provas tipográficas de “O Ego e o Id” (1923), desalentado, considerando o resultado obscuro e desagradável, declarou a Ferenczi ter mergulhado em sua “conhecida depressão” (p. 376). Também ao enfrentar uma perda mais intensa, quando da morte de seu neto, escreveu ao amigo: “Nunca tive uma depressão antes; agora deve ser uma” (p. 386). (GAY, P. Freud. *Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998).

²² KEHL, M. R. (2009). *O tempo e o cão - a atualidade das depressões*.

²³ ROUDINESCO, E. (2000). *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.

²⁴ JERUSALINSKY, A; FENFRIK, S. (2011). “Gotinhas e comprimidos para crianças sem história – uma psicopatologia pós-moderna para a infância”. In: *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera.

práticas que visam repeli-lo. Daí o relativo fracasso das terapias que proliferam”.²⁵ (2000, p.18).

Qual seria então a relação possível entre a histeria e a depressão na atualidade? Ainda que a dimensão depressiva se manifeste nas mais diferentes estruturas psíquicas, interessa-nos, aqui, encontrar sua especificidade na histeria.

Em “Por que a Psicanálise” Elisabeth Roudinesco faz uma análise sobre o desaparecimento da histeria como categoria psiquiátrica.

A histeria de outrora traduzia uma contestação da ordem burguesa que passava pelo corpo das mulheres. A esta revolta impotente, mas fortemente significativa por seus conteúdos sexuais, Freud atribuiu um valor emancipatório do qual todas as mulheres se beneficiaram. Cem anos depois deste gesto inaugural, assistimos a uma regressão.²⁶ (2000, p. 25).

De acordo com a autora, teríamos ultrapassado a época de ideais revolucionários e nos encontrariamos em uma fase na qual o conformismo estaria instalado, justificando o paradigma da depressão.

Trata-se de uma mudança no próprio conceito de subjetividade - do ser humano em guerra permanente consigo mesmo ou com seu inconsciente para o indivíduo deprimido. Tudo cabe na categoria de depressão, herdeira da neurastenia abandonada por Freud.

Os estados depressivos falam de um déficit, de um sujeito lentificado em relação à rapidez do mundo globalizado e informatizado. Esse sujeito deprimido não interroga os médicos como fizeram as histéricas durante tantos anos. Ao contrário, ele se deixa medicar e facilmente se cala. Não há algo a ser descoberto, não se trata mais de um estado mental fruto de conflitos inconscientes a serem revelados e sim de um “a menos”, que os medicamentos tentam preencher.

Calar as histéricas foi tudo o que sempre se fez ou ao menos se desejou fazer. É conhecida a irritação e as manifestações sádicas que uma histérica costuma provocar, por exemplo, nas salas de espera dos consultórios médicos e psicológicos, ou mesmo no pronto socorro, “onde parecem estar tomando a vez daqueles que sofrem de verdade”.²⁷ (LEITE, 2002, p. 48).

²⁵ ROUDINESCO, E. (2000). *Por que a Psicanálise?*

²⁶ *Ibidem.*

²⁷ LEITE, A. C. de C. (2002). *Em busca do sofrimento histérico: a histeria e o paradigma da melancolia.* Tese de doutorado. Universidade de Campinas - Unicamp. Campinas. São Paulo.

- **A pesquisa em psicanálise**

A expressão ‘pesquisa em psicanálise’ suscita de imediato uma certa perplexidade. Trata-se de uma disciplina que, em quase cem anos de existência, acumulou uma quantidade considerável de conhecimentos sobre seu objeto, o inconsciente.

Renato Mezan,²⁸ (1993, p. 89).

Em “Estudos sobre a histeria”, Freud sublinhou a importância decisiva que suas descobertas com as pacientes histéricas tiveram na construção dos primeiros elementos do método psicanalítico. O caso da Sr^a. Emmy von N., por exemplo, preparou o terreno para o uso do método da associação livre e, por acréscimo, da atenção flutuante. Emmy mostrava-se aborrecida quando Freud questionava de onde se originava esta ou aquela lembrança: “Disse-me então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isto ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer”.²⁹ (FREUD, 1893-1895/1996, p. 95).

Percebeu então que, ao não constranger a narrativa da paciente, deixando-a exprimir voluntariamente tudo o que lhe ocorria à mente, adquiria acesso a uma grande quantidade de material relevante para o processo de análise. Isso, por sua vez, exigiria como contrapartida uma postura do analista tal que levasse a escutar o paciente sem negligenciar nada do que fosse dito, de modo a conter a influência consciente.

A respeito disso, Daniel Kupermann em seu artigo “Dor e cura na constituição da clínica freudiana. Um ensaio sobre o primeiro Freud” afirma que, ao propor um tratamento que utilizava a fala do paciente como condição única para acesso à situação patológica e, por conseguinte, como meio para produção da cura, Freud inaugurou um método que tinha como fundamento a “*coincidência entre investigação e terapêutica*”.³⁰ (2008, p. 71, grifos do autor).

Com relação ao uso da hipnose e do método catártico, pela observação dos casos clínicos, Freud pôde constatar que existiam muitos dilemas que incidiam contra esses procedimentos. Inicialmente, a dificuldade de utilizá-los em todos os pacientes; depois, o fato de que muitos tinham dificuldade em rememorar fatos importantes de suas vidas

²⁸ MEZAN, R. (1993). “Que significa ‘pesquisa’ em psicanálise?”. In: SILVA, M. E. L (coord). *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papirus.

²⁹ FREUD, S. (1893-1895/1996). *Estudos sobre a Histeria*.

³⁰ KUPERMANN, D. (2008). “Dor e cura na constituição da clínica freudiana. Um ensaio sobre o primeiro Freud”. In: KUPERMANN, D. *Presença sensível - cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Grifo do autor.

devido ao esquecimento causado pelas ordens sugestivas que procuravam esmorecer as lembranças traumáticas. Em “Cinco Lições de Psicanálise”, comenta: “A hipnose encobre a resistência, deixando livre e acessível um determinado setor psíquico, em cujas fronteiras, porém, acumula as resistências, criando para o resto uma barreira intransponível”.³¹ (FREUD, 1910[1909]/1996, p. 41). Nessa constatação, Freud observou que, durante a hipnose, tinha-se acesso direto às representações, mas, ao despertar, o paciente, embora tivesse alcançado o alívio do sintoma, permanecia com a representação patógena, de forma inconsciente, à espreita de que novos traumas surgissem para se somarem a ela na produção de novos sintomas.

Com o reconhecimento das limitações técnicas da hipnose e do método catártico, substituídos pela livre associação, o emprego do novo método passou a ser utilizado amplamente, em especial quando Freud se deu conta de que a fala não era reveladora apenas do esquecido, mas uma forma privilegiada de acesso ao inconsciente.

Em sua definição do verbete *psicanálise*, Freud afirma que se trata de:

- (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo,
- (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e
- (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.³² (1923[1922]/1996, p. 253).

As três dimensões são, portanto, indissociáveis: método investigativo, método clínico e teoria. A interrupção num plano acarreta uma estagnação nos outros: isso significa que isolar um nível nos tira da psicanálise, de suas condições de elaboração e de verificação. Dessa maneira, Freud estabelece a vinculação do método de investigação ao procedimento terapêutico para a produção de conhecimento teórico.

Ainda em relação aos procedimentos de pesquisa, diferentemente daqueles exigidos pelo método científico e seus instrumentos de validação, Freud demonstrou claramente que a eficácia e produtividade da pesquisa psicanalítica dependiam “muito mais do nível de profundidade, tempo de duração e detalhamento do estudo de cada analisando, em contínua interação com a reflexão teórica, do que do número de indivíduos analisados”.³³ (PACHECO FILHO, 2000, p. 255).

³¹ FREUD, S.(1910[1909]/1996). *Cinco lições de psicanálise*. ESB. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.

³² FREUD, S.(1923[1922]/1996). *Dois verbetes de encyclopédia*. ESB. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.

³³ PACHECO FILHO, R. A. (2000). “O método de Freud para produzir conhecimento: revolução na investigação dos fenômenos psíquicos?”. In: PACHECO FILHO, R.A.; COELHO JUNIOR, N.; ROSA, M.D (org.) *Ciência, Pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sobre tal aspecto, podemos comprovar a forma de constituição do método psicanalítico observando o papel e a importância dada aos casos clínicos na consolidação da metapsicologia freudiana³⁴. Sobretudo, é através de seus cinco grandes casos³⁵ que se nota como os impasses encontrados na singularidade de cada situação analítica permitiram a construção de um saber comum generalizável tanto a outros casos clínicos quanto à composição e transformação dos paradigmas conceituais da própria psicanálise.

Entretanto, observamos que os efeitos do método psicanalítico produzem um conhecimento da história singular de um sujeito imerso em suas experiências de vida. A esse respeito, no artigo “Que tipo de ciência é, afinal, a psicanálise?”, Renato Mezan destaca que esse método “visa a construir uma teoria específica sobre *aquele* indivíduo (...) essa teoria se baseia no que ele relata sobre sua vida e no que dela manifesta nas condições da transferência (...)”.³⁶ (2014, p. 558). O autor complementa afirmando que o psicanalista deve interpretar os elementos que vão surgindo no discurso dos sujeitos e, também, deve “reconstruir a cadeia provável de eventos que resultou *naqueles* sistemas, *naquelas* fantasias e demais particularidades *daquela* pessoa” (idem, p. 558).

Como visto, a pesquisa em psicanálise está alicerçada na clínica - espaço no qual tratamento e pesquisa ocorrem simultaneamente. Diferentemente de outras ciências, o objeto psicanalítico se atualiza entre o discurso de cada indivíduo (associação livre) e a escuta do analista (escuta flutuante) na relação transferencial.

De acordo com Laplanche e Pontalis, em “Vocabulário da Psicanálise” a regra da atenção flutuante consiste na maneira pela qual o analista deve escutar o analisando:

(...) não deve privilegiar a priori qualquer momento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção.³⁷ (1998, p. 40).

Em suas “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” Freud apresenta com maior clareza a regra da atenção flutuante: “consiste simplesmente em

³⁴ Freud criou o termo metapsicologia para nomear seu esforço em descrever e fundamentar teoricamente os processos psíquicos inconscientes. Segundo MEZAN, “cada uma das grandes escolas tem uma metapsicologia ou várias, que dizem no fundo como é o aparelho psíquico”. (MEZAN, R. *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 23).

³⁵ Os cinco grandes casos clínicos, tal como mais tarde passaram a ser reconhecidos, são: “Dora” (1905), “O homem dos ratos” (1909), “O homem dos lobos” (1918), “o pequeno Hans” (1909) e o caso “Schereber” (1911). Apenas os três primeiros foram atendidos por Freud.

³⁶ MEZAN, R. (2014). “Que tipo de ciência é, afinal, a psicanálise?” In: MEZAN, R. *O tronco e os ramos - estudos de história da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras. Grifos do autor.

³⁷ LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. (1998). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

não dirigir reparo para algo específico e manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (como denominei) em face de tudo o que se escuta”.³⁸ (1912/1996, p.125)

Ainda no texto acima referido, Freud postula que a clínica é o solo da pesquisa em psicanálise: “A psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que em sua execução, tratamento e investigação coincidem”. (idem, p. 152). A pesquisa de que se trata, contudo, é particular, já que a clínica é sempre singular e diz respeito a cada caso.

Em concordância com esse pensamento, em seu artigo “A pesquisa psicanalítica”, Naffah Neto comenta que “falar em pesquisa em psicanálise é quase um pleonasmo, já que o termo psicanálise já implica, por si só, o termo pesquisa”.³⁹ (2006, p. 279).

A experiência psicanalítica, segundo Joel Birman⁴⁰ no artigo “A direção da pesquisa psicanalítica”, admite diversas possibilidades, desde que no âmbito dessa diversidade sejam priorizadas as condições singulares para a construção do espaço psicanalítico; ou seja, uma experiência centrada na fala, na escuta e na transferência. Segundo o autor, essa diversidade clínica se justifica não apenas pelas diferentes formas de funcionamento psíquico que se apresentam para a escuta analítica, mas também pela diversidade de espaços em que a experiência psicanalítica é possível.

Em seu artigo “Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos e reflexões”, Renato Mezan nos adverte de que a diferença entre o que faz o analista na clínica e o que faz o mesmo analista em outra modalidade de investigação “é que, no primeiro caso, sua atividade visa tanto à *elucidação* quanto à *transformação* do que ocorre entre ele e seu paciente,”⁴¹ (2002, p. 419, grifos do autor) e no segundo “a dimensão prática está ausente – *et pour cause*, já que a situação não envolve uma dupla e os fenômenos transferenciais mobilizados nela e por ela, mas um pesquisador e um objeto a ser construído a partir de dados empíricos”. (idem, p. 420).

³⁸ FREUD, S. (1912/1996). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. ESB. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.

³⁹ NAFFAH NETO, A.(2006). “A pesquisa Psicanalítica”, In: *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, 39 (70); Junho.

⁴⁰ BIRMAN, J. (1994). “A direção da pesquisa psicanalítica”. In: BIRMAN, J. *Psicanálise, Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

⁴¹ MEZAN, R. (2002) “Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos e reflexões”. In: MEZAN, R. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

- **Método**

A presente pesquisa teve então como ferramenta essencial o método de investigação psicanalítico e, portanto, priorizou o modelo de pesquisa qualitativa, a escuta do inconsciente e o vínculo transferencial.

São aqui compartilhados três casos clínicos⁴², de pacientes mulheres, nos quais pude localizar algo comum, em termos fenomenológicos: a frequente manifestação do sofrimento não explicada por qualquer evidência orgânica. Trata-se dos sintomas conversivos, de estados depressivos, do sofrimento e da dor sentida pela histérica, que perpassa a história da psicanálise, mas que, muitas vezes, já foi visto como um quadro extinto.

Para identificá-las, busquei referências no campo da arte. Penso que a arte representa uma parcela de algo que é nosso, e que ali está concretizado em forma de poema, escultura, pintura, livro, filme ou música, provocando a lembrança de um momento da infância ou de algum segredo do inconsciente.

Por que utilizar essa referência num trabalho sobre clínica? Porque o que Freud escreve acerca da arte ilumina, indiretamente (e às vezes até diretamente), a sua maneira de conceber o jogo de fatores que resultam numa formação psíquica.

Assim, Freud⁴³ procurou estender o alcance da psicanálise a outras produções humanas, tendo analisado os impactos que a escultura *Moisés*, de Michelangelo, causava nele, e o romance de nome “*Gradiva*”, do autor Jensen, resultando, respectivamente, nas publicações “*O Moisés de Michelangelo*”,⁴⁴ e “*Delírios e os sonhos na Gradiva de Jensen*”.⁴⁵ Essas obras permitiram ao mestre entender um pouco mais a respeito da psique humana e a relação estabelecida entre autor, obra e espectador.

No texto “*O Moisés de Michelangelo*”, Freud comenta: “(...) as obras de arte exercem sobre mim um poderoso efeito (...). Isto já me levou a passar longo tempo contemplando-as, tentando apreendê-las à minha própria maneira, isto é, explicar a mim mesmo a que se deve seu efeito”.⁴⁶ (1914/1996, p. 217). Assim, ao revelar que as obras

⁴² O contato com as pacientes se fez através de consultório particular, sendo a pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e à Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP, conforme parecer nº. 2.603.263-CAAE: 80956917.7.0000.5482.

⁴³ A aproximação entre psicanálise e arte teve início com Freud e, posteriormente, se estendeu a toda a área, por meio da chamada psicanálise aplicada.

⁴⁴ FREUD. S.(1914/1996). *O Moisés de Michelangelo*. ESB. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago.

⁴⁵ FREUD. S.(1907[1906]/1996). *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*. ESB. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago.

⁴⁶ FREUD. S.(1914/1996). *O Moisés de Michelangelo*.

de arte lhe causavam impactos e convocavam-no a contemplá-los e tentar explicá-los, Freud acentua a importância da transferência do artista, que, de alguma forma, se liga àquele que observa sua produção.

Na perspectiva freudiana, outra parte da produção psíquica, particularmente estimada, serve à realização de desejos, à satisfação substitutiva dos desejos reprimidos que, desde a infância, habitam insatisfeitos a alma de cada pessoa. “Entre essas criações, cuja vinculação com o inconsciente incompreensível sempre foi suspeitada, estão os mitos e as obras de literatura imaginativa e da arte (...).”⁴⁷ (FREUD, 1924/1996, p. 232)

A arte é colocada como uma formação de compromisso, uma forma de resolução do conflito psíquico originado do instinto sexual não satisfeito e, portanto, tal qual o sonho e o sintoma neurótico, trata-se de uma realização de desejo substitutiva. Assim, a obra se transforma num intermediário entre uma realidade, que frustra a realização de desejo, e um mundo de fantasia, em que a realização onipotente do desejo se faz possível.

A esse respeito, Adriana Pereira destaca que Freud, ao construir sua teoria, foi atraído pela arte e pelos enigmas da transformação e da criação: “A arte, a experiência estética e os enigmas da transformação da pulsão para fins culturais continuam reverberando na psicanálise como testemunho legítimo de suas formulações”.⁴⁸ (2014, p. 233) Assim, para a autora, a arte precede a psicanálise na investigação dos fenômenos psíquicos.

No artigo “A querela das interpretações”, Renato Mezan⁴⁹ pergunta se a psicanálise tem ou não o direito de se pronunciar acerca de fenômenos exteriores à situação analítica. Numa primeira aproximação, partindo do pressuposto de que tudo o que é humano traz a marca do inconsciente, o autor afirma que tudo o que é humano seria da alçada da psicanálise, do mesmo modo que, ao caminhar com Freud, somos levados a concordar que o conteúdo manifesto de qualquer humano é, sempre, o resultado, mais ou menos distante, de um acordo entre tendências opostas, de desejos e de defesas, e que esse acordo exige deformações tais que torna impossível a identificação direta dos desejos, permitindo, a partir daí, que eles se expressem.

⁴⁷ FREUD. S.(1924 [1923]1996). *Uma breve descrição da Psicanálise*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

⁴⁸ PEREIRA, A. B. (2014). *Da experiência estética para a experiência psicanalítica: reverberações entre força, figura e sentido*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo – USP. São Paulo.

⁴⁹ MEZAN, R. (1988). “A querela das interpretações”. In: *A vingança da esfinge – ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

Se atentarmos para o caráter das criações culturais, a literatura, as artes plásticas, a música, a poesia, o cinema, podemos nos indagar se elas são passíveis ou não de interpretação psicanalítica. De acordo com Renato Mezan “ali onde os especialistas veem a ação de fatores históricos e estéticos, o psicanalista procura a fantasia de desejos e as defesas que, ocultando-a, a exprimem de maneira dissimulada”.⁵⁰ (1988, p. 64)

No caso das pacientes em destaque neste estudo, o que busquei na arte - em especial na música, no cinema e na literatura - foram personagens e narrativas que me pareceram representativos dos sofrimentos vividos pelas três mulheres. Inspirada na canção *Teresinha*, de Chico Buarque de Holanda, assim nomeei a primeira paciente – o caso nos ajuda a compreender o sofrimento histérico, que é, muitas vezes, confundido com fingimento, infantilidade, teatralismo, despertando antipatia e desprezo. Para identificar a segunda paciente, a inspiração veio do filme *O silêncio de Melinda*, da diretora norte-americana Jessica Sharzer, que nos leva a pensar nas consequências do estupro na vida da mulher e os impactos das relações familiares no desenvolvimento dos estados depressivos na idade adulta. Por fim, para o terceiro caso, recorri ao romance *Dias de Abandono*, de Elena Ferrante, autora italiana contemporânea que tem trazido em suas obras questões da feminilidade e dos estados depressivos. A paciente Olga nos leva a pensar nos reflexos da melancolização diante da perda de um vínculo afetivo e as consequências no corpo da paciente. De certa forma, duas das pacientes aqui referidas, Teresinha e Olga, sofreram o abandono de um vínculo afetivo importante em suas vidas, e diante do grande sofrimento psíquico que esse acontecimento trouxe, não conseguiram recursos emocionais para elaborar o luto das perdas, decorrendo daí as conversões somáticas e os estados depressivos.

No decorrer do processo de análise dessas pacientes, foram surgindo questões que guardavam certa semelhança entre si e eram comuns nos diferentes percursos analíticos, sendo a mais marcante a questão da feminilidade. Basicamente, os casos clínicos analisados nos levam a refletir sobre o que permite e o que impede a conquista de uma posição feminina. Buscamos saber do que sofre a histérica nessa recusa e busca da posição feminina. Qual é, afinal, o caminho para o feminino? Ressalto que a análise dos casos clínicos será feita à luz da psicanálise considerando os aspectos da suposta neurose histérica conversiva e estados depressivos; ou seja, embora apareçam

⁵⁰ MEZAN, R. (1988). “A querela das interpretações”.

fenômenos psicossomáticos nas pacientes analisadas, não será dado relevo a esses aspectos.

Quanto à expressão estados depressivos, optei por adotá-la neste estudo, de modo a compreender um campo teórico de pesquisa e reflexão, mais do que, necessariamente, entidades nosológicas clínicas ou definições etiológicas. Com isso, circunscrevo um campo de pesquisa amplo e complexo, intitulado por Jean Laplanche⁵¹, em “Problemática I - A angústia”, de campo das depressões. Agrupar a depressão, a melancolia, o luto e a tristeza profunda sob a expressão estados depressivos me pareceu então um bom caminho diante da pluralidade de definições na literatura vigente e da necessidade de delimitar o campo de pesquisa.

Assim, independentemente das questões imprecisas e polêmicas que cercam o tema das depressões na atualidade, como bem coloca Julia Kristeva⁵² em “Sol Negro - depressão e melancolia”, situamo-nos numa perspectiva freudiana: é sempre pensando a partir desse lugar como referência principal que buscamos compreendê-las. Do ponto de vista da psicanálise freudiana, as depressões se referem a formas de sofrimento psíquico que incluem, em maior ou menor grau, os sintomas apontados por Freud⁵³ em “Luto e melancolia”: estado de ânimo penoso, desinteresse pelo mundo externo, inibição e falta de interesse em realizar atividades, falta de capacidade de investimento em objetos externos, diminuição de autoestima e aumento de autorrecriminações e autoenvilecimento. Segundo o paradigma freudiano, as depressões guardam em seu âmago uma problemática narcísica e consistem em reações psíquicas a situações de perdas.

Com base nessas considerações, as questões que me guiaram no trabalho foram: Será mesmo que a histeria de conversão é patrimônio de um tempo passado? Que tipo de organização psíquica produziria tais manifestações psicopatológicas? Como podemos relacionar a histeria aos estados depressivos? Estas e outras questões são respondidas e elucidadas ao longo deste trabalho.

A compreensão e elaboração dos materiais clínicos utilizados na construção deste trabalho estão sendo viabilizados e sustentados pelos três pilares que compõem o percurso de formação do analista: o processo de análise das pacientes vêm sendo submetido a um trabalho sistemático de supervisão; a compreensão do material clínico

⁵¹ LAPLANCHE. J. (1987). *Problemáticas I: A angústia*.

⁵² KRISTEVA, J. (1989). *Sol Negro - Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Rocco.

⁵³ FREUD S. (1917-1915/1996). *Luto e Melancolia*. ESB. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

se dá à luz da teoria freudiana e das contribuições de autores contemporâneos seguidores de Freud; por fim, este processo, como um todo, está sendo sustentado pelo pilar de minha análise pessoal.

No desenvolvimento deste estudo, são defendidos importantes aspectos que permitem fundamentá-lo clinicamente. Para isso, recorro a vários autores que vêm se debruçando sobre o sofrimento psíquico. Freud será o interlocutor principal e alguns outros, por vezes pertencentes a correntes teóricas distintas, seguir-se-ão a ele. Ou seja, não estabeleci nenhum compromisso de fidelidade com uma ou outra vertente do pensamento psicanalítico. Recorri, portanto, a autores que nos permitem melhor compreender a situação clínica que nos interroga, sem deixar, entretanto, de apontar e de nos posicionar em relação às eventuais contradições que possam surgir.

Dentro do vasto campo da psicanálise, observamos não o desaparecimento, mas sim uma diminuição importante de referências à histeria na literatura inglesa, que é, hoje, frequentemente encarada mais como um sistema defensivo que esconderia patologias mais graves ou de origem mais primitiva no desenvolvimento, do que como uma organização psíquica própria dotada de uma singularidade. Ainda assim, alguns autores anglo-saxões trazem contribuições essenciais a nossa reflexão, como Masud Khan e Christopher Bollas, que têm um pensamento original e consistente sobre a histeria.

Para discutir o tema, a presente pesquisa encontra-se estruturada em quatro capítulos.

No primeiro, intitulado “Breve história do quadro clínico de histeria”, destaco as teorizações de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi e Karl Abraham e trago os primeiros casos clínicos que levaram a inúmeras reformulações no campo psicanalítico, tanto em termos metapsicológicos como técnicos, destacando o caso Dora. Ainda aqui, abordo a histeria hoje, em articulação com o ponto de vista de autores como Melanie Klein, Donald Winnicott e Masud Khan, além do próprio Freud.

No segundo, dedico-me ao tema da questão feminina e seus impasses, focalizando o masoquismo e o feminino, a visão da mulher na psicanálise e as discussões sobre feminilidade e maternidade. No terceiro capítulo, abordo o tema da depressão, desde Freud até os autores contemporâneos.

O capítulo seguinte traz os relatos dos casos clínicos: “Teresinha, a menina que cresceu”; “A desolação de Melinda”; “Olga e a vida de cabeça para baixo”. Nos casos

clínicos estudados são então abordados os dois eixos principais da tese: o feminino e as depressões.

Nas considerações finais, apresento as conclusões possíveis deste trabalho, bem como proponho questões que podem contribuir para a clínica psicanalítica da neurose histérica nos dias atuais.

CAPITULO I – O QUADRO CLÍNICO DE HISTERIA

Então, os apetites da carne, as cobiças de dinheiro e as melancolias da paixão, tudo se confundiu num mesmo sofrimento – e, em vez de desviar o pensamento, cada vez mais se prendia a ele, incitando a dor e buscando por toda parte as ocasiões. Ela se irritava com um prato mal servido, com uma porta entreaberta, gemia pelo veludo que não tinha, pela felicidade que lhe faltava, pelos seus sonhos por demais elevados, pela casa pequena demais.

Gustave Flaubert¹ (2011, p. 201).

Inicio este capítulo com uma retomada do quadro clínico de histeria, trazendo as teorizações de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi e Karl Abraham. Sigo com os primeiros casos clínicos que levaram a inúmeras reformulações no campo psicanalítico, tanto em termos metapsicológicos como técnicos, destacando o caso Dora, para, no final, abordar a histeria hoje, trazendo as contribuições clínicas de autores como Melanie Klein, Donald Winnicott e Masud Khan, Jean Laplanche, André Green, Emilce Bleichmar e Etienne Trillat.

1. Breve história do quadro clínico de histeria

Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências.

Freud e Breuer,² (1893, p. 43).

Esta afirmação de Freud e Breuer comunica uma descoberta a respeito da lógica do funcionamento do sintoma histérico que, na época, intrigava a comunidade médica.

Há mais de cem anos, Freud introduziu uma nova maneira de entender o ser humano e as patologias psíquicas. Ocupado com os ensinamentos de Breuer e Charcot, especificamente com suas experiências junto a pacientes cujos sofrimentos se apresentavam no corpo - dores, contraturas, paralisias e convulsões sem explicação orgânica -, Freud entendeu que traziam em si um conflito psíquico.

No final de 1870, quando trabalhava no laboratório de fisiologia de Ernst Brücke, conheceu o médico Josef Breuer³, que, em 1885 lhe contou de uma paciente

¹ FLAUBERT, G. (2011). *Madame Bovary*. São Paulo: Penguin Companhia das Letras.

² FREUD, S. (1888/1996). “Comunicação Preliminar”. In: *Estudo sobre a Histeria*. ESB. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.

³ Como Wilhelm Fliess, Josef Breuer desempenhou um papel considerável na vida de Sigmund Freud entre 1882 e 1895. De certa forma, foi uma figura paterna para o jovem sábio. Ajudou-o financeiramente, inventou o método catártico para o tratamento da histeria, redigiu com ele a obra inaugural da história da

histérica atendida por ele de uma forma bastante particular. Tratava-se de Anna O., como foi consagrada posteriormente na literatura. Encantado com sua história, e ainda intrigado com as impressões das contorções de sexualidade na Salpêtrière⁴, Freud voltou-se então para o universo do sofrimento psíquico.

No texto intitulado “Histeria” compartilhou ideias que remontavam a Salpêtrière, retomando as descrições de Charcot acerca das crises histéricas. Como contribuição original, destacou a diferença entre os sinais psíquicos da histeria em comparação com as doenças orgânicas, sustentando a ideia de que as pacientes histéricas apresentavam uma disposição psíquica que as tornava mais suscetíveis às experiências intensas ou traumáticas, produzindo um quadro de reações que levavam ao adoecimento e à manifestação de sintomas. No que diz respeito à especificidade das perturbações sensoriais, ressaltou que as afecções histéricas não representavam um reflexo da constelação anatômica: “(...) Pode-se dizer que a histeria é tão ignorante da ciência da estrutura do sistema nervoso como nós o somos antes de tê-la aprendido”.⁵ (1888/1996 p. 85). Ou seja, as crises histéricas não respeitariam as leis anatômicas, o que afastava qualquer tentativa de explicá-las a partir de perturbações orgânicas, ou de quaisquer alterações anatômicas no sistema nervoso, não havendo motivos para esperar que os avanços da técnica pudessem comprová-las.

Importante destacar que o entendimento de Freud não era de que pessoas acometidas por problemas orgânicos não pudessem ser histéricas, mas que a histeria não estaria fundamentada em apenas uma alteração orgânica qualquer. A própria mobilidade dos sintomas que presenciara nas contorções histéricas de Salpêtrière lhe fornecia elementos para que a hipótese do envolvimento de perturbações orgânicas na histeria fosse improvável.

Devemos à histeria muito do que entendemos hoje acerca da produção do sofrimento psíquico. Foi esse quadro que despertou o fascínio necessário para que Freud

Psicanálise, *Estudos sobre a histeria*, e foi médico de Bertha Pappenheim que sob o nome de Anna O., se tornaria o caso *princeps* das origens do freudismo. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 93).

⁴ A escola de Salpêtrière era organizada e dirigida por um dos maiores professores de psiquiatria na segunda metade do século XIX: Jean Martin Charcot (1835-1893), neurologista reconhecido como o melhor de seu tempo pelo estudo dos fenômenos mentais. Ao ingressar no Hospital Salpêtrière, em Paris, Freud conheceu Charcot pessoalmente e escreveram juntos uma série de artigos acerca de suas teorias sobre o trauma, e da ligação com fatores sexuais como causas da histeria (ELLENBERGER, H. *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamics psychiatry*. New York: Basic Books, 1970.).

⁵ FREUD, S. (1888/1996). *Histeria*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

se interessasse por uma nova área de estudos, descobrindo o intrigante poder do inconsciente.

Lembramos, ainda, que a histeria esteve, desde o início de sua história, que remonta à antiguidade, ligada ao feminino. A questão da especificidade do feminino constitui o ponto de partida da psicanálise e também o ponto de retorno constante à teoria freudiana. Foi em fins do século passado que Freud, tentando escutar a histérica, percebeu que talvez ela quisesse dizer alguma coisa com o próprio corpo. E a histérica falou do amor, do desejo, do ódio e da culpa. Freud, impulsionado pelo desejo de saber o que seria específico do feminino e a relação entre a sexualidade e a etiologia da histeria, iniciou seu trabalho a partir da clínica.

Já Sándor Ferenczi relacionou a histeria a uma fragilidade narcísica. Devido à pertinência desse aspecto para a sustentação de nossa hipótese, retomamos brevemente a seguir os postulados teóricos do psicanalista húngaro.

2. Sándor Ferenczi e a regressão narcísica na histeria

*O que é poesia?
A poesia é a invenção da Verdade.
Há influência de um escritor sobre o outro?
O que chama de influência poética é apenas confluência
O que é a imaginação?
A imaginação é a memória que enlouqueceu.*

Mario Quintana,⁶ (2003, p. 96).

Dentre as inúmeras contribuições de Sándor Ferenczi à psicanálise, destacamos aqui aquelas relativas às regressões, particularmente em ação na estrutura histérica.

Em 1913, em seu artigo “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estádios”, o psicanalista húngaro relaciona a conversão histérica a uma regressão ao estádio da magia gestual, que “corresponde à habilidade desenvolvida pela criança antes do acesso à linguagem verbal”.⁷ (1913, p. 76). Trata-se da possibilidade de comunicar algumas necessidades básicas por uma combinação de gestos. Um exemplo da aquisição dessa condição é a capacidade de a criança estender a mão na direção de um objeto que deseja, obtendo satisfação através dessa manifestação motora e podendo, ainda por algum tempo, continuar a crer-se onipotente.

⁶ QUINTANA, M. (2003). *Caderno H*. São Paulo: Globo.

⁷ FERENCZI, S. (1913/1983). “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estádios”.

A regressão a esse estádio do desenvolvimento do eu justifica, justamente, na visão do autor, o mecanismo de conversão histérica, ou o salto psíquico para o somático. Já a intensidade dos desejos, dos “modos e fins eróticos” da neurose histérica deve ser procurada na fase do desenvolvimento libidinal e não na do desenvolvimento do eu. A fixação da libido na histeria é, de acordo com Sándor Ferenczi, no autoerotismo e no Complexo de Édipo - é desses momentos do desenvolvimento libidinal, portanto, que a histeria tira a intensidade de seus desejos, bem como seus “modos e fins eróticos”.⁸ (1913, p. 76)

Interessado em compreender como se dá o acesso ao sentido de realidade, o autor faz uma distinção importante. Tal sentido só pode se referir ao campo das pulsões do ego, ligadas à autoconservação, pois a sexualidade mais independente do mundo exterior permanecerá a vida inteira submetida ao princípio do prazer. Assim, do ponto de vista da sexualidade, o autoerotismo e o narcisismo são os estádios da onipotência do erotismo.

A esse respeito, em seu artigo “Do auto-erotismo ao objeto: a simbolização segundo Ferenczi”, Renato Mezan destaca:

Se as pulsões são originalmente autoeróticas, isto significa que sua fonte, seu objeto e seu alvo coincidem com a zona erógena respectiva: a “extensão” ou “objetalização” deste autoerotismo será por conseguinte extensão e objetalização das zonas erógenas, antes de ocorrer a unificação das pulsões no objeto *corpo próprio* e no objeto *ego*.⁹ (2002, p. 165, grifos do autor).

Sándor Ferenczi assevera que o narcisismo não cessará jamais, subsistindo sempre paralelamente ao erotismo objetal. Assim, limitando-se a amar a si mesmo, é sempre possível conservar a onipotência, e esse será o caminho regressivo que tomará o sujeito diante de uma decepção amorosa.

Nessa perspectiva, Renato Mezan afirma que a incorporação do objeto tem o sentido de uma negação da perda, pois a ideia da perda vem no lugar do reconhecimento de uma ferida narcísica, e funciona como uma defesa contra a dissolução da ilusão de onipotência. Assim, diante da interrupção de uma introjeção, algo aconteceu ao sujeito, mas a ideia da perda inverte a situação, implicando que algo tenha acontecido ao objeto, fazendo com que ele desaparecesse. Desse modo, a própria noção de perda envolve a negação da ferida narcísica, na medida em que esta aparece como resultado de algo

⁸ FERENCZI, S. (1913/1983). “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estádios”.

⁹ MEZAN, R. (2002). “Do auto-erotismo ao objeto: a simbolização segundo Ferenczi”. In: MEZAN, R. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

ocorrido com o objeto e não com o sujeito; ou melhor, com o sujeito por causa de algo ocorrido no e com o objeto: “Não fui eu quem não pode continuar gozando, foi o objeto que me abandonou”.¹⁰ (2002, p. 165). O autor explica que não foi o objeto que me abandonou: ele foi tomado por alguém, sendo essa uma forma fantasmática de inocentar o objeto da acusação de ser causa de dor de frustração ou desprazer.

O movimento de incorporação nega assim a perda do objeto – ele continua a existir em mim – e também a impotência do sujeito – porque negar a perda, que já é uma negação, equivale a reafirmar (por dupla negação, portanto) a capacidade do sujeito de restaurar a própria plenitude.¹¹ (MEZAN, 2002, p. 165).

No artigo de 1919, "Fenômenos de materialização histérica", temos uma explicação de Sándor Ferenczi¹² a respeito da conversão e do simbolismo histérico. Como Freud, Sándor Ferenczi entende que os sintomas histéricos são manifestamente a figuração, pelo corpo, de um desejo sexual inconsciente. Acredita, no entanto, que esse mecanismo de figuração exige um exame mais profundo. Certo de que os sintomas histéricos não são nada "imaginários", mas bem reais, não pertencendo ao campo dos fenômenos ligados à ilusão, nem mesmo das alucinações, são entendidos pelo autor como *materializações*. Essa designação diz respeito à característica do sintoma de dar uma representação plástica à matéria de que o sujeito dispõe em seu corpo, realizando seu desejo como que por mágica. Desse modo, desejos inconscientes criam fenômenos motores, modificações da circulação sanguínea, perturbações da função glandular e da nutrição dos tecidos, incapazes de serem produzidos pela vontade consciente.

Nesse momento, a explicação encontrada por Sándor Ferenczi para esses fenômenos consiste em afirmar a ocorrência de uma regressão profunda do desejo inconsciente. Segundo Freud¹³ nos sonhos haveria uma regressão tópica do fluxo da excitação que atingiria o órgão psíquico da percepção, ativando elementos sensoriais tornados em componentes da figuração do desejo em sonho. Para Ferenczi, a regressão envolvida na produção da materialização histérica vai ainda mais longe, atingindo a motricidade inconsciente, configurando "uma regressão tópica numa profundezia do aparelho psíquico em que os estados de excitação não se liquidam mais por um

¹⁰ MEZAN, R.(2002). “Do auto-erotismo ao objeto: a simbolização segundo Ferenczi”.

¹¹ *Ibidem*.

¹² FERENCZI, S. (1919/1989). “Fenômenos de materialização histérica”. In: BIRMAN, J. (org.) *Sándor Ferenczi – Escritos Psicanalíticos: 1909-1933*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora.

¹³ FREUD, S. (1900). *A interpretação dos Sonhos*. ESB. Vol. IV. Rio de Janeiro: Imago.

investimento psíquico - mesmo alucinatório - mas simplesmente pela descarga motora".¹⁴ (FERENCZI, 1919/1989, p.137).

A regressão envolvida no processo de materialização teria, na dimensão temporal, a expressão de uma etapa muito primitiva do desenvolvimento onto e filogenético. Segundo Sándor Ferenczi, nesta etapa primitiva do desenvolvimento, a adaptação se dá pela mudança do próprio corpo e não pela mudança do mundo. Esse modo de adaptação é chamado de autoplástico, em oposição ao estágio aloplástico, mais tardio.

A materialização como regressão pode ser ainda entendida no plano formal como uma simplificação do processo psíquico em reflexo fisiológico. Entende o processo reflexo como etapa precedente ao psíquico, a que a mais alta complexidade psíquica pode regredir. Isso explicaria o salto do psíquico para o corporal no sintoma de conversão, entendido por Sándor Ferenczi como materialização. Desse modo, por uma reversão completa do curso normal da excitação, um processo psíquico poderia se exprimir numa modificação fisiológica do corpo.

Em relação à concepção da formação do sintoma histérico, Sándor Ferenczi assevera:

Uma moção pulsional genital extremamente forte quer penetrar na consciência, mas o ego pressente a natureza e a força dessa moção como um perigo e a recalca no inconsciente. Após o fracasso dessa tentativa de solução, essas massas de energia perturbadora são empurradas mais profundamente ainda, até o órgão sensorial psíquico (alucinação) ou à motilidade involuntária no sentido mais amplo (materialização). Mas, nesse percurso, essa energia pulsional entrou em contato muito íntimo com camadas psíquicas superiores que a submeteram a uma elaboração seletiva. Ela deixou de ser um simples quantum, sofreu uma diferenciação qualitativa que fez dela um meio de expressão simbólico de conteúdos psíquicos complexos.¹⁵ (1919/1989, p. 139).

Se a formação dos sintomas histéricos se dá por uma regressão das excitações no aparelho psíquico, é coerente pensarmos que a regressão do paciente, ocorrida nas circunstâncias do tratamento analítico, também produza tais fenômenos. Isso explicaria a irrupção de manifestações involuntárias corpóreas nos pacientes de Sándor Ferenczi, analisados segundo a técnica de relaxamento. É interessante notarmos que tais manifestações, no *setting* analítico, deixam de ser entendidas como sintomas histéricos e passam a ser denominadas símbolos mnêmicos corporais.

¹⁴ FERENCZI, S. (1919/1989). "Fenômenos de materialização histérica".

¹⁵ *Ibidem.*

A formação dos sintomas histéricos parece ocorrer no âmbito intra-psíquico, já que se trata de uma pulsão genital que retrocede no aparelho psíquico, materializando-se na substância corporal sob forma dos mais diversos sintomas. Já os símbolos mnêmicos corporais emergem no contexto da relação analista-analisando, num movimento regressivo engendrado pelo processo analítico, pelas características peculiares a essa relação. Se o analista, de algum modo, participa da regressão do paciente, podemos supor que os símbolos mnêmicos corporais que emergem da regressão do paciente terão no ambiente (no analista) sua regressão máxima, e já não mais apenas o corpo do paciente será a matéria da materialização, mas também o analista, enquanto substância viva, participará dessa regressão.

Em seu artigo de 1913, “O desenvolvimento de sentido de realidade e seus estádios”, Sándor Ferenczi menciona que, nos sintomas da demência precoce e da histeria, supõe-se uma regressão autoerótica e narcísica, enquanto na neurose obsessiva e na paranoia, a fixação encontra-se já em certo nível de desenvolvimento da “realidade erótica”.¹⁶ (1913, p. 85). É o acesso a esse nível de realidade psíquica, sempre parcial para todos, que impulsionará o sujeito a buscar satisfação por meio de um objeto externo.

No que se refere à análise mútua, essa experiência possibilitou a Sándor Ferenczi o compartilhamento e a participação na experiência de sua paciente através de um “mergulho com ela em seu inconsciente e isso com a ajuda dos meus próprios complexos traumáticos”.¹⁷ (1932, p. 72). Desse modo, a eficácia terapêutica da regressão estaria na capacidade do analista em servir de matéria ao traumático, tratando de metabolizar o potencial nocivo do trauma em realidade compartilhada.

É também através de uma comparação entre a demência precoce de Krapelin e a histeria que Karl Abraham vai tratar dos estados oníricos histéricos como modos de regressão do autoerotismo na histeria, como abordo no tópico a seguir.

¹⁶ FERENCZI, S. (1913/1983). *O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estádios*.

¹⁷ FERENCZI, S. (1932/1990). *Diário Clínico*.

3. As contribuições de Karl Abraham

*Uma arte que dá medo
é a de ler um olhar,
pois os olhos têm segredos
difíceis de decifrar.*

Ricardo Azevedo¹⁸ (1999, p. 35).

Comparando demência precoce e histeria, Karl Abraham vai tratar dos estados oníricos histéricos como modo de regressão ao autoerotismo.

Encontramos em 1908 as primeiras reflexões do autor acerca do tema, num artigo em que compara a histeria com a demência precoce de Krapelin, utilizando-se largamente das contribuições freudianas de 1905 acerca da sexualidade infantil. Dado que as duas afecções têm como fonte os complexos sexuais recalcados e se assemelham em suas manifestações no que se refere ao simbolismo sexual, Karl Abraham interroga-se sobre o que pode diferenciá-las.

Portador de um desejo sexual anormalmente intenso, atribuído pelo autor a características inatas, o neurótico sofre de uma falta de harmonia interna proveniente do campo das pulsões, estando constantemente às voltas com a luta entre um desejo e sua recusa, sofrendo as consequências da contradição interna. No surgimento da neurose, o conteúdo recalcado vem à consciência ou é convertido na forma de sintomas histéricos. Assim: "... os sintomas patológicos mórbidos constituem uma atividade sexual anormal".¹⁹ (ABRAHAM, 1908, p. 44)

Na demência precoce, ainda segundo Karl Abraham, há um retorno à atividade sexual autoerótica. A libido é retirada dos objetos de amor e não encontra a via da sublimação, o que justificaria a ausência, nas pessoas que padecem dessa afecção, dos sentimentos adquiridos pela via desse mecanismo como: nojo, vergonha, etc. É justamente o retorno ao autoerotismo que vai marcar a diferença entre ambas as patologias: na demência precoce, a libido é retirada do objeto e a capacidade de sublimação é perdida; na histeria, ao contrário, o investimento objetal seria excessivo e a sublimação seria expandida.

¹⁸ AZEVEDO, R. (1999). *Dezenove poemas desengonçados*. São Paulo: Ática.

¹⁹ ABRAHAM, K. (1907-1914/1989). "Les differences psychosexuelles entre l'hystérie et la demence precoce". On: *Oeuvres complètes*. Vol. I. Aleçon: Payot. Science de l'homme.

Dois anos depois, entretanto, encontramos também em Karl Abraham²⁰ a possibilidade de uma regressão ao autoerotismo também na histeria. Nesse artigo, o autor trata da construção metapsicológica dos estados oníricos e afirma que, na histeria, ou ao menos quando se verifica a ocorrência de estados oníricos, podemos falar de um retorno ao autoerotismo.

O autor divide as manifestações dos quadros histéricos em três etapas distintas, que não correspondem a uma descrição clínica, mas auxiliam a nossa compreensão.

Uma primeira etapa, de “exaltação imaginativa”, com conteúdo pessoal, funciona como um preâmbulo para a segunda fase, o “estado onírico”, situações em que o mundo exterior parece diferente, estranho, deixando o paciente com a sensação de estar sonhando, hipnotizado ou, ainda, vivendo um episódio de sonambulismo. O autor descreve um terceiro estágio de “vazio da consciência”, no qual ocorre uma “paralisação do pensamento”, um “vazio do espírito”, finalizado por um estado depressivo.

Karl Abraham estabelece a diferença entre estados depressivos e devaneios ao se referir ao destino que estes últimos podem ter em uma organização histérica no momento em que a formação sintomática tipicamente histérica falha. Sem acesso aos recursos dos artistas, portanto, sem poder transformar seus devaneios, o sujeito que a eles se entregou é remetido a um estado depressivo, estado de vazio em que nada faz sentido. Importante pensar que o vazio supõe uma rede simbólica que o suporta; só se pode falar de vazio de alguma coisa - o vazio constitui-se como um espaço potencialmente criativo.²¹

O assim chamado terceiro estádio representa o auge desses estados, bem como o seu desfecho. Não se trata apenas do final das fantasias, mas também da interrupção de um estado tido como prazeroso, até aquele momento, e que passa, a partir desse terceiro momento, a ser vivenciado como algo fundamentalmente desagradável.

Karl Abraham considera esse fenômeno como mais um dentre as várias manifestações neuróticas, uma forma de expressão de desejos inconscientes que, na normalidade, contentar-se-iam com a via dos sonhos. O sonho, durante o sono, não é suficiente para expressar os desejos inconscientes.

²⁰ ABRAHAM, K. (1910/1989). “Les etats oniriques hysteriques”. On: *Oeuvres completes*. Vol. I. Aleçon: Payot. Science de l’homme.

²¹ De acordo com Winnicott, a possibilidade criativa não está obrigatoriamente associada à produção artística tendo maior amplitude. Abram, J. A *linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter. 2000, pp. 83-95.

Traçando um paralelo entre os estados oníricos e as crises histéricas, o autor lembra que ambos são substitutos de uma satisfação sexual e que o esvaziamento da consciência marca o ponto culminante desse tipo de satisfação, incluindo aquelas de cunho autoerótico. Assim, o vazio da consciência é justificado da seguinte forma: depois de toda a atenção ter estado concentrada nos processos que buscam a satisfação sexual, quando esta é atingida, ocorre uma queda violenta do investimento da atenção, levando a um “vazio da consciência”; e este vazio, inicialmente provocado por razões econômicas, amplia-se ainda mais com a força do recalque.

Para finalizar o referido artigo, Karl Abraham trata das relações entre os “estados oníricos histéricos”, manifestação psicopatológica da qual se ocupa, as crises histéricas e, por último, os acessos de angústia. Os estados oníricos e as crises histéricas servir-se-iam de diferentes meios de representação, visando basicamente aos mesmos fins: representar os fantasmas recalados. Na crise histerica, o que está em jogo é uma ab-reação motora da libido recalada, enquanto no estado onírico, o processo se desenvolve sob a vida fantasmática, ainda que se utilizando, também, de algumas reações motoras.

O autor estabelece então relações entre as manifestações patológicas da histeria e as da demência precoce. Faz notar que os “estados oníricos” são encontrados também nos sujeitos afetados pela patologia descrita por Krapelin. Um jovem paciente de Karl Abraham, classificado por ele como um caso de hebefrenia, referia-se a uma sensação de que tudo parecia teatro quando se encontrava nesses estados.

Embora sejam discutidos, nesses textos, no contexto específico da histeria, os “estados oníricos” são, essencialmente, mais uma das várias possibilidades de formações do inconsciente, demonstrando, mais uma vez, a importância da histeria como ponto de partida para grande parte das investigações psicanalíticas na época.

Outro aspecto tratado no artigo de Karl Abraham está na origem da tendência aos devaneios diurnos em neuróticos mais ou menos graves, uma dificuldade em superar a nostalgia da atividade autoerótica da infância.

O autor refere-se a uma moça que, durante uma conversa com um homem por quem se sentia excitada, passa a considerar sua voz como estranha, estrangeira e sente-se transportada para fora da realidade, ou pelo menos daquela na qual ela se sentia instalada até então. Em seguida a esse estado de estranheza, vinha o vazio do pensamento e finalmente a angústia. A partir da investigação clínica, o autor conclui que, em pessoas dadas aos devaneios diurnos, a presença de qualquer situação

desencadeadora as faz retomar a seus devaneios, seguindo-se, a partir daí, as diferentes fases já descritas do “estado onírico”.

Voltando a Freud, vários autores já se beneficiaram dos casos descritos em “Estudos sobre a Histeria”²² para pesquisas importantes, revelando a fecundidade desse material. A nós interessa o uso que Freud faz dos estados depressivos para falar de um tipo de sofrimento de suas pacientes. Esse é o ponto que queremos destacar, além de alguns traços fundamentais da histeria. Ao olharmos para essas descrições clínicas, não assumiremos o compromisso de resumir os casos procurando destacar simplesmente alguns de seus aspectos.

4. As primeiras pacientes histéricas

*Porque há desejo em mim, é tudo cintilância.
Antes, o cotidiano era um pensar alturas
buscando Aquele Outro decantado
surdo à minha humana ladradura.
Visgo e suor, pois nunca se faziam.
Hoje, de carne e osso, laborioso, lascivo
tomas-me o corpo.
E que descanso me dás
depois das lidas.
Sonhei penhascos
quando havia o jardim aqui ao lado.
Pensei subidas onde não havia rastros.
Extasiada, fodo contigo
ao invés de ganir diante do Nada.*

Hilda Hilst²³ (1992, p. 67).

Anna O., célebre paciente de Breuer, preenchia os espaços vazios entregando-se ao seu teatro particular. Era assim que ela chamava os seus devaneios. Sua doença de sintomatologia bastante variada - uma tosse nervosa, estrabismo convergente, contraturas musculares e anestesias - manifestara-se durante a doença de seu pai, que falecera poucos meses depois de adoecer.

Na época com vinte anos de idade, *intelecto poderoso e dotes poéticos e imaginativos*, Anna O. foi quem batizou o tipo de tratamento que recebia de *talking care*. Na verdade, as palavras pareciam lhe faltar, embora ela recorresse, nessa *cura pela palavra*, a todos os idiomas que conhecia.

²² FREUD, S; BREUER, J. (1893-1895/1996). *Estudos sobre a histeria*.

²³ HILST, H.(1992). *Do desejo*. Campinas: Pontes.

Breuer fala de dois estados de consciência distintos em Anna O. - ela própria referia-se a *dois eus*. Quando estava livre de alucinações, apresentava-se melancólica e angustiada, chegando até mesmo a inúmeras tentativas de suicídio após a morte de seu pai. Ao final da discussão desse caso, Josef Breuer fez a seguinte observação:

Numa ocasião, depois de terem cessado os fenômenos histéricos, a paciente estava apresentando uma depressão temporária, ela apresentou grande número de temores e autorrecriminações infantis, entre eles a ideia de que de modo algum estivera doente e tudo aquilo fora simulado.²⁴ (1893-1895/1996, p. 80).

É importante salientar que o estado descrito por Josef Breuer como depressivo e como autorrecriminações remete-nos à melancolia, tal como Freud a descreve mais adiante, no texto de 1917, “Luto e melancolia”.

Já Emmy, paciente de Freud, apresentava poucos sintomas conversivos, os quais se restringiam a um distúrbio de fala - ela gaguejava e produzia um estalido com a língua. A excitação, originariamente psíquica, permanecera nessa esfera produzindo um determinado estado mental. Os sintomas psíquicos, nesse caso de histeria em que havia pouca conversão, “... podem ser divididos em alterações do humor (angústia, depressão melancólica), fobias, e abulias (inibições de vontade)”.²⁵ (FREUD, 1893-1895, p.116). Novamente, observamos aqui a necessidade de uma referência à melancolia.

No “Manuscrito G”, Freud fala da melancolia como um excesso de energia na sua forma psíquica que, na impossibilidade de “ação específica”, aumenta incessantemente e que, não podendo eleger um objeto exterior, acaba provocando um furo no psiquismo - uma hemorragia interna - que se manifesta nas outras pulsões e funções. Emmy, como vimos acima, trazia um excesso de energia na sua forma psíquica. Esse excesso aparecia de várias formas, entre elas, a depressão melancólica.

Emmy e Anna O. permitem que Freud explique um aspecto fundamental para a montagem da sintomatologia histerica: o sentimento de repulsa. Entre outras situações que provocam repulsa e que são descritas por ele, uma delas é particularmente ilustrativa: Anna O. não bebia nada há algumas semanas, resolvendo parcialmente sua sede através do consumo de algumas frutas. A explicação para essa impossibilidade veio quando, sob hipnose, ela revelou ter entrado no quarto de sua dama de companhia e visto o cão dessa senhora bebendo água num copo. Anna experimentou um intenso

²⁴ FREUD, S; BREUER, J. (1893-1895/1996). *Estudos sobre a histeria*.

²⁵ *Ibidem*.

sentimento de repulsa, recusando-se, em seguida, a tocar qualquer copo com seus lábios. O sentimento de repulsa vem do movimento inverso do que se passa na conversão.

A repulsa é provocada por uma queda do erótico para o funcional, quando algo do real dessexualizado irrompe, algo sobre o qual não se pode dizer nada, embora produza uma sensação. O trauma tem este lugar: algo que não pode ser elaborado e tampouco é passível de um recalque bem sucedido, retornando como sintoma histérico. De fato, na histeria, trata-se de uma falha no recalcamento; do contrário, a paciente não sofreria de reminiscências, desfrutando somente de lembranças simbolizadas.

A questão da erotização do corpo é fundamental na histeria e poderá ser mais bem situada a partir de algumas contribuições posteriores ligadas à constituição do ego nas primeiras trocas libidinais do sujeito.

Na histeria, trata-se de uma dificuldade dos órgãos de servir aos dois grupos pulsionais, as pulsões sexuais e as pulsões do eu, ligadas à autoconservação. Há sempre uma ameaça para a histérica de que o véu se rasgue e algo do real dessexualizado surja.

Lucy R., paciente de Freud, havia perdido todo o sentido do olfato e era perseguida por uma ou duas sensações olfativas (alucinatórias) subjetivas, *que lhe eram muito aflitivas*. Depois de examiná-la, Freud resume o quadro com a seguinte frase: “Sofria de depressão e fadiga e era atormentada por sensações subjetivas de olfato”. Mais à frente, na apresentação do caso, acrescenta: “Sua depressão talvez fosse o afeto ligado ao trauma, e deveria ser possível encontrar uma experiência em que esses odores, que agora se haviam tornado subjetivos, tivessem sido objetivos”.²⁶ (FREUD, 1893-1895, p.134). Em seguida, propõe que tomemos as alucinações olfativas de Lucy, em conjunto com a depressão que a acompanhava, como equivalentes a um ataque histérico. Novamente, vemos o conflito histérico, que, sem poder ser representado simbolicamente pelo corpo, aparece sob a forma depressiva.

Numa nota de rodapé acrescentada ao caso de Elisabeth von R., Freud refere-se a outra paciente. Mathilde H., “uma bela jovem de dezenove anos” - sofria de paralisia parcial das pernas e, depois de já haver feito um contato anterior, “por uma alteração em seu caráter, o procurou porque estava deprimida a ponto de chegar a um *taedium vitae*, mostrando-se irritadiça, inacessível e sem a menor consideração com a mãe”. Em seguida, Freud acrescenta: “o quadro da paciente como um todo impediu-me de presumir que se tratasse de uma melancolia comum”.²⁷ (FREUD, 1893-1895, p. 186).

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*.

Invertendo a observação de Freud, podemos supor que algo do quadro apresentado por Mathilde sugeria uma espécie particular de melancolia, a melancolia é, segundo o “Manuscrito G.”, aquela causada por uma diminuição da excitação no grupo sexual somático, deixando, dessa forma, o grupo psíquico sem seu combustível que permitiria a *ação específica*. O enfraquecimento do grupo sexual somático pode ocorrer por várias razões, entre elas, pelo excesso de masturbação, que faz a energia escoar antes que ela possa dirigir-se à realidade exterior.²⁸ (FREUD, 1950[1892-1899]).

Fica claro que Freud recorre à melancolia para explicar o sofrimento que não é dito pelo corpo, através dos sintomas conversivos. Penso então que, embora o perfil da histérica que hoje frequenta os consultórios de psicanalistas seja diferente, isso não quer dizer que esse quadro tenha desaparecido.

Conforme referido na introdução desse trabalho Adela Gueller, em sua pesquisa realizada em setembro de 2014, na cidade de Bertioga, onze garotas, após receberem a segunda dose da vacina HPV, utilizada para prevenir o câncer de colo de útero, apresentaram dores de cabeça e falta de sensibilidade nas pernas. A autora chama atenção para a significação sexual que adquiriu a vacina para essas meninas e seus pais. “É como resposta a essa significação que se produziram ataques de histeria em massa cujas manifestações devem ser situadas no corpo erógeno; ou seja, no corpo do prazer, da dor e da angústia”.²⁹ (2016, p. 4).

Para a autora, não se trata de doença da vacina, “pelo significado sexual que adquiriu, e o produto injetado no corpo a via pela qual os significantes-chave ‘câncer’ e ‘útero’ ou, como diria Freud, ‘morte’ e ‘sexualidade’ foram incorporados, desencadeando episódios de histeria coletiva”.³⁰ (2016, p. 5). É interessante observar que um procedimento médico preventivo fez reaparecer manifestações histéricas semelhantes às do começo do século XX na sociedade do século XXI: paralisias, parestesias, desmaios, anestesias, miastenia, enxaquecas e tontura são alguns dos sintomas que as meninas apresentaram.

²⁸ FREUD, S. (1950[1892-1899]/1996). “Rascunho G”. In: *Extrato dos documentos dirigidos a Fliess*.

²⁹ GUELLER, A. J. S. de. (2016). *Respostas coletivas às intrusões no erotismo: as 11 garotas de Bertioga e a vacina do HPV*. Pesquisa desenvolvida em Setembro 2014, Bertioga: São Paulo.

³⁰ *Ibidem*.

5. O caso Dora

*Ela mexe-se, os olhos entreabrem-se.
 Ela pergunta: Mais quantas noites pagas? Diz-lhe: Três.
 Ela pergunta: Nunca amou uma mulher? Diz-lhe que não, nunca.
 Ela pergunta: Nunca desejou uma mulher? Diz-lhe que não, nunca.
 Ela pergunta: Nem uma vez, um só instante? Diz-lhe que não, nunca.
 Ela diz: Nunca? Nunca? Você repete: Nunca.
 Ela sorri, ela diz: É curioso, um morto.
 Ela recomeça: E olhar uma mulher, nunca olhou uma mulher? Diz-lhe que não, nunca.
 Ela pergunta: Para o que é que olha? Diz-lhe: Para tudo o resto.
 Ela espreguiça-se, ela cala-se.
 Ela sorri, ela adormece de novo.*

Marguerite Duras³¹ (2002, pp 34-5).

Em 1899, época em que finalizava “A Interpretação dos sonhos”, que marcaria o início da psicanálise e o percurso que o levaria a construir o conceito do inconsciente, Freud iniciou o tratamento de uma jovem de dezoito anos. Tratava-se daquela que ficaria conhecida como Dora e que faria parte de seus principais casos clínicos.

Dora apresentava sintomas corporais tais como dispneia, acompanhada de *tussis* nervosa, ataques de afonia e enxaquecas; entretanto, Freud percebeu que a verdadeira questão da jovem estava muito além do orgânico. Ela permaneceu pouco tempo em tratamento (três meses) e o término abrupto, anunciado na última sessão, o surpreendeu.

A família da paciente era pequena, constituída por sua mãe, seu pai e seu irmão mais velho. O pai era a pessoa dominante, tanto por sua inteligência e seus traços de caráter como pelas circunstâncias de sua vida. Na época do atendimento de Dora, ele beirava os cinquenta anos, era um grande industrial com ótima situação econômica, um homem de atividade e muito talento. A filha era carinhosamente apegada ao pai, e quando ele adoece, esse sentimento se intensifica. A mãe da paciente era uma mulher inulta e fútil, dedicava todo o seu tempo aos cuidados da casa. Não demonstrava nenhum interesse pelo marido e filhos, ocupando o tempo em limpar a casa, os móveis e os utensílios “a tal ponto que se tornava quase impossível usá-los ou desfrutar deles”.³² (FREUD, 1905[1901]/1996, p. 30).

Culta e muito articulada, Dora apresentava, porém, vários sintomas somáticos, os quais a acompanhavam há alguns anos. Quando apresentada a Freud, descobriu que,

³¹ DURAS, m. (2002). *La maladie de la mort*. Paris: Les Éditions de Minuit.

³² FREUD, S. (1905[1901]/1996). *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. ESB. Vol. VII, Rio de Janeiro: Imago.

apesar de ser inteligente e esperta, tinha vários problemas emocionais. Sua relação com a mãe havia se deteriorado nos últimos anos - Dora a menosprezava, criticava-a duramente e subtraíra-se por completo de sua influência. A relação entre ambas havia se tornado inamistosa. O seu irmão mais velho, durante as discussões familiares, costumava tomar partido da mãe, polarizando a situação - de um lado, filho e mãe e do outro, Dora e o pai. Mais tarde, o pai adoeceu de pneumonia, agravando sua condição de saúde. É nesse momento que entra na vida dessa família o casal que foi denominado K. A Sra. K. ajudou na recuperação do pai de Dora e se tornou uma presença fundamental no seu tratamento.

Contou-me o pai que ele e a família tinham feito uma amizade íntima em B - com um casal ali radicado já há muitos anos. A Sra. K cuidara dele durante sua longa enfermidade, tendo assim feito jus a sua eterna gratidão. O Sr. K sempre fora extremamente amável com sua filha Dora, levando-a a passear com ele quando estava em B e dando-lhe pequenos presentes, mas ninguém via nenhum mal nisso. Dora tratava com o mais extremo cuidado os dois filhinhos do Sr. K, dedicando-lhe uma atenção quase verdadeiramente maternal.³³ (FREUD, 1905[1901]/1996, pp. 34-5).

O relacionamento com o casal K. havia começado antes da doença do pai, entretanto só se tornou íntimo quando, no curso da enfermidade, a jovem Sra. K. assumiu oficialmente a posição de enfermeira, enquanto a mãe de Dora se mantinha afastada do leito do marido. Sempre que Dora repreendia o pai por causa da Sra. K., ele costumava dizer que não entendia sua hostilidade e imediatamente exaltava as qualidades e enfatizava seus agradecimentos à Sra. K. Concluía dizendo que seus filhos tinham razões para lhe serem gratos.

Dora questionava esse relacionamento e frequentemente pedia à sua mãe uma explicação sobre essa estreita relação; entretanto, ela concordava com o marido, inclusive, relatando um episódio que justificava todo o apreço que ela dedicava à Sra. K. Certa ocasião, seu marido estava tão triste que quisera suicidar-se nos bosques. Suspeitando disso, a Sra. K. fora atrás dele e o persuadira a mudar de ideia. Naturalmente, Dora não acreditava na veracidade desse fato, percebia a ingenuidade da mãe e imaginava que o pai inventara a história do suicídio para justificar seu encontro com a Sra. K, suspeitando que os dois mantinham relações mais íntimas. Durante algum tempo, isso não a incomodou. Entretanto, nos últimos dois anos, a forma como ela encarava esse fato mudara, misteriosamente – e isso logo após o seguinte incidente:

³³ *Ibidem.*

passeando por um lago no bosque perto da casa onde se encontravam, o Sr. K. lhe havia abordado com propostas indecorosas.

O Sr. K. fizera uma introdução razoavelmente séria, mas ela não o deixara terminar. Mal comprehendeu do que se tratava, deu-lhe uma bofetada no rosto e se afastou às pressas. Eu queria saber que palavras ele empregara, mas Dora só se lembra de uma de suas alegações: “Sabe, não tenho nada com minha mulher”. Naquele momento, para não tornar a encontrá-lo, ela quisera voltar para L contornando o lago a pé, e perguntou a um homem com quem cruzou a que distância ficava. Ante a resposta “duas horas e meia”, desistiu dessa intenção e voltou em busca do barco, que partiu logo depois. O Sr. K. também estava lá novamente, aproximou-se dela e lhe pediu que o desculpasse e não contasse nada sobre o incidente. Mas ela não lhe deu resposta alguma...³⁴ (FREUD, 1905[1901]/1996, p. 97).

Durante o processo analítico, Dora trouxe dois sonhos que foram trabalhados exaustivamente por Freud e a paciente. O primeiro deles era um sonho recorrente, periodicamente repetido, e Freud considerava importante e justificável o entrelaçamento desse sonho na trama da análise:

Uma casa estava em chamas. Papai estava ao lado da minha cama e me acordou. Vesti-me rapidamente. Mamãe ainda queria salvar sua caixa de joias, mas papai disse: ‘não quero que eu e meus dois filhos nos queimemos por causa da sua caixa de joias.’ Descemos a escada às pressas e, logo que me vi do lado de fora, acordei.³⁵ (FREUD, 1905[1901]/1996, p. 67).

Ao trabalhar o sonho em análise, Freud percebeu que ele havia se repetido por três dias seguidos no local onde ocorre a cena do lago e agora em Viena. Interessa a Freud descobrir o que unia, no sonho de Dora, local importante no passado com uma situação presente. Querendo descobrir qual fora o motivo de sua repetição, pede então a Dora que decomponha o sonho e lhe comunique o que lhe ocorria a propósito deste. Sua associação a conduz a uma lembrança relacionada a um fato recente.

- “Ocorre-me uma coisa”, disse ela, “mas não pode ter nenhuma relação com isso, porque é muito recente, ao passo que sem dúvida eu já tivera o sonho antes.”
- Não tem importância, vá em frente – respondi; - é justamente a última coisa que se adequa ao sonho.
- “Está bem; nesses últimos dias papai teve uma discussão com mamãe porque ela tranca a sala de jantar à noite. É que o quarto de meu irmão não tem entrada independente, e só se pode chegar a ele pela sala de jantar. Papai não quer que meu irmão fique trancado assim à noite. Diz ele que isso não é bom; *pode acontecer alguma coisa durante a noite que torne necessário sair.*”
- E isso a fez pensar no risco de um incêndio?

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ *Ibidem.*

- “Sim”.³⁶ (FREUD, 1905[1901]/1996, pp. 67-8, grifos do autor).

Esta cena remete Dora a uma outra, referente à sua chegada com a família no local denominado L. por Freud, onde ocorre a cena do lago. Ao deparar-se com a casa de madeira, a primeira inquietação de seu pai, manifestada abertamente, foi sua angústia diante da possibilidade de um incêndio. Quando Dora e o pai chegaram à L, caiu uma tempestade e eles perceberam que a casinha de madeira não tinha para-raios, aumentando assim a probabilidade de acontecer um incêndio. Ao ser questionada se os sonhos recorrentes ocorreram nos dias após a cena do bosque, Dora não confirma.

Na tarde seguinte ao nosso passeio pelo lago, do qual o Sr. K. e eu voltamos ao meio dia, eu tinha-me recostado no sofá do quarto, como de costume, para dormir um pouco. De repente, acordei e vi o Sr. K. parado em frente a mim.

- Quer dizer, tal como você viu seu pai no sonho ao lado de sua cama?
 - Foi. Mandei que ele explicasse o que estava procurando ali. Como resposta, ele disse que não ia deixar de entrar no seu próprio quarto quando quisesse; além disso, queria apanhar alguma coisa. Com isso, fiquei prevenida, perguntei a Sra. K. se não havia uma chave do quarto e, na manhã seguinte (no segundo dia), tranquei-me enquanto fazia minha toalete. À tarde, quando quis me trancar para deitar de novo no sofá, a chave tinha sumido. Estou convencida de que o Sr. K. a havia retirado.³⁷ (FREUD, 1905[1901]/1996, p. 69).

O enunciado “Vesti-me rapidamente”, presente no sonho, estava então relacionado a essa situação relatada por Dora, quando explica porque resolve não ficar mais na casa dos K. durante a doença de seu pai. A confiança que seu pai lhe transmitia deixava-a segura e protegida dos investimentos sexuais do Sr. K. Nas demais manhãs, ela seguia temendo que o Sr. K. a surpreendesse enquanto fazia sua toalete; a expressão que aparece nos sonhos tem aqui sua raiz: “e por isso sempre me vestia rapidamente”. Sentia-se desprotegida, pois seu pai ficava no hotel, e a Sra. K. saía cedo para encontrá-lo, mas o Sr. K. não voltou a importuná-la.

As articulações feitas por Freud o conduzem à construção de sua teoria do Complexo de Édipo. Ora, ele percebe que o amor do pai antes dirigido à filha, que não encontrava em sua mãe uma rival a sua altura, quando passa a ser dirigido à Sra. K. abala a segurança de Dora quanto ao amor paterno. Freud chega à seguinte conclusão:

- Ou seja, você *sabia* disso... agora o sentido do sonho está ficando ainda mais claro. Você disse a si mesma: esse homem está me perseguindo; quer forçar a entrada em meu quarto, minha “caixa de joias” está em perigo e, se acontecer alguma desgraça, a culpa é do papai. Foi por isso que escolheu, no sonho, uma situação que expressa

³⁶ *Ibidem.*

³⁷ *Ibidem.*

o oposto, um perigo de que seu pai a salva.³⁸ (FREUD, 1905[1901]/1996, pp. 71-2, grifos do autor).

O segundo sonho ocorreu algumas semanas depois do primeiro, permitindo a Freud conhecer a gênese dos sintomas de Dora.

Eu estava passeando por uma cidade que não conhecia, vendo ruas e praças que me eram estranhas. Cheguei então a uma casa onde eu morava, fui até meu quarto e ali encontrei uma carta de mamãe. Dizia que, como eu saíra de casa sem o conhecimento de meus pais, ela não quisera escrever-me que papai estava doente. ‘Agora ele morreu e, se quiser, você pode vir.’ Fui então para a estação [Bahnhof] e perguntei umas cem vezes: ‘Onde fica a estação?’ Recebia sempre a resposta: ‘Cinco minutos’. Vi depois a minha frente um bosque espesso no qual penetrei, e ali fiz a pergunta a um homem que encontrei. Disse-me: ‘Mais duas horas e meia’. Pediu-me que o deixasse acompanhar-me. Recusei e fui sozinha. Vi a estação a minha frente e não conseguia alcançá-la. Aí me veio o sentimento habitual de angústia de quando, nos sonhos, não se consegue ir adiante. Depois eu estava em casa; nesse meio tempo, tinha de ter viajado, mas nada sei sobre isso. Dirigi-me à portaria e perguntei ao porteiro por nossa casa. A criada abriu para mim e respondeu: ‘A mamãe e os outros já estão no cemitério [Friedhof]’.³⁹ (FREUD, 1905[1901]/1996, p. 93).

As associações levam Dora a formular as seguintes questões: “Por que foi que nos primeiros dias depois da cena do lago, eu nada disse sobre ela? Por que, então, de repente contei isso a meus pais?”.⁴⁰ (FREUD, 1905[1901]/1996, p. 94). Para o Sr. K., a proposta de Dora era verdadeira e não uma tentativa de sedução. O fato de ter contado o episódio aos seus pais parecia a Freud um ato de uma doentia sede de vingança.

Dora comunica a Freud o seu desligamento do tratamento: ela havia pensado em ficar até o ano novo, mas não queria esperar mais pela cura. Suas palavras surpreendem Freud, mas, apesar da notícia, ele faz questão de continuar a sessão e ela lhe traz um fato novo, que considero muito importante sobre a sexualidade feminina. Quando Dora não permite que o Sr. K. termine sua frase, minha hipótese é que esta era semelhante à que ela escutara minutos antes. Dora, ainda na residência, havia conversado com uma jovem governanta, que trabalhava na casa do Sr. K. e que também era alvo de cortejo deste senhor.

- Bem, havia uma mocinha na casa, como governanta das crianças, que exibia um comportamento estranhíssimo em relação ao Sr. K. Não o cumprimentava, não lhe dava nenhuma resposta, nunca lhe entregava nada a mesa quando ele lhe pedia, em suma, tratava-o como se fosse vento. Aliás, ele também não era muito mais cortês com ela.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

Um ou dois dias antes da cena do lago, a moça me chamou a parte; tinha algo a me comunicar. Contou-me então que o Sr. K., numa época em que sua mulher estivera ausente por várias semanas, tinha-se aproximado dela, fizera-lhe um assédio insistente e lhe pedira que fosse solícita com ele, dizendo que não tinha nada com sua mulher, etc.” - Ora são as mesmas palavras que ele usou ao fazer-lhe sua proposta, e em função das quais você lhe deu a bofetada no rosto.⁴¹ (FREUD, 1905[1901]/1996, pp. 102-03).

Os sentimentos contraditórios, frutos de uma desilusão amorosa de Dora com o pai, sua tentativa de chamar atenção escrevendo uma carta ameaçando suicidar-se, sua desconfiança das intenções de todos que estavam ao seu redor, levam-nos a formular algumas questões.

Seria o Sr. K. um conquistador, querendo transformar Dora em mais um troféu de suas conquistas? Havia mesmo uma inclinação de Dora pela Sra. K., a qual era objeto de intensa admiração por parte da moça, que elogiava seu belo corpo alvo e que nunca se referira a ela de forma raivosa? Haveria uma tentativa de identificação de Dora com a Sra. K, ou eram investidas homoeróticas?

Em seu artigo “E daí – o que apareceu de tão interessante?” Freud e Dora”, Renato Mezan destaca que o Sr. K. era, para Freud, o principal objeto de Dora:

A versão direta do complexo de Édipo, ou seja, o desejo pelo genitor de sexo oposto e a hostilidade frente ao do mesmo sexo. Freud a assinala no comportamento dos irmãos nas disputas familiares, cada um agindo segundo este roteiro, e nela se baseia para a direção geral da sua leitura do caso, que procura por todos os meios levar Dora a aceitar: na qualidade de substituto paterno, Herr K. é o principal objeto dela.⁴² (2014, p. 397).

Foi finalmente com “A interpretação dos sonhos” e a análise do caso Dora que Freud abandonou a teoria da sedução real e promoveu a elaboração de uma organização fantasmática em jogo na histeria. Estabeleceu um paralelo entre os mecanismos do sonho e o da formação de sintomas histéricos, ambos obedecendo às leis do deslocamento e condensação, sendo o primeiro mecanismo preponderante na neurose obsessiva e o segundo, essencial para a histeria.

A importância da oralidade para a histeria é pela primeira vez mencionada por Freud no caso Dora, sendo depois amplamente discutida por diversos autores pós-freudianos.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² MEZAN, R. (2014). “E daí – o que apareceu de tão interessante? ” Freud e Dora. In: MEZAN, R. *O tronco e os ramos*. São Paulo: Companhia das Letras.

Dora inaugura o debate acerca da transferência e sua importância no tratamento. Embora a questão da transferência já tenha aparecido na obra freudiana, é com Dora que o evento ganha um significado mais preciso, como revelador da verdade inconsciente. Freud reconhece que o analista tem um papel na transferência e, além das revisões feitas por ele na análise deste caso, muitos outros autores o retomam na literatura psicanalítica.

Sobre a transferência analítica, dispositivo central da técnica e teoria psicanalítica, Renato Mezan afirma:

Em 1900, ela é entendida essencialmente como manifestação da resistência; será preciso esperar o *Posfácio* para que se torne também o ‘mais precioso aliado’ da análise. Freud a limita à esfera das resistências porque consiste no evitamento de uma recordação penosa ligada a uma pessoa significativa do passado. Por alguma particularidade presente em ambos, o afeto ou desejo correspondente àquela pessoa se desloca para o analista, com o que se cria uma ‘falsa ligação’. Isso Freud sabe desde os *Estudos sobre a histeria*, e sabe também que a maneira de lidar, com essa resistência é restabelecer a ‘verdadeira ligação’ isto é, descobrir a quem se endereça aquilo que foi defensivamente deslocado. Uma vez ‘adivinhada’ e ‘traduzida’ (notem-se os termos do registro intelectual) ao paciente, a transferência deixa de ser uma boa máscara para o que se pretendia ocultar, e o trabalho pode prosseguir. Tal concepção situa o fenômeno transferencial no mesmo plano que o sonho e o sintoma.⁴³ (2014, p. 401).

A “*petite hystérie*” ensina a Freud, através do amor de Dora pela Sra. K., a importância da mãe no Complexo de Édipo feminino, que terá sua formulação até 1932. Ainda que o Complexo de Édipo não estivesse explicitamente conceituado na obra de Freud naquele momento, ele já determinava as diretrizes fundamentais para essa análise de um caso de histeria.

Em 1923, Freud acrescenta a esse artigo uma nota reconhecendo o papel da homossexualidade não analisada e do prejuízo causado pela sua contratransferência nessa análise. Ele entende que Dora ama o Sr. K, por um deslocamento de seu amor pelo seu pai e inclui-se ele próprio como um dos pontos de parada no trajeto desse amor.

Dora estava interessada na Sra. K. No entanto, ela não era um objeto de amor homossexual como Freud imaginou. O que despertava o interesse de Dora era o que fazia a Sra. K, uma mulher desejável. Nessa perspectiva, receber a atenção do marido da Sra. K permitia que Dora se identificasse com ela. No momento em que o Sr. K. afirma

⁴³*Ibidem.*

que sua mulher não significa nada para ele, Dora não pode mais manter essa relação sob o risco de perder sua frágil identificação.

Segundo Renato Mezan, Freud se dá conta do amor de Dora pela Sra. K., mas atribui esse sentimento à bissexualidade, no caso, uma moçâo amorosa homossexual.

Mas no decorrer do tratamento literalmente não sabe o que fazer com tal descoberta. É plausível supor que foi refletindo sobre sua omissão deste aspecto - que no entanto não lhe era desconhecido, pois a bissexualidade é um tema frequente na correspondência com Fliess - que tenha sido levado a construir a versão completa do complexo, a qual inclui ambivalência em relação aos genitores.⁴⁴ (2014, pp. 397-98).

Considerando então a influência do momento histórico nos quadros psicopatológicos, temos hoje várias contribuições de autores contemporâneos que nos ajudam na aproximação do sofrimento na histeria. Não pretendemos abordar todos os pontos de vista atuais sobre esse quadro, mas apenas trazer algumas contribuições importantes para as discussões clínicas que se seguem.

6. A histeria hoje

*Quando nasci um anjo esbelto,
desses que tocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.
Não sou tão feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
- dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria,
sua raiz vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.
Mulher é desdobrável. Eu sou.*

Adélia Prado⁴⁵, (1993, p. 11)

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ PRADO, A. (1993). *Bagagem*. São Paulo: Siciliano.

Depois do “abandono da neurótica”, Etienne Trillat observa uma mistura entre as descobertas relativas à histeria, à teoria analítica de um modo mais geral e ao funcionamento do inconsciente. Juntamente com o sonho, a histeria torna-se mais do que uma entidade da nosografia psicanalítica, transformando-se numa categoria paradigmática de funcionamento do aparelho psíquico, tal como Freud o concebeu, inclusive chegando a dizer que “a histeria tornou-se a psicanálise”.⁴⁶ (TRILLAT, 1991, p. 241).

O sintoma conversivo deixou de ser o traço fundamental da histeria, e o que chamamos de “personalidade histérica” tornou-se a forma de apresentação mais comum desse quadro nos dias de hoje. Porém, embora tenha mudado de roupa conforme “a moda” evoluía, mantém algumas de suas características basais.

Para Emilce Bleichmar, atualmente o ponto em comum entre a histeria e a conversão “reduz-se ao fato de ambas dizerem respeito, sobretudo, às mulheres”.⁴⁷ (1988, p. 151). Para a autora, a histeria se divide em diferentes quadros que têm como denominador comum o fato de serem transtornos narcisistas inerentes ao gênero. Não se pode falar, pois, em histeria sem que nos reportemos ao lugar do feminino na cultura: “É uma busca desesperada pela reivindicação narcisista de um gênero pouco narcisado na história da cultura”.⁴⁸ (1988, p. 185).

Nessa perspectiva, a histeria tem a escolha de objeto regida por uma reivindicação narcísica. Essa aproximação entre histeria e narcisismo, realizada por alguns autores e retomada por Emilce Bleichmar, nos ajuda a pensar no desenvolvimento de nossa hipótese, que relaciona a histeria aos estados depressivos. Do ponto de vista da clínica psicanalítica, devemos tomar alguns cuidados para que, diante da generalização da histeria como um sintoma cultural da desvalorização do gênero feminino, não prejudiquemos a escuta do sofrimento íntimo de nossas pacientes.

Consideramos que este quadro – a histeria –, ainda que se confunda com a própria psicanálise e tenha modificado sua forma de apresentação nos dias atuais, mantém-se como uma categoria psicopatológica fundamental para a clínica.

⁴⁶ TRILLAT, E. (1991). *Historia da histeria*. São Paulo: Escuta.

⁴⁷ BLEICHMAR, E. (1988). *O feminismo espontâneo da histeria: estudos dos transtornos narcisistas da feminilidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

⁴⁸ *Ibidem*.

A narrativa feita por Jean Laplanche em 1974⁴⁹ ofereceu um importante panorama dos pontos de vista psicanalíticos acerca do quadro. Segundo o autor, há duas visões predominantes: a primeira identificada com as ideias de Melanie Klein, e a segunda mais próxima do clássico pensamento freudiano. Para os kleinianos, a histeria constitui um modo de defesa contra ansiedades psicóticas precoces de natureza não sexual. O conflito na histeria relacionar-se-ia, nessa visão, mais com a sobrevivência e a dependência, e menos com o desejo. O segundo grupo relaciona, como o fez Freud, a histeria ao conflito edipiano nos registros libidinais fálico e oral e ao recalque.

Jean Laplanche esclarece seu próprio ponto de vista, ao observar que a visão kleiniana da histeria segue uma tendência moderna de “dessexualizar a psicanálise”,⁵⁰ (1974, p.467) perdendo, desse modo, o que esta tem de mais fundamental. A prioridade dada por Melanie Klein à oralidade deve ser entendida, segundo Jean Laplanche, recorrendo ao que é específico da histeria em Freud: a sedução sexual e o elemento da passividade. Para Jean Laplanche, o problema está em considerar essa fase precoce, de entrega aos cuidados maternos, por outro vértice que não seja o da sexualidade. Assim, a histeria continuaria ligada ao Complexo de Édipo e a sua triangularização, ainda que tomando com novos sentidos modelos que foram percebidos na parceria da fase oral.

André Green⁵¹ introduz a necessidade de definir essa estrutura que chamamos histeria do ponto de vista da metapsicologia. Ela seria a matriz que produz diferentes fenômenos, entre os quais, destaca o autor, a conversão histérica, as fobias, as depressões neuróticas e a despersonalização. Segundo André Green, a histeria está ligada a relação entre sexualidade, amor e reações à perda, nas diferentes estruturas do eu.

Para o equilíbrio psíquico, André Green atribui um papel importante às fantasias e à capacidade de produzi-las. A fantasia proporciona uma possibilidade de satisfação pulsional, exercendo, ao mesmo tempo, a função de continente dos impulsos inconciliáveis provenientes do isso, opondo-se, dessa forma, ao aumento de tensão no eu. A fantasia utiliza-se desses impulsos transformando libido desligada em libido ligada. Assim, segundo Green, “liberta o indivíduo não somente dos sentimentos de

⁴⁹ LAPLANCHE, J. (1974). *Panel on “hysteria today”*. International Journal of Psycho-analysis. Vol, 55, n.4.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Ibidem*.

angústia e agressivos, mas também dissipa a falta de esperança, solidão, sentimento de vazio, tudo o que Freud resumiu em *Hilflosigkeit* (desamparo)" (pp. 464-65).⁵²

A capacidade de fantasiar mantém, dessa forma, uma rede simbólica capaz, ainda segundo André Green, de proteger o sujeito contra o inusitado vindo do objeto ou dos conteúdos recalados do próprio sujeito, bem como de seu maior temor - ainda mais temida do que a perda do amor é a perda passiva do objeto. A fantasia garante, nesse sentido, uma posição ativa para o sujeito.

Para o histérico, segundo André Green, a fantasia funciona como "um produtor íntimo de *happenings*" (acontecimentos). Através da situação sexual, o sujeito produz uma clivagem do eu; seu corpo, destacado do eu, permite a manutenção de uma onipotência idealizada. Esse mecanismo maníaco é revertido através da conversão. "Os mecanismos histéricos fazem parte das armas utilizadas numa luta violenta contra uma depressão que, temperada pela culpa, produziria uma falência da autoestima".⁵³ (1974, p. 465).

O histérico obriga-se a fazer muito barulho o tempo todo, convocando todos que o rodeiam a entrar em sua casa – seu corpo –, procurando manter um ruído contínuo que, embora o deixe muito cansado, o protege da dor da ausência do objeto.

A hipótese da depressão narcísica formulada pelo autor nos parece de acordo com os indícios da clínica e encoraja-nos a pensar os processos depressivos na histeria. Segundo André Green, "o histérico não interioriza a relação de objeto - ele, simplesmente, a absorve".⁵⁴ (1974, pp. 464-65).

Já as ideias de Masud Khan nos trazem outro caminho para compreender esse apelo do histérico ao outro. O histérico convoca o outro a atuar num roteiro escrito por ele, transformando a temida dependência do objeto na conhecida manipulação histérica. Na perspectiva do autor, o medo maior da histérica é o da rendição psíquica ao objeto. Utilizando-se do "conceito de tendência antissocial de Donald Winnicott, Masud Khan nos oferece uma valiosa contribuição para compreensão da histeria".⁵⁵ (1997, p. 55).

A partir da descoberta freudiana acerca dos sintomas histéricos como símbolos de desejos recalados inconscientes provenientes da sexualidade infantil, Donald Winnicott trouxe sua contribuição, que de forma alguma contradiz a descoberta freudiana, mas a complementa.

⁵² GREEN, A. (1974). *Panel on "hysteria today"*.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ KHAN, M. (1997). "O rancor da histérica". In: BERLINCK, M. T. (org). *Histeria*. São Paulo: Escuta.

Do sistema de desejos inconscientes, o “isso”, Donald Winnicott distingua o sistema de necessidades inconscientes, o “eu”. Esse sistema de necessidades inconscientes depende, até poder alcançar alguma autonomia, de uma facilitação do ambiente, da “maternagem suficientemente boa”, que permitirá, aos poucos, a integração das capacidades ainda incipientes do eu da criança.

A hipótese de Masud Khan é de que:

O histérico, durante os primeiros anos de sua infância, responde às faltas de uma maternagem suficientemente boa com um desenvolvimento sexual precoce... o histérico tenta realizar, ao utilizar os aparelhos sexuais, o que os outros conseguem graças ao funcionamento do eu.⁵⁶ (1997, pp. 50-1).

Donald Winnicott vê no complexo de privação, ou seja, nas falhas importantes do ambiente que deveria propiciar a integração do eu, a origem da tendência antissocial. Trata-se da forma encontrada por esse eu frágil para conseguir uma intervenção do ambiente - “um elemento nela (na tendência antissocial) compele o meio ambiente a ser importante”.⁵⁷ (1956, p. 130).

Tal como compreendemos, a histérica chega frequentemente aos consultórios profundamente ferida, ressentida e em um grave estado de privação, fruto da dificuldade que tem de fazer-se entender. Seu idioma lembra uma língua morta cuja compreensão exigirá muito trabalho do analista.

Se buscarmos agora avaliar o que podemos pensar da histeria hoje, vemos que há entre os analistas que se ocuparam dela um relativo consenso quanto a certos fatores:

- a) Para André Green, a histeria continuaria ligada à sexualidade, ao amor e às reações à perda, nas diferentes estruturas do eu, o que se aproxima da ideia de Laplanche, que associa esse quadro ao complexo de Édipo e a sua triangularização.
- b) Donald Winnicott atribui à “maternagem suficientemente boa” a integração das capacidades ainda incipientes do eu da criança; com base nessa concepção, Masud Khan propõe que o histérico, durante os primeiros anos de vida, responde às faltas de uma maternagem suficientemente boa com um desenvolvimento sexual precoce.

⁵⁶ *Ibidem.*

⁵⁷ WINNICOTT, D. (1956/1987). “A tendência anti-social”. In: WINNICOTT, D. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

- c) Freud pensou a histeria e o sonho como categorias do funcionamento psíquico, o que é retomado por Etienne Trillat.

Por outro lado, parece haver divergências quanto a alguns aspectos:

- a) André Green atribui importância às fantasias e à capacidade de produzi-las, enquanto Jean Laplanche valoriza a sedução sexual e o elemento da passividade.
- b) Melanie Klein entende que o conflito na histeria estaria relacionado mais com a sobrevivência e a dependência e menos com o desejo, sendo então a histeria um modo de defesa contra ansiedades psicóticas precoces de natureza não sexual. Já Emilce Bleichmar aproxima a histeria do narcisismo considerando-a como transtorno narcisista inerente ao gênero.

Tendo abordado as principais características do quadro de histeria, a partir de uma retomada da história de sua descrição (na medida em que é útil para meu propósito nesta tese) e do que alguns autores pós-freudianos têm a dizer a respeito dela, convém fechar um pouco nosso diagrama fotográfico e abordar uma questão preliminar à discussão que proporei no capítulo seguinte: qual a relação ou relações entre a histeria e o feminino? Por que, apesar de sabermos que ela pode afetar também homens (e por que não, homossexuais e transexuais), quase sempre falamos de “as histéricas”?

Seguimos então com os reflexos dessas questões para a constituição da feminilidade.

CAPÍTULO II – QUESTÕES FEMININAS E SEUS IMPASSES: APROXIMAÇÕES

Mãe: Ainda nem provastes a sopa... O que é que tens, Leo?

Leo: Estou a ficar louca, mamã ...

Mãe: (tentando consolá-la): tu? A tua irmã é que sim, tu não ...

Leo: Sim, como as tias, como a avó. Louca.

Mãe: É por causa do Paco, não é verdade? ...

Leo não responde. O seu silêncio e o modo como olha o vazio são suficientes.

A mãe leva a mão direita à testa duma forma muito expressiva.

Mãe: Eu já imaginava, eu já imaginava... Ai, que pena, minha filha! Tão nova e já pareces uma vaca sem chocalho!

Leo: Uma vaca sem chocalho?...

Mãe: Sim... perdida... sem rumo, sem orientação, como eu ..

Leo: como a mãe?

Mãe: Eu também pareço uma vaca sem chocalho, mas na minha idade é mais normal... Por isso quero viver aqui, na aldeia. Quando os maridos deixam as mulheres, porque morreram ou foram com outra, para o caso é a mesma coisa... nós mulheres temos de voltar ao lugar onde nascemos ... Visitar a ermida do Santo, apanhar ar fresco com as vizinhas, rezar as novenas com elas, mesmo que não se seja crente ... porque senão, perdemo-nos por aí, como uma vaca sem chocalho...

Leo comprehende naquele momento tantas coisas. A sua solidão. A da mãe...

Leo: Mamã...

Mãe: Ai, minha filha, e custou-me tanto criar-te!...

Pedro Almodóvar¹ (1996, pp. 144-45).

Optei por iniciar este capítulo pelo tema do masoquismo, pois me interessa a questão da posição feminina e a sua relação com a histeria. O propósito não é apenas a recuperação histórica das ideias psicanalíticas a respeito da feminilidade; por isso, abordamos algumas questões mais contemporâneas a partir das contribuições do psicanalista Benno Rosenberg², que nos permite um novo olhar para a teoria freudiana acerca do tema.

¹ALMODÓVAR, P. (1996). *A flor do meu segredo*. Porto: Campo das Letras.

²ROSENBERG, B. (2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta.

1. O masoquismo e o feminino

*Meu corpo não é meu corpo, é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me e é de tal modo sagaz que a mim de mim
ele oculta.*

Carlos Drummond de Andrade³ (1985, p. 966).

As manifestações de sofrimentos de diferentes tipos nas relações amorosas estão presentes na clínica da histeria e nos remetem ao gozo masoquista. No entanto, a compreensão das relações entre ambos é complexa. De acordo com Silvia Leonor Alonso e Mario Pablo Fuks, “Para pensar a dor na histeria, impõe-se-nos uma pergunta: como uma dor pode produzir uma satisfação sexual?”.⁴ (2004, p. 213).

Freud⁵ afirma que a excitação sexual surge como colateral dos processos internos e que nada acontece no organismo que não outorgue componentes à excitação da pulsão sexual, até mesmo a dor, que teria também essa função. Para o autor, existe entre a dor e a sexualidade uma relação que denomina co-excitação libidinal, que explicaria por que se pode encontrar prazer numa experiência dolorosa.

No texto “O problema econômico do masoquismo”, Freud conclui que prazer e desprazer não podem estar simplesmente relacionados ao aspecto quantitativo – aumento ou rebaixamento das excitações. Reconhece então a ação de um aspecto qualitativo como determinante do tipo de efeito produzido sobre o sujeito, prazeroso ou não, talvez ligado ao ritmo da excitação, embora ainda desconhecido, como esclarece. De toda forma, é a relativização do aspecto quantitativo que permite a revisão do fenômeno do masoquismo.

Freud então classifica o masoquismo em três formas fenomênicas: o masoquismo erógeno ou primário, o moral e o feminino. O masoquismo erógeno é primário em relação à pulsão sádica, perpassa todas as fases do desenvolvimento da libido e está na base das outras formas de manifestação, assumindo diferentes formas: o medo de ser devorado pelo animal totêmico (o pai) procede da organização oral primitiva; o desejo de ser surrado pelo pai, da fase sádico-anal; a castração (e o desejo de ser penetrado), da fase fálica; a situação de ser possuído e dar à luz, da fase genital final, que compõe, segundo Freud, as características da feminilidade.

³ ANDRADE, C. D. de. (1985). *Corpo*. Rio de Janeiro: Record.

⁴ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

⁵ FREUD, S. (1924/1996) *O problema econômico do masoquismo*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

Abro um parêntese para explicar as formas de organização da libido de acordo com a teoria freudiana; são elas: organizações pré-genitais, compostas pelas fases oral e anal; organização genital infantil ou fase fálica, e organização genital adulta, vivida pelo sujeito após o período de latência sexual.

Laplanche e Pontalis interpretam esses momentos como: “coordenação relativa das pulsões parciais, caracterizadas pelo primado de uma zona erógena e um modo específico de relação de objeto. Consideradas numa sucessão temporal, as organizações da libido definem as fases da evolução psicossexual infantil.”⁶ (1998, p. 328). Assim, de acordo com cada etapa do desenvolvimento psicossexual, as pulsões parciais estarão sob a primazia de uma determinada zona erógena e haverá um tipo específico de relação de objeto.

Nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud postula que o que caracteriza a sexualidade infantil é uma forma específica de organização da libido, em que as pulsões parciais se encontram, em primeiro lugar, em estado polimorfo; isto é, desvinculadas e independentes entre si na busca do prazer, visando “(...) principalmente suprimir a tensão a nível da fonte corporal”.⁷ (1905, pp.186-87). O autor descreve: “Chamaremos *pré-genitais* às organizações da vida sexual em que as zonas genitais ainda não assumiram seu papel preponderante. Até aqui tomamos conhecimento de duas delas (...). (idem, p. 186). Nos parágrafos seguintes a esse postulado, explicita que, “a primeira dessas organizações sexuais pré-genitais é a *oral*, ou, se preferirmos, *canibalesca*”, (idem, p. 187) que é caracterizada pela busca de prazer por meio da estimulação da boca, lábios e língua.

Com relação à etapa seguinte da fase oral na organização pré-genital infantil, tem-se a organização sádico-anal, que é caracterizada pela busca de prazer na região anal. Nesse momento, o bebê já utiliza os impulsos sádicos da etapa anterior, porém, a amplitude das manifestações sádicas direcionadas ao outro “(...) é muito maior na segunda fase, que descrevemos como anal-sádica, por ser a satisfação então procurada na agressão e na função excretória”.⁸ (FREUD, 1940[1938]/1996 p. 167). Nessa etapa do desenvolvimento psicossexual, a criança reconhece a oposição apenas entre ativo e passivo que, segundo Freud, “(...) ainda não podem ser chamados de *masculino* e

⁶ LAPLANCHE, J; PONTALIS, J- B. (1998). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

⁷ FREUD, S. (1905/1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. ESB. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.

⁸ FREUD, S. (1940[1938]/1996). *Esboço de Psicanálise*. ESB. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.

*feminino (...)"*⁹ (1905/1996 p. 187). Esses opostos antecedem a fase da organização genital infantil ou fase fálica, quando a dialética de opostos passa a se situar entre a lógica fálico-castrado. Somente após a resolução edipiana e a assunção da castração é que se estabelece o reconhecimento entre masculino e feminino.

Em mais uma revisão dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud acrescenta, em 1924, uma nota de rodapé decorrente do pensamento formulado em 1923 acerca da consideração de mais um modo de organização da libido - a etapa referente à organização genital infantil ou fase fálica. Postula que denominou essa fase de organização genital, pois:

(...) exibe um objeto sexual e certo grau de convergência das aspirações sexuais para esse objeto, mas se diferencia num aspecto essencial da organização definitiva da maturidade sexual. É que conhece apenas um tipo de genitália: a masculina. Por isso denominei-a de *estágio fálico* da organização.¹⁰ (FREUD, 1924[1905]/1996, p. 188).

Na conferência “Feminilidade”, já citada no capítulo anterior, postula acerca da relação entre masoquismo e feminino:

A supressão da agressividade das mulheres, que lhes é instituída constitucionalmente e lhes é imposta socialmente, favorece o desenvolvimento de poderosos impulsos masoquistas que conseguem, conforme sabemos, ligar eroticamente as tendências destrutivas que foram desviadas para dentro. Assim, o masoquismo, como dizem as pessoas, é verdadeiramente feminino.¹¹ (1933[1932]/1996, pp.116-17).

Se o masoquismo é verdadeiramente feminino, podemos inferir que, provavelmente, foi a sexualidade feminina que permitiu a Freud o esclarecimento acerca da gênese do fenômeno. Ora, Freud não afirma que o feminino é masoquista, mas que o masoquismo é feminino.

De acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks, tanto o masoquismo feminino quanto o masoquismo moral remetem a uma fantasia masoquista, relacionada à estruturação edípica. Essa fantasia pode estar a serviço da masturbação ou ser incluída no ato sexual. Trata-se de uma fantasia que coloca a pessoa numa situação característica da feminilidade, e que é acompanhada de um sentimento de culpa, ou necessidade de

⁹ FREUD, S.(1905/1996) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

¹⁰ *Ibidem*; nota de rodapé acrescentada em 1924.

¹¹ FREUD, S.(1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*. ESB. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago.

punição que, no masoquismo moral, “é uma culpa que surge pela defasagem entre o eu e o ideal”.¹² (ALONSO e FUKS, 2004, p. 215).

As fantasias do masoquismo feminino ouvidas por Freud são: ser amordaçado, amarrado, golpeado, chicoteado de maneira dolorosa, maltratado, sujado, humilhado. O masoquista deseja ser tratado como uma criança pequena, desamparada e dependente, sobretudo, uma criança malcomportada. Acrescentaria que isso talvez seja uma reminiscência da infância, quando a criança entrava em rivalidade com os pais, era castigada e acabava erotizando o castigo e a palmada, dando a eles o equivalente de um tipo de relacionamento sexualizado.

Mas por que Freud teria escolhido o termo “feminino” para caracterizar o masoquismo? Entendemos que os elementos encontrados no texto freudiano nos fornecem subsídios para afirmar que o fato de um dos tipos de masoquismo ser por ele nomeado de feminino não significa que esteja fazendo uma equivalência entre os termos. “Possuímos suficiente familiaridade com esse tipo de masoquismo nos homens (...).”¹³ (FREUD, 1924/1996, p. 179). O que ele aponta é que as fantasias masoquistas transportam o indivíduo para uma “(...) situação characteristicamente feminina; elas significam, assim, ser castrado, ou ser copulado, ou dar à luz um bebê”. (idem, p. 179). Todos esses sinais demonstram que o masoquista busca algo que tem relação com o feminino, que expressa a sua natureza, mas que não coincide com ele.

Freud nomeia o masoquismo feminino como sendo um traço negativo:

Por essa razão, chamei essa forma de masoquismo, a *posteriori* por assim dizer [isto é, com base em seus exemplos extremos], de forma feminina, embora tantas de suas características apontem para a vida infantil. Essa estratificação superposta do infantil e do feminino encontrará posteriormente uma explicação simples. Ser castrado — ou ser cegado, que o representa — com frequência deixa um traço negativo de si próprio nas fantasias, na condição de que nenhum dano deve ocorrer precisamente aos órgãos e aos olhos.¹⁴ (FREUD, 1924/1996, p.180).

É possível supor então que a aproximação entre masoquismo e feminino se encontra no fato de ambos inscreverem sua marca por meio de um traço negativo. O traço negativo seria, pois, uma marca escrita pelo efeito da comparação imaginária do corpo. Inferimos, portanto, que os traços negativos possibilitaram que Freud

¹² ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

¹³ FREUD, S. (1924/1996). *O problema econômico do masoquismo*.

¹⁴ *Ibidem*.

estabelecesse uma conexão entre masoquismo e feminino, pois o que eles têm em comum é a marca de uma castração.

É pela questão da culpabilidade que Freud¹⁵ introduz o masoquismo moral, o qual se diferencia das outras formas de ligação menos evidentes na vida sexual do sujeito. Importante lembrar que o sofrimento não é infligido obrigatoriamente pela pessoa amada - de fato, isso parece ser indiferente. O masoquismo moral estaria associado às reações terapêuticas negativas: o sofrimento advindo da neurose, ao satisfazer a tendência masoquista, torna-se difícil de ser abandonado.

No caso do masoquismo moral, considera então que a moralidade vem do superego. Assim, o primeiro amor, que é dirigido aos pais, sofre uma dessexualização e, através de uma identificação com as proibições e mandatos parentais, dá origem ao Superego - instância que conserva algo da primeira relação amorosa, mas dessa forma dessexualizada. O Superego exerce a autoridade parental criando o sentimento de culpa e impedindo que as pessoas se tornem capazes de usufruir a vida. Esse impedimento aparece também na análise, criando obstáculos para melhorar e aproveitar o trabalho analítico, o que podemos denominar reação terapêutica negativa. Freud atribui essa dificuldade ao sentimento de culpa e à necessidade de ser punido, ambos inconscientes.

Se a moralidade é um dos efeitos da dessexualização dos componentes amorosos do Complexo de Édipo (pois o desejo sexual foi substituído por aceitação do poder parental e de seus mandatos), o masoquismo, com seus traços sádico-anais, é, na verdade, uma ressexualização da moral. Pois o castigo corporal, por exemplo, dá muito menor ênfase às regras e leis, e maior ênfase ao prazer sentido no corpo, no momento de receber o castigo - prazer este que volta a ser erótico. Nesse sentido, o masoquismo é uma ressexualização da moral.

A fim de provocar o castigo por parte de qualquer pessoa que possa representar os pais, o masoquista tem de fazer coisas inadequadas, agir contra seus próprios interesses, arruinando as perspectivas que se abrem para ele no mundo real e, eventualmente, destruindo a sua própria existência real.

É esse sentimento inconsciente¹⁶ que está ligado ao masoquismo moral, masoquismo do ego, enquanto o outro, aquele fácil de tornar-se consciente, está ligado ao sadismo do superego. Assim, buscando a punição do superego sádico, herdeiro das

¹⁵ FREUD, S. (1919/1996). *Uma criança é espancada*. ESB. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago.

¹⁶ Freud faz um alerta para a imprecisão deste termo: “sentimento inconsciente”. FREUD. (1924). *O problema econômico do masoquismo*.

instâncias parentais, o masoquista age contrariamente aos seus próprios interesses, podendo chegar, dependendo das particularidades da fusão pulsional, a destruir a sua própria existência. O sadismo do superego e o masoquismo do ego se complementam, agindo em uma mesma e perigosa direção. Entretanto, assim como o masoquismo se origina em uma cultura de pulsão de morte, soma-se a ele um componente erótico, e desse modo, mesmo a autodestruição comporta uma satisfação libidinal. Caso seguisse a sua direção sem a intervenção da libido, a pulsão de morte visaria ao retorno a um estado inanimado. É a libido que, ao vincular-se à pulsão de morte, transforma-a dirigindo parte dela para o exterior na forma de sadismo e mantendo outra parte no ego. Essa parte que fica no ego é o masoquismo originário ou erógeno, base para o masoquismo feminino ou moral.

Em algumas formas de histeria, encontramos o caráter depressivo e masoquista, que não pode ser desvinculado da cultura na qual se produz. Em determinadas culturas que rejeitam a sexualidade, por exemplo, a histeria fica condenada a existir em suas formas mais depressivas e masoquistas. Segundo Silvia Alonso e Mario Fuks nas culturas nas quais a presença do erotismo é maior, a histeria pode recuperar a sua positividade, mantendo uma relação maior com o “corpo erógeno e, portanto, uma via de acesso ao desejo mais aberta”.¹⁷ (2004, p. 218).

- **Masoquismo mortífero e masoquismo guardião de vida**

No texto “O problema econômico do masoquismo”, Freud propõe uma discussão acerca das relações do princípio do prazer com o masoquismo.

Como o princípio de nirvana se transformou em princípio de prazer? Essa modificação só pode acontecer supondo o que chamamos de intrincação pulsional, a ligação da pulsão de morte pela libido.

A intrincação pulsional depende do objeto: ela se elabora, portanto, de modo primário no contexto da tríade mãe-filho e depende, é claro, das condições particulares desse binômio. Um organismo precisa ter a sua pulsão de morte moderada pela pulsão de vida. Freud supõe que a vida tem em si uma tendência entrópica, a desorganizar-se, e deu o nome a isso de pulsões de morte. Estas serão mitigadas pela pulsão de vida e pelo aporte libidinal trazido pelos pais. O evento da ligação das pulsões de morte com a

¹⁷ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

pulsão de vida cria o masoquismo (erógeno primário) – ele seria um testemunho e um vestígio dessa fase de formação em que se realiza essa ligação, tão importante para a vida, da pulsão de morte e de Eros.

O masoquismo e o princípio de prazer são “produtos” dessa intrincação, dessa fusão-ligação pulsional primária. Trata-se de duas faces ou aspectos do mesmo momento psíquico, do momento formador, da primeira estruturação do ego arcaico, que se constitui em torno do núcleo masoquista erógeno primário e da lei que rege seu funcionamento, o princípio de prazer.

Freud se dá conta de que associar o princípio de prazer ao princípio de nirvana envolveria ter uma concepção de prazer que tenderia ao zero de excitações e, portanto, ao estado de morte. Ao modificar o princípio de prazer em função do paradoxo do masoquismo, passa então a pensar no masoquismo erógeno dos primórdios como o modelo do prazer, um prazer que comporta uma dose variável, mas inevitável de dor, para justamente não ir em direção ao zero. Ou seja, depois da invenção da noção de pulsões de morte, ele modifica a sua maneira de pensar o prazer e o princípio de prazer - o prazer deixa de ser pensado exclusivamente pelo vértice da quantidade de excitação, e passa a comportar certo quantum de desprazer.

Esse prazer-desprazer, que é o prazer, é variável: em alguns momentos aproxima-se do prazer (quase) puro quando seu componente de desprazer tende a zero e inversamente é vivido como desprazer puro quando o seu componente de prazer tende a se apagar. Se o prazer é um prazer-desprazer é porque é um processo complexo e unitário que comprehende também tanto a excitação (aspecto desprazer) quanto a descarga (aspecto prazer): a descarga transfere sua marca (retroação) para a excitação que por sua vez não desaparece totalmente na descarga.¹⁸ (ROSENBERG, 2003, p. 81).

Benno Rosenberg se lembra de Cherubino, personagem da ópera “As Bodas de Fígaro”, um jovem que descobre que todo prazer comporta certo quantum de desprazer “delicioso”. Ele sabia que os estados de excitação sexual em que há um grande acréscimo de excitações são prazerosos. Isso serve de exemplo da nova concepção de prazer de Freud.

Na “romanha” (“*Voi che sapete*”) que dedica à Condessa (e a todas as “belas” que despertam seus desejos...), Cherubino descreve a excitação incessante que o atormenta como se fosse um mártir, chamas alternadas com gelo, suspiros, palpitações e

¹⁸ROSENBERG, B.(2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*.

tremores que o privam de paz dia e noite... Mas ele sabe, a despeito disso, que essa extrema tensão de excitação lhe agrada:

Vocês que sabem o que é o amor, Digam-me belas, o que tem meu coração. Eu disse a vocês mais de uma vez o que eu sinto; este sentimento me é completamente novo. Sinto em mim um terno desejo, às vezes prazer, às vezes um martírio; sinto-me gelado, e depois sinto meu coração que se inflama e que subitamente se gela de novo, procuro uma felicidade que está longe de mim, não sei o que é; não sei quem a possui, suspiro e gemo, sem o querer... Tenho palpitações e tremo, sem o saber, não encontrando a paz nem de dia nem de noite, contudo gosto de exaurir assim.¹⁹ (PONTE, 1980, pp. 433-34).

A frase: “gosto de enfraquecer assim” exemplifica o quantum de desprazer (enfraquecer, sofrer um martírio) que se associa ao prazer erótico, tornando-se um sofrimento delicioso.

Freud modifica a definição exclusivamente quantitativa do princípio de prazer, acrescentando-lhe um aspecto qualitativo. Em “O problema econômico do masoquismo”, fala de uma parte da pulsão que não participa do deslocamento-projeção para o exterior, que permanece no organismo e ali se encontra ligada libidinalmente com ajuda da co-excitação sexual, fundando assim o masoquismo erógeno originário. Mostra-nos então o núcleo a partir do qual a vida psíquica funciona, tornando possível o desprazer do estado de desamparo primário, como aliás todo desprazer.

No que tange à questão da temporalidade-continuidade interna: sem o masoquismo erógeno e sobretudo sem o núcleo masoquista primário desviando o princípio de prazer de modo que ele integre o desprazer, tudo o que não é descarga imediata, todo adiamento e toda sucessividade temporal são impossíveis porque ambas implicam um relativo desprazer.

O tempo no qual estamos envolvidos quando escutamos os nossos pacientes é a sucessão de suas associações, a trama de suas lembranças, de suas percepções, de sua vida de fantasia. O masoquismo assegura a duração e a continuidade interna: é o ponto que liga a atemporalidade do Id à temporalidade específica do sistema pré-consciente-consciente, ou, na nova tópica, a temporalidade do Eu consciente e do Eu inconsciente.

O masoquismo é a condição e a primeira forma de trabalho do pré-consciente, da temporalidade pré-consciente que funda, que condiciona o tempo que encontramos na clínica. É a condição para a processualidade psíquica e intervém no processo analítico pelo fato mesmo de este último se desenvolver, isto é, de o paciente poder suportar a

¹⁹ PONTE, L. da. (1980). “Les Noces de Fígaro”. On: *Mémoires et Livrets*. Librairie générale française, coll – Pluriel.

sessão, de não interromper o tratamento, ou, ao contrário, de a análise não se tornar interminável.

Freud fala de um paciente esquizofrênico que só podia permanecer na sessão alguns minutos, tão intensa era a excitação que o invadia e a angústia que se seguia à excitação. Pouco a pouco, pôde prolongar os encontros, e isso graças a uma diminuição de sua excitação, que ele aprendeu a suportar e que foi um aprendizado essencialmente masoquista.

O masoquismo erógeno primário é o único meio de impedir a satisfação da pulsão de morte, de impedir a nossa destruição. Trata-se, pois, de um guardião de vida, desde que se torne um meio de impedir a satisfação dos desígnios destruidores da pulsão de morte. Mas, se aplicado à pulsão de vida, torna-se masoquismo mortífero - por exemplo, o prazer de sentir fome se constitui na anorexia e pode levar à morte. Outro exemplo de masoquismo que bloqueia a pulsão de vida e de autoconservação aparece nos casos de mutilações graves e mesmo mortais que alguns psicóticos apresentam.

Clinicamente falando, é o núcleo masoquista do eu, primariamente constituído, mas que perdura no eu, que permite o investimento (a ligação) da excitação, tornando-a aceitável: de outro modo, a excitação seria (um desprazer) insuportável e, finalmente, impossível. Mas sem excitação não há vida; é a extinção e a morte. Na terminologia da última metapsicologia de Freud (depois de 1920), tudo isso se traduz pelo fato de que, sem a intrincação pulsional primária (masoquismo erógeno), a lei do funcionamento da pulsão de morte (princípio de Nirvana) tende a excluir toda excitação da matéria orgânica, fazendo-a regressar ao inorgânico.

Mas, ao assegurar a possibilidade de excitação, o masoquismo não é somente guardião da vida - é também guardião da vida psíquica: a permanência do núcleo masoquista primário do eu garante a temporalidade-continuidade psíquica, assegurando a continuação da excitação e assim impedindo, de um lado, a necessidade de descarga imediata e, por outro, pela presença de um mínimo de excitação conservada no próprio seio da descarga, evita que esta última seja (como a descarga imediata) um ponto de descontinuidade, uma ruptura na vida psíquica. Do mesmo modo, a presença da excitação no seio da satisfação alucinatória do desejo torna esta última necessária, como aliás todo o resto da vida fantasmática que dela decorre.

Em “Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida” Benno Rosenberg apresenta os conceitos de masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida

(psíquica), ambos complementares, evidenciando os aspectos constitutivos e não apenas os psicopatológicos do fenômeno, mas também em que medida o segundo é necessário ao funcionamento mental. O autor entende que o masoquismo erógeno primário (núcleo masoquista do eu) consiste em um masoquismo guardião da vida.

Podemos supor que nas pacientes histéricas haveria uma espécie de masoquismo erógeno primário proeminente. Isso porque, bem ou mal, havia uma tolerância ao intenso e contínuo desprazer. Entretanto, ao analisar atentamente os casos que apresento nesta tese, como se verá adiante, suponho que o que ocorria com as pacientes era justamente o contrário a um masoquismo guardião da vida. Isso porque tal sofrimento torturante nos remete ao que Benno Rosenberg denominou de masoquismo mortífero, ou seja, “um masoquismo que deu certo demais”. O que quer dizer que “o sujeito investe masoquisticamente todo o sofrimento, toda a dor, todo o território do desprazer, ou quase”.²⁰ (2003, p. 109).

Deste modo, o masoquismo mortífero deturpa a possibilidade de uma satisfação libidinal objetal, algo que, ao contrário, é garantido pelo masoquismo guardião da vida, já que este não constitui um fim em si mesmo, mas um meio pelo qual ocorre tal modalidade de satisfação, ou seja, capacidade de adiamento e de prazer indireto.

Em seu livro “Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida”, Benno Rosenberg afirma que, em última instância, o abandono da satisfação objetal equivale a um abandono do sujeito em relação ao objeto – estabelecendo uma terceira definição de masoquismo mortífero, a saber, o abandono progressivo do objeto. Tal proposição, por sua vez, se desdobra em uma quarta definição do masoquismo mortífero, a de que o abandono progressivo do objeto equivale a “um bloqueio pelo masoquismo mortífero da pulsão de vida normalmente orientada pela satisfação objetal”. (idem, p. 110).

Se há pouco investimento objetal, isso remete à “projeção primária fundadora do objeto”, em que “um superinvestimento masoquista da excitação contida no desamparo primário torna menos necessária a busca da satisfação pela alucinação da realização de desejo”, de maneira que “a riqueza da vida fantasmática do sujeito irá ressentir-se disso, assim como a constituição do objeto interno que está no centro da fantasmatização”. (idem, p. 110).

Assim, o masoquismo mortífero, ao superinvestir a excitação, termina por “desafetar” outras formas de defesa, como a projeção, e, no extremo, termina por

²⁰ ROSENBERG, B. (2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*.

inviabilizar a projeção e a relação de objeto, empobrecendo, desse modo, a vida de fantasia.

Quando Freud diz que a maior parte da pulsão de morte é projetada para o exterior da libido, de acordo com Benno Rosenberg, ele define a estrutura neurótica normal. “O papel dessa “proporção” é capital: quando ela muda, quando o papel do masoquismo torna-se preponderante com relação à projeção, proporcionalmente a essa mudança, o masoquismo evolui também de guardião de vida para masoquismo mortífero”.²¹ (2003, p. 111).

De acordo com Benno Rosenberg, em seu livro “Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida”, o sadismo desempenha um importante papel na diferenciação entre masoquismo guardião da vida e masoquismo mortífero.

Trata-se apenas do sadismo “colocado *diretamente* a serviço da pulsão sexual”, mas também do sadismo em um sentido mais amplo que compreende a “pulsão de destruição”, a “pulsão de apossar-se” e a “vontade de poder”. A parte do sadismo, nessa acepção do termo, reside na economia do sadomasoquismo moral *preponderante*, como aquela da projeção com relação à intrincação pulsional: *a inversão dessa “proporção”, por introjeção massiva do sadismo, é o sinal do masoquismo em vias de tornar-se mortífero*; daí a significação, fundamental, acreditamos, do *sadismo como defesa com relação ao masoquismo em geral, e com relação à potencialidade mortífera do masoquismo em particular*.²² (2003, p. 111, grifos do autor).

Assim, a deficiência do mecanismo de projeção da “intrincação pulsional” originária (o núcleo masoquista primário do eu) para a realidade externa estabelece as condições para a constituição do masoquismo mortífero, de maneira que Benno Rosenberg irá falar da introjeção do sadismo resultando em um “masoquismo secundário”, um masoquismo compensatório que é consequência de uma falha na constituição do “masoquismo primário”.

Partindo da psicose, o autor propõe:

... do ponto de vista do masoquismo, por um mal funcionamento importante do masoquismo primário, do núcleo masoquista erógeno do eu. O paradoxo, pelo menos aparentemente, é que justamente neles encontramos as formas mais características de masoquismo erógeno (mortífero), e em particular nas psicoses delirantes, sobretudo nas anorexias mentais.²³ (ROSENBERG, 2003, pp. 112-13, grifos do autor).

²¹ *Ibidem.*

²² *Ibidem.*

²³ *Ibidem.*

Em seu livro “Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida”, Benno Rosenberg explica esse paradoxo da seguinte forma:

Parece-nos que o masoquismo erógeno que constatamos sintomaticamente é *um masoquismo secundário, e que essas psicoses o utilizam justamente para preencher as falhas do masoquismo primário. É uma tentativa de “cura” no sentido analítico da palavra, comparável aquela de outros psicóticos que realizam cura pelo delírio (...).*²⁴ (2003, pp. 112-13, grifos do autor).

Esta tentativa de cura pelo masoquismo secundário, que, em sua natureza, é idêntica ao masoquismo primário, o autor propõe como uma constante que ocorre em varias estruturas, porém menos nas estruturas neuróticas que nas psicóticas: “Isso em função da importância da disfunção do masoquismo primário, maior entre uns, menor e transitório nos outros”.²⁵ (idem, p. 113).

Ao masoquismo secundário, Benno Rosenberg irá associar o masoquismo moral e a reação terapêutica negativa.

(...) o masoquismo moral transitório, como as reações terapêuticas negativas leves e transitórias também, *parecem-nos uma regra na análise dos neuróticos*, e são da ordem do masoquismo secundário. (...) o neurótico recorre a ele quando suas defesas neuróticas não bastam para lhe tornar suportável sua culpa, quando não é capaz de manter de um outro modo a continuidade neurótica.²⁶ (2003, p. 113, grifos do autor).

De acordo com Benno Rosenberg, o mecanismo de introjeção do sadismo e sua transformação em masoquismo secundário ocorre da seguinte maneira: diante de uma excitação intensa e insuportável no aparelho psíquico, em que o núcleo masoquista do eu (e o próprio Eu) encontra-se ameaçado, uma ameaça de desintrincação pulsional (dissolução do núcleo masoquista) também ocorre. Para lidar com essa ameaça de desintrincação/ dissolução do núcleo masoquista, o Eu reintrojeta o sadismo, transformando-o em masoquismo secundário.

Neste processo, o autor afirma haver duas possibilidades: o masoquismo secundário permanecer objetal, e assim guardião da vida, ou se transformar em masoquismo mortífero. Quanto à primeira possibilidade, o investimento objetal é mantido em um objeto sádico; trata-se, portanto, do “masoquismo secundário objetal”, o que corresponde ao masoquismo moral nos neuróticos.

²⁴ *Ibidem.*

²⁵ *Ibidem.*

²⁶ *Ibidem.*

Passemos agora para as aproximações teóricas acerca da mulher e do feminino na psicanálise.

2. A mulher na psicanálise

*Por muito tempo achei que a ausência é falta.
E lastimava ignorante, a falta.
Hoje não a lastimo.
Não há falta na ausência.
A ausência é um estar em mim.
E sinto-a, branca, tão pegada, aconchegada nos meus braços,
que rio e danço e invento exclamações alegres,
porque a ausência, essa ausência assimilada,
ninguém a rouba mais de mim.*

Carlos Drummond de Andrade ²⁷ (1992, p. 1001).

A concepção do feminino e as discussões psicanalíticas acerca da mulher, segundo Joel Birman²⁸ em “Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise”, iniciaram-se a partir da diferenciação entre masculino e feminino e da separação das características de cada sexo. Os discursos sobre a diferença sexual surgiram entre o final do século XVIII e o início do XIX. Até então, os sexos eram concebidos a partir do modelo de sexo único: o masculino, configurado como o sexo perfeito, modelo para a configuração do feminino. Como ressalta o autor, podemos considerar então que a questão da diferença sexual trouxe também uma mudança de paradigma. Deslocamo-nos de um paradigma de sexo único para outro, em que se considera a existência de dois sexos distintos.

Os estudos da sexualidade e do desenvolvimento do feminino e do masculino passaram a considerar a existência de uma diferença entre os fundamentos do ser homem e ser mulher, os quais teriam essências diferentes. Estabelece-se o modelo de relação hierárquica entre o homem e a mulher baseado nos órgãos sexuais e em sua morfologia, sendo que o pênis representava o movimento e a ação, enquanto a vagina, o local da recepção.

Ainda com Joel Birman, podemos considerar que a valorização do masculino e a consideração deste como sexo único é algo que se situa nos primórdios da civilização e

²⁷ ANDRADE, C. D. (1992). “Ausência”. In: ANDRADE, C. D. *Poesia e Prosa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

²⁸ BIRMAN, J. (2001). *Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

que pode ser considerado um dos indicadores do local ocupado pela mulher na sociedade:

Com a perda irreversível de legitimidade do paradigma do sexo único e sua progressiva substituição pelo modelo da diferença sexual, o que passou a caracterizar a condição do homem e da mulher foi a presença de marcas naturais essenciais. Ser homem ou mulher, então, seria a consequência inevitável e inofismável de traços inscritos na estrutura do organismo. Estes traços seriam produzidos pela natureza biológica.²⁹ (BIRMAN, 2001, p. 43).

A estrutura inicial das hipóteses freudianas para uma teoria da sexualidade é inspirada, pois, no modelo masculino, e sua tentativa de explicar a posição feminina a partir dos esquemas referidos ao masculino mostra-se imperfeita. É essa impossibilidade de compreender o desenvolvimento sexual em ambos os sexos a partir de um mesmo quadro de referência – falocentrismo – que abre para novas compreensões daquilo que é específico da sexualidade feminina.

Esse ponto na teoria freudiana foi identificado pelas analistas mulheres contemporâneas de Freud, sendo iniciado por Karen Horney³⁰ em “*Feminine Psychology*”, que postulou a anterioridade da feminilidade em relação ao complexo de masculinidade na menina. Para a autora, o desejo pelo pai e o temor de ser violada por ele é que são originais, desembocando, só depois, no recalcamento da vagina por medo de ter seus órgãos internos destruídos e por culpa.

Em seu artigo “Estágios iniciais do conflito edipiano”, Melanie Klein³¹ destaca que o início do Complexo de Édipo provém tanto das frustrações do desmame, como daquelas provocadas pelo controle esfíncteriano. A autora situa a origem da feminilidade na relação passiva com a mãe, sendo o desejo pelo pai e a receptividade em relação a ele uma substituição do seio pelo pênis. A mãe, portanto, é aquela com quem a menina vai de identificar originalmente, por ser a que possui, ao mesmo tempo, o seio e o pênis paterno. É dessa identificação primordial com a mãe que dependerá a feminilidade.

Já o menino, ao mudar sua posição libidinal das posições oral e anal para a genital, modifica o seu alvo: da receptividade anterior para a atividade do desejo de penetração ligado à posse do pênis. Segundo Melanie Klein, ao modificar seu objetivo, ele pode conservar o mesmo objeto, a mãe. A menina sustenta, na posição genital, a

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ HORNEY, K. (1967). *Feminine Psychology*. New York: W.W. Norton.

³¹ KLEIN, M. (1928/1996). “Estágios iniciais do conflito edipiano”. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

receptividade característica da posição oral. A receptividade oral ligada à mãe foi frustrada e ela se volta ao pai, novo objeto de amor. Para a autora, portanto, é a privação do seio antes da constatação da falta do pênis que faz com que a menina se volte para o pai.

Em seu artigo “*Le masochisme féminin et as rélation à la frigidité*”, Helene Deutsch³² adota algumas das ideias freudianas a respeito da feminilidade, inclusive a tese de Freud acerca do desconhecimento da vagina até a puberdade. Para ela, o desejo masculino e narcisista de ter um pênis não se substitui pelo desejo de ter um filho do pai e sim pelo desejo de, como a mãe, ser castrada/violada por ele. O desejo de ter um filho do pai seria um substituto frágil da crença perdida da posse do pênis, e a libido clitoridiana ativa e sádica, ao bater-se contra o reconhecimento da ausência do pênis, faria um desvio regressivo para o masoquismo. Assim, para a autora, é o desejo de ser castrada pelo pai que inaugura o Complexo de Édipo para a menina.

Vários outros autores se dedicam aos estudos da feminilidade em uma concepção psicanalítica, como Carlos Augusto Nicéas, Maria Rita Kehl e Danièle Brun, complementando o pensamento freudiano, conforme veremos um pouco mais à frente. E diversas são as vertentes e teorias criadas acerca do psiquismo da mulher e do que chamamos de feminino, as quais se baseiam nas ideias de Freud, seja para elaborar críticas aos escritos do autor, seja para dar continuidade a suas ideias. Por isso, torna-se necessário passarmos pelas ideias freudianas sobre a feminilidade.

No texto “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”,³³ Freud busca relacionar as fases da descoberta sexual infantil com o paradoxo estabelecido entre ter ou não o falo. Nesse momento, o falo está representado, imaginariamente, pelo pênis e pelo clitóris, como partes do corpo que denunciam a possibilidade ativa da busca pelo prazer corporal.

Nessa descoberta corporal, tanto a menina como o menino buscam estratégias para se organizar. Embora os Complexos de Édipo e de castração ocorram com vicissitudes e desfechos psíquicos diferentes, essa experiência interfere na subjetividade de ambos. Dessa forma, na fase fálica, representada por descobertas sexuais de grande importância, não se trata apenas de um evento unicamente corporal, mas principalmente do psiquismo, da construção da singularidade de cada sujeito.

³² DEUTSCH, H. (1929/1994). “*Le masochisme féminin et as rélation à la frigidité*”. On: HAMON M-C. *Feminité mascarade*. Paris: Seuil.

³³ FREUD, S. (1925/1996). *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

Para Freud, o entendimento entre mãe e filha, iniciado na infância, é da maior importância para a compreensão do feminino. Isso é admitido por ele no texto “Feminilidade”,³⁴ quando reconhece ter negligenciado durante muito tempo essa questão, por desconhecimento e pelo fato de não ter a clareza de quão complexo é esse vínculo. Freud parece indicar então que sua própria masculinidade o impediu de olhar de maneira mais sofisticada para a fase mais significativa do desenvolvimento infantil para as meninas.

No caso da menina, é difícil desvincular as noções de falo/pênis, pois ela imagina que, se a mãe não é portadora desse órgão, alguém deve ser. Acerca da fantasia feminina, Freud desenvolveu um raciocínio que foi amplamente discutido na conferência já citada, “Feminilidade”, voltando a salientar que o desenvolvimento psíquico de ambos os sexos é similar na tenra infância; mais tarde, cada um tomará rumos diferentes. Dessa forma, tanto meninos quanto meninas apresentam os mesmos graus de agressividade e curiosidade na primeira infância, sendo que, no decorrer de seus desenvolvimentos, algo se complica para a mulher.

Durante o Complexo de Édipo, encontramos a criança ternamente ligada ao genitor do sexo oposto, ao passo que seu relacionamento com o do seu próprio sexo é predominantemente hostil. No caso do menino, isso não é difícil de explicar - seu primeiro objeto amoroso foi a mãe e continuará sendo, e com a intensificação de seus desejos, seu pai está fadado a se tornar seu rival. Mas com a menina é diferente - o objeto inicial será o mesmo, a mãe, e a dificuldade estará em reverter essa escolha.

Pergunto então: como pensar a castração a partir das famílias contemporâneas, com os novos desenhos familiares compostos por famílias monoparentais, multiparentais e homoparentais, acompanhadas de novas práticas médicas e científicas no campo da reprodução? Penso que, com essas novas configurações, haverá novas possibilidades de relacionamentos e convivências de vários membros dessas famílias que até então não se conheciam (irmãos, tios, primos, avós).

Daí a questão: De quem a criança sentirá ciúmes? Do homem que dorme com a mãe ou de quem a engendrou? Penso que, em primeiro lugar, o que está implicado nessa movimentação edípica é a exclusão, e teremos de ver como se constitui a fantasia em cada sujeito. Em segundo, aquilo que a proposta psicanalítica traz é a ideia universal de

³⁴ FREUD, S. (1933/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*. ESB. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago.

que a proibição do incesto é proibição do gozo intergeracional.³⁵ (BLEICHMAR, 2015, p. 15).

Nossa perspectiva de estudo é compreender o caminho que a menina fará para chegar até o pai, desligando-se da mãe. A relação de amor transformando-se numa relação de inimizade não nos parece uma resposta suficiente. A esse respeito, Freud nos diz:

Há muito tempo compreendemos que o desenvolvimento da sexualidade feminina é complicado pelo fato de a menina ter a tarefa de abandonar o que originalmente constituiu sua principal zona genital — o clitóris — em favor de outra, nova, a vagina. Agora, no entanto, parece-nos que existe uma segunda alteração da mesma espécie, que não é menos característica e importante para o desenvolvimento da mulher: a troca de seu objeto original — a mãe — pelo pai. A maneira pela qual essas duas tarefas estão mutuamente vinculadas ainda não nos é clara.³⁶ (1931/1996, p. 233).

Nesse texto, o autor aponta duas tarefas no caminho da aquisição da feminilidade: na primeira, há o deslocamento da zona de prazer (do clitóris para a vagina ou do fálico para genital) e na segunda, o abandono da mãe como objeto de amor. O verdadeiro responsável pelo rompimento da menina com sua mãe é o que ficará como consequência do complexo de castração. Diante da constatação da diferença anatômica entre os sexos, a menina percebe a mãe como desprovida de pênis, e a culpa por não ter lhe dado um. Regida pela inveja do pênis, a menina passa, então, a sustentar a ideia de querer possuir algo que venha a substitui-lo. Ela volta sua atenção ao pai com o intuito de buscar o objeto desejado que sua mãe lhe negou. Surge, então, a equivalência simbólica entre o pênis e o filho.

De acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks, existem diversas possibilidades na relação que se estabelece entre ‘pênis e filho’ a começar pela “identidade – situação em que o filho fica no lugar do falo imaginário da fase fálico-narcísica, (...) até o filho como elemento intermediário ou ponte, mediador da passagem do narcisismo ao amor de objeto, às trocas e aos intercâmbios”.³⁷ (2004, p. 243). Os autores explicam ainda que o lugar da identidade filho/falo presente na histeria permite entender os equilíbrios e desequilíbrios na vida de algumas mulheres que giram em torno da presença e da ausência de filhos, das depressões pós-parto, pelo movimento de distanciamento adolescente dos filhos, ou ainda processos de melancolia e hipocondria

³⁵ BLEICHMAR, S. (2015) “O que resta de nossas teorias sexuais infantis?” In: *Revista Percurso*. Ano XXVIII: Junho.

³⁶ FREUD, S. (1931/1996). *Sexualidade Feminina*. ESB. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago.

³⁷ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

desencadeados quando não atendem ao ideal esperado, não cumprindo assim a função de complemento narcísico que lhes é demandada.

Na conferência “Feminilidade”, Freud diz que o desejo de ter filho já está presente na relação pré-edipiana com a mãe e se expressa no brincar de boneca, quando esta ocupa o lugar da própria menina por meio de uma troca de papéis de passivo para ativo na relação com a mãe. A esse respeito, Silvia Alonso e Mario Fuks explicam que, no momento posterior edipiano, a boneca é fantasiada como fruto de uma relação; isto é, como produto de intercâmbio de desejos com o pai: “Nestes casos, a diferença a ser reconhecida não passa pelo perceptível visível, mas pelas relações, pelo ‘regime’ no qual o objeto se insere”.³⁸ (idem, p. 244).

Assim, a passagem para um regime de intercâmbio dos objetos parciais implica processos de adaptação pulsional que levam ao desenvolvimento do erotismo feminino por caminhos que não se fixam, necessariamente, em um objeto e nem requerem o recalque como destino da pulsão.

Para Silvia Alonso e Mario Fuks, a cadeia de equivalência simbólica pode ser vista como um fluxo de transmutações pulsionais que abre caminho para o erotismo feminino, “indo do narcisismo ao amor de objeto, da analidade à genitalidade, do possuir ao dar e receber, da inveja ao desejo, do autoerotismo ao mundo dos intercâmbios, ao prazer compartilhado e à reciprocidade”.³⁹ (idem, p. 245). Assim, a partir dessas considerações, é possível inferir que o sobreinvestimento do filho não pode ser interpretado, exclusivamente, a partir das vicissitudes da ferida narcísica, da castração e das necessidades de compensá-la.

Diante dessa saída proposta por Freud, a inveja do pênis, inscrita na dialética fálica do ter ou não ter o pênis, se resolveria com a maternidade. Podemos marcar esse como um impasse do autor em relação ao feminino, pois ele considerava que a saída do feminino era ser mãe, confundindo assim o ser mulher com ser mãe. Entretanto, o feminino está do lado da mulher que dirige seu desejo a um homem, podendo se fazer de causa de desejo, semelhante do objeto. (ALONSO e FUKS, 2004).

Na teoria freudiana, percebe-se uma superioridade atribuída ao masculino quando identificado ao falo. De acordo com Ana Sigal, “O que aqui se questiona é que o filho está fundamentalmente capturado no lugar de significante primordial do desejo,

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ *Ibidem.*

que seria o falo... por sua vez, a mulher fica capturada no lugar de mãe".⁴⁰ (2009, p. 59). Seguindo essa ideia, pergunto: o desejo da mulher é sempre o desejo de um filho, no lugar do que lhe falta - o falo -; então, só se aceita a mulher como uma futura mãe?

De acordo com Piera Aulagnier, em seu livro “A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado”, parece ambíguo falar de uma equivalência pênis – criança: “A expressão perde sentido se pretende-se fazer participar a todo objeto cobiçado pela mulher de um brilho fálico, assim, como dizer que o que o homem só demanda do objeto é o atributo fálico com o que poderá dotar seu pênis”.⁴¹ (1975/1979, p.122).

Penso que, na vida da mulher-mãe, ter um filho não alude só à falta, mas também lhe permite descobrir o prazer do cuidado, a oportunidade da procriação como potencial humano, e não como falta do feminino.

No que tange à satisfação sob a égide do Complexo de Édipo, esta pode se dar de duas formas: ativa e passiva. A criança poderia tomar o lugar do pai e ter relações com a mãe, devendo, mais cedo ou mais tarde, deparar-se com o pai rival, ou poderia assumir o lugar da mãe e ser amada pelo pai. Qualquer uma das alternativas implica a castração, inviabilizando a possibilidade de uma satisfação dos desejos edípicos, já que, em conflito com seu interesse narcísico pelo pênis, o menino optaria por voltar “as costas ao Complexo de Édipo”.⁴² (FREUD, 1924/1996, p. 196).

Assim, os investimentos objetais são abandonados em favor de uma identificação com as figuras parentais, dando origem ao superego, herdeiro do Complexo de Édipo, que não deixaria marcas, em condições ideais, nem mesmo no inconsciente. A saúde mental do sujeito depende, pois, do grau de sucesso do desaparecimento do Complexo de Édipo.

Os efeitos do complexo de castração na mulher são inteiramente diferentes; no menino, isso aparece como medo de perder o órgão precioso, medo de que seja privado de seu pênis, assim como aconteceu com a mãe. A menina reconhece o fato de sua castração; com isso, também reconhecerá a superioridade do homem e, consequentemente, a sua própria inferioridade. Entretanto, ela se rebela contra esse estado de coisas indesejáveis.

Na época de Freud, a produção de subjetividade estava relacionada ao ocultamento da sexualidade do adulto, enquanto na atualidade toda produção de

⁴⁰ SIGAL, A. M. (2009). *Escritos Metapsicológicos e Clínicos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

⁴¹ AULAGNIER, P. (1975/1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.

⁴² FREUD, S. (1924/1996). *A dissolução do Complexo de Édipo*, ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

subjetividade se caracteriza pelo excesso de sexualidade em que a criança está imersa desde o nascimento. De acordo com Silvia Bleichmar, as crianças recebem não somente informações, mas imagens que produzem uma sexualização precoce em termos genitais. Nesse cenário, a teoria da castração sofre significativas mudanças. Nenhum menino pensa que uma menina não tem pênis porque foi cortado. Em geral, os meninos não pensam que as meninas estão castradas, sabem que tem outra “coisa”. As crianças não acreditam que as mulheres são pobres seres castrados. O que assistimos hoje é que existem meninos que sofrem por não serem meninas, “(...) dizem: claro, me tratam pior porque não sou menina”⁴³ (2015, p. 19). Isso ocorre também nas escolas, em que as meninas se destacam como boas alunas, as professoras enaltecem a inteligência delas, deixando os meninos esperançosos para alcançar um lugar igual ou próximo ao das colegas.

Na sociedade vienense, à mulher estava reservado o lugar materno, e o erotismo só podia aparecer na figura da prostituta: “Seu lugar ficava assim restrito ao espaço da casa e aos cuidados dos filhos, longe de um papel possível na vida pública e afastada do erotismo”.⁴⁴ (ALONSO e FUKS, 2004, pp. 231-32). Foi contra esse lugar que se rebelavam as pacientes histéricas que Freud escutava, e com as quais publicou seus “Estudos sobre a histeria”. Foram mulheres “defensoras do erotismo que tinha lhes sido extirpado de suas vidas. E, ao mesmo tempo, pessoas brilhantes, inteligentes e corajosas, o que as distanciava de qualquer hipótese de degeneração e, com isso, de hereditariedade”. (idem, pp. 231-32).

É a partir da atitude de rebeldia da menina que se abrem as três linhas de desenvolvimento. A primeira leva a uma revolução geral na sexualidade. Assustada pela comparação com os meninos, a menina cresce insatisfeita com seu clitóris, abandona sua atividade fálica e, com ela, corre o risco de abandonar sua sexualidade em geral. A segunda linha a leva, até uma idade tardia, a aferrar-se à esperança de conseguir um pênis em alguma ocasião. Essa esperança se torna o objetivo de sua vida, e a fantasia de ser um homem frequentemente persiste como fator formativo por longos períodos. Se o desenvolvimento seguir o terceiro caminho, muito indireto, ela atingirá a atitude feminina normal final, tomando o pai como objeto, encontrando, assim, o caminho para a forma feminina do Complexo de Édipo.

⁴³ BLEICHMAR, S. (2015). “O que resta de nossas teorias sexuais infantis?”.

⁴⁴ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

Essa formulação dos caminhos possíveis para a mulher diante de sua sexualidade encontra adeptos na atualidade.

Assim, nas mulheres, o Complexo de Édipo constitui o resultado final de um desenvolvimento bastante demorado. Ele não é destruído, mas criado pela influência da castração; foge às influências fortemente hostis que, no homem, tiveram efeito destrutivo sobre ele e, na verdade, com muita frequência, de modo algum é superado pela mulher. Por essa razão, também, nela as consequências culturais de sua dissolução são menores e menos importantes. Provavelmente não estaríamos errados em dizer que é essa diferença na relação recíproca entre o Complexo de Édipo e o de castração que dá seu cunho especial ao caráter das mulheres como seres sociais.⁴⁵ (FREUD, 1931/1996, p. 238).

Como vimos nessa elaboração de Freud, sob a influência da inveja do pênis, a menina desistiria de seu prazer clitoridiano (fálico) proveniente da masturbação, repudiando a mãe (anteriormente vista como fálica) e inibindo suas inclinações sexuais de modo geral. Ao abandonar o ato masturbatório, a passividade passa a reinar suas atitudes, fazendo-a voltar-se para o pai, preparando assim o caminho para a feminilidade.

Serge André, em “As origens femininas da sexualidade”, discute a questão da passividade, que Freud associou em vários momentos ao feminino. O autor, contudo, distingue dois tipos de passividade: a associada à teoria falocêntrica de Freud, que se configura como uma depressão pós-castração; nesse sentido, equivalem-se “castrada e passiva”, o que torna difícil a distinção entre passividade e frigidez. A passividade pulsional ligada à feminilidade, tanto no homem quanto na mulher, é:

... gozar com o que sucede, participar com gozo daquilo que penetra, que se intromete – ou seja, a ligação íntima entre passividade e interior (...) sejam quais forem os transbordamentos de atividade previamente exibidos durante o ato sexual, todo mundo é passivo diante do gozo, diante do orgasmo arrebatado, nem que seja por um instante, pela pequena morte.⁴⁶ (ANDRÉ, 1996, p. 108).

Para o autor, a dificuldade de aceitar a feminilidade se deve à relação desta à passividade pulsional, que está ligada, por sua vez, à passividade traumática do recém-nascido diante do mundo adulto: “é justamente isso que constitui sua parte difícil de aceitar, e que alimenta, tanto no homem como na mulher, a recusa da feminilidade”⁴⁷ (idem, p. 108).

⁴⁵ FREUD. S. (1931/1996). *Sexualidade Feminina*.

⁴⁶ ANDRÉ, S. (1996). *As origens femininas da sexualidade*. Rio de Janeiro: Zahar.

⁴⁷ *Ibidem*.

Quando a menina descobre sua própria deficiência, isto é, que não possui o pênis, ao ver um órgão genital masculino, é apenas com muita hesitação e relutância que aceita esse desagradável conhecimento. Ela aferra-se obstinadamente à expectativa de que um dia também terá um órgão genital do mesmo tipo, e seu desejo por isso sobrevive até muito tempo, mesmo após sua esperança ter expirado.

Invariavelmente a criança encara a castração, em primeira instância, como um infortúnio peculiar a ela própria; só mais tarde comprehende que ela também se estende a outras crianças e, por fim, a certos adultos. Quando vem a compreender a natureza geral dessa característica, disso decorre a feminilidade — e com ela, naturalmente, sua mãe — sofrer uma grande depreciação a seus olhos.⁴⁸ (FREUD, 1931/1996, p. 241).

Freud reconhece que a intensidade da ligação com a mãe é muito maior do que ele havia pensado antes, e afirma ter chegado a esse reconhecimento baseado nas transferências de suas analisandas com analistas mulheres, dispondo-se a pensar na pré-história edípica. De acordo com Silvia Alonso:

Nesse desenvolvimento, recupera a figura da mãe arcaica no lugar do outro primordial com a figura da sedutora que, durante os cuidados com o bebê, quando o alimenta, troca e acaricia, produz-lhe no corpo sensações que deixarão marcas no inconsciente. Essa ligação-mãe é fonte das pulsões orais, anais, sádicas e fálicas de metas ativas e passivas.⁴⁹ (2011, p. 331).

Assim, a menina vai sentindo no corpo as impressões dos gestos maternos, ficando uma parte da libido aderida a essas experiências e sentindo prazer com as sensações correspondentes. Por outro lado, surge uma reação ativa e, na tentativa de dominar o mundo, a menina utiliza da brincadeira de boneca, na qual faz com o outro o mesmo que fizeram com ela.

A resposta é que tais relações se apresentam sob muitas formas diferentes, persistindo em todas as três fases da sexualidade infantil, assumindo as características de cada uma delas e expressando-se por desejos orais, sádico-anais e fálicos. Se os relacionamos à diferenciação dos sexos que irá surgir depois, esses desejos representam impulsos ativos e também passivos.

Nem sempre é fácil precisar uma formulação desses desejos sexuais iniciais; o que mais claramente se expressa é um desejo da menina, de ter da mãe um filho, e o desejo correspondente de ela mesma ter um filho - ambos desejos pertencentes ao período fálico e certamente

⁴⁸ FREUD, S. (1931/1996). *Sexualidade Feminina*.

⁴⁹ ALONSO, S. L. (2011). *O tempo, a escuta, o feminino*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

surpreendentes, porém estabelecidos, acima de qualquer dúvida, pela observação analítica.⁵⁰ (FREUD, 1933[1932]/1996, p.120).

Assim, a entrada no Édipo apresenta-se como um caminho trabalhoso e difícil, mesmo que seu início seja postergado, diante da determinação da mulher em manter-se na ilusão da aquisição fálica. A castração no homem aponta para a finalização do Édipo, com o abandono da mãe como objeto de amor; ele tem o caminho aberto para o desenvolvimento de sua sexualidade, pois não há necessidade de fazer o deslocamento do prazer sexual e nem inverter o objeto desejado.

Foi uma surpresa, no entanto, constatar, na análise, que as meninas responsabilizam sua mãe pela falta de pênis nelas e não perdoam por terem sido, desse modo, colocadas em desvantagem. Como vêm, atribuímos às mulheres um complexo de castração. E por boas razões o fazemos, embora seu conteúdo não possa ser o mesmo que o dos meninos. Nestes, o complexo de castração surge depois de haverem constatado, à vista dos genitais femininos, que o órgão, que tanto valorizam, não acompanha necessariamente o corpo. Nisto, acodem à lembrança do menino as ameaças que provocou contra si, ao brincar com esse órgão; começa a dar crédito a elas, e cai sob a influência do temor de castração, que será a mais poderosa força motriz do seu desenvolvimento subsequente.⁵¹ (FREUD, 1933[1932]/1996, pp.124-25).

No caso da menina, o que ocorre é a própria recusa da constatação indesejada, fazendo com que ela retorne à masculinidade da tenra infância, época na qual a diferença anatômica sexual era ignorada. A constatação da diferença entre os sexos deixará marcas na vida da menina, no seu desenvolvimento e na formação de seu caráter. Muitas vezes, não serão superadas, sequer nos casos mais favoráveis, sem um extremo dispêndio de energia psíquica e sofrimento: “O fato de a menina reconhecer que lhe falta o pênis, não implica, absolutamente, que ela se submeta a tal fato com facilidade”. (idem, p.125).

As possíveis saídas para a mulher ante o Complexo de Édipo e as três potenciais linhas de desenvolvimento são: inibição sexual ou a neurose, complexo de masculinidade e feminilidade normal. O conteúdo essencial da primeira é o seguinte: a menininha viveu, até então, de modo masculino, conseguiu obter prazer na excitação do seu clitóris e manteve essa atividade em relação a seus desejos sexuais dirigidos à mãe, os quais, muitas vezes, são ativos. Devido à influência da inveja do pênis, ela perde o prazer que obtinha da sua sexualidade fálica. Segundo Freud, a menina, ao comparar seu

⁵⁰ FREUD. S. (1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*.

⁵¹ *Ibidem*.

corpo com o do menino, tem seu amor próprio abalado e modificado, e, como consequência, renuncia à satisfação masturbatória derivada do clitóris, repudia seu amor pela mãe e, ao mesmo tempo, não muito raro, reprime uma parte de suas inclinações sexuais em geral.

Seu afastamento da mãe, sem dúvida, não se dá de uma só vez, pois, no início, a menina considera sua castração como um infortúnio individual, e somente aos poucos estende-se a outras mulheres e, por fim, também à sua mãe. Seu amor estava dirigido à sua mãe fálica; com a descoberta de que sua mãe é castrada, torna-se possível abandoná-la como objeto, de modo que os motivos de hostilidade, que há muito se vinham acumulando, assumem o domínio da situação. Isso significa, portanto, que, como resultado da descoberta da falta de pênis nas mulheres, estas são rebaixadas de valor pela menina, assim como depois o são pelos meninos, e posteriormente, talvez, pelos homens.⁵² (FREUD, 1933[1932]/1996, p.126).

Para Freud, é a hostilidade que provoca a separação entre menina e mãe. Atribui essa hostilidade da menina a vários motivos: a insaciabilidade da libido, ciúmes e, fundamentalmente, à descoberta da castração dela própria e da mãe: “à identificação-mãe pré-edípica, que constrói um materno não feminino, sucede-se um momento de desidentificação”.⁵³ (ALONSO, 2011, p. 333). Esse movimento da menina é organizador no desenvolvimento rumo à feminilidade.

A esse respeito, no livro “Figurações do feminino”, Danièle Brun afirma que o feminino é uma “conquista contra a mãe”.⁵⁴ (1989, p. 113). Sendo assim, o surgimento da inveja do pênis é testemunha tanto da ligação quanto da quebra da ligação com a mãe.

De acordo com Silvia Alonso e Mário Fuks, várias são as consequências psíquicas da inveja do pênis. “Surge um sentimento de inferioridade como ‘marca’ da ferida narcísica, recorrendo-se a um tipo de explicação, já considerada anteriormente, que associa o fato a um episódio pessoal, por exemplo, um castigo”.⁵⁵ (2004, p. 126).

Sobre a inveja do pênis, os autores Arnaldo Chuster e Renato Trachtenberg em “As sete invejas capitais: uma leitura psicanalítica contemporânea sobre a complexidade do mal” se referem a três possibilidades interpretativas.

- a) Uma expectativa da mulher de obter do homem, não apenas um pênis, mas também um substituto do amor dos pais, por meio de um bebê que sustente a continuidade da família;

⁵² *Ibidem*.

⁵³ ALONSO, S. L. (2011). *O tempo, a escuta, o feminino*.

⁵⁴ BRUN, D. (1989). *Figurações do feminino*. São Paulo: Escuta.

⁵⁵ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

- b) o desejo de ser amada pela mãe ao possuir um pênis como o do pai que é o amado da mãe. Nesse sentido, ela seria igualada ao pai;
- c) poupar da angústia de morte provocada pelo desejo de ter um pênis, que é de certa forma, uma reivindicação que se situa na ordem do conflito de separação de um todo, para se contentar com uma parte que representa esse todo.⁵⁶ (2009, pp. 51-2).

Assim, para os autores, a primeira possibilidade implica uma total ausência de insatisfação durante a vida. A segunda, que se tornar digna da felicidade depende da obediência à lei moral. A terceira possibilidade implica uma análise da falsa premissa que permite a mulher considerar-se um ser elevado que a aproximaria do caminho da satisfação plena. Desse modo, a noção de inveja do pênis tem o significado de um desejo feminino, estruturante, de possuir algo significativo que só o outro possui; por outro lado, também será determinante da possibilidade de uma visão fálica das relações humanas (sexuais, políticas, econômicas, religiosas, etc.).

No seu artigo “Sob o signo de Thânatos”, Renato Mezan⁵⁷ afirma que é sob a égide do narcisismo ferido que se opera a troca objetal feminina. O motivo mais forte para tal mudança seria a censura que as meninas fazem à mãe por esta não terem feito seres completos. Censura que reedita a ambivalência de sentimentos da menina em relação à sua mãe, esta quem primeiro despertou seus impulsos sexuais e ao mesmo tempo impôs sua proibição. Ressalta, ainda, que o complexo de castração se vincula, simbolicamente, à demanda de amor e expressa-se em afirmações como: a mãe não a amamentou suficientemente ou a mãe amou mais os outros filhos.

Essa vinculação pode também ser encontrada nos meninos, porém estes transferem parte de sua hostilidade para o pai, que se apresenta, ao mesmo tempo, como um novo agente de castração e um polo identificatório no período edípico. As meninas, porém, sucumbem à castração, que continua a ter na mãe sua principal representante, e procuram no pai a possibilidade de reconstituir uma imagem ferida - ou seria melhor dizer uma imagem furada? E o que poderia obturar, mesmo que temporariamente essa falta? Um bebê ou um pênis? Esses dois termos se equivalem na medida em que representam um objeto que fora imaginariamente perdido, a saber, o falo.

A constatação da castração da mãe é fundamental para o abandono desse objeto amoroso, entretanto não a fará, necessariamente, dirigir sua sexualidade a uma vida

⁵⁶CHUSTER, A; TRACHTENBERG, R.(2009). *As sete invejas capitais*. Porto Alegre: Artmed.

⁵⁷ MEZAN, R.(2001/2008). “Sob o signo de Thânatos”. In: MEZAN, R. *Freud a Trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva (4^a. Edição).

normal. Nesse momento na vida sexual da menina, segundo Freud, ela se tornaria neurótica ou inibida.

Trataremos agora da segunda possível saída. Se a inveja do pênis suscitou um poderoso impulso contra a masturbação clitoridiana, e esta, não obstante, se recusa a desaparecer, trava-se uma violenta luta pela liberação, na qual a própria menina assume, por assim dizer, o papel de sua mãe deposta e dá expressão a toda a sua insatisfação com seu clitóris inferior. A saída pela masculinidade, como nos indica Freud, é uma aposta na masturbação, quer dizer, evitar a afluência à feminilidade, que abriria o caminho à feminilidade. Freud nos esclarece que o homossexualismo feminino não tem uma relação direta com essa saída. Não se trata da continuação da masculinidade infantil.

De acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks,⁵⁸ se a castração feminina é aceita, haverá uma busca do pai como restaurador da dignidade, com a finalidade de compensar esse sentimento de desvalorização; e se há a renúncia à forma anterior de gozo sexual, a rejeição do amor apaixonado e exclusivo à mãe, ocorre uma verdadeira revolução na sexualidade da menina. Ela se coloca na posição feminina, se vira para o pai e constrói o caminho para a feminilidade. Toma o pai como objeto de amor, a mãe passa a ser objeto de ciúmes e a menina se transforma numa pequena mulher. É pela via do investimento do homem-pai como doador do filho-falo que se iniciará um despertar da sensibilidade vaginal, a descoberta do privilégio procriativo da mãe, e como herança a descoberta da própria vagina. A isso se acrescenta uma posterior reconciliação reparatória da imagem da mãe, que propicia um avanço e fortalecimento da identificação feminina da menina.

O abandono e a renúncia da prática masturbatória conduzem a menina a um terceiro momento em que predomina a passividade: paralelamente ao abandono da masturbação clitoridiana, renuncia a uma determinada soma de atividade. Com o predomínio da passividade, a menina pode voltar-se para seu pai, e isso se realiza com a presença e o auxílio dos impulsos instintuais passivos. Se, no decurso desse desenvolvimento, não se perdem demasiados elementos pela repressão, essa feminilidade pode vir a ser normal.

O desejo que leva a menina a voltar-se para seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê,

⁵⁸ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

isto é, se um bebê assume o lugar do pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica.⁵⁹ (FREUD, 1933[1932]/1996, p.128).

De acordo com a teoria freudiana, a saída simbólica da menina é a maternidade - em que o filho passa a ocupar o lugar do falo, objeto desejado - que conduz a mulher à feminilidade normal. Um pouco mais a frente autores contemporâneos abordam a inveja do pênis.

Freud identifica, na constituição do Édipo no menino, uma orientação dupla: ativa e passiva, decorrente da sua natureza bissexual. Ocorre a manifestação ativa do complexo quando o menino se coloca no lugar do pai, em uma posição masculina, e toma a mãe como objeto de amor. Quando ocorre o contrário, ou seja, quando o menino toma o lugar da mãe, para ser amado pelo pai, assumindo uma posição passiva, ele encontra-se numa posição feminina (Complexo de Édipo negativo). Ambas as posições acarretam para o menino a perda do pênis, frente à ameaça da castração paterna, associada ao medo de perder o amor dos pais. Diante dessa situação, o menino tem de se posicionar em relação ao Édipo e assumir uma posição masculina ou feminina. Tal posição direcionará os destinos da sua sexualidade e as escolhas objetais posteriores.

Desse modo, os investimentos em relação aos objetos de amor são substituídos por identificações. Frente à impossibilidade de possuir a mãe, o menino passa a identificar-se com o pai, aprendendo a ser “um homenzinho”. É comportando-se como o pai que o menino tem o reconhecimento dele e é amado pela mãe. Quando crescer, escolherá a sua amada, terá uma mulher para si, substituta da mãe.

Assim, afirma Freud que o processo no menino seria muito mais que uma repressão, levando a uma destruição completa do Édipo. Existe aí a fronteira entre o normal e o patológico. Caso o ego não consiga ir além de uma repressão do complexo, “este persiste em estado inconsciente no id e manifestará mais tarde seu efeito patogênico”.⁶⁰ (FREUD, 1924/1996, p. 197).

Os objetos parentais do menino são incorporados ao ego, formando o núcleo do superego, com seus elementos característicos. Freud diz que, em casos ideais, tais conteúdos incestuosos não existem mais nem mesmo no inconsciente. Como vimos, o superego torna-se o seu herdeiro.

No caso do Pequeno Hans, o menino de cinco anos tinha medo de cavalos, o que dificultava que saísse de casa, temendo que um cavalo entrasse em seu quarto e o

⁵⁹ FREUD, S.(1933[1932/1996]). Conferência XXXIII - *Feminilidade*.

⁶⁰ FREUD, S. (1924/1996). *A dissolução do Complexo de Édipo*.

mordesasse. O menino estava vivendo o seu Complexo de Édipo, ele percebia o pai como um rival na preferência materna, para quem se dirigiam seus desejos sexuais iniciais. Assim, deslocava para o animal uma parte de seus sentimentos dirigidos ao pai. Da mesma forma que Hans tinha medo de cavalos, sentia curiosidade e interesse por eles. Ao diminuir o medo, ele se identifica com o animal, agindo como ele, inclusive mordendo o pai. E Hans, segundo Freud, “amava profundamente seu pai, contra quem ele nutria esses desejos de morte; enquanto seu intelecto objetava a tal contradição, ele não podia deixar de demonstrar o fato da existência desta, batendo no seu pai e logo depois beijando o lugar que ele tinha batido”.⁶¹ (FREUD, 1909/1996, p. 104). Nos homens, a vida emocional é feita de pares de emoções contrárias; “de fato, se não fosse assim, as repressões e as neuroses talvez nunca ocorressem”.⁶² (idem, p. 104).

Na conferência “Feminilidade”, Freud postula acerca do Complexo de Édipo na menina:

As meninas permanecem nele por um tempo indeterminado; destroem-no tarde e, ainda assim, de modo incompleto. Nessas circunstâncias, a formação do superego deve sofrer um prejuízo; não consegue atingir a intensidade e a independência, as quais lhe conferem sua importância cultural, e as feministas não gostam quando lhes assinalamos os efeitos desse fator sobre o caráter feminino em geral.⁶³ (FREUD, 1933[1932]/1996, p. 129).

Para a menina, no entanto, faltariam razões para depois abandonar o Complexo de Édipo. Assim restar-lhe-ia abandoná-lo lentamente, utilizando do recalque sem, talvez, nunca demoli-lo completamente. Daí um superego menos rígido do que aquele dos homens. Preocupado com as possíveis críticas feministas contra a sua teoria, Freud se antecipa, afirmando que todos os indivíduos humanos possuem uma disposição bissexual combinando entre si características dos dois sexos de maneira que “a masculinidade e a feminilidade puras permanecem sendo construções teóricas de conteúdo incerto”.⁶⁴ (1925/1996, p. 286). Ou seja, aquilo que se constrói a respeito do feminino refere-se de fato ao feminino entre homens e mulheres. A questão anatômica é menosprezada mostrando a oscilação freudiana entre a realidade do corpo e o simbólico.

Conforme destaca Melanie Klein em seu artigo “Estágios iniciais do conflito edipiano”, no início do Complexo de Édipo, mesmo que já exista a emergência dos impulsos genitais, a cena ainda é predominantemente dos impulsos sádico-orais e

⁶¹ FREUD, S. (1909/1996). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. ESB. Vol. X. Rio de Janeiro: Imago.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ FREUD, S. (1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*.

⁶⁴ FREUD, S. (1925/1996). *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*.

sádico-anais. Os impulsos genitais só passam a ser mais importantes posteriormente, quando se estabelece a situação clássica do Édipo freudiano. O sadismo explica a rigidez excessiva do superego arcaico:

A conexão entre a formação do superego e as fases pré-genitais do desenvolvimento é muito importante a partir de dois pontos de vista. Por um lado, o sentimento de culpa se prende às fases sádico-oral e sádico-anal, que ainda são as predominantes; por outro, o superego se forma quando essas fases ainda estão em ascendência, o que explica seu rigor sádico.⁶⁵ (KLEIN, 1928/1996, p. 217).

Para a autora, o medo da castração e o sentimento de culpa aparecem desde o início do Complexo de Édipo e estão associados a este.

No caso do menino, a ansiedade de castração é derivada dessa primeira ansiedade. Já no caso da menina, a ansiedade se refere ao medo de ter seu interior atacado por essa mãe ameaçadora e, secundariamente, aparece o medo de perder seu amor. O medo de ter sua feminilidade atacada ou devastada pela mãe também é presente e é um correlato, no menino, do medo de perder o pênis, pela ação retaliadora do pai (KLEIN, 1928).

No caso das meninas, Melanie Klein também considera que a primeira identificação da criança é com a mãe e que as frustrações pelo desmame e pelos hábitos de higiene levam a menina a se afastar dela. No entanto, a autora acredita que o próprio “objetivo receptivo dos órgãos genitais exerce uma influência determinante sobre *a escolha do pai como objeto amoroso pela menina*”.⁶⁶ (1928/1996, p. 222, grifos da autora). Melanie Klein destaca que sua prática clínica a levou a considerar a existência, na menina, desde o início, dos impulsos edípicos, de uma noção inconsciente da vagina e de sensações nela e em todo o aparelho genital, as quais não são plenamente satisfeitas pela masturbação.

Sendo assim, o caráter receptivo do órgão genital feminino é “posto em ação pelo desejo intenso de encontrar uma nova fonte de gratificação”. (idem, p. 222). Nesse sentido, emergem a inveja e o ódio contra a figura da mãe, detentora do pênis do pai, o que direciona a menina à figura deste logo no início da manifestação de seus impulsos edípicos.

A descoberta de que não possui um pênis, para a menina, faz aumentar o ódio pela mãe. Por outro lado, seu sentimento de culpa, pelos sentimentos destrutivos dirigidos à mãe, traduz esse fato como punição. Nesse ponto, Melanie Klein também

⁶⁵ KLEIN, M. (1928/1996). “Estágios iniciais do conflito edipiano”.

⁶⁶ *Ibidem*.

demonstra diferenciações com relação à ideia freudiana de que a consciência da ausência de um pênis dirige a menina ao pai, como objeto amoroso.

Melanie Klein reitera o que Freud já dizia acerca dos moldes da relação da menina com o pai serem baseados no conteúdo de sua primeira relação com a mãe: “A frustração que sofre nas mãos deste tem suas raízes na decepção já sofrida em relação à mãe; um forte motivo para o desejo de possuí-lo é o ódio e a inveja da mãe”.⁶⁷ (1928/1996, p. 223). A menina é tomada por grande admiração pela figura masculina, uma vez que esta pode lhe fornecer a gratificação total, deslocada para os órgãos genitais. O cenário é, geralmente, abalado pela frustração resultante do Complexo de Édipo. No entanto, se esta não se converte em ódio, o desenvolvimento da menina continua de forma positiva, convergindo para um momento em que, quando da obtenção da satisfação sexual, a admiração anterior se alia à gratidão pela liberação dessa energia acumulada.

Apesar de apresentar algumas divergências com relação ao que Freud havia descoberto e ensinado sobre o Complexo de Édipo, Melanie Klein se preocupa em salientar que suas afirmações “não contradizem as afirmações do professor Freud”.⁶⁸ (1928/1996, p.226). A autora considera que sua maior contribuição para o tema se refere à descoberta de que os processos ligados ao Complexo de Édipo e à formação do superego, detectados por Freud na fase dos três aos cinco anos de vida da criança, seriam o clímax de um processo longo, iniciado logo com o desmame e o treinamento do controle dos esfíncteres.

Apesar de ter escrito e explicado o que ocorreria no desenvolvimento da feminilidade, Freud utiliza o termo “a mulher como um enigma” pela primeira vez.

Muito frequentemente ocorrem regressões às fixações das fases pré-edipianas; no transcorrer da vida de algumas mulheres existe uma repetida alternância entre períodos em que ora a masculinidade, ora a feminilidade, predominam. Determinada parte disso que nós, homens, chamamos de ‘o enigma da mulher’, pode, talvez, derivar-se dessa expressão da bissexualidade na vida da mulher.⁶⁹ (FREUD, 1933[1932]/1996, p.130).

Freud termina essa conferência afirmando que seu estudo sobre a feminilidade com certeza está incompleto e fragmentado. No texto “Análise terminável e

⁶⁷ *Ibidem.*

⁶⁸ *Ibidem.*

⁶⁹ FREUD, S. (1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*.

interminável”⁷⁰, volta a falar sobre a feminilidade. Afirma que dois temas são permanentes e fontes de muito trabalho nas análises. Do lado masculino, a luta contra a sua atitude passiva ou feminina para com outro homem, e na mulher, a inveja do pênis na reivindicação para possuir, simbolicamente, um órgão genital masculino.

Na discussão sobre a feminilidade, Jacques Lacan desloca o interesse da identidade feminina para o gozo feminino. Um gozo além do gozo fálico. “A mulher (...) ela não é toda”.⁷¹ (1972-1973/1985, p. 99). Não é toda estruturada pelo significante fálico; o falo não é suficiente para dizer o seu gozo.

No entanto, como salienta Serge André,⁷² se o gozo da mulher está fora da linguagem, não há como dizê-lo, só supô-lo e ela deve buscar algo que advenha no lugar desse significante faltoso. Isso seria “o que quer uma mulher”.

São quatro os caminhos propostos por Serge André o primeiro é o da histeria, através do qual a mulher escapa do irrepresentável da feminilidade, forjando uma armadura fálica, da qual, inevitavelmente, sentir-se-á prisioneira. A segunda possibilidade é a da mascarada.⁷³

Segundo Joan Rivière, em seu artigo “*La feminite em tant que mascarade*”, algumas mulheres que “aspiram a uma certa masculinidade podem usar uma máscara de feminilidade para afastar a angústia e evitar a vingança que temem da parte do homem”.⁷⁴ (1929/1994, p. 198). Ao perguntar-se qual a diferença entre a feminilidade verdadeira e a mascarada, a própria autora indica a resposta. Estabelecer essa diferença não é importante. O que importa de fato é que, verdadeira ou não, a mulher em questão usa a feminilidade como uma defesa contra a angústia, mais do que como um modo primário de gozo sexual.

⁷⁰ FREUD, S. (1937/1996). *Análise terminável e interminável*. ESB. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. Freud neste texto, explica: A importância suprema desses dois temas – nas mulheres, o desejo de um pênis, e, nos homens, a luta contra a passividade – não escapou a Ferenczi que transformou num requisito que, em toda análise bem-sucedida, esses dois complexos tivessem sido dominados. Ao que Freud argumenta: “Em nenhum ponto de nosso trabalho analítico se sofre mais da sensação opressiva de que todos os nossos repetidos esforços foram em vão, e da suspeita que estamos “pregando ao vento”, do que quando estamos tentando persuadir uma mulher a abandonar seu desejo de um pênis, com fundamento de que é irrealizável. Mais adiante, ainda neste texto, afirma: “Nenhuma transferência análoga pode surgir do desejo da mulher por um pênis, mas esse desejo é fonte de irrupções de grave depressão nela. Finalizando este artigo, ele escreve: O repúdio à feminilidade pode ser nada mais do que um fato biológico, uma parte do grande enigma do sexo. Seria difícil dizer se e quando conseguimos êxito em dominar este fato num tratamento analítico. Só podemos nos consolar com a certeza de que demos à pessoa analisada todo o incentivo possível para reexaminar e alterar sua atitude para com ele.” (FREUD, 1937, p.286).

⁷¹ LACAN, J. (1972-1973/1985). *O Seminário, livro 20, mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

⁷² ANDRÉ, S. (1998). *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

⁷³ Alusão ao artigo de RIVIERE, J. (1929/1994) – “*La feminite em tant que mascarade*”. On: HAMON, M-C. *Feminité mascarade*. Seuil.

⁷⁴ RIVIERE, J. (1929/1994) – “*La feminite em tant que mascarade*”.

A máscara é o falo, que ela reconhece não ter, pois o cedeu, quis desfazer-se dele e, representando a mulher castrada, suporta uma angústia menor, defendendo-se contra uma angústia verdadeira, a da falta de um “significante da feminilidade”.⁷⁵ (ANDRE, 1998, p. 283). Aquilo que muitas mulheres expressam como “fazer-se de boba” até não saber mais o que é véu, o que é máscara, semblante e o que é de fato. E isso ao mesmo tempo em o que o que é de fato seu ser de mulher parece estar entre os vários véus ou máscaras. Nessa posição, assim como na histeria, a mulher evita ver-se fora de um registro fálico. Ela exibe o falo ou o oferece apresentando-se como castrada, mas sempre guardando-o como referência.

De fato, observo na clínica muitas mulheres que referem um temor de serem desmascaradas nos mais variados domínios, como se algum dia toda a aparência cuidadosamente sustentada pudesse ruir. O temor justifica-se, pois nem mesmo ela sabe o que há por trás do véu. A mascarada, como um sintoma, parece-nos revelar a especificidade de uma das possibilidades da histeria.

De acordo com Serge André, a terceira via de elaboração do irrepresentável da feminilidade é a do amor e, sobretudo, de sentir-se amada. A mulher busca, desse modo, uma “relação de sujeito a sujeito que a declaração de amor tende a estabelecer”. (idem, p. 283). Pelo amor, ela garante ser “uma mulher” de um homem. Finalmente, Serge André propõe a quarta via, a da criação. A criação como “a produção de um significante novo no lugar de significante falso” (idem, p. 284). Essa criação deve, contudo, não representar algo que preenche a falha, o buraco, mas que “esculpe o vazio”.

A questão que nos interessa é como permitir que esse vazio seja esculpido na análise. “Como fazer atuar a falta de significante no discurso como uma saída mais que como um estancamento”.⁷⁶ (idem, p. 287). Como a histérica poderá livrar-se do falicismo que a aprisiona sem ser devastada pelo nada que remete aos aspectos depressivos?

Para Freud, o percurso das ideias construídas sobre a mulher foi feito em comparação ao homem, e a partir de seus ensaios sobre a sexualidade, pensa a sexualidade feminina comparando-a, por um longo tempo, à dos homens. A esse respeito, Carlos Nicéas destaca:

Tornar-se mulher, para ele [Freud], era um processo somente comprehensível levando em conta “as diferentes fases pelas quais passa a excitação clitoriana” reconhecendo através das teorias sexuais

⁷⁵ ANDRE, S. (1998). *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

⁷⁶ *Ibidem.*

infantis que a excitabilidade do clitóris confere à atividade sexual da menina “um caráter masculino”, Freud retira daí a condição de acesso à feminilidade: uma onda de recalque é necessária, nos anos da puberdade, para deixar aparecer a mulher, dela se evacuando a sexualidade masculina.⁷⁷ (NICÉAS, 1986, p. 56).

De acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks, as afirmações freudianas referentes à sexualidade feminina apontam para uma posição sexista que incide na “presença da hegemonia do falo/pênis em sua teoria e que poderia dar suporte a uma desvalorização preconceituosa das qualidades intelectuais e éticas do sexo feminino”.⁷⁸ (2004, p. 129).

Já Danièle Brun⁷⁹, em “Figurações do Feminino”, ressalta que o enigma da feminilidade, quando dissociado de seus componentes sociológicos, se perpetua como um enigma irredutível.

Ao pensarmos os escritos freudianos sobre a feminilidade, é necessário considerarmos também o contexto cultural daquela época. Ou seja, as ideias de Freud não podem ser dissociadas do contexto social em que sua obra está inserida, de maneira que seus estudos fizeram parte e contribuíram para a legitimação do lugar social ocupado pela mulher na época e fomentaram as ideias de que, mesmo com a aceitação da diferença entre os sexos, tem-se a perpetuação do primado do masculino.

De acordo com Danièle Brun, Freud concebia a mulher como um ser faltante. A autora chama atenção para o fato de Freud delegar aos artistas a compreensão do enigma da feminilidade e comenta sobre a diferença do enigma da mulher em relação ao enigma da feminilidade. Assim, por mais bela e fascinante que seja a mulher (constituição física), ela é apenas uma representação aproximada da feminilidade, que nos fascina por sua estranheza. A estranheza causada pela feminilidade e o enigma criado em torno de seu entendimento são comparados pela autora ao inconsciente e ao seu funcionamento.

Nessa mesma linha de pensamento, ao argumentar a respeito do enigma da feminilidade, Gilda de Foks em seu artigo “As mulheres, a psicanálise, ainda um enigma?” também o compara ao inconsciente:

Muitas as buscas, muitas as épocas e muitas as escolas que coincidem na busca desse mistério do feminino. Penso que a busca prossegue, e, se me permitem a analogia, parece que o enigma feminino é como o inconsciente. Oferece-se para uma permanente busca, e em cada busca há encontros, mas em cada encontro aparece um novo enigma. Parece,

⁷⁷ NICÉAS, C. A. (1986). “Primado do falo e castração feminina”. In: BIRMAN, J; NICÉAS, C.A. (org.) *O feminino: aproximações*. Rio de Janeiro: Campus.

⁷⁸ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

⁷⁹ BRUN, D. (1989). *Figurações do feminino*.

portanto, inesgotável, e sendo inesgotável parece muito rico.⁸⁰ (2002, pp. 45-6).

Ao discorrer sobre as incompatibilidades entre a função e a constituição do feminino, Danièle Brun escreve que, muitas vezes, chegou a indagar se a feminilidade seria um estado contra a natureza e se poderia considerar a analogia de que a criança reprimida na infância nas suas investigações sexuais seria uma mulher, no final das contas. No entanto, essa comparação não faz parte do enigma da feminilidade referido por Freud, uma vez que a autora propõe o seguinte questionamento: Como uma mulher se torna mulher considerando a premissa freudiana da bissexualidade da infância? Nesse sentido, considera que o enigma da feminilidade não reside somente no tornar-se mulher, como também no ser mulher.

As proposições de Danièle Brun evidenciam as consequências das teorias desenvolvidas a partir da ideia de sexo único e da diferenciação sexual. A separação de homem e mulher em suas características e particularidades ocasionou uma desorganização no campo teórico, de forma que a feminilidade, antes relacionada à comparação da mulher ao homem, se torna então um enigma. Considerando a teoria psicanalítica, a autora questiona: como se constitui o feminino a partir do ser mulher e do tornar-se mulher?

De acordo com os pressupostos teóricos freudianos, Danièle Brun considera que somente no momento em que o primado do falo é substituído pelo primado genital, atribuindo significação ao Complexo de castração, é que antigas moções sexuais podem, na puberdade, reencontrar forças e produzir efetivamente essa substituição e assim ocorrer a instauração da feminilidade.

É o que permite pensar que a maneira pela qual se ultrapassou, ou não, a perda do primado do falus – e ainda que as coisas não apareçam assim na consciência – parece ser constitutiva da evolução da mulher para a feminilidade, assim como da descoberta pelo homem das tendências femininas que o habitam. Neste sentido a instauração da feminilidade implicaria numa certa aptidão para a renúncia, compreenderia uma parte de luto.⁸¹ (BRUN, 1989, p. 109).

Diante disso, é possível pensar em como a mulher se organiza para deixar de desejar um pênis, tão desejado na fase fálica, e seguir o caminho de acesso à feminilidade, e como se configura essa renúncia especificada por Danièle Brun. A autora considera ser este o verdadeiro enigma da feminilidade, que, segundo Freud, é a

⁸⁰ FOKS, G.S. de (2002). “As mulheres, a psicanálise, ainda um enigma?” In: ALIZADE, A. M. *Cenários Femininos diálogos e controvérsias*. Rio de Janeiro: Imago.

⁸¹ BRUN, D. (1989). *Figurações do feminino*.

fase pré-edipiana decisiva para o futuro da mulher e seu enveredamento para a feminilidade.

A relação pré-edipiana da menina com a mãe envolve idealização e processos identificatórios de ambas as partes “apoiados na semelhança corporal, impregnados de agressividade inerente aos veículos narcísicos e causadores de marcantes dificuldades para os necessários movimentos de diferenciação”.⁸² (ALONSO; FUKS, 2004, p. 136).

No texto “Sexualidade feminina”, no qual Freud postula sobre a fase de vinculação da menina com a mãe:

(...) onde a ligação da mulher com o pai era particularmente intensa, a análise mostrava que essa ligação fora precedida por uma fase de ligação exclusiva com a mãe, igualmente intensa e apaixonada. Com exceção da mudança de seu objeto amoroso, a segunda fase mal acrescenta algum aspecto novo a sua vida erótica. Sua relação primária com a mãe fora construída de maneira muito rica e multifacetada.⁸³ (FREUD, 1931/1996, p. 233).

Desse modo, essa fase de ligação da menina com a mãe é fundamental para o destino psíquico da mulher, pois, conforme Freud escreve no texto “Feminilidade”,

(...) durante essa fase são feitos os preparativos para a aquisição das características com que mais tarde exercerá seu papel na função sexual e realizará suas inestimáveis tarefas sociais. É também nessa identificação que ela adquire aquilo que constitui motivo de atração para um homem (...).⁸⁴ (FREUD, 1933[1932]/1996, p. 133).

Assim, para o autor, a fase pré-edipiana, exerce grande importância no desenvolvimento feminino e tem ressonância, posteriormente, nas ligações estabelecidas com a própria mãe e com o mundo, como também a fase edipiana, de ligação ao pai, que produz ressonâncias posteriores no momento das escolhas amorosas e dos relacionamentos afetivos estabelecidos pela menina.

De acordo com o pensamento de Melanie Klein, em “A psicanálise de crianças”, a ligação com a figura da mãe como alguém que ajuda, que cuida, é muito forte na menina. Isso ocorre devido à fantasia de que “a mãe é a possuidora do seio nutridor, do pênis do pai e das crianças e, assim, tem o poder de satisfazer todas as suas necessidades”.⁸⁵ (KLEIN, 1932/1987, p. 225). Para superar a ansiedade e se proteger dos objetos maus, a menina se volta para a mãe em busca desses conteúdos bons. Posteriormente, isso faz emergir grande sentimento de culpa, por ter querido se “apossar

⁸² ALONSO, S. L; FUK, M. P. (2004). *Histeria*.

⁸³ FREUD, S. (1931/1996). *Sexualidade Feminina*.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ KLEIN, M. (1932/1997). *A psicanálise de crianças*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.

dos conteúdos ‘bons’ do corpo da mãe” (idem, p. 226) para proteger-se, bem como por ter deixado a mãe exposta a seus conteúdos maus.

A ansiedade gerada pelo medo do pênis como objeto mau dificulta a volta da menina ao pai como objeto amoroso. Por isso, Melanie Klein considera que, depois de passada a fase fálica, a menina ainda tem que lidar com uma fase “pós-fálica, na qual ela faz sua escolha entre reter a posição feminina ou abandoná-la.” (idem, p. 234).

Em “Amor, culpa e reparação”, de 1937, Melanie Klein destaca a importância da relação entre amor e ódio para o desenvolvimento psíquico. Salienta, ainda, a importância da relação entre os impulsos destrutivos e os de reparação dos objetos danificados. Descreve o amor da vida adulta como forma de conquista das gratificações da infância, quando da primeira relação com a mãe. Na direção oposta, dificuldades nesse primeiro estágio da vida poderiam, segundo a autora, angariar problemas de relacionamento com o parceiro na vida adulta, já que as fantasias arcaicas de destruição do objeto ainda são presentes.

Da mesma forma, a paternidade, a maternidade e a própria escolha do parceiro, na vida adulta, são diretamente influenciadas pela “ligação inicial com a mãe”⁸⁶ (KLEIN, 1937/1996, p. 364) e pela dinâmica de amor e ódio, de destruição e reparação presentes nessa etapa da vida e estendidas por toda a vida adulta. Ela também estabelece relação direta entre o sentimento de culpa e a criatividade, sendo o primeiro o impulsionador da segunda, uma vez que a culpa relacionada ao amor faz surgir a necessidade de formas variadas de reparação dos objetos destruídos.

De acordo com Danièle Brun⁸⁷ em seu livro “Figurações do Feminino”, a inveja do pênis é um ponto que comprova forte ligação primária da menina com a mãe, sendo que a ruptura dessa ligação pode ser considerada como um momento organizador para o desenvolvimento em direção à feminilidade. Contudo, apesar da coerência desse pressuposto teórico, alguns traços permanecem enigmáticos acerca da causa do distanciamento da mãe.

Voltando ao texto “Feminilidade”, Freud se refere a esse assunto como algo característico da vida feminina.

Uma identificação com sua própria mãe – a quem a mulher tinha repelido até seu casamento – pode se reanimar e dirigir para si toda a libido disponível [...] O fato de a mulher reagir diferentemente frente ao nascimento de um filho ou de uma filha revela que o fator antigo da

⁸⁶ KLEIN, M. (1937/1996). “Amor, culpa e reparação”.

⁸⁷ BRUN, D. (1989). *Figurações do feminino*.

falta do pênis nada perdeu de seu vigor. Somente a relação com o filho traz à mãe uma satisfação ilimitada. E, além do mais, é a mais perfeita e mais facilmente livre de ambivalência de todas as relações humanas.⁸⁸ (FREUD, 1933[1932]/1996, p.113).

De acordo com Tassia Emídio, em “Diálogos entre Feminilidade e maternidade: um estudo sobre o olhar da mitologia e da psicanálise”, tal fato nos coloca diante de uma questão ambivalente. Podemos supor que é a hostilidade da menina em relação à mãe que a leva para o caminho da feminilidade; e a feminilidade se coloca, então, em uma conquista contra a figura da mãe? Ou, ainda, está a feminilidade ligada a um caráter hostil contra a figura da mãe?

Freud considera que a menina renuncia ao desejo de ser como sua mãe para desejar o que ela tem (o pai), e então, na configuração edípica, desejar tornar-se mãe de um filho do pai. Essa ideia de o caminho da feminilidade ser contra a mãe é argumentada por Danièle Brun com a seguinte questão: ser mulher é, portanto, desejar sempre um homem?

Tassia Emídio entende desta forma: “sabemos que os estudos psicanalíticos e as concepções sociológicas correspondem a um momento pelo qual a sociedade passa e aos paradigmas vigentes na época”.⁸⁹ (EMIDIO, 2011, p. 92). As perspectivas atuais indicam uma configuração social em que o feminino conquista cada vez mais espaços sociais.

Refletindo sobre as questões atuais referentes à mulher e à maternidade, podemos perceber um destaque da função materna do Complexo de Édipo, a possibilidade de considerar as relações precoces entre mãe e bebê e o desenvolvimento das pesquisas baseadas na percepção dessas relações, que tem trazido o feminino e a maternidade e suas configurações para as discussões sobre as conjecturas sociais.

Joel Birman considera que, na leitura freudiana, somos lançados na contemporaneidade, na qual percebemos que o inconsciente, trazido pela psicanálise, foi permeado pela lógica do patriarcado, o que leva à necessidade de a superarmos e de abrirmos novos horizontes para a discussão sobre o mundo pós-patriarcal.

Na atualidade, os estudos da psicanálise e o desenvolvimento da teoria psicanalítica, baseados e fundamentados naqueles desenvolvidos por Freud, não podem deixar de considerar as questões referentes ao contexto em que a psicanálise foi criada,

⁸⁸ FREUD, S. (1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*.

⁸⁹ EMIDIO, T.S. (2011). *Diálogos entre Feminilidade e maternidade: um estudo sobre o olhar da mitologia e da psicanálise*. São Paulo: Editora Unesp.

como também esperar que, dentro do contexto psicanalítico atual e das novas configurações da feminilidade e da maternidade, possa ser inserido e interligado a situações sociais e o papel ocupado pela mulher no mundo contemporâneo.

Neste sentido, Danièle Brun pontua a respeito das discussões contemporâneas sobre a feminilidade:

Não se pode mais duvidar que, na vida das mulheres, isto provém da influência conjunta e paradoxal da inveja do pênis e da primeira ligação arcaica à mãe. Parece-me que o enigma da feminilidade só merece este nome devido a esta influência dupla, da qual nem homem nem mulher se liberam completamente. Mas num primeiro momento fiquemos com as mulheres, já que em análise, como na vida, diz-se que sua vida psíquica carrega a marca de seu caráter.⁹⁰ (1989, p. 134.)

A autora considera que a vida psíquica carrega os traços de seu caráter - a feminilidade então seria um traço de caráter? Para Freud, sim: feminilidade, o ser mulher e o tornar-se mulher se constituem como traços de seu caráter.

Em “Luto e Melancolia”, Freud postula que a melancolia é resultado de uma substituição do objeto de investimento anterior por uma identificação. Essa substituição, segundo Danièle Brun, é por ele considerada, em 1923, de maneira mais abrangente, como um fator que desempenha grande importância na formação do caráter, que se constitui sobre o resíduo das identificações marcadas pelos primeiros investimentos de objetos, pelas primeiras escolhas de objetos eróticos, sendo que estas influenciam na constituição do caráter de uma pessoa. Freud também postulou que a primeira e mais importante identificação vivida pelo ser humano é estabelecida com os objetos primários, no caso os pais, e esta identificação influencia na constituição do caráter do indivíduo, seja ele homem ou mulher.

Dentro do estudo da feminilidade, considerada por Freud como um traço de caráter, Danièle Brun entende que, se tivesse estabelecido a ligação entre essas considerações, Freud teria chegado, então, à explicação do enigma da feminilidade. Para a autora, a detentora das respostas deste enigma é a figura materna, aquela que serve como figura de primeira identificação do ser humano, à qual se dedicou o primeiro amor e confiança e a que instaurou, por meio de seus primeiros cuidados, a sexualidade no bebê.

Nesse sentido, Danièle Brun se refere à importância de se atentar ao desenvolvimento feminino normal e à feminilidade, a partir de um olhar para a mulher e não somente para a patologia. A autora entende o desenvolvimento de uma mulher

⁹⁰ BRUN, D. (1989). *Figurações do feminino*.

como advindo de movimentos identificatórios precoces, provocados pelos investimentos eróticos da mãe, afirmindo o poder e a importância dados à maternidade, seja no contexto social seja no psicanalítico, que a coloca no lugar de responsável pelo desenvolvimento do caráter e sexualidade de seu filho.

Faço aqui um parêntese para tecer breves considerações sobre o Complexo de Édipo em Jacques Lacan⁹¹. Para o autor, este se desenvolve em três tempos: o primeiro momento desenvolve-se no registro do imaginário. Ainda que o imaginário esteja submetido ao simbólico, a criança não tem acesso a ele. O desejo da criança está submetido ao desejo da mãe, não havendo uma subjetividade própria. A confusão entre o eu e o outro está, pois, presente nessa fase. A criança deseja o desejo da mãe, o Outro constituído por ela como alguém que pode estar presente ou ausente.

Em um dado momento, se faz presente nessa díade um terceiro elemento, o pai, e estamos falando do pai interditor, como aquele que priva a mãe do seu objeto fálico e frustra a criança da mãe - o pai simbólico, agente da lei.

O pai real, genitor da criança, já participa evidentemente da relação com a criança desde sempre, mas o que importa para compreensão da dialética edipiana é que, até esse segundo tempo, o pai ocupava a mesma função da mãe, qual seja, a de espelho. A partir dessa função de espelho exercida pelo Outro⁹² no registro imaginário, dá-se uma primeira identificação, que Jacques Lacan chamou de estádio do espelho.⁹³ Essa primeira identificação primordial constitui um esboço do eu que supera a vivência inicial do bebê de um corpo esfacelado e sem contornos. A partir da imagem do outro semelhante, da própria imagem refletida e, sobretudo, do olhar do Outro, da garantia simbólica vinda do Outro, de que aquela imagem representa a criança, ela conquista uma primeira experiência de unidade do seu corpo.

Ainda provida de um eu imaginário, de uma primeira imagem de si, a criança continua vivendo uma relação fusional e de absoluta dependência da mãe. Com a entrada do pai castrador, o bebê será ao mesmo tempo salvo e condenado. O pai salva o bebê de ser engolfado pelo desejo materno na relação imaginária e alienante vivenciada até esse momento; e o condena a uma clivagem irreversível, uma separação do primeiro objeto de amor e satisfação. Perde-se assim, a possibilidade de repetição de uma

⁹¹ LACAN, J. (1957-1958/1999). O seminário 5. *As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

⁹² Esse Outro é aquele que está exercendo a função materna.

⁹³ LACAN, J. (1901-1981/1998). “O estádio do espelho como formador da função do eu”. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

primeira experiência de satisfação que, no entanto, o sujeito não cessará jamais de tentar reencontrar. É o surgimento do desejo e a correlata separação consciente/inconsciente, fruto do recalque originário.⁹⁴ (DOR, 1989).

O pai é suposto ser aquilo que a mãe deseja além da criança, o falo. A criança deseja ser, ela própria, o único objeto de desejo da mãe. Estamos até aqui falando de uma referência ao registro imaginário, e não ao pênis - esse objeto imaginário suscetível de desviar o desejo da mãe.

No terceiro tempo da dialética edipiana, o pai deixa de ser o falo passando a representá-lo. Ele supostamente o tem, mas não é mais o falo; é a passagem do pai imaginário para o pai simbólico, a partir da qual a criança buscará ter o falo e não mais ser o falo. Voltar-se á então, como a mãe, para esse terceiro que é suposto tê-lo. É a passagem do ser ou não ser para o ter ou não ter. É justamente nessa passagem do ser ao ter que se insere boa parte da problemática histérica.

A criança identifica-se, portanto, com aquele que supostamente não tem o falo para buscá-lo junto àquele que supostamente o detém; ou ainda, identifica-se com este último, acreditando-se, ela própria, detentora do falo. É desse jogo de identificações que sairá uma identificação sexual da criança, masculina ou feminina. A menina se identifica com a mãe e, não podendo buscar o falo no pai, em função da interdição do incesto, passa a desejar outros homens. Já o menino busca sua identificação junto ao pai, detentor do falo e, não podendo ter a mãe, busca junto a outras mulheres a confirmação de sua atribuição fálica.

Sobre essa forma esquemática pela qual expusemos ate aqui o desenvolvimento do Complexo de Édipo não há, na verdade, um caminho padrão na passagem de cada indivíduo por esse complexo. A experiência analítica e sua teorização permitem que nos aproximemos de alguns percursos empreendidos pelo sujeito. Procuramos estabelecer alguns pontos de referência para que possamos, em seguida, fazer uma aproximação do que entendemos por estrutura histérica.

Para que se dê a passagem do ser ao ter, é preciso que o pai mostre a prova de sua atribuição fálica e que a mãe o reconheça como aquele que tem o que ela deseja.

A esse respeito, em “Introdução a leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem”, Joel Dor diz:

⁹⁴ DOR, J. (1989). *Introdução a leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

A reposição do falo em seu devido lugar é estruturante para a criança, seja qual for o seu sexo, a partir do momento em que o pai, que supostamente o tem, tem preferência junto à mãe. Tal preferência, que atesta a passagem do registro do ser ao ter, é a prova mais manifesta da instalação do processo da metáfora paterna e do mecanismo intrapsíquico que lhe é correlativo; o recalque originário.⁹⁵ (1989, p. 88).

Na teoria freudiana, esse momento é ilustrado em 1920 pelo jogo do carretel.⁹⁶ (FREUD, 1920/1996). A criança deixa de ser aquela que é abandonada pela mãe, preterida em favor de outro objeto imaginário, e passa, através de uma brincadeira - a criança arremessa ao longe um carretel para em seguida puxá-lo de volta -, a ser ela própria quem abandona o objeto para depois reencontrá-lo. Freud identifica nessa brincadeira a possibilidade de transição de uma passividade inicial para uma posição de atividade. A criança expressa um prazer intenso nesse controle – simbólico – do objeto perdido. E como nos indica Dor, essa brincadeira serve como indício de que a criança já pode suportar o fato de não ser o único objeto de desejo da mãe, o falo. “A criança pode então mobilizar seu desejo, como desejo de sujeito, para objetos substitutivos ao objeto perdido”.⁹⁷ (DOR, 1989, p. 90).

A entrada do pai e da dimensão fálica na relação mãe-bebê tem outras consequências. A lei paterna introduz um novo regime de gozo, o gozo fálico, aquilo que se pode ter depois que se perde o gozo do ser, ou o gozo do Outro, o gozo da passividade. Para Jacques Lacan, em seu artigo “Subversão do sujeito e dialética do desejo”, a castração quer dizer “que é preciso que o gozo seja recusado para que possa ser atingido, na escala invertida de Lei do desejo”.⁹⁸ (1901-1981/1998, p. 841).

O gozo sexual fálico, introduzido pela metáfora paterna, opõe-se a um outro gozo, ilimitado, do qual a linguagem separa o sujeito irremediavelmente, inscrevendo-o na dialética do desejo. O gozo fálico tem a função de interditar o gozo do ser ou gozo do Outro, apontando, ao mesmo tempo, para uma nova forma de gozar. Na histérica, haveria uma falha no recalque, e a ameaça de estar novamente entregue ao gozo do Outro é o seu grande temor e o que faz com que não possa abrir-se, verdadeiramente, ao outro.

⁹⁵ DOR, J. (1989). *Introdução a leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*.

⁹⁶ FREUD, S. (1920/1996). *Mais além do princípio do prazer*. ESB. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.

⁹⁷ DOR, J. (1989). *Introdução a leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*.

⁹⁸ LACAN, J. (1901-1981/1998). “Subversão do sujeito e dialética do desejo”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Como podemos pensar a ligação da feminilidade com a maternidade dentro da teoria psicanalítica? Autores como Joel Birman, Carlos Nicéas, Maria Rita Kehl e antes, Donald Winnicott e outros teóricos da psicanálise consideram, a partir dos postulados freudianos, a maternidade e o momento da gestação como uma das alternativas para a mulher, alternativa socialmente construída, em que a mulher viveria essa fase de completude, sentindo-se então possuidora do falo.

3. Feminilidade e maternidade

*Antes da mulher
era o homem só
era sem querer
era sem amor
era sem penar
era sem suor
era sem mulher
era bem melhor.*

*Deus fez a fêmea e depois
que ela encorpou, nunca mais
que um mais um foram dois
e caíram de quatro os animais
e tome praga no arroz
rebelião nos currais
ficou o homem feroz
e estranhou seus iguais.*

*Antes da mulher
era um dissabor
era um desprazer
que fazia dó
homem sem mulher
era quase um pó
que ficava em pé
era um saco só.*

*Dentro da fêmea
Deus pôs lagos e grutas, canais
carnes e curvas e cós
seduções e pecados infernais
em nome dela, depois
criou perfumes, cristais
o campo de girassóis
e as noites de paz.*

Edu Lobo e Francisco Buarque de Holanda,⁹⁹ (1997).

⁹⁹ HOLANDA, F. B.; LOBO, E. (1997). *Musica Tororó*. Álbum de Teatro.

A construção do feminino e do materno deve ser pensada inserida na cultura. As sociedades criam mitos que dizem como devem ser o masculino, o feminino, o que é ser mãe e mulher, organizam discursos que são repetidos pelos médicos, religiosos, juristas e midiáticos. O mito da mulher mãe, da passividade erótica para as mulheres reinaram no imaginário social da modernidade. Assim, para ser mulher, é preciso ser mãe, colando assim o feminino ao materno. Nessa lógica, é possível supor que o momento que a mulher engravidada é o momento de maior plenitude na vida, o que nem sempre é verdade.

Na sociedade pré-moderna, a maternidade implicava gerar e parir filhos, mas não cuidar deles. Nela os casamentos se faziam por alianças entre as casas que tinham como finalidade o aumento do território. Com o nascimento da burguesia como classe social, surge a família como a conhecemos hoje, a preocupação com a descendência, e o cuidado da mulher e das crianças passa a ser importante. O século XIX traz a figura da mãe, idealizada, santificada e despossuída de erotismo e agressividade. O mito da mulher mãe impõe durante a primeira metade do século XX: “A restrição da mulher aos cuidados dos filhos permite controlar a sexualidade feminina vivida como selvagem e devastadora, parecendo dar continuidade à ideia medieval da mulher demoníaca”.¹⁰⁰ (ALONSO, 2011, p. 344).

A partir de 1950, as mulheres conquistam direitos e ampliam espaços, além do surgimento das técnicas de contracepção que separam o prazer da reprodução. As mulheres podem ter relações sexuais apenas com o objetivo do prazer. A sensualidade e a sedução vão sendo reincluídas, aos poucos, no discurso acerca do feminino.

Freud não concordava com as ideias acerca da emancipação da mulher. Numa carta que escreveu à Martha Bernays, dizia: “penso que o cuidado da casa e dos filhos, bem como a educação destes, reclama toda a atividade da mulher, eliminando praticamente todas as possibilidades de que tenha uma profissão”.¹⁰¹ (1873[1890]/1975, p. 74). De acordo com Renato Mezan,¹⁰² em seu artigo “O esplêndido isolamento”, Freud permanecerá um filho do século XIX, tanto no plano da moralidade como no das opiniões pessoais.

¹⁰⁰ ALONSO, S. L. (2011). *O tempo, a escuta, o feminino*.

¹⁰¹ FREUD, S. (1873[1890]/1975). “Carta n. 28 de 15 de novembro de 1883”. In: *Epistolário*. Barcelona. Plaza y Janés. 1975. Cartas I.

¹⁰² MEZAN, R. (1990). “O esplêndido isolamento” In: MEZAN, R. *Freud o pensador da cultura*. São Paulo: Brasiliense.

Já para Elisabeth Roudinesco¹⁰³, em seu livro “A família em desordem”, Freud construiu uma teoria que subverte as mitologias naturalistas acerca da feminilidade, tomando a anatomia apenas como ponto de apoio sobre o qual realiza uma nova articulação para pensar a diferença dos sexos, na qual homens e mulheres transitam por idealizações e desidealizações sem poderem nunca alcançarem a completude.

Com as conquistas femininas das últimas décadas, a possibilidade de acesso ao gozo fálico está cada vez mais ao alcance das mulheres, não lhes restando apenas a satisfação pela via da maternidade. Entretanto, nem as conquistas no plano profissional, financeiro ou em outros, nem tampouco a saída da maternidade postulada por Freud solucionam a questão subjetiva da identidade feminina.

Apesar das transformações sócio históricas, podemos dizer que o ideal da maternidade, sempre atrelado ao feminino, é algo que continua muito presente na realidade atual. Hoje, quando uma mulher menciona não sentir desejo de ser mãe, ainda ocorre um estranhamento, uma desaprovação social, como se ela estivesse fugindo de seu papel social e não obedecendo ao destino predito pela psicanálise freudiana de que o único caminho para tornar-se mulher se dá pela via da maternidade.

A esse respeito, em “Cartografias do feminino”, Joel Birman retoma Freud e ressalta: “Enfim, embora Freud tenha traçado três vias possíveis para o confronto das mulheres com sua castração – *a frigidez, a virilidade e a maternidade* – evidenciou uma única possibilidade efetiva para se tornar mulher de verdade, a saber, a maternidade”.¹⁰⁴ (1999, p. 205, grifos do autor).

Mesmo diante do longo caminho evolutivo percorrido pela mulher em sua história, maternidade e feminino, reconhecidos socialmente e reforçados pelos estudos psicanalíticos que teorizam essa ligação, permanecem ainda atrelados. A esse respeito, Thassia Emídio aponta: “Quando falamos da relação com o filho, o ser mãe não anula o ser mulher e ambos caminham juntos na relação com sua prole”.¹⁰⁵ (2011, p. 97).

Ao pensar sobre a mulher e a maternidade e as configurações do feminino no mundo contemporâneo, Maria Rita Kehl destaca:

... a feminilidade aparece aqui como um conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função das particularidades de seus corpos e de sua capacidade procriadora; partindo daí, atribui-se às mulheres um pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o

¹⁰³ ROUDINESCO. E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Zahar

¹⁰⁴ BIRMAN, J. (1999). *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34.

¹⁰⁵ EMIDIO, T.S. (2011). *Diálogos entre Feminilidade e maternidade: um estudo sobre o olhar da mitologia e da psicanálise*.

espaço doméstico – a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade.¹⁰⁶ (1998, p. 58).

Dessa forma, a maternidade coloca-se como única saída para o tornar-se mulher, uma vez que é nela e na concepção de um filho que pode se sentir possuidora do tão almejado falo ausente. Foi a partir desta concepção, fundamentada pela psicanálise, que se passou a considerar a sexualidade feminina como fixada na reprodução.

Em “Cartografias do feminino” Joel Birman escreve:

... todos os demais atributos desde sempre reconhecidos como sexuais, tais como o gozo e o prazer, estariam submissos à exigência primordial da reprodução biológica. Com isso, a sexualidade se identificaria com a genitalidade, é óbvio.¹⁰⁷ (1999, p. 20).

Assim, a mulher só teria acesso à feminilidade caso se tornasse mãe, pois a partir da maternidade teria acesso ao falo, desviando seus desejos libidinais e o caráter erógeno de sua sexualidade para a genitalidade e encontrando a suposta pureza da satisfação somente pela via da maternidade. Tais imperativos que ligavam a sexualidade feminina à maternidade correspondiam também a um momento histórico em que se situava a criação da psicanálise.

Mas e no mundo contemporâneo, podemos dizer que é possível chegar à feminilidade, ao sentir-se mulher, por outras vias que não somente a da maternidade? Joel Birman considera que já se pode pensar a desvinculação da maternidade e feminilidade sem que uma anule a importância da outra:

Isso não quer dizer, contudo, que o desejo da mulher assim esboçado repudie a maternidade e a transforme num objeto de horror. Não se trata disso seguramente. Não é isso que podemos perceber no campo social da atualidade. O que está em pauta é a positividade do puro desejo da mulher, que pode se desdobrar ou não no ser da maternidade. Com isso, ser mãe não é condição *sine quan non* para ser uma verdadeira mulher, o traço definidor de sua identidade sublime. Isso é indecidível, pois depende do desejo das diferentes singularidades femininas arroladas. Dessa maneira, o ser femininamente mulher não passa mais agora pelo ranço obsceno da obrigatoriedade e da impossibilidade de ser mulher, sem que esta sofra as penas, dores e delícias da maternidade.¹⁰⁸ (1999, pp. 93-4).

De acordo com Thassia Emídio, hoje podemos considerar a possibilidade da vivência da feminilidade independente da vivência da maternidade, sendo essas correspondentes às particularidades femininas, e acima de tudo, a uma questão de

¹⁰⁶ KEHL, M. R. (1998). *Deslocamentos do feminino*. A mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago.

¹⁰⁷ BIRMAN, J. (1999). *Cartografias do feminino*.

¹⁰⁸ *Ibidem*.

escolhas na vida de uma mulher. “A mulher contemporânea pode fazer escolhas e uma destas pode ser a não maternidade”.¹⁰⁹ (idem, p. 99).

Marie Langer¹¹⁰, em “Maternidade e Sexo”, adverte que muitos conflitos com relação à maternidade e aos diversos motivos dados pelas mulheres para justificar a escolha da não maternidade relacionam-se à questão da identidade, em que o filho, com frequência, é visto como um estranho que ameaça espaços identificatórios da mulher com a profissão, a sexualidade e os prazeres.

Em “A mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães”, Aminatta Forna¹¹¹ assevera que, no mundo contemporâneo, a mulher pode escolher se quer ou não ser mãe e pode então se apropriar desses conceitos e construções de acordo com o seu desejo e sua subjetividade. Essa perspectiva leva-nos a pensar no desejo e significação que a mulher dá para a maternidade.

Rozsika Parker, em “A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade”, ao se referir aos sentimentos que permeiam a relação da mulher com a maternidade, indica a importância de considerar que, como mães, as mulheres trazem também suas experiências:

As experiências pessoais surgem da interação das forças psíquicas com as forças externas. As vozes das mães nos dizem que elas chegam à condição materna trazendo consigo suas vidas de mulheres negras, brancas, mulheres de diversas etnias e uma profusão de classes sociais e níveis econômicos. Podem ser lésbicas, heterossexuais, solteiras, casadas ou divorciadas. Podem tornar-se mães em decorrência de relações sexuais, de inseminação artificial, de fertilização in vitro, de adoção, de coabitAÇÃO ou de ingresso numa família reconstituída. Todos esses fatores afetam o significado da maternidade para uma mulher.¹¹² (PARKER, 1997, p.27).

Não podemos desconsiderar o fato de que, em épocas passadas, o desejo da mulher pela maternidade estava ligado ao desejo de obter importância social e de *status* para seu papel.

Nessa mesma linha de pensamento, no livro “Sem filhos: a mulher singular no plural”, Luci Mansur¹¹³ diz que a maternidade, mesmo com as mudanças sociais, ainda ocupa um lugar de *status* e de poder social. O enaltecimento da figura materna é feita

¹⁰⁹ EMIDIO, T.S. (2011). *Diálogos entre Feminilidade e maternidade: um estudo sobre o olhar da mitologia e da psicanálise*.

¹¹⁰ LANGER, M. (1981). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

¹¹¹ FORNA, A. (1999). *A mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro.

¹¹² PARKER, R. (1997). *A Mãe Dividida: A Experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos.

¹¹³ MANSUR, L. H. B. (2002). *Sem filhos: A mulher singular no plural*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

tanto nos núcleos familiares, que a reconhecem em uma posição de grande importância para o grupo familiar, como pela mídia, que associa a vida familiar, a maternidade e a paternidade à felicidade almejada por todos.

Rozsika Parker acredita que o desejo materno, hoje, ainda se liga à potência fálica da maternidade difundida pela ideia da totalidade postulada por Freud e considera que, dentro desse pensamento que liga a maternidade à totalidade, desenvolve-se também uma imagem da diáde da mãe, primeiro como uma mulher castrada em busca de um falo, do preenchimento de uma ausência, depois de uma mãe fálica, poderosa com seu filho.

Considerando este ponto de vista de que o falo colocado como faltante na mulher e em busca do qual ela vive não se insere no campo somente genital, Joyce McDougall¹¹⁴, em “As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana”, pontua que esse falo não representa o órgão sexual masculino, mas sim a fertilidade, a completude narcísica e o desejo sexual; é, pois, o significante do desejo humano para ambos os sexos.

Existem outros caminhos para a conquista do falo; a mulher pode ser fálica exercendo outras atividades além da maternidade? Maria Ocariz, em “Feminilidade e Função Materna”, responde: “Na mulher a falta se especifica no desejo do filho (...). A maternidade deveria realizar para a mulher a pretensão edípica de finalmente obter um falo”.¹¹⁵ (2002, p. 278).

Como vimos, Freud postula que o filho é para a mulher fonte de satisfação plena e que a partir da maternidade se estabelece uma nova relação, a relação mãe-filho. Ainda para o autor, a relação mãe e filho concretiza-se como a menos ambivalente das relações na vida de um ser humano, sendo esta uma relação para toda a existência, que se reedita em outras relações e traz ressonâncias para toda a vida. “Estabelecida inalteravelmente para toda a vida como o primeiro e mais forte objeto amoroso e como protótipo de todas as relações amorosas posteriores”.¹¹⁶ (1940[1938]/1996, p. 202). A relação mãe e filho é, para Freud, a primeira relação, a relação modelo, que servirá de base para todas as que serão estabelecidas posteriormente, com o mundo externo, na interação social, nos relacionamentos amorosos, etc.

¹¹⁴ McDougall, J. (2001). *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes.

¹¹⁵ OCARIZ, M. C. (2002). “Feminilidade e Função Materna”. In: GURFINKEL, A.C.; ALONSO, S. L. *Figuras clínicas no mal estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta.

¹¹⁶ FREUD, S. (1940[1938]/1996). *Esboço de Psicanálise*.

Ao buscarmos a compreensão da psicanálise sobre a relação da maternidade com a feminilidade e as discussões contemporâneas sobre essa relação, percebemos que a relação mãe e filho é primordial na constituição do sujeito e traz ressonâncias na vida de ambos.

Concluímos que, segundo essa lógica fálica que coloca o filho como objeto de desejo da mulher, e os arranjos atuais da sociedade que dão continuidade à valorização da maternidade, a idealização do papel de mãe como forma de ser mulher se liga à obtenção da completude, sendo que, de acordo com Freud, as mulheres foram privadas do objeto fálico no nascimento.

A partir de 1923, em seus trabalhos, Freud coloca o pênis como um organizador em função do qual se estabelece a diferença entre os sexos. A pergunta agora se transforma em: ter ou não ter? Pergunta fundamental a partir da qual se definem o feminino e o masculino na sua relação com o pênis-falo.

Podemos dizer que a mãe, ao pensar em seu papel, busca referenciais em seus primeiros modelos identificatórios, por meio dos quais retoma a figura de sua própria mãe, podendo reeditar assim a filha que foi e a mãe que teve, dialogando entre feminilidade e maternidade. A maternidade pode ser considerada uma experiência em que a plenitude e o vazio se misturam, em que os sentimentos contraditórios são aparentes, como o medo e a angústia, somados às emoções próprias da gestação e do nascimento do filho.

Como vimos ao longo deste capítulo, são vários os pensamentos a respeito da feminilidade; o próprio Freud deixou a questão em aberto, para que os poetas e artistas se dedicassem a desvendá-la.

Karen Horney postulou a anterioridade da feminilidade em relação ao complexo de masculinidade na menina. Já para Helene Deutsch, é o desejo de ser castrada pelo pai que inaugura o Complexo de Édipo para a menina.

Melanie Klein situa a origem da feminilidade na relação passiva com a mãe, sendo o desejo pelo pai e a receptividade em relação a ele uma substituição do seio pelo pênis. Por outro lado, Serge André diz que a dificuldade de aceitar a feminilidade se deve à relação desta à passividade pulsional, que está ligada, por sua vez, à passividade traumática do recém-nascido diante do mundo adulto.

Para Piera Aulagnier, parece ambíguo falar de uma equivalência pênis-criança. E Renato Mezan afirma que é sob a égide do narcisismo ferido que se opera a troca objetal feminina.

Danièle Brun destaca que o feminino é uma conquista contra a mãe. Sendo assim, o surgimento da inveja do pênis é testemunha tanto da ligação quanto da quebra da ligação com a mãe. E para Silvia Alonso, à identificação-mãe pré-edípica, que constrói um materno não feminino, sucede um momento de desidentificação. Esse movimento da menina é organizador no desenvolvimento rumo à feminilidade.

Jacques Lacan desloca o interesse da identidade feminina para o gozo feminino; um gozo além do gozo fálico. E para Joan Rivière, algumas mulheres que aspiram a certa masculinidade podem usar uma máscara de feminilidade para afastar a angústia e evitar a vingança que temem da parte do homem.

De acordo com Danièle Brun, a estranheza causada pela feminilidade e o enigma criado em torno de seu entendimento podem ser comparados ao inconsciente e ao seu funcionamento. Também Gilda de Foks concorda que o enigma feminino é como o inconsciente.

Joel Birman desloca o paradigma de sexo único para outro, em que se considera a existência de dois sexos distintos. Também Silvia Alonso e Mario Fuks, dizem que as afirmações freudianas referentes à sexualidade feminina apontam para uma posição sexista que incide na presença da hegemonia do falo/pênis em sua teoria e que poderia dar suporte a uma desvalorização preconceituosa das qualidades intelectuais e éticas do sexo feminino.

No que se refere à feminilidade e maternidade, surge uma questão: A mulher pode ser fálica exercendo outras atividades além da maternidade?

Joel Birman ressalta que, embora Freud tenha traçado três vias possíveis para o confronto das mulheres com sua castração, evidenciou uma única possibilidade efetiva para se tornar mulher de verdade, a saber, a maternidade. Já para Elisabeth Roudinesco, Freud construiu uma teoria tomando a anatomia apenas como ponto de apoio sobre o qual realiza uma nova articulação para pensar a diferença dos sexos – nela, homens e mulheres transitam por idealizações e desidealizações sem nunca poderem alcançar a completude.

Joyce McDougall diz que ao considerar o ponto de vista de que o falo colocado como faltante na mulher e em busca do qual ela vive não se insere no campo somente

genital; ela adverte que esse falo não representa o órgão sexual masculino, mas sim o significante do desejo humano para ambos os sexos.

Maria Rita Kehl ao pensar sobre a mulher e a maternidade destaca que a feminilidade aparece como um conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, assim atribui-se às mulheres um pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o espaço doméstico.

Thassia Emídio diz que hoje podemos considerar a possibilidade da vivência da feminilidade independente da vivência da maternidade, sendo uma questão de escolhas na vida de uma mulher. Também Joel Birman considera que já se pode pensar a desvinculação da maternidade e feminilidade sem que uma anule a importância da outra. Aminatta Forna assevera que, no mundo contemporâneo, a mulher pode escolher se quer ou não ser mãe e pode então se apropriar desses conceitos e construções de acordo com o seu desejo e sua subjetividade.

Marie Langer pontua que muitos conflitos com relação à maternidade e aos diversos motivos dados pelas mulheres para justificar a escolha da não maternidade relacionam-se à questão da identidade. Rozsika Parker ao se referir aos sentimentos que permeiam a relação da mulher com a maternidade, indica a importância de considerar que, como mães, as mulheres trazem também suas experiências que afetam o significado da maternidade para uma mulher. Maria Ocariz diz que a maternidade deveria realizar para a mulher a pretensão edípica de finalmente obter um falo.

Penso que a mulher contemporânea pode fazer as suas escolhas, no entanto, ainda existe uma relação intrínseca entre feminilidade e maternidade. Trata-se de uma ligação construída junto com a identidade da mulher e que sofre algumas transformações decorrentes das que a mulher vem sofrendo em seu papel social, mas que, mesmo que possamos pensar na opção pela não maternidade, a partir de nossa pesquisa torna-se possível compreender a relação estabelecida entre estas duas facetas da mulher enraizadas socialmente e legitimadas pelos pressupostos científicos freudianos.

Assim as questões sobre a feminilidade e maternidade não tem a pretensão de encerrar aqui, pelo contrário, trazem como frutos outras indagações na busca desse entendimento; no entanto, o capítulo IV vozes da Clínica – trará elementos em favor da visão que eu adoto nesse trabalho.

Freud se refere à depressão em quase todos os seus casos de histeria dos “Estudos sobre a Histeria”. A nós interessa o uso que faz da melancolia para falar de um tipo de sofrimento de suas pacientes. Durante o percurso deste estudo, fiz inúmeras referências à depressão em quadros histéricos. Este é o ponto que pretendo destacar no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III - AS DEPRESSÕES: DE FREUD ATÉ OS DIAS ATUAIS

*Amargura no dia
amargura nas horas
amargura no céu
depois da chuva,
amargura nas tuas mãos

amargura em todos os teus gestos.*

*Só não existe amargura
onde não existe o ser.*

*Estão sendo atropelados
em seus caminhos,
os que nada mais têm a encontrar.
Os que sentiram amargura de fel
escorrendo da boca,
os que tiveram os lábios
macerados de amor.
Estão terrivelmente sozinhos
os doidos, os tristes, os poetas.*

*Só não morro de amargura
porque nem mais morrer eu sei.*

Hilda Hilst,¹ (2003, p. 27).

Inicio este capítulo estabelecendo a diferença entre melancolia e depressão, acrescentando a teoria de André Green acerca de narcisismos de vida e de morte, pois a considero importante para compreensão e análise do meu objeto de estudo nesta tese, que tem como eixos principais os estados depressivos, a histeria e a feminilidade.

Em seguida, apresento a compreensão de Freud acerca de ambos, de modo a destacar que se trata de fenômenos que sempre estiveram entre as suas preocupações, inclusive como um norte para ampliação de sua teoria.

Em minha pesquisa, encontrei duas colocações a respeito da importância e do lugar da depressão na obra freudiana. Alguns autores (FÉDIDA apud DELOUYA, 1999; BERLINCK 2000) afirmam que Freud não se dedicou com exclusividade ao tema, tratando a melancolia como um sintoma associado à neurose. Outros (GAYLIN, [1968]1994; HASSOUN 2002; MEZAN 1985) enfatizam a importância da questão para o desenvolvimento da teoria psicanalítica, na medida em que o estudo da melancolia foi

¹ HILST, H. (2003). “Presságio” In: HILST, H. *Baladas*. São Paulo: Globo.

o propulsor do desenvolvimento de aspectos posteriormente elaborados, como o superego e a pulsão de morte.

Talvez, como propõe Renato Mezan² em seu artigo “O inconsciente segundo Karl Abraham”, se Freud tivesse vivido no final do século XX, depararia com uma série de fenômenos depressivos típicos da atual cultura, o que levaria, possivelmente, a um redirecionamento de sua teoria. Considerando isso, trago também autores contemporâneos que, baseando-se na obra freudiana, têm se dedicado ao tema.

1. Diferenças entre Melancolia e Depressão

*Meu corpo não é meu corpo, é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me e é de tal modo sagaz que a mim de mim
ele oculta.*

Carlos Drummond de Andrade,³ (1985, p. 996).

Os estados depressivos não escondem, nas suas múltiplas faces, a sua importância na prática analítica, o que pode ser confirmado pelo crescente aumento da incidência dessa patologia na atualidade, considerada entre as dez mais causas incapacitantes significativas dos sujeitos. De acordo com David Zimerman em seu “Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão”⁴, a estatística da depressão aumenta não somente em números absolutos, mas em números relativos, se comparada a outras épocas.

Com efeito, as grandes transformações históricas sob o efeito da aceleração tecnológica e da temporalidade veloz empurram os processos de subjetivação para o crescente mal-estar. Sendo assim, a depressão tem sido compreendida como sintoma social, porque rompe, de forma silenciosa, o sentido das crenças e dos valores estabelecidos no pacto social (KEHL, 2009).⁵

Também conhecida como “Era dos transtornos” (JERUSALINSKY e FENRIK, 2011)⁶, a atualidade sinaliza que o pensamento médico se tornou hegemônico, o que faz

² MEZAN, R. “O inconsciente segundo Karl Abraham”. In: MEZAN, R. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

³ ANDRADE, C. D. de. (1985). *Corpo*. Rio de Janeiro: Record.

⁴ ZIMERMAN, D. E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão*. São Paulo: Artmed.

⁵ KEHL, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

⁶ JERUSALINSKY, A; FENRIK, S.(2011). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera.

com que o repertório da vida psíquica como um todo, com seus afetos e angústias, seja transformado em doença que deve ser medicada.

Em seu livro “Depressão e Melancolia”, Urânia Peres propõe uma distinção entre ambos os quadros, referindo-se a Marie Lambotte: “enquanto o deprimido é capaz de delimitar a origem de seu mal-estar e esboçar tentativas de superação, o melancólico sente-se preso à fatalidade de seu destino frente ao qual nada pode ser feito.”⁷ (2003, p. 56). O deprimido mantém seus vínculos afetivos através de suas queixas, diferentemente do melancólico, que se isola e se cala.

A depressão pode representar a revolta contra uma perda - de alguma maneira, o sujeito se queixa e reclama da sua própria dificuldade em deixar uma posição libidinal. Freud afirma que, no luto, está em jogo uma perda real de alguém amado ou de uma abstração investida desde o eu até o objeto ou objetivo. Não se trata, pois, no luto apenas da perda objetal, como ainda do fato de que o próprio eu experimenta um esvaziamento ou um sentimento contrariado de falta. Propõe que o eu nunca abdica de bom grado de uma posição libidinal e impõe uma perda no próprio eu do lugar que este ocupava narcisicamente no objeto amado. Estados depressivos podem acompanhar a introversão da libido num tempo de luto, desinteresse no mundo, até que novos investimentos possam se dar.

Manoel Berlinck⁸ e Pierre Fédida, no artigo “A clínica da depressão: questões atuais”, propõem que se trata de um estado, que, assim como os estados-limites tem uma dimensão transnosográfica. Ainda segundo os autores, a ampla disseminação dos antidepressivos permite estabelecer uma diferença entre depressão e melancolia. Para eles, esses medicamentos podem tratar a depressão, mas não a melancolia. Isso porque aos medicamentos é dado o poder de aliviar um estado e não um conflito, que, no caso da melancolia, ocorre entre o eu e as instâncias do ideal do eu.

O melancólico não apresenta apenas um desinteresse no mundo; além disso, seu eu é profundamente afetado pela perda do objeto. Lembremos a já citada afirmação de Freud em “Luto e Melancolia”: “O objeto perdido e abandonado recai como perda no próprio eu”.⁹ (1917[1915]/1996, p. 108). Segundo Freud, Urânia Peres propõe que o par amor-ódio tem uma importante participação; o retorno da libido ao eu provoca um “ensimesmamento”. O objeto até então amado e agora perdido e odiado instala-se no eu,

⁷ PERES, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

⁸ BERLINK, M. T; FÉDIDA, P. (2008). “A clínica da depressão: questões atuais” In: BERLINK, M. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.

⁹ FREUD, S. (1917[1915]/1996). *Luto e Melancolia*. ESB. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

e o eu ataca em si mesmo esse objeto, mantendo com ele uma identificação narcísica originária. Um ódio a si camufla um ódio ao outro, pelo que, no eu, dele se perdeu. O suicídio, nesse caso, é um assassinato do outro cuja sombra escurece o próprio eu do melancólico.

A esse respeito, em “Depressão e Melancolia”, Urania Peres diz:

A instalação do objeto perdido dentro do eu é o que propicia a condição de ele ser produto de investimentos abandonados e conter a história de suas escolhas objetais. A primeira identificação apontada por Freud realiza-se com o pai e constitui a origem do ideal do eu, instância que nos fala dos ideais incorporados pela criança. A tensão entre o ideal do eu e as possibilidades reais do eu gera culpa que se presentifica na melancolia de uma forma bastante severa. O melancólico aceita as reprimendas do seu supereu, admite a culpa e se castiga.¹⁰ (2003, p. 37).

O processo de luto pensado por Freud é aquele que permite a simbolização do objeto ausente e, mais tarde, o redirecionamento da libido para o mundo. Entretanto, no caso da melancolia, o que acontece é justamente um bloqueio da capacidade de fazer o luto pela falta do objeto. Para alguns, a repetida ausência do objeto primário pode ser registrada como “ela já vai voltar” ou “daqui a pouco ela volta”; para outros, a ida da mãe ao quarto do lado pode significar “nunca mais ela retornará”, registro que não se desfaz, apesar da volta da cuidadora.

Para simbolizar o objeto, isto é, para inscrevê-lo psiquicamente, é preciso ter aceito a necessidade de fazer um luto primário, o que significa aceitar que não se poderá mais encontrá-lo o tempo todo, no modo de aparição da percepção, de sua plena presença. O melancólico fracassa em fazer esse primeiro luto. A questão que se coloca é: por que o luto primário não se torna possível?

A resposta a essa questão nos remete a um paradoxo: para fazer o luto do objeto primário, isto é, para aceitar que é preciso renunciar à sua aparição através da percepção direta e aceitar a passagem para a capacidade de pensar o objeto, é preciso ter começado a simbolizá-lo. Simbolizar o objeto ausente é tornar a sua ausência tolerável, e ao mesmo tempo manter um registro libidinal vivo que permita novas ligações. Cria-se um ciclo vicioso: para fazer o luto, é preciso simbolizá-lo, mas, para isso, é preciso ter começado a fazer o seu luto. Os pacientes que não conseguem fazer o luto pela perda do objeto não conseguem se separar do modo de relação primária e nem restaurar a sua capacidade de ligação libidinal com as pessoas e com o mundo.

¹⁰ PERES, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*.

Para sair do paradoxo acima apontado, é preciso levantar a hipótese de uma simbolização primária, que torne a ausência do objeto tolerável. É a partir desse impasse da melancolia que Freud começou a pensar a importância da presença do objeto no início da vida. Faz-se necessária a hipótese um modo de simbolização que se produz “em presença do objeto” e que exige a participação dele.

De acordo com Maria Rita Kehl, em “O tempo e o cão: a atualidade das depressões”, a melancolia encontra-se próxima à esquizofrenia. A falta do objeto na melancolia origina-se na primeira etapa da constituição do sujeito, denominada fase oral, período em que ainda há indiscriminação entre mãe e bebê. Assim, o objeto perdido encontra-se confundido com o eu. A melancolia se organiza como neurose narcísica, contrapondo-se à histeria, à neurose de angústia e à neurose obsessiva.

Entre melancólicos e depressivos, as diferenças se manifestam, primeiramente, por meio dos discursos. Enquanto as reclamações e autoacusações dos melancólicos são exageradas, nas pessoas depressivas, elas são comedidas. Os depressivos procuram algum acontecimento da vida real para justificar suas queixas e aflições. Sendo assim, podemos dizer que os depressivos se encontram ao lado da neurose. Ou seja, na melancolia, a dor moral assegura-se em delírios, e na depressão, simboliza-se diante do vazio psíquico. A autora afirma que o melancólico não é marcado pela identificação fálica, o que ocorre no depressivo, que é um representante do falo. Portanto, este não é um psicótico, uma vez que está marcado pela castração; porém, consiste nisso o motivo da dor narcísica e vergonha, sendo que escolheu acomodar-se e retirar-se do jogo da ambivalência com o pai, contexto em que o sujeito se envergonha de sua impotência (KEHL, 2009).

Ainda segundo Maria Rita Kehl, a depressão como fenômeno unitário é diferente das depressões ocasionais ocorridas na vida dos sujeitos, como o luto, por exemplo. Lutos mal elaborados, com impossibilidades de concluir o processo de elaboração da perda, podem resultar em episódios depressivos. No início do processo, o sujeito resiste em desprender-se do objeto perdido. Trata-se de um processo de desligamento, mas que pode se tornar patológico, quando acontece do apego ao objeto perdido parecer não ter fim. O abatimento do enlutado pode se assemelhar ao do depressivo, em que o corpo pode desabar, sendo que, ao perder o ente querido, também se perde o valor fálico que lhe conferia o lugar ocupado junto ao desejo do outro. Já no caso dos depressivos, a falta fálica é perceptível desde a infância. A autora ressalta que certos obsessivos desperdiçam sua vida tentando atender às expectativas do outro, com

pequenos detalhes insignificantes, procrastinando o tempo que poderiam estar investindo em seus projetos e desejos. Por essa razão, sua tristeza e desânimo acontecem por conta de seus fracassos nos desafios que lhes são impostos, considerando ainda que, frequentemente, já entram nos desafios para perder.

Outro episódio depressivo que ocorre (geralmente com o neurótico), diz respeito ao término ou finalização de uma análise. Como afirma Maria Rita Kehl, isso ocorre quando o lugar do analista na transferência é percebido como um lugar vazio, e, sendo assim, o paciente deprime o que pode acarretar uma prostraçao e agravamento do quadro. Contudo, essa ocorrência de perceber o vazio de significações, de amor e demandas de amor permite ao paciente suportar o próprio vazio, angústia de sua condição humana.

Ainda segundo a autora, os estados depressivos podem acontecer no caso da histeria, pois decorrem da “perda do amor”, questão fundamental para o histérico. O indivíduo busca uma forma para driblar a castração e, assim, oferece-se como objeto de amor para o outro. Procura, então, conservar-se no anseio de ser “tudo” para o desejo do outro. No caso da histeria, portanto, a depressão advém como uma devastação profunda no ser, que pode fazê-la aproximar-se da melancolia.

Já Marie Lambotte, em “O discurso melancólico: da fenomenologia a metapsicologia”, destaca que a problemática narcísica da assim chamada “histeria oral”, sem que se pretenda fazer coincidir a mãe do histérico com a do melancólico, pode reeditar algo da ordem da vivência primitiva do sujeito melancólico, que, tendo sido abandonado brutalmente pelo desejo do Outro, só pode refugiar-se num negativismo defensivo, evitando qualquer possibilidade de investimento objetal, identificando-se a um ideal do eu inacessível e padecendo do excesso pulsional que produz no eu o efeito de turbilhão hemorrágico.

François Richard, no artigo “*Hystérie et traumatisme*”, destaca que, na histeria, a ambivalência em jogo na identificação à mãe pode resolver-se numa identificação negativa caracterizada por um ódio a si mesma, lembrando o mecanismo melancólico. O “ódio moral”¹¹ exprime tanto a decepção pela falta de uma identidade feminina como as rivalidades ligadas ao Édipo.

¹¹ RICHARD, F. (1999). “*Hystérie et traumatisme*”. On: ANDRÉ, J; LANOUZIERE, J; et RICHARD, F. *Problématiques de l'hystérie*. Paris: Dunod.

Fazendo referência ao jogo do carretel descrito por Freud¹², na origem da melancolia observa-se o movimento de “atirar-se ao longe” o carretel, sem, contudo trazê-lo de volta – aqui, para Pierre Fédida representa-se mais o jogo da morte ou da “colocação à sombra”¹³ (1978, p. 160), do que o jogo da ausência/presença do objeto.

O melancólico vai fixar-se a essa imagem que ele atirou ao longe e, não podendo fazer a segunda sequência do jogo, não pode recuperar uma imagem de si. O objeto colocado à sombra ocupa, então, essa “moldura vazia”¹⁴ (LAMBOTTE, 1977, p. 125) de imagem oferecendo-se como ideal do eu inacessível.

Como podemos ver, Urania Peres cita Marie Lambotte no plano dos sintomas, enquanto Manoel Berlink e Pierre Fédida relacionam esses sintomas com a eficácia dos antidepressivos no caso de depressão, mas não na melancolia, pois esta resulta de um conflito. Maria Rita Kehl também concorda com a distinção entre melancolia e depressão proposta por Urania Peres.

Aqui, cabe uma pergunta: O que o narcisismo tem a ver com os estados depressivos? Uma das respostas é que ambos têm um forte componente narcísico. André Green¹⁵, em “Narcisismo de vida, narcisismo de morte”, ilustra o que denomina de processos de ligação e desligamento psíquico. O principal objetivo da pulsão de vida é a função objetalizante de criar uma relação com o objeto, mas também de transformar estruturas em objetos, mesmo quando estes não estão mais em questão. A pulsão de morte tem como objetivo exercer uma função desobjetalizante com o desligamento. O ataque aos vínculos não ocorre apenas contra a relação com o outro, mas contra o ego, contra a capacidade de buscar ligações. No depressivo, observamos uma desistência frente ao desejo, favorecendo o espaço para o vazio, a falta de pensamentos, a inexistência de laços com a vida. O eu empobrece.

Passemos agora às contribuições de André Green acerca dos narcisismos de vida e de morte. Entendo que o autor amplia o pensamento freudiano a partir dos textos “O Ego e o Id”, “A negativa” e “Luto e melancolia”, ajudando-nos a pensar a clínica dos estados depressivos.

¹² FREUD, S. (1920/1996). *Mais além do princípio do prazer*. ESB. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

¹³ FÉDIDA, P. (1978). “Le vide de la métaphore et le temps de l’intervalle”. On: FÉDIDA, P. *L’absence*. Paris: Gallimard.

¹⁴ LAMBOTTE, M.C. (1977). *O discurso melancólico: da fenomenologia a metapsicologia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

¹⁵ GREEN, A. (1988). *Narcisismo de vida, Narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.

- **Narcisismo de vida e narcisismo de morte no pensamento de André Green**

No livro “Narcisismo de vida, Narcisismo de morte”, André Green diz que o conceito de narcisismo se constituiu como parênteses no pensamento freudiano. A ideia do autor é repensar as questões acerca desse conceito a partir da última teoria pulsional de Freud, trabalhada em “O ego e o id”¹⁶, postulando, assim, um narcisismo positivo, de vida, em contraposição a um narcisismo negativo, de morte. Essa proposta de Green é apresentada no artigo “*A dual conception of narcissism: positive and negative organizations*”¹⁷, momento em que o autor propõe a tese de que o narcisismo, após 1920, tornou-se um mistério e lembra um dos últimos comentários de Freud a respeito: o narcisismo deveria ser simplesmente incluído na síntese final das pulsões de vida.

André Green desenvolve seus pressupostos teóricos a partir no texto freudiano de 1923, “O ego e o id”, em que Freud postula sobre a fusão e a desfusão das pulsões, bem como a respeito da possibilidade de dessexualização delas. A primeira passagem que destaca do texto freudiano é: “a transformação da libido de objeto em libido narcísica obviamente implica um abandono dos objetivos sexuais, uma dessexualização – uma espécie de sublimação, portanto”.¹⁸ (FREUD, 1923/1996, p. 43). André Green considera o fato de que a dessexualização observada por Freud na sublimação é um processo que segue a mesma linha da pulsão de morte:

A menção explícita sobre a libido narcísica nos abre o caminho para considerar que pelo menos alguns aspectos do narcisismo podem seguir a mesma linha do anti-erotismo envolvido na pulsão de destruição, mesmo que não acompanhada por uma manifestação aberta de destruição.¹⁹ (GREEN, 2002, p. 634).

Freud postula, a existência de uma energia deslocável, neutra, que poderia ser adicionada tanto a uma moção erótica como a uma destrutiva, aumentando sua intensidade. “Parece verossímil que essa energia indiferente e deslocável, ativa tanto no eu quanto no isso, provenha do estoque narcísico de libido e seja Eros dessexualizado”.²⁰ (1923/1996, p. 45). Mais adiante: “Se essa energia deslocável é libido dessexualizada, é lícito chamá-la também sublimada, pois continua mantendo a finalidade principal de

¹⁶ FREUD, S.(1923/1996). *O Ego e o Id*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

¹⁷ GREEN, A. (2002). “*A dual conception of narcissism: positive and negative organizations*”. The Psychoanalytic Quarterly. Vol, LXXI, Issue 4.

¹⁸ FREUD, S. (1923/1996). *O Ego e o Id*.

¹⁹ GREEN, A. (2002). *A dual conception of narcissism: positive and negative organizations*.

²⁰ FREUD, S.(1923/1996). *O Ego e o Id*.

Eros – a de unir e ligar – na medida em que serve à produção da unidade pela qual o eu distingue-se” (idem, p. 46).²¹

André Green²¹, em “Sobre a loucura pessoal”, sugere que é possível encontrar na dessexualização observada por Freud no processo de sublimação uma mistura das funções de Eros – união e ligação – e dessexualização, que é um objetivo da pulsão de morte. Segundo ele, desde que Freud concluiu que a sublimação ocorre por intermédio do eu, pode-se deduzir que a dessexualização envolvida na sublimação e o processo de desligamento também ocorrem, pelo menos em parte, no eu. Inclusive, ele destaca outra passagem de Freud que corrobora a sua hipótese: “o eu trabalha em oposição aos objetivos de Eros, colocando-se a serviço de moções pulsionais opostas”.²² (FREUD, 1923/1996, p. 46). Isto autoriza André Green a tomar o eu como o lugar da fusão e da desfusão das pulsões.

Assim, o autor chega à hipótese de que, desde a última teoria das pulsões, há de se levar em consideração a possibilidade de um duplo narcisismo: um narcisismo positivo, cujo objetivo é alcançar a unidade; e um narcisismo negativo, que caminha em direção à morte psíquica. Faz então uma ressalva: esta distinção – narcisismo positivo e narcisismo negativo –, não deve ser tomada em termos de um narcisismo saudável e outro patológico. De acordo com ele, as “desordens de personalidade narcísicas” não dão conta de todas as consequências clínicas do narcisismo. Algumas depressões – às quais, como veremos na seção seguinte, André Green denomina “narcisismo moral” –, baseadas no ascetismo, nos estados de futilidade, vazio, anorexia e idealização extrema são exemplos de desinvestimento pulsional. Na introdução de seu livro “Sobre a loucura pessoal”, esclarece:

Minha hipótese é de que essa tendência à unidade encontra reação da parte de um narcisismo negativo oriundo das pulsões destrutivas, o qual atua na direção inversa e está manifesto na tendência para reduzir os investimentos do eu ao nada. Clinicamente isto está evidente em toda patologia narcísica que nos confronta com um estado de vácuo psíquico e desinvestimento do eu.²³ (1988, pp. 18-19).

Ele se refere a um duplo ataque sobre a libido do eu e sobre os investimentos objetais, na medida em que o narcisismo positivo favorece a libido do eu em detrimento dos objetos, e o narcisismo negativo desinveste a libido do eu sem repassá-la para os objetos. Em muitos casos, parece que o eu fica desinteressado tanto por si próprio como

²¹ GREEN. A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.

²² FREUD, S. (1923/1996). *O Ego e o Id*.

²³ GREEN. A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*.

pelo objeto, ansiando apenas por desaparecer. Para o autor, essa é a verdadeira expressão da pulsão de morte que, de forma alguma, pode ser comparada à agressividade ou ao masoquismo primário.

Em trabalho posterior, que reúne três conferências proferidas por André Green no Brasil em 1986, cujo tema é a “Metapsicologia dos limites”, na terceira delas, intitulada “O trabalho do negativo”, esclarece a sua posição em relação à discussão acerca da teoria da pulsão e da teoria do objeto: “meu ponto de vista é de que o objeto é o revelador da pulsão. É através da existência do objeto e, em particular, da falta de objeto, que a pulsão se faz sentir”²⁴. (GREEN, 1990, p.71).

A partir desse pressuposto, propõe pensar sobre o que seja o objeto. Lembra que, de acordo com Freud, o objeto da psicanálise é substituível, podendo, inclusive, ser o próprio eu. Ele vai além, sugerindo que o próprio investimento pode tornar-se objeto. Para sustentar essa ideia, recorre, novamente, à sublimação e exemplifica com a seguinte situação: se na infância o indivíduo era *voyeur*, ele torna-se um fotógrafo. Nesse caso, o seu interesse não é a coleção das fotos tiradas, e sim a fotografia. A fotografia é um investimento. Sendo assim, é o interesse pela fotografia que se torna o objeto. Essa proposição lhe permite falar em uma “função objetalizante”. Para explicá-la, utiliza o texto de Freud, “Esboço de psicanálise”²⁵, lembrando que este não fala mais em pulsão sexual, mas em função sexual, como o melhor meio para conhecer Eros. Isso autoriza Green a pensar que as pulsões de vida são um conjunto mais amplo do que o da sexualidade. Em função disso, pode-se pensar a ligação como o grande mecanismo para definir a pulsão de vida: “O seu papel é assegurar uma função objetalizante, ou seja, ligar a pulsão de amor ao objeto”.²⁶ (GREEN [1986] 1990, p. 75).

Inversamente, do lado da pulsão de morte, há o desligamento como o grande mecanismo descrito por Freud. Isso dá a possibilidade de André Green postular a existência de uma “função desobjetalizante” para a pulsão de morte: “Significa que a pulsão entra em ação cada vez que o sujeito realiza, diante do objeto, uma desqualificação de sua própria singularidade e de seus próprios atributos”. (idem, p. 76). A forma extrema da “função desobjetalizante” é o narcisismo negativo, em que se manifesta a aspiração ao nada, à diminuição das tensões.

²⁴ GREEN, A. (1986/1990). Conferências Brasileiras de André Green. *Metapsicologia dos Limites*. Rio de Janeiro Imago.

²⁵ FREUD, S. (1940[1938]/1996). *Esboço da psicanálise*.

²⁶ GREEN, A. (1986/1990). *Metapsicologia dos Limites*.

A própria necessidade de figurar e representar evoca certa negativização do vivido em sua plenitude corporal e social: algo da excessiva intensidade do acontecimento tem de ser aplacada e domesticada através do âmbito das representações, e essa é a tarefa primordial do psiquismo: “O trabalho do negativo traça a fronteira entre um irrepresentável que, por seu excesso é traumático, e o âmbito do figurável e representável”.²⁷ (CINTRA, 2013, p.66).

Na referida conferência, aludindo aos pacientes com elevado nível de angústia, André Green²⁸, em “O trabalho do negativo”, dirá que, além do jogo pulsional que determina o funcionamento do paciente e o trabalho analítico, será preciso levar em consideração a participação traumática dos objetos primários na constituição dessas subjetividades. É justamente quando os objetos fracassam ou produzem efeitos “extra-ordinários” que mais somos obrigados a reconhecer o seu papel constitutivo. Quando lidamos com pacientes cujos psiquismos puderam contar com objetos suficientemente eficazes, a parte do objeto tende a se tornar invisível e inaudível – vale dizer que, nesses casos, o trabalho do negativo realiza sua tarefa constitutiva, o que inclui o esquecimento dos objetos. Quanto mais um objeto falha em suas funções constitutivas, mais barulho faz; quanto mais ele se ausenta em suas funções, quando necessitava estar presente, mais sua presença é ofuscante e perturbadora, atraindo a atenção do clínico e do teórico: “da mesma forma que um enquadre analítico que preenche sua função deve se fazer esquecer, (...) eu diria, do mesmo modo, que o objeto absolutamente necessário para a elaboração da estrutura psíquica deve se apagar”.²⁹ (GREEN, 2010, p. 301).

Assim, é possível pensar que, no indivíduo saudável, física ou psiquicamente, o corpo funciona sem fazer barulho. A esse respeito, no artigo “André Green e o trabalho do negativo”, Elisa Cintra diz que são “as perturbações e o adoecimento que despertam a atenção do clínico e tornam necessário cuidar, no sujeito, das marcas *gritantemente presentes* ou *assustadoramente ausentes* em seu corpo e em sua história, decorrentes das falhas e traumas vividos”.³⁰ (2013, p.67 grifos da autora). Assim, o objeto absolutamente necessário é mais do que um cuidador: ele é o conjunto de funções primordiais para a recepção de um recém-nascido.

No que se refere à questão do luto, diremos que este objeto que pode ser efetivamente perdido e do qual se pode fazer o luto – ao contrário do objeto da

²⁷ CINTRA, E. M. de U. (2013). “André Green e o trabalho do negativo”. In: *Revista Percurso* n. 49/50.

²⁸ GREEN, A. (2010). *O trabalho do negativo*. Porto Alegre :Artmed.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ CINTRA, E. M de U. (2013). “André Green e o trabalho do negativo”.

melancolia – é o que mais contribui para os processos de constituição da subjetividade. O luto traz o objeto perdido para uma condição que transforma e renova o sujeito – integra-se ao eu – e o torna capacitado a novas ligações.

É um objeto que permite a atenuação de sua presença para dar lugar, de um lado, à representação e, de outro, ao vazio internalizado na forma de uma estrutura. O objeto absolutamente necessário não é introjetado como objeto interno, mas, tal como ocorre no luto, como elemento estrutural e estruturante do psiquismo.

André Green, em “O trabalho do negativo”, fala ainda de outra forma de trabalho do negativo, à qual dará o nome de excorporação. Baseando-se no texto “A Negativa” de Freud, ele lembra que as moções pulsionais orais podem se manifestar através de uma dupla abordagem: “Gostaria de comer isso, ou ‘gostaria de cuspi-lo fora’ ou colocando de um modo mais geral ‘gostaria de botar isso para dentro de mim e manter aquilo fora’. Isso equivale a dizer: ‘estará dentro de mim’ ou ‘estará fora de mim’”.³¹ (1925/1996, pp. 266-67). O movimento de cuspir leva a uma excorporação do objeto, uma ação que tira algo do interior para colocá-lo no exterior, ainda que o limite Eu-não-Eu não tenha se estabelecido claramente, mas o desconforto leva a querer expulsar algo para o mais longe possível de si.

A expulsão do mau permite a criação de um espaço interno onde o Ego como organização pode nascer pela instauração de uma ordem fundada no estabelecimento de ligações em relação com as experiências de satisfação. Essa organização facilita o reconhecimento do objeto em estado separado, dentro do espaço do que será o Não-eu, e facilita também o seu re-encontro...para poder dizer Sim a si mesmo é preciso poder dizer Não ao objeto.³² (GREEN, 2010, p. 292).

Desse modo, o objeto absolutamente necessário desaparece, seja ele externo ou interno, desaparecendo também como ambiente; e ainda, sua posição como elemento constituinte da estrutura psíquica é esquecida, e por isso, muitas vezes desvalorizada em termos teóricos.

Entretanto, no momento em que é excorporado, o objeto negado reaparece à distância em sua diferença como objeto de atração e repulsa. Isto é o que deve acontecer em um processo bem-sucedido, quando os objetos parentais primários podem ser, em um primeiro instante, encontrados, depois perdidos e mais tarde ainda poderão ser re-encontrados, através dos objetos exogâmicos, suscitando atrações e repulsões e

³¹ FREUD, S. (1925/1996). *A negativa*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

³² GREEN, A. (2010). *O trabalho do negativo*.

convidando ao estabelecimento de novas ligações e novos investimentos. Os objetos exogâmicos são, ao mesmo tempo, negação dos objetos primários e, paradoxalmente, um re-encontro destes, em estado transformado (CINTRA, 2013).

Porém, quando algo falha, isso vai provocar um desvirtuamento: o objeto se ausenta quando devia estar presente e se impõe quando deveria deixar-se apagar. Assim o fracasso consiste na impossibilidade de o objeto negativar-se: trata-se aí do objeto que fracassa em sua função de objeto, que é de ser falível de algum modo.

É a partir dessa função objetal, que consiste em saber desaparecer e reaparecer, que o objeto promove um duplo movimento de negação: é negado para dentro, sendo esquecido e convertendo-se em estrutura psíquica, em uma espécie de vazio interno, base da vida desejante e dos processos de procura e conhecimento; é negado para fora, deixando-se perder e distanciar-se para reaparecer no mundo sob a forma dos outros objetos que vão suscitar atração e/ou repulsão (CINTRA, 2013).

Assim, de acordo com Elisa Cintra, podemos distinguir dois tempos: no primeiro, a função do objeto é paradoxal, ele deve estimular e despertar a pulsão ao mesmo tempo em que está lá para contê-la. Além de estimular e erotizar, ele ameaça, sendo difícil estabelecer uma nítida distinção entre estas duas qualidades – excitação e ameaça – ambas contendo um potencial traumatizante. O segundo tempo exige que o objeto absolutamente necessário se deixe negar e colocar à distância, desdobrando-se em uma multiplicidade de objetos substitutivos e contingentes, sempre inadequados e falíveis. Entretanto, nesse distanciar-se e multiplicar-se, e como sua condição, é preciso que se dê uma proximidade absoluta, como aquela que se dá com o objeto de que se pôde fazer o luto.

Em 1917, Freud elaborou o artigo “Luto e Melancolia”, trazendo contribuições inaugurais para o campo das depressões na psicanálise, seja direta ou indiretamente. Vemos que, de alguma forma, sempre há referências ao artigo freudiano quando o tema dos estados depressivos é abordado a partir da psicanálise.

2. Luto e melancolia em Freud e pós-freudianos

... e não chorar nunca é não viver. Chorar, é preciso que isso também aconteça. Se chorar é inútil, mesmo assim creio que é preciso chorar. Pois o desespero é tangível. Perdura. A lembrança do desespero, isto perdura. Às vezes mata.

Marguerite Duras³³ (1994, p.46).

Buscando explicações para o tema, Freud primeiramente escreveu um rascunho, em 1915, o qual enviou para a análise de Karl Abraham. Este fez então vários comentários, incluindo a sugestão de que havia uma ligação entre melancolia e a fase oral do desenvolvimento libidinal.

Baseado em sua observação clínica, Karl Abraham³⁴ constatou que, embora remorso e melancolia representassem uma resposta para a perda, na melancolia existia uma hostilidade inconsciente em jogo, marcada pela ambivalência do melancólico. A distinção entre essas duas experiências era a presença da raiva. Para entender essa diferenciação, Karl Abraham fez uma reavaliação de todo o esquema de fixação e forjou um novo estágio de desenvolvimento, a fase oral-sádica. Foi a partir desse ponto que Freud construiu sua teoria de 1917.

Sobre a melancolia, Karl Abraham³⁵ em seu artigo “*Esquisse d’ une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux*” diz que a perda objetal vai provocar uma regressão da libido para organizações ainda mais primitivas. Na organização oral da libido, propõe uma divisão, assim como havia postulado em relação à fase anal. A primeira etapa não comportaria sentimentos de ambivalência; a libido estaria ligada ao ato de sucção, e o sujeito não teria ideia do objeto, pois o seio não pertenceria a um objeto total. A segunda etapa é nomeada pelo autor de sádico-oral, em que o desejo seria a incorporação e destruição do objeto, e a ambivalência passaria, a partir de então, a fazer parte das relações objetais.

Ao tratar da psicoterapia da melancolia, Karl Abraham diz não observar uma renúncia ao objeto que teria condicionado a melancolia; contudo, verifica uma modificação nos sintomas que aparecem nesses momentos de prova para o sujeito -

³³ DURAS, M. (1994). *Escrever*. Rio de Janeiro: Rocco.

³⁴ ABRAHAM, K. (1912[1911]/2010) “Préliminaires à l’investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins”. On: ABRAHAM, K. *Manie et mélancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Éditions Payot.

1912/1911

³⁵ ABRAHAM, K. (1924/1989). “*Esquisse d’ une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux*”. On: *Oeuvres Complètes*, vol. II (1915-1925) Aleçon: Payot.

sejam sintomas compulsivos, fóbicos ou histéricos. Acrescenta que a mudança do nível da melancolia para a histeria lhe parece uma evolução importante.

Karl Abraham busca apontar quais seriam os fatores que favoreceriam a entrada na neurose. Em primeiro lugar, deveríamos falar do fator constitucional, não propriamente hereditário, favorecendo a doença melancólica, mas um reforço constitucional de erotismo oral. A fixação da libido na fase oral no adulto é uma das condições fundamentais para a depressão melancólica.

O terceiro fator apontado por Karl Abraham é uma ferida grave no narcisismo infantil, uma decepção amorosa precoce. O sujeito, futuro melancólico, teria vivido uma experiência de perder o seu lugar junto à mãe e não ter outro objeto capaz de acolher sua demanda libidinal. A tentativa de voltar-se para o pai também teria fracassado, fazendo com que a experiência fosse vivida como um abandono total, e é nesse sentimento de abandono que se articulam as tendências depressivas precoces, inaugurando uma série de tentativas posteriores por parte do sujeito de obter o amor junto ao objeto do sexo oposto.

Ainda de acordo com Karl Abraham, a grande decepção amorosa para o menino será tanto mais grave quanto mais ele não tiver ultrapassado completamente o estádio narcísico da libido ou ainda antes do devido recalcamento das pulsões edípianas. Nesse quadro, as pulsões sádico-orais ainda não estariam apagadas e seria estabelecida uma associação durável entre o Complexo de Édipo e a etapa canibalística do desenvolvimento da libido, com a introjeção de dois objetos de amor, a mãe e depois o pai.³⁶ Para ele, o estado melancólico é uma repetição, por ocasião de uma perda objetal, da tristeza original que tomou conta do sujeito quando perdeu ou decepcionou-se com seu primeiro objeto de amor. O melancólico espera sempre ser decepcionado, traído ou abandonado.

Em seu artigo “A mãe morta”³⁷, André Green diz que a angústia da criança está associada à situação traumática vivida por ela, consequência do desinvestimento libidinal por parte da *mãe morta*, estando presente um estado de vazio por não estar

³⁶ Parece-nos que Karl Abraham (1924/1989) fala dos meninos porque sua amostragem de pacientes melancólicos era, em sua maioria, de homens. Essa referência exclusiva, entretanto, não torna para nós menos importante a associação vislumbrada pelo autor entre a fase oral canibalística da libido e o Complexo de Édipo.

³⁷ A *mãe morta* é uma metáfora, pois a perda da mãe é simbólica e não se relaciona com a perda do objeto na realidade, o sujeito responde não à perda da mãe, mas sim à sua privação. (GREEN, A. (1988). “A mãe Morta” In: *Narcisismo de vida – narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.

satisfeita em suas necessidades pulsionais. A criança estaria então absorvida em um “luto branco” relacionado à “angústia branca”. Conforme o autor:

A série “branca”: alucinação negativa, psicose branca e luto branco, todos referidos ao que poderíamos chamar a clínica do vazio, ou a clínica do negativo, são o resultado de um dos componentes do recalque primário: um desinvestimento massivo, radical e temporário que deixa marca no inconsciente sob a forma de “buracos psíquicos”.³⁸ (GREEN, 1988, p. 244).

Se esses acontecimentos ligados ao desinvestimento da mãe sobre a criança ocorrem no momento da constatação desta de que existe um terceiro, o pai, ele será considerado como a causa para o desinvestimento materno, resultando na criança uma “triangulação precoce defeituosa”. (idem, p. 248). Para André Green, isso raramente corresponde à realidade. O que geralmente acontece é que o pai não responde ao sofrimento da criança, deixando-a à mercê da mãe. Eis o sujeito preso entre uma *mãe morta* e um pai inacessível, seja porque este está, sobretudo, preocupado com o estado da mãe em detrimento do filho, seja porque deixa o par mãe-criança sair sozinho dessa situação. André Green postula ainda que há casos em que a experiência traumática da criança foi mais sutil ou aconteceu em fases em que ela estava com mais condições psíquicas para vivenciar, desencadeando então “uma depressão mais amena e de fácil superação”. (idem, p. 268).

Para o autor, no *complexo da mãe morta*, a criança tenta reparar a mãe de seu luto de várias formas, entre elas figuram a agitação, a insônia, a alegria superficial e os terrores noturnos. Sendo todos os recursos empregados em vão e sentindo-se impotente frente à perda e à ameaça de perda da mãe, a criança coloca em ação outras defesas.

A primeira dessas defesas é um desinvestimento materno. A criança então “mata” psiquicamente o objeto e deixa de investir afetivamente nele, o que anulará o sentimento de ódio pela mãe. Esse desinvestimento afetivo tem como consequência o surgimento de um *furo no psiquismo*: a falta, a ausência, um buraco onde deveriam estar as marcas positivas do investimento materno, significando uma perda do núcleo do narcisismo primário. O desinvestimento da imago materna vai refletir “na constituição de um buraco na trama das relações objetais com a mãe; porém, esse assassinato psíquico do objeto [é] realizado sem ódio, por clemência por uma mãe que já está morta, permitindo que os investimentos periféricos sejam mantidos”. (idem, p. 249).

³⁸ GREEN, A. (1988). “A mãe morta”. In: GREEN, A. *Narcisismo de vida – Narcisismo de morte*. São Paulo. Escuta.

Depois de desinvestir, a criança irá se identificar com o objeto. Esse processo de identificação com a *mãe morta*, tal qual o processo melancólico, se relaciona com a identificação primária – condição de renúncia e de conservação que se dá por incorporação segundo o modo canibalístico e de forma inconsciente. Identificada primariamente com a mãe, a criança tenta recuperar um período em que ela não estava psiquicamente morta e ainda havia investimento narcísico via identificação; posteriormente, pela regressão narcísica, busca recuperar o período em que era o eu ideal da mãe.

Dessa forma, entendemos que o *complexo da mãe morta* é uma resposta à morte emocional da mãe e que a identificação primária pode ser ou não uma das muitas alternativas. A identificação total com a morte afetiva da mãe é o resultado mais patológico. As forças seletivas no interior do indivíduo entram em cena e contribuem para a sua resiliência ou para a falta desta. Essas forças devem incluir as capacidades cognitivas da criança e do bebê.

Outra defesa descrita por André Green é a perda de sentido, de prazer, pois a criança não consegue explicar a mudança materna e seu desinvestimento; com isso, passa a crer que a ela é interdito ser e assim não lhe resta outra coisa a não ser a morte. As demais defesas são: “o desencadeamento de um ódio secundário, (...) colocando em jogo desejos de incorporação regressiva, mas também posições anais tingidas de um sadismo maníaco onde se trata de dominar o objeto, de maculá-lo, de vingar-se dele etc.” (idem, p. 248).

A excitação autoerótica é mais uma defesa relacionada por André Green, que consiste na busca de prazer puramente sensual dissociando corpo e psique e sensualidade e ternura, marcada por uma evitação de amar o objeto. Isso aparece como o desenvolvimento de uma atividade frenética de jogo, não um brincar livre, mas sim a “obrigação de imaginar, assim como o desenvolvimento intelectual se inscreve na obrigação de pensar” (idem, p. 248). Tudo isso serve como uma tentativa desesperada de superar a perda da mãe e mascarar o buraco causado pelo desinvestimento.

A busca de um sentido para tudo isso ocasiona o desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do eu. Com o esforço para lutar contra a situação traumática, há uma forte intelectualização. Todo esse esforço tem como objetivo manter o eu vivo e fazer com que a mãe morta reviva para, finalmente, competir com o objeto que hipoteticamente causou o luto.

André Green sugere que uma das consequências da identificação com a *mãe morta* é a incapacidade de amar que decorre da ambivalência. Além disso, o sujeito apresenta também a incapacidade de trabalhar, que se revela como um fracasso: “[...] a vida profissional, mesmo quando profundamente investida, torna-se decepcionante, e as relações conjugais conduzem a perturbações profundas de amor, da sexualidade, da comunicação afetiva. Em todo caso é a esta última a que mais falta”. (GREEN, 1988, p. 255).

De acordo com a teoria freudiana, é a partir do mecanismo da incorporação que podemos compreender as tentativas de suicídio dos melancólicos. No texto “Luto e melancolia”,³⁹ Freud diz que o estudo da melancolia nos dá pistas acerca de alguns mecanismos do suicídio: o eu só pode se matar caso possa tratar a si mesmo como objeto. Assim, o eu dominado pelo objeto sofre a crítica severa desse objeto introjetado que constituiu seu ideal de eu.

No que se refere à melancolia, Freud inicia a discussão fazendo uma advertência: a melancolia, cuja definição conceitual oscila também na psiquiatria descritiva, apresenta-se em formas clínicas tão diversas que ainda não é possível resumi-la com segurança num conjunto único, algumas formas lembram mais “afecções somáticas do que psicogênicas”.⁴⁰ (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 249).

Quanto a isso, gostaríamos apenas de lembrar o quanto ele se faz atual. São inúmeras as questões que ainda hoje envolvem a melancolia. Seja na psiquiatria, seja na psicanálise, seja no senso comum, há um uso desmedido de “diagnósticos” de melancolia (ou melancolias), assim como de generalizações quanto à depressão (ou depressões), tomada como sinônimo da primeira. Cada vez mais, é evidente que a complexidade do humano não pode ser reduzida a meras categorias diagnósticas, principalmente quando tornam estéril a compreensão das possibilidades individuais. Parece-nos que o panorama, por vezes, é mais diverso e ampliado do que nos tempos freudianos.

Para Freud, o aspecto teórico mais expressivo alcançado com o artigo “Luto e melancolia” foi o relato do processo pelo qual se conheceu que “uma catexia objetal é

³⁹ FREUD, S. (1917[1915]/1996). *Luto e Melancolia*. ESB. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago. Foi a introdução dos conceitos de narcisismo e de ideal de ego que permitiram a Freud retomar o tema da melancolia e, por isso, esse artigo pode ser visto como um prolongamento do trabalho acerca do narcisismo, de 1914. Foram os temas abordados neste artigo de 1914 que o levaram à hipótese do superego e a uma reavaliação do sentimento de culpa, temas desenvolvidos no texto “Psicologia de grupo e análise do ego” (1921) e em “O ego e o id” (1923), que comentaremos adiante.

⁴⁰ *Ibidem*.

substituída por uma identificação”,⁴¹ (idem, p 247), como foi visto na melancolia, e a percepção de que esse é um processo de ocorrência geral. Constatou que as identificações regressivas são a base do caráter de uma pessoa, sendo que as mais antigas, ou seja, aquelas derivadas da dissolução do complexo de Édipo, formam o núcleo do superego. Porém, alerta para que não sejam superestimadas suas conclusões, porque o material sobre o qual baseou suas análises se referia a um pequeno número de casos de natureza psicogênica indiscutível, não pretendendo, por isso, reivindicar a validade geral de suas conclusões.

Buscando compreender a natureza da melancolia, no texto de 1917, compara o afeto normal do luto com a melancolia, como já havia feito no caso dos sonhos. Para ele, a correlação entre o luto e a melancolia se justifica em decorrência da presença de situações comuns e gerais que são vividas pelas pessoas que passam por uma e outra dessas condições. Como característica comum, cita as causas excitantes, decorrentes de influências ambientais, que são as mesmas para os dois casos; a diferença está associada à explicação da origem ou o motivo de se estar enlutado ou melancólico. Enquanto no luto a perda é conhecida, na melancolia esta é “de natureza mais ideal”⁴² (idem, p. 251), tornando-se conhecida em casos nos quais a análise é bem-sucedida; isto é, quando se pode identificar o objeto de amor perdido. É esse fato que permite classificar como psicogênico um quadro de melancolia.

Assim, o luto, “que sabemos explicar tão bem” significa a reação à perda de um ente querido ou de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, produzindo um afastamento das atitudes normais para com a vida, porém de um modo não patológico. A deflagração do luto tomará integralmente o enlutado. Apesar de todas as tentativas, “prevalece o respeito pela realidade”.⁴³ (idem, p. 250). Visto que já não há mais como se apagar a perda na realidade, resta ao sujeito recorrer ao universo da fantasia, das representações.

De acordo com Freud, os traços referentes à melancolia são: “desânimo penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição das atividades, diminuição dos sentimentos de autoestima, que, muitas vezes, acabam culminando em expectativa delirante de punição”. (idem, p. 250). Ao contrário do luto, em que o indivíduo sabe o que perdeu, na melancolia não se pode ver claramente o que

⁴¹ *Ibidem.*

⁴² *Ibidem.*

⁴³ *Ibidem.*

foi perdido, ainda que o indivíduo se veja consciente do que perdeu, dando origem à sua melancolia. Assim sendo, sugere-se, portanto, uma “forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência”.⁴⁴ (idem, p. 251).

Para explicar o luto, Freud se mantém fiel às observações clínicas, fazendo uma descrição detalhada dos sintomas apresentados por uma pessoa enlutada. Destaca, então, que, com exceção da perturbação da autoestima, é possível observar no luto os mesmos traços mentais encontrados na melancolia - estado de espírito penoso, inibição, perda de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor e afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada ao objeto.

Em continuidade, Freud elabora uma compreensão metapsicológica para elucidar o luto. Segundo ele, o trabalho de luto consiste em a pessoa retirar toda a libido de um objeto, quando percebe que este não existe mais, deslocando-a para outro. Como essa exigência provoca uma oposição - devido ao fato de ser difícil abandonar uma posição libidinal, mesmo quando a realidade exige -, certo tempo é necessário para que o trabalho de luto aconteça. Em geral, apesar dessa oposição inicial, a realidade é respeitada, mesmo que não imediatamente, e pouco a pouco, com grande dispêndio de energia catexial e de tempo - fator importante, porque prolonga psiquicamente a existência do objeto perdido -, as ordens da realidade são executadas e toda a libido é retirada de sua ligação com o objeto. Nesse trabalho, cada lembrança e expectativa em relação ao objeto amado - pelas quais a libido está vinculada ao objeto - são invocadas e hipercatexizadas. Só assim se realiza o desligamento da libido de cada uma delas.

Inicialmente, não há nada de inconsciente a respeito da perda que aconteceu e, mesmo quando no luto os esforços para separar a libido também são realizados pelo inconsciente, não há impedimento para que esses processos sigam o caminho até o consciente. Assim, a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho de luto, no qual o ego está absorvido. No entanto, em termos de economia, torna-se difícil explicar o fato de o desligamento da libido do objeto perdido precisar acontecer de modo fragmentado e essa transição ser tão penosa. Assim, Freud acredita que esse ponto somente será compreendido quando for possível “apresentar uma caracterização da economia da dor”.⁴⁵ (idem, p. 250).

Na melancolia, a perda desconhecida resultará num trabalho de elaboração semelhante ao do luto, e da mesma forma que este, haverá uma inibição (melancólica),

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Ibidem.*

com a diferença de que não é possível observar o que tanto absorve o melancólico. Desse modo, as contribuições a respeito da melancolia merecem relevância, pois, para Freud, a perturbação do melancólico oferece uma perspectiva acerca da constituição do ego humano. Há, pois, uma contradição: um paciente melancólico sofre uma perda relativa a um objeto, mas o modo como ele relata sua experiência, “aponta para uma perda relativa a seu ego”.⁴⁶ (idem, p. 253).

Segundo Freud, a insatisfação com o ego constitui a principal característica do quadro melancólico. Isso é observado pelo fato de uma parte do ego se colocar contra a outra, julgando-a criticamente e tomando-a como seu objeto⁴⁷. Explica o quadro clínico melancólico dizendo que as autorrecriminações são críticas feitas a um objeto amado que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente, por isso ele não fica envergonhado com os próprios “queixumes” - no fundo essas autorrecriminações se referem a outra pessoa. Não há no paciente melancólico atitudes de humildade e submissão, pois, na realidade, está se referindo a um objeto perdido quando ataca a si mesmo e se autodegrada. Impossibilitado de perceber o quanto denigre a sua própria pessoa, o melancólico apresenta, de maneira oposta ao que seria esperado, sentimentos de arrogância, manifestados em atitudes de cobrança e exigência para com as pessoas, dando a impressão de que se sente desconsiderado e de que foi tratado com injustiça.

O percurso desse processo é realizado em termos metapsicológicos. Assim, em algum momento, é feita uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular. Por alguma razão, que pode ser uma desconsideração real ou um desapontamento com essa pessoa, a relação objetal é destroçada e o resultado não é o “normal”, o esperado; isto é, a retirada da libido desse objeto e um deslocamento para outro objeto. Para isso, determinadas condições estiveram presentes: a presença de uma forte fixação no objeto amado e a percepção de que a catexia objetal provou ter pouca resistência e foi liquidada. A libido livre, em vez de ser deslocada para outro objeto, foi retirada para o próprio ego e empregada para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. Como consequência disso, o ego passa, a partir desse momento, a ser julgado como se fosse um objeto, mais precisamente aquele objeto que foi abandonado. A perda objetal se transforma numa perda do ego, e o conflito que existia

⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁷ Já nessa época Freud observa que esse agente crítico (definido em 1923 como superego) que se separa do ego se torna independente em outras ocasiões levando-o a pensar que possa ser distinguido do ego.

entre o ego e a pessoa amada se transforma em uma separação entre a atividade crítica do ego e o ego alterado pela identificação com o objeto.

Melanie Klein⁴⁸, em seu artigo “Luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos”, diz que o amor arcaico é um amor devorador. Devido a esse amor sádico, as primeiras figuras parentais são ameaçadoras, pois são formadas pela projeção do sadismo infantil sobre elas, que é depois reintrojetado, formando as primeiras camadas identificatórias do superego.

A mudança do superego aterrorizador em consciência moral benevolente só se dará por um processo de assimilação de uma boa parte dele por parte do ego. Os aspectos sádicos têm de sofrer uma unificação com as pulsões libidinais, fazendo emergir uma consciência moral que envolve o reconhecimento do outro, com seus direitos e aspirações, e que permite a entrada nos regulamentos e nas leis impostas por uma comunidade social. “Ora, esse processo nada mais é do que um processo de luto, que veio a se chamar mais tarde de ‘elaboração da posição depressiva’ ou, na teoria freudiana, elaboração do complexo de Édipo”.⁴⁹ (CINTRA, 2011, p. 34).

Baseada no processo de luto normal descrito por Freud em 1917, Melanie Klein construiu a teoria da posição depressiva, uma posição central no desenvolvimento infantil e que será responsável pela transformação das identificações primárias em identificações secundárias, do superego devorador em consciência moral, através do luto da onipotência originária e das formas primitivas de amar. A onipotência originária é o que leva a acreditar-se superpoderoso, capaz de tudo fazer e de tudo exigir, é o que faz das crianças pequenos tiranos, e o luto é aceitar perder tal posição imaginária. “A posição esquizo-paranoide, por outro lado, toma por modelo a descrição freudiana da melancolia”.⁵⁰ (idem, p. 34).

Para Melanie Klein, há sempre algo de melancolia no luto normal e algo do luto normal na melancolia - ela aprende a pensar dialeticamente. “Os dois autores concordariam se disséssemos que de certa forma a melancolia é também um processo de luto que, no entanto, se extraviou”.⁵¹ (idem, p. 34). O pensamento de Freud e a sua ideia de séries complementares são o germe de um modo de pensar dialético que torna impossível abordar a saúde isolada da doença e esta sem o paradigma daquela. Mais

⁴⁸ KLEIN, M. (1940/1996). “Luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos”. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago.

⁴⁹ CINTRA, E. M. de U. (2011). “Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir”. In: Alter - *Revista de Estudos Psicanalíticos*. Vol. 29(1).

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Ibidem*.

tarde, isso levará a pensar a análise como um processo interminável. Também se pode pensar o processo de análise bem-sucedida como um *luto* que não se extraviou tanto, mas, ao contrário, encerrou episódios vividos, expandindo-se para novas formas de viver.

Donald Winnicott, em seu artigo “O desenvolvimento da capacidade de se preocupar”, propõe que o sentimento de culpa avassalador que surge nas primeiras posições depressivas precisa transformar-se na capacidade de cuidar, responsabilizar-se e comprometer-se com pessoas e com tarefas. Porém, na melancolia, a culpa é tão avassaladora que precisa ser expelida e recusada. Quando o sentimento de culpa não pode ser sentido e elaborado, mas precisa ser violentamente recusado, surgem condições para os atos de destruição mais gratuitos e arbitrários. Freud havia previsto isso, ao escrever sobre criminosos que cometem seus crimes quando invadidos por um sentimento de culpa avassalador.

Pensando nas situações em que o indivíduo se encontra com saúde, em que o luto da posição depressiva pode acontecer e o sentimento de culpa pode emergir, ser contido e transformado por meio de um processo de maturação, Donald Winnicott afirma:

O sentimento de culpa é uma angústia associada ao conceito de ambivalência, e implica um nível de integração do ego individual que permite a retenção da imago do objeto bom concomitante à ideia de sua destruição. Preocupação pressupõe uma integração maior e um maior crescimento e se relaciona de forma positiva com o sentimento pessoal de responsabilidade, de forma especial nos relacionamentos nos quais entram impulsos instintivos. Preocupação se refere ao fato de que o indivíduo se importa, se preocupa, sente e aceita responsabilidade.⁵² (1983, p. 70).

Donald Winnicott pensa que uma capacidade de se preocupar com o outro está na base de todo brincar, trabalhar e em todo fazer criativo. Porém, essa transformação do sentimento de culpa em capacidade de se preocupar só pode acontecer se houver um ambiente suficientemente bom.

De acordo com Elisa Cintra⁵³, a maior contribuição de Donald Winnicott é a ideia de que o ambiente suficientemente bom e a presença materna – e do analista – capaz de estar lá para receber o gesto espontâneo depois dos ataques do amor primitivo são fatores decisivos para que o luto seja possível e sejam evitados os extravios que

⁵² WINNICOTT, D. (1983). “O desenvolvimento da capacidade de se preocupar”. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação*. São Paulo: Artes Médicas.

⁵³ CINTRA, E. M. de U. (2011). “Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir”.

levam à melancolia e a outros estados psicóticos. Entretanto, há circunstâncias vividas para as quais nenhum ambiente parece ser suficientemente bom para receber gestos de reparação e nem todos os gestos de reparação parecem suficientes para que se possa aceitar a realidade traumática. A única saída possível parece ser fechar-se no delírio e recusar a realidade dos fatos.

Voltando a Freud, ainda em “Luto e Melancolia”, em concordância com Otto Rank, apresenta a seguinte hipótese: a contradição entre a intensidade da fixação no objeto e a pouca resistência da catexia objetal significa que “a escolha objetal é efetuada numa base narcisista, de modo que a catexia objetal, ao se defrontar com obstáculos, pode retroceder para o narcisismo”.⁵⁴ (idem, p. 255). Deste modo, quando há uma identificação narcisista, a catexia objetal é abandonada. Como consequência, a identificação narcisista com o objeto se torna um substituto da catexia erótica e, por isso, apesar do conflito com a pessoa amada, o melancólico não precisa renunciar à relação amorosa. Assim a tendência para se adoecer de melancolia reside na predominância da escolha objetal de tipo narcisista. Sendo assim, acredita que é possível incluir na caracterização da melancolia a “regressão da catexia objetal para a fase oral ainda narcisista da libido.” (idem, p. 255).

Em resumo, a melancolia toma emprestado alguns de seus traços do luto, e outros são emprestados do processo de regressão, como por exemplo, a escolha objetal narcisista. Na melancolia, além da perda por morte, desconsideração, desprezo ou desapontamento, a relação com o objeto é complicada pelo conflito decorrente da ambivalência, que ou é constitucional, isto é, um elemento de toda relação amorosa formada por esse ego, ou então provém das experiências que envolveram a ameaça da perda do objeto. Em decorrência de as causas excitantes da melancolia serem mais amplas que no luto e não ocasionadas apenas pela perda real ou morte do objeto, inúmeras lutas isoladas são travadas em torno do objeto, nas quais amor e ódio se combatem: enquanto um procura separar a libido do objeto, o outro defende essa posição da libido contra o assédio. A localização dessas lutas isoladas é atribuída ao sistema inconsciente.

Ainda de acordo com Elisa Cintra, em seu artigo “Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir”, Freud nos ensina a ver que a questão principal não é a morte ou a separação dos corpos, mas a situação de ódio, de revolta, de

⁵⁴ FREUD, S. (1917[1915]/1996). *Luto e melancolia*.

recriação que surge quando o amor vai embora. O acontecimento do abandono ocupa então a cena psíquica, como uma ferida aberta, que atrai toda a libido para si, levando ao desânimo, à suspensão do interesse pelo mundo externo, à inibição de toda atividade e à perda da capacidade de amar. “O amor vira ódio de ter sido abandonado e desejo de abandonar e o objeto vira ao mesmo tempo Eu ideal/sádico e Eu denegrido/masoquista”. (p. 27). O dinamismo que predomina é o da etapa sádico-oral e sádico-anal, e o Eu passa a ser tratado como um objeto oral a ser devorado e cuspido e um objeto fecal que se retém e se expulsa sem nenhuma consideração.

Assim, de maneira diferente do que ocorre no luto, no qual os processos inconscientes encontram o caminho para a consciência, na melancolia, certo número de causas (ou de combinações delas) bloqueia o caminho do inconsciente para o consciente. Freud adverte que o conflito devido à ambivalência não deve ser desprezado como precondição da melancolia. A esse respeito, afirma:

... a ambivalência constitucional pertence por natureza ao reprimido; as experiências traumáticas em relação ao objeto podem ter ativado outro material reprimido. Assim, tudo que tem a ver com essas lutas devidas à ambivalência permanece retirado da consciência, até que o resultado característico da melancolia se fixe.⁵⁵ (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 262).

Retomando Donald Winnicott, Elisa Cintra⁵⁶ diz que o refinamento da ambivalência é o que pode dar origem à capacidade de se preocupar. A autora considera que os impulsos do Id originários das várias fases da libido (oral, anal, uretral, fálica) estão ligados a fantasias de ataque e destruição, de devorar e tomar posse do corpo materno. A fantasia é vivida como se fosse real, e se a mãe sobrevive aos ataques, isso se deve, para a criança, à capacidade *da mãe* de sobreviver, algo que suscita uma enorme gratidão. Quando isso é possível, as condições são favoráveis; a criança sente culpa, mas constata que a mãe sobreviveu a seus ataques e pode oferecer oportunidades de reparação através do brincar, do comunicar-se e do relacionar-se de maneira mais calma. Esse conjunto de circunstâncias dá uma chance ao bebê de realizar uma reparação, uma passagem da culpa primitiva à capacidade de cuidar e responsabilizar-se.

O corolário da melancolia consiste em a catexia libidinal ameaçada abandonar o objeto e recuar “ao local do ego de onde tinha provindo”. (idem, p. 27). Deste modo, se o amor se refugia no ego, ele escapa da extinção. Esse procedimento é denominado por

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ CINTRA, E. M. de U. (2011). “Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir”.

Freud de regressão. Assim, após essa regressão da libido, esse conflito pode tornar-se consciente e ser representado como um conflito entre uma parte do ego e o agente crítico. Seguindo esse percurso, teríamos um luto normal. No entanto, no trabalho da melancolia, a consciência reconhece uma parte que não é essencial - e nem sequer é uma parte à qual possamos atribuir o mérito de ter contribuído para o término da doença. O que acontece então? Freud acredita que “o ego se degrada e se enfurece contra si mesmo”. (idem, p. 27). No entanto, precisa assumir a limitação de suas explicações quando diz: “compreendemos tão pouco quanto o paciente a que isso pode levar e como pode modificar-se”. (idem).

Assim como o luto leva o ego a desistir do objeto, declarando-o morto e incentivando o ego a viver, na melancolia, cada luta isolada da ambivalência distende a fixação da libido ao objeto, depreciando-o, denegrindo-o e mesmo matando-o. O processo inconsciente que promove a melancolia pode terminar ou porque a fúria se dissipou ou pelo fato de o objeto ter sido abandonado. No entanto, Freud assume também que ainda não é possível afirmar qual das duas possibilidades mencionadas é regular ou mais usual para levar a melancolia ao fim.

Para ele, se o amor pelo objeto não pode ser renunciado, mesmo quando já se renunciou ao próprio objeto e o sentimento de amor se refugiou numa identificação narcisista, então o ódio entrará em ação nesse objeto substitutivo, abusando, degradando, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. Dessa maneira, é possível compreender que ocorra a autotortura na melancolia como uma satisfação das tendências ao sadismo e ao ódio relacionados a um objeto, retornando ao próprio ego do indivíduo. Em ambas as desordens, é possível aos pacientes - de modo indireto, pela autopunição - vingar-se do objeto original e torturar o ente amado por meio de sua doença (melancolia), utilizada como meio de evitar expressar sua hostilidade para com ele.

Como a pessoa que ocasionou a desordem emocional do paciente - e na qual a doença se centraliza - em geral se encontra em seu ambiente imediato, a catexia erótica do melancólico (em relação ao objeto) sofre dupla vicissitude: parte retrocede à identificação e a outra parte, sob a influência do conflito ambivalente, é levada de volta à etapa do sadismo (a que se acha mais próxima do conflito). Esse sadismo soluciona o enigma da tendência ao suicídio por parte dos melancólicos. Assim, a análise da melancolia mostra, em relação ao suicídio, que o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como um objeto (dirigir contra si a

hostilidade relacionada a um objeto), fato que representa a reação original desse ego aos objetos do mundo externo.

Comparando-o ao luto, podemos dizer que o trabalho da melancolia também pode ser uma reação à perda de um objeto amado, mas se reconhece a natureza ideal dessa perda. O objeto talvez não tenha morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor. O paciente melancólico sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse alguém. Isso sugere que a melancolia está, de alguma forma, relacionada a uma perda objetal retirada da consciência. Mas, embora na melancolia a perda seja desconhecida, o trabalho de elaboração será semelhante ao do luto. A diferença é que a inibição do melancólico é enigmática, pois não se pode ver o que o absorve, até porque na melancolia o paciente vivencia uma diminuição da autoestima e um empobrecimento do ego ausentes no luto. Ao contrário do que acontece no luto, na melancolia não é o mundo que se torna pobre e vazio, mas sim o ego.

Esta experiência de empobrecimento do ego é profunda, fazendo com que o paciente represente seu ego totalmente desprovido de valor, incapaz de realização, moralmente desprezível e merecedor de autorrepreensão. Degrada-se diante das outras pessoas, espera ser punido, sente comiseração por aquelas que a ele estão ligadas e, por fim, completa o quadro de delírio de inferioridade com insônia, recusa de alimentos e superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida.

De acordo com Freud, uma das características da melancolia é a tendência desta a transformar-se em mania - estado oposto ao da melancolia em seus sintomas. Para explicar essa tendência, retoma a diferença entre luto e melancolia, especialmente o fato de o luto ser um processo que, embora possa se originar no inconsciente, encaminha-se para o consciente, o mesmo não ocorrendo com a melancolia, que é um processo inconsciente.

Outra característica da melancolia instigante para Freud é o fato de ela desaparecer após certo tempo, sem deixar presente qualquer vestígio de alterações, da mesma forma que o luto. Mesmo lançando mão do tempo como um recurso necessário para que os trabalhos se realizem, Freud admite que não dispõe, nem para o luto e nem para a melancolia, “de qualquer compreensão interna (*insight*) da economia do curso dos eventos”.⁵⁷ (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 258).

⁵⁷ FREUD, S. (1917[1915]/1996). *Luto e melancolia*.

Em “Luto e Melancolia”, encontramos o aprimoramento das construções que englobam melancolia e narcisismo, já iniciado por Freud na escrita dos “Rascunhos”. A melancolia revela, pois, uma encruzilhada inconsciente entre o ego e o objeto. A perda vivida não se refere simplesmente à derrocada de um objeto, mas aos efeitos dela sobre o objeto, precedido pelo próprio ego.

Fazendo uma alusão ao que, posteriormente, seria designado como ideal do ego ou superego, Freud entende que, na melancolia, parte do ego destacada do resto passa a julgá-lo criticamente, tomando-o como seu objeto. Assim, ao escutarmos um paciente melancólico, observaremos que essas críticas aparentemente dirigidas ao ego têm como alvo, de fato, um objeto que o “paciente ama, amou ou deveria amar.” Com isso, as recriminações originalmente dirigidas ao objeto deslocam-se para o ego e a “sombra do objeto caiu sobre o ego”. (idem, p. 254).

Podemos pensar a melancolia como reveladora de um momento constitucional capaz de trazer à superfície os inúmeros entraves entre o ego e o objeto. A melancolia, diz Freud, “toma emprestado do luto alguns dos seus traços e, do processo de regressão, desde a escolha objetal narcisista para o narcisismo, os outros”. (idem, p. 256). Apoia-se, por um lado, no modelo do luto, nem que seja enquanto uma referência do que ele deve se desviar.

Em seu artigo “O primeiro estágio pré-genital da libido”, Karl Abraham⁵⁸ procura oferecer uma visão da depressão que se distancia de uma “concepção psicológica simplista”, que, segundo o autor, se restringe àquilo que é enunciado pelo deprimido. A psicanálise deveria seguir o conteúdo latente da depressão, podendo encontrar mais do que as razões manifestas apresentadas pelos doentes, como, por exemplo, a preocupação universal com o envelhecimento.

O deprimido, segundo o autor, está em luto pela capacidade perdida de viver, sofrendo uma regressão libidinal e uma consequente desvalorização do erotismo genital, regredindo ao estádio mais primitivo da libido, o oral canibalístico. É contra os desejos de incorporação canibalística do objeto de amor que o melancólico se defende de tomar consciência.

O artigo “Luto e melancolia” de Freud, juntamente com os trabalhos de Karl Abraham acerca da melancolia têm sido considerados, ainda hoje, as mais importantes fontes sobre as quais se estabeleceram as diferentes teorias psicanalíticas acerca dos

⁵⁸ ABRAHAM, K. (1916/1970). “O primeiro estágio pré-genital da libido”. In: ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago.

estados depressivos. De acordo com Daniel Delouya⁵⁹, em seu livro “Depressão”, os trabalhos de Karl Abraham estão na origem de uma tradição que deixou uma marca indelével numa parte considerável do pensamento psicanalítico referente à depressão e à melancolia na psicanálise.

Também Renato Mezan, no artigo “O inconsciente segundo Karl Abraham”, afirma que os trabalhos desse autor nos introduzem a uma mente clara e precisa, “que compreendeu de imediato o que era a nova ciência da alma e contribuiu de modo fundamental para o seu desenvolvimento”.⁶⁰ (2002, p. 115)

Segundo Karl Abraham⁶¹, em seu artigo “*Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins*”, a ambivalência que caracteriza a melancolia se deve a um desapontamento sofrido em relação ao objeto materno na fase oral pré-ambivalente. Esse desapontamento dá origem a uma forma de sensibilidade em relação aos processos primários de identificação. É importante enfatizar que a teoria de Karl Abraham influenciou vários pensadores que optaram por explicar a melancolia a partir do conflito entre instâncias psíquicas e de suas consequências psicológicas, abordando os fenômenos psicológicos predominantemente sob a ótica das relações objetais. De acordo com o autor, a depressão pode ser explicada pelas relações autodestrutivas oriundas do desequilíbrio entre o ego e o superego.

Fica evidente que o texto “Luto e Melancolia” é muito valoroso, e continua a servir de referência a inúmeros autores contemporâneos que vêm abordando os quadros depressivos, conforme veremos ao longo deste capítulo.

- **Considerações sobre a pluralidade do pensamento psicanalítico contemporâneo acerca das depressões e dos estados depressivos**

No artigo “Uma contribuição à psicogênese dos estados depressivos”⁶², Melanie Klein se baseia em casos *borderline* com traços paranoides e depressivos para abordar a paranoia e a mania. Seguindo as ideias de Karl Abraham, enfatiza a oralidade,

⁵⁹ DELOUYA, D. (2010). *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

⁶⁰ MEZAN, R. (2002). “O inconsciente segundo Karl Abraham”. In: MEZAN, R. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras.

⁶¹ ABRAHAM, K. (1912[1911]/2010) “*Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins*”. In: ABRAHAM, K. *Manie et mélancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Éditions Payot.

⁶² KLEIN, M. (1921-1945/1996). “Uma contribuição à psicogênese dos estados depressivos”. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

privilegiando as pulsões em sua dimensão endógena e constitucional, também se fundamentando na teoria das etapas de desenvolvimento libidinal.

Melanie Klein concorda com Freud e Karl Abraham e afirma que o processo fundamental da melancolia é a perda do objeto amado e sua introjeção canibal, responsável pelo desaparecimento do objeto bom. Quando a introjeção não é realizada de maneira normal, conduz à melancolia. A introjeção normal diz respeito à capacidade de introjetar os aspectos bons do objeto; já a introjeção canibal é a do objeto destroçado, destituído de valor, com o qual ocorre a identificação – por isso o deprimido chora e se acusa de haver destruído o mundo. O melancólico devora o seu objeto, mas, ao mesmo tempo, teme ser por ele devorado. Ao fim, parece introjetar apenas o devorar e o ser devorado – como possibilidade na relação com o outro. A autora estabelece que a diferença entre a paranoia e melancolia é o objeto da angústia: a de ser destruído pelo objeto mau na paranoia, que teria sempre um caráter mais persecutório, e a de ter destruído o objeto bom na melancolia, também com presença da angústia persecutória.

Também Otto Fenichel,⁶³ médico e psicanalista vienense, contribuiu significativamente para o estudo das depressões. Em “Teoria Psicanalítica das neuroses”, assevera que o mecanismo de formação dos sintomas da depressão é o mais frequente e o mais problemático entre as psicopatologias, e diferencia uma depressão severa de uma depressão ligeira. O autor considera que a segunda ocorre em quase toda neurose sob a forma de sentimentos neuróticos de inferioridade, caracterizando-se por antecipações de um estado de ameaça de falta de provisões narcísicas, com fins de advertências. Diante disso, as depressões neuróticas constituem tentativas desesperadas de forçar um objeto a fornecer provisões vitalmente necessárias, pois a afeição dos objetos externos torna-se essencial para se opor ao superego acusador. Consideradas mais simples, essas depressões são caracterizadas por sentimentos de culpa e medo do abandono do superego, como defesa contra os impulsos instintivos. Em grau mais elevado, dentre todos os sintomas, a depressão é o mais terrível no tormentoso estado psicótico da melancolia.

Já a depressão severa, ainda segundo Otto Fenichel, se caracteriza por um estado em que o indivíduo dependente oralmente de provisões externas, ocorrendo quando lhe faltam provisões narcísicas vitais ou quando se produz uma perda verdadeira, e a ambivalência em relação aos objetos externos permanece visível; a luta interna é

⁶³ FENICHEL, O. (1946/1998). *Teoria Psicanalítica das neuroses- Fundamentos e bases da doutrina psicanalítica*. São Paulo: Atheneu.

travada, então, em nível narcísico e, por isso, essas depressões são consideradas psicóticas. Os elementos psicodinâmicos em torno dos quais se estabelecem as depressões indicam fixações pré-genitais, em que se manifestam tendências a reagir a frustrações de forma violenta. Assim, a depressão se deve à fixação no estado em que a autoestima é regulada por provisões narcísicas externas, e a sentimentos de culpa que levam à regressão. A dependência oral do objeto leva o deprimido a obter provisões narcísicas por apropriação e submissão.

Otto Fenichel ainda escreve que a ambivalência extrema associada ao modo oral de relação objetal é a causa de uma importante incapacidade de amar e de obter satisfação. O autor afirma que o ser humano, em geral, necessita de certa quantidade de provisões narcísicas externas, que, ao cessarem, levam-no a cair em uma situação análoga ao do bebê que não é suficientemente assistido, uma condição de desamparo. De modo geral, diante de privação e frustração intensas, o ser humano tende a ficar apático, lentificado e desinteressado. Essa reação, em comparação à condição de desamparo, são modelos de depressões simples. Têm-se, ainda, estados transitórios entre as depressões simples e as regressões a um estado passivo de realização alucinatória de desejo, em que não se dirige exigências para o mundo externo, dando origem a estados extremos de catatonia, caracterizados por uma existência vegetativa, catatônica, passiva, quase anobjetal.

No que se refere aos psicanalistas contemporâneos, abordo alguns que trouxeram contribuições significativas para o campo das depressões e melancolia. São eles: Guy Rosolato, Jean François Allilaire, Roland Jouvent, Jean Laplanche, Julia Kristeva, Marie Lambotte, Jacqueline Amati-Mahler, Hugo Bleichmar, Elisa Cintra, Manoel Berlinck, Pierre Fédida, Daniel Delouya, Urania Peres, Maria Rita Kehl e James Strachey.

Em seu artigo “*L’axe narcissique des depressions*”, Guy Rosolato⁶⁴ destaca que os estados depressivos são os mais constantes na atualidade, advertindo que, por serem variados e complexos, demandam a necessidade de compreender sua organização numa perspectiva na qual predomine o eixo do narcisismo e suas relações entre culpabilidade e depressão. O autor aborda a depressão da perspectiva de um traumatismo inicial responsável por uma fenda narcisista, em que o objeto materno adquire significação

⁶⁴ ROSOLATO, G.(1975). “L’axe narcissique des depressions”. On: *Figure du vide*. Nouvelle Rev. Psychanalyse, n. II, Paris: Editions Gallimard.

fundamental. Entre as causas aparentes, considera fatos reais, lutos, separações e abandonos. Entretanto, o que se impõe, mais exatamente, é uma falha ao nível dos ideais: uma relação de objeto idealizada e privilegiada se acha rompida ou não pode prosseguir; diante disso, ocorre uma defasagem entre o ego ideal e a realidade, provocando o sofrimento específico da depressão. Isso ocorre na medida em que persiste uma exigência inflexível ditada pela rigidez do ego ideal narcisista diante das representações da realidade, que correspondem a um ideal de ego realista, e não estabelecem um acordo possível. O distanciamento, seja por exacerbação do ego ideal, seja por omissão, real ou imaginada, diante do objeto ou do ego, faz surgir a depressão e origina as acusações superegoicas. O autor ainda identifica na depressão a conjugação de três reações primordiais: o enlouquecimento, como uma forma de ruptura dos pontos de referência; a retirada, que é a própria depressão, e a busca de proteção matricial, em um espaço restrito.

A partir de sua observação clínica, Guy Rosolato se refere a duas formas fundamentais de depressões: a depressão simples e neurótica, e a melancolia psicótica – uma distinção que deve ser mantida por se apoiar em uma sintomatologia facilmente verificável. A depressão neurótica seria caracterizada por afetos de desprazer inseparáveis do conteúdo do pensamento, desinteresse, pessimismo, falta de esperança, tristeza, astenia, inibição, enfraquecimento vital e sentimento de inferioridade; para o autor, o termo depressão traduz o conjunto desses enfraquecimentos. Nesse tipo de depressão, é o desprazer que se coloca em primeiro plano.

Já na melancolia, considerada pelo autor uma organização psicótica e, portanto, delirante, a possibilidade de catástrofes é dissociada da realidade presente, e o sentimento de culpabilidade assume uma característica insistente e feroz, relacionada a crimes inexistentes. Sendo assim, na perspectiva de Guy Rosolato, a melancolia não pode ser resumida na fórmula de uma neurose narcisista, em função da retirada libidinal ser acompanhada de uma abordagem invasora e indireta do mundo objetal. O narcisismo seria encontrado, sobretudo, nas esquizofrenias hebefrênicas ou catatônicas, não se preocupando com nenhum objeto, nem mesmo com o próprio corpo, e levando à destruição do funcionamento psíquico. O autor reconhece, no mecanismo melancólico, uma tentativa de cura por meio do delírio, em comparação ao mecanismo da paranoia, o que o leva a considerar a melancolia uma “paranoia interiorizada”, em que o objeto introjetado e o superego tornam-se os polos de luta entre perseguidor e perseguido, colocando em cena a realidade psíquica alienada no objeto introjetado.

Por fim, Guy Rosolato baseia-se também no sentimento de culpabilidade para distinguir depressão e melancolia. Na depressão neurótica, o sentimento de culpabilidade é reprimido e inconsciente, estando ligado aos desejos edípicos; na melancolia psicótica, cujo mecanismo de base é a forclusão, a culpabilidade se converte no centro do delírio e se desloca para o real. Assim, as depressões são heterogêneas e devem ser diferenciados em estruturas neuróticas e psicóticas.

Em seu artigo “Um modelo biológico em psicopatologia: a lentificação depressiva como organização patológica da atividade”, Jean François Allilaire⁶⁵ considera que, na depressão, existe uma intrincação de fatores psicológicos e biológicos, sendo que a predominância de um ou outro levou vários autores a distinguir depressão endógena e exógena. No entanto o autor considera o ponto de vista da unidade dos estados depressivos, e constata na depressão uma reação afetiva de base, assim como a angústia, caracterizada por uma experiência subjetiva universal do desenvolvimento humano, por meio da qual a pessoa procura dominar os conflitos, a frustração, a decepção e a perda.

Jean François Allilaire caracteriza quatro dimensões sintomáticas básicas entre os estados depressivos: o humor depressivo, caracterizado por sentimentos de tristeza, pessimismo e desespero; a lentificação psicomotora, caracterizada por fadiga, incômodo e incapacidade de realizar ações ou de reagir a estímulos; a constelação de autorrecriminação, desvalorização e culpa, que constitui a psicologia depressiva; e, finalmente, a síndrome física, que associa aos sintomas depressivos anorexia, insônia, hipossexualidade e perturbações circadianas. Entre essas classes sintomáticas, o autor destaca a lentificação, denominada por autores clássicos de estupor, como o fator que melhor caracteriza a depressão. Por fim, propõe que a depressão é uma resposta de valor adaptativo, caracterizada pelo estupor como uma atitude de petrificação; isto é, de redução da motilidade e lentificação das associações de pensamentos frente a sofrimentos resultantes de conflitos ou de sujeições a agressões endógenas ou exógenas, tais como as do estresse ou das experiências de perda. Assim, as depressões são compreendidas como estados defensivos, que têm uma base em comum, de origem biológica.

Em “Clínica da tristeza”, Roland Jouvent reconhece a tristeza como um sentimento unívoco e destaca que há um conjunto de estados clínicos que pertencem ao

⁶⁵ALLILAIRE, J-F. (1989). “Um modelo biológico em psicopatologia: a lentificação depressiva como organização patológica da atividade”. In: FÉDIDA, P. *Comunicação e Representação*. São Paulo: Escuta.

campo da psicopatologia, agrupados sob o termo estados depressivos. Considera a depressão uma das afecções da atualidade que é habitualmente confundida com tristeza, tédio ou aborrecimento. Assim, cita dois tipos de perturbações: a tristeza, em que o afeto depressivo está no centro do sofrimento do sujeito, e as condutas depressivas, nas quais está um conjunto de condutas na origem da realização de um comportamento patológico estável, que é subtendido por perturbações biológicas e psíquicas. Diante dessa definição, uma pessoa triste ou infeliz não está necessariamente deprimida; o deprimido, por sua vez, não costuma sentir tristeza. Segundo o autor, a depressão é marcada por uma ambiguidade fundamental entre fatores psicogênicos e biológicos, que são representados na distinção clássica entre depressão endógena psicótica e depressão exógena neurótica, diferenciação que, de seu ponto de vista, revela-se contestável.

Roland Jouvent estabelece a lentificação psicomotora como a principal característica da depressão, e a dor moral como sendo secundária. Diante disso, entende a depressão como uma afecção psicossomática, pois a lentificação psicomotora que a caracteriza é “uma resposta específica de base a uma perda, uma conduta que subtende e mantém o estado de sofrimento e desespero”.⁶⁶ (1989, p. 129). Com isso, o autor se insere entre os que consideram a depressão uma classe única de afecção.

Jean Laplanche, em suas “Problemáticas I – A angústia”, se refere à falta de consenso a respeito dos estados depressivos no meio psicanalítico, e propõe referir-se à noção de campo das depressões:

Esse campo geral da depressão gera problemas sobre os quais até hoje não se chegou a um consenso: unidade ou heterogeneidade desse domínio desde suas formas de aspecto normal, desde as depressões “justificadas”, passando pelas depressões neuróticas, até a melancolia, que se concorda, em geral, em designar por psicose.⁶⁷ (1987, p. 293).

Diante disso, Jean Laplanche considera as contribuições freudianas sobre a melancolia como sendo aportadas, de modo geral, ao campo das depressões – independente dos pontos de vistas adotados em relação à unidade ou à heterogeneidade desses estados depressivos. E ao realizar uma revisão comentada do artigo “Luto e melancolia”, utiliza o termo “depressão melancólica” para se referir ao quadro de

⁶⁶ JOUVENT, R.(1989). “Clínica da tristeza”. In: FÉDIDA, P. *Comunicação e Representação*. São Paulo: Escuta.

⁶⁷ LAPLANCHE, J. (1987). *Problemáticas I: A angústia*. São Paulo: Martins Fontes.

depressão particular estudado por Freud, que se baseia nos delírios de observação dos paranoicos e esquizofrênicos.

Para Jean Laplanche, a posição de Freud é unívoca e plurívoca, uma vez que, a cada tipo de depressão tratado no texto – melancolia, luto e luto patológico –, acrescenta-se um elemento suplementar em relação à depressão mais simples que lhe serve de base. Mas é preciso considerar como relevante o fato de Freud ter conservado uma denominação específica para a melancolia, a neurose narcísica, o que a situa na linha entre a neurose e a psicose.

Há ainda que citar outra complexidade do campo da depressão observada por Jean Laplanche - a da heterogeneidade dos afetos em questão, o que o leva a distinguir o luto, ligado à perda do objeto, da depressão de inferioridade, caracterizada por sentimento de incapacidade, de inadequação e não valor, e da melancolia, que ele considera uma depressão de culpabilidade, caracterizada por autoacusação. O autor considera a melancolia uma depressão de culpabilidade, seguindo a observação de Freud, que inclui sentimentos de inferioridade também na melancolia, remetendo-os ao elemento narcísico de sua etiologia. Em “Luto e melancolia”, Freud parece relacionar o luto patológico a uma forma de depressão de culpabilidade mais próxima da neurose obsessiva, e não da melancolia, que aparenta estar mais associada à inferioridade e ao narcisismo.

Como se pode notar, são essas questões que levam às diversas interpretações, não apenas da posição freudiana, mas dos estados depressivos de modo geral. Assim, mais adiante, ainda em sua análise de “Luto e melancolia”, Jean Laplanche afirma que a melancolia “é tomada por Freud no sentido muito preciso, psicopatológico, da psicose – essa melancolia que frequentemente se observa alternando-se com o estado maníaco na chamada psicose maníaco-depressiva ou cíclica”.⁶⁸ (idem, p. 297). Para o autor, a autoacusação da melancolia revela o seu problema central, o de um delírio moral, centrado na questão da culpabilidade, chamado por Freud de delírio de pequenez, que eclode em função de uma perda moral. Em outro momento, Jean Laplanche afirma que “é no aspecto narcísico que Freud insiste, em contraste de Melanie Klein que abordará mais detalhadamente o aspecto ambivalente do vínculo”.⁶⁹ (idem, p. 299).

Jean Laplanche considera o mecanismo melancólico a partir do texto freudiano, em que o objeto perdido na melancolia é bom e mau ao mesmo tempo. Ainda que o

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ *Ibidem*.

aspecto bom predomine na relação amorosa ambivalente, no momento de sua perda ele é clivado e introjetado sob uma forma única, a de um objeto mau. Frente a isso, o autor considera que todo objeto perdido é um objeto mau, por aludir à falta da mãe. A perda desperta sentimentos ambivalentes por ser sentida como uma falta do objeto. Sugere ainda que, na maioria das vezes, a perda na melancolia é uma perda parcial, escondida, inconsciente, em suma, uma perda da parte boa do objeto. Com isso, conclui que o objeto perdido do melancólico é danificado e privado de sua parte boa, aspecto que o tornava, para o sujeito, um objeto narcísico. Tal objeto danificado reduz-se, assim, à sua parte má, introjetada no ego e que serve para estabelecer um conflito entre este, julgado como mau, e o superego – a instância julgadora e punitiva.

Assim, Jean Laplanche apresenta uma interpretação do texto freudiano que não corresponde bem ao que Freud propôs. Além disso, se posiciona a favor da heterogeneidade dos estados depressivos, diferenciando-os entre depressão simples, culposa, de inferioridade e melancolia psicótica.

Em “Sol negro – Depressão e Melancolia”, Julia Kristeva aborda o tema dos estados depressivos ressaltando a problemática que os envolve e admitindo a distinção fenomenológica entre melancolia e depressão. A autora chama de melancolia a sintomatologia psiquiátrica “de inibição e de assimbolia, que, por momentos ou de forma crônica, se instala num indivíduo, em geral se alternando com a fase, dita maníaca, da exaltação”.⁷⁰ (1989, p.16), enquanto que “quando os dois fenômenos, do abatimento e da excitação, são de menor intensidade e frequência, podemos então falar de depressão neurótica” (idem, p. 16). Mesmo diante dessa distinção, a autora entende que a depressão e a melancolia têm um núcleo comum, cujas diferenças recaem na intensidade da sintomatologia. Assim, o termo melancolia é comumente reservado, em psiquiatria, à patologia que necessita de antidepressivos e que é considerada irreversível. Embora não recuse a diferença clínica e nosológica entre a depressão e a melancolia, assim como dos estados de tristeza passageira e de luto, Julia Kristeva ressalta que tais estados se apoiam indistintamente na intolerância das experiências comuns de perda do objeto e na modificação dos laços significantes, sendo então, em seu âmago, indistinguíveis – o que a leva a abordar a melancolia e a depressão não a partir de suas particularidades, mas considerando sua estrutura comum. Frente a isso, a

⁷⁰ KRISTEVA, J. (1989). *Sol Negro - Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Rocco.

autora propõe que os termos melancolia e depressão designem um conjunto que se pode chamar de “melancólico-depressivo”, cujos limites são, na realidade, muito imprecisos.

Julia Kristeva afirma que a teoria freudiana reconhece a diferença entre depressão e melancolia, e revela um luto impossível do objeto materno em suas bases. Segundo seu ponto de vista, a melancolia-depressão tem como fundamento a tristeza que envolve o bebê diante da separação sem retorno de sua mãe. Tal separação o leva a tentar reencontrar a mãe, assim como outros objetos de amor, inicialmente em sua imaginação e, mais tarde, nas palavras. A perda, o luto e a ausência desencadeiam o ato imaginário e o nutrem permanentemente, tanto quanto o ameaçam e o danificam. A melancolia esconde sua agressividade contra o objeto de seu luto, constituindo-se, então, em um obscuro corolário do estado amoroso. A autora chama a atenção também para o que caracteriza esse aspecto agressivo da melancolia, o denominado canibalismo melancólico, uma forma de relação objetal baseada no desmentido da realidade da perda. O canibalismo melancólico se manifesta diante da angústia de perder o outro, com a finalidade de fazer sobreviver o ego abandonado, implicando em uma não separação do objeto perdido por meio de sua devoração – mecanismo que implica em fragmentação esquizoide, isto é, em um objeto perdido fragmentado, retalhado, cortado, engolido e digerido.

Ao lado dessa depressão ambivalente, Julia Kristeva atenta para outra modalidade depressão reconhecida entre diversos autores na psicanálise: uma depressão narcísica, que não se caracteriza por um ataque secreto contra o objeto amado e sentido como hostil, mas que teria suas bases sobre um ferimento narcísico não simbolizável muito precoce, ao qual não pode ser relacionado nenhum agente externo. Embora faça alusão à depressão ambivalente e à narcísica, a autora entende que cada uma delas revela uma face de um mesmo fenômeno fundamental. Finalmente, considera que o afeto depressivo é uma defesa contra a fragmentação. A tristeza, o humor depressivo, reconstitui uma coesão afetiva do ego, que reintegra a sua unidade no invólucro do afeto: “o humor depressivo é constituído como um suporte narcísico, certamente negativo; mas que oferece ao ego uma integridade, mesmo que não seja verbal”⁷¹ (idem, p. 25) - diante disso, “o afeto depressivo substitui a invalidação e a interrupção simbólica ao mesmo tempo em que protege contra a atuação suicida”. (idem, p. 25). Deste modo, a melancolia, seja ela oriunda de falha dos objetos primários ou de

⁷¹ *Ibidem.*

fragilidade biológica, situa a interrogação dos psicanalistas na encruzilhada entre o simbólico e o biológico. Assim, considera a depressão a partir do ponto de vista de uma unidade, tendo um núcleo comum.

Em seu livro “*Le discours mélancolique*”, Marie Lambotte afirma que, em nossos dias, a melancolia se constitui em uma afecção difficilmente definível e classificável, tanto do ponto de vista da psiquiatria, quanto da psicanálise, “tanto no que concerne à especificidade de sua entidade, quanto ao que concerne ao registro nosográfico de sua classificação”.⁷² (p. III). Diante dessa constatação, afirma que, do ponto de vista da psiquiatria, existe uma confusão entre a melancolia e a psicose maníaco-depressiva, responsável por manter o enquadramento da melancolia na categoria das psicoses.

Ainda segundo Marie Lambotte, considerar a melancolia uma psicose colabora para manter o modo banal de aproximação dessa afecção, ao mesmo tempo em que não contribui para a progressão de sua compreensão. Devido ao caráter movediço do conceito e da variedade de seus sintomas, considera que a melancolia caiu na ambiguidade diagnóstica. E em termos fenomenológicos, identifica casos melancólicos unipolares, sem mania, estados melancólicos sem delírios e casos graves de cronicização melancólica, como a síndrome de Cotard. A autora propõe o termo “figuras” para se referir às diversas apresentações dos estados melancólicos, considerando-as inteiramente distintas das psicoses – esquizofrenia e paranoia –, das psicoses maníaco-depressivas, das neuroses comuns e dos estados depressivos. Ademais, a autora diferencia depressão e melancolia, procurando mostrar que as duas pertencem a organizações psíquicas distintas.

A diferença entre a depressão e a melancolia pode ser notada por meio do discurso. Na depressão, os pacientes costumam identificar ocorrências reais que justifiquem seu sofrimento e a dirigir uma demanda, ao analista, de compreensão de sua origem; nesses pacientes verifica-se um horror diante do vazio psíquico, um vazio de significações. Já na melancolia, as abundantes queixas e autoacusações relacionadas à justificação do sofrimento vivenciado nessa afecção podem ser consideradas delirantes e caracterizadas por um discurso fechado, totalizante e negativista, sem possibilidade de inserção de qualquer cunho investigativo, que se manifesta em sentenças do tipo, “não

⁷²LAMBOTTE, M. C. (1993). *Le discours mélancolique*. Paris: Anthropos.

existe um sentido”, “não há nada na verdade”, “a verdade não existe” etc. Tal discurso produz, na transferência com o analista, uma relação de assimilação oral, o que atesta o caráter distintivo da melancolia em relação à depressão. Segundo a autora, a melancolia é uma estrutura psíquica inteiramente à parte, que não pode ser inserida nem na categoria das neuroses, nem das psicoses, devendo ser considerada na categoria particular das neuroses narcísicas – isso porque as noções de denegação e forclusão empregadas na definição das psicoses não parecem convir à elucidação da melancolia.

Marie Lambotte afirma que, na psicanálise, a definição da melancolia é imprecisa, sendo que a interpretação se limita à introjeção do objeto perdido, relativa a uma “pseudo-clínica do luto”. De acordo com a autora, embora o luto apresente uma tonalidade afetiva próxima à da melancolia, diante de uma mesma situação – a da desaparição de um ente querido ou da renúncia necessária a um projeto ou ideal – seus mecanismos psicológicos e seus modos de resolução são inteiramente diferentes; assim, aponta para a limitação do valor paradigmático do luto em relação à melancolia.

Diante dessas ressalvas, Marie Lambotte se debruça sobre o problema da definição da melancolia a partir da metapsicologia freudiana e da teoria lacaniana. Aborda, em seu trabalho, a questão essencial de como se constitui a estrutura psíquica melancólica em sua singularidade, e propõe hipóteses relativas à sua etiologia em função da elucidação de seus mecanismos psíquicos, da descrição dos sintomas e da análise dos discursos de seus pacientes. Dedica-se à compreensão da especificidade da estrutura melancólica, e de como seus elementos permitem legitimar a separação desta estrutura das outras psicoses – o que a leva a propor uma metapsicologia da melancolia. Afirma que sua abordagem da melancolia segue as pistas indicadas por Freud, que é considerar essa afecção a partir de seu traço distintivo e do problema da escolha da neurose. Segundo a autora, o modo essencial de abordagem da melancolia, para Freud, recaía sobre a escolha da neurose que, para ela, consiste em mais do que trazer à tona processos psíquicos inconscientes. Abordar a questão da escolha da neurose, no sentido freudiano, diz respeito a compreender o momento de emergência originária de determinada estrutura psíquica, isto é, o momento de sua constituição em torno da questão do trauma, considerado a partir de dois pontos: o processo defensivo da repressão diante do desejo e das consequências repetidas da efração das barreiras de contato. A especificidade da estrutura melancólica, para a autora, indica a ausência de representação do objeto perdido, mas sem, no entanto, configurar uma estrutura psicótica, pois a gênese da melancolia está assentada sobre um modo de deserção da

parte do Outro em relação ao sujeito, antes mesmo que seja possível considerar o objeto. Com isso, Marie Lambotte entende os estados depressivos como heterogêneos, podendo ser diferenciados, ao menos em depressão e melancolia, estruturas completamente distintas.

Segundo Jacqueline Amati-Mahler,⁷³ em seu artigo “*Mélancolie: folie, génie ou tristesse?*”, na literatura psicanalítica encontramos a maior parte do tempo o termo depressão e mais raramente o termo melancolia. A autora afirma que o termo melancolia se acha atualmente substituído, na maioria dos textos psicanalíticos, por aquele mais geral de depressão, em que a significação praticamente perdeu sua especificidade psiquiátrica e psicanalítica clássica. Salienta, ainda, que o termo depressão, no contexto atual, é empregado indistintamente para designar estados de espírito, estados afetivos, a passividade ou inatividade, sentimentos nostálgicos, o sofrimento psíquico, a tristeza e assim por diante. Considera que a descrição que Freud propôs da melancolia como uma forma de patologia do luto, em “*Luto e melancolia*”, corresponde à psicose maníaco-depressiva clássica.

Jacqueline Amati-Mahler aponta que a depressão, tal como a angústia, é uma experiência subjetiva que faz parte integrante do desenvolvimento humano e do controle do conflito, da frustração, da decepção e da perda. Ao mesmo tempo, mais uma vez como a angústia, a depressão não deve ser considerada somente como uma experiência afetiva de variedade psicológica geral. Ela é igualmente o principal sintoma de uma síndrome clínica regressiva, grave, característica e bem definida que encontramos em todo campo da psiquiatria clínica. Para a autora, atualmente são reagrupados em uma mesma categoria e tratados com os mesmos medicamentos antidepressivos um conjunto de psicopatologias diferentes e, entre elas, diversos tipos de depressão. A autora identifica uma tendência que faz parte de nossa cultura atual, a de recorrer a soluções rápidas, evitando tentativas de investigação mais precisas de diferenças tanto conceituais quanto clínicas, que poderiam tirar proveito de abordagens psicanalíticas ou psicoterapêuticas distintas, associadas ou não a um tratamento psicofarmacológico. A este respeito, insiste, é importante nos dedicarmos a compreender em que ponto nos situamos quando nos referimos à melancolia ou à depressão.

Diante do exposto, Jacqueline Amati-Mehler sugere distinguir: (1) a depressão como sintoma, presente em numerosas situações, ou como um estado afetivo; (2) um

⁷³ AMATI-MEHLER, J. (2004). “*Mélancolie: folie, génie ou tristesse?*”. On: *Revue Française de Psychanalyse, Le spectre de la dépression*. N. 4, tome LXVIII.

mecanismo melancólico empregado para descrever a ambivalência e a culpabilidade, seguidas de hostilidades dirigidas contra si mesmo, independente da situação psicopatológica específica; e (3) uma síndrome psicopatológica específica, chamada melancolia, se referindo à descrição freudiana do luto patológico associado a alterações tópicas e estruturais do ego, e apresentando um conjunto de manifestações específicas. Ainda que sejamos confrontados com a depressão profunda, este estado afetivo não deveria levar a dissolver a especificidade da melancolia – a psicose maníaco-depressiva – no atual caos conceitual das depressões. De acordo com a autora, os conceitos pós-freudianos de diferentes formas de representação do *self* e de objetos fusionados ou separados e a organização complexa do ego complicam a compreensão da melancolia e seus diferentes tipos, independente do fato de que distintas formações patológicas têm em comum sintomas idênticos. Permanece a necessidade de continuar a explorar e desenvolver uma melhor conceitualização da identificação, no quadro das teorias, a respeito da organização psíquica precoce, que não permite a diferenciação do objeto objetivo e do objeto subjetivo, a respeito dos quais tratam Mahler, Greenacre, Donald Winnicott e outros.

Assim, embora diferencie depressão da melancolia, a autora não chega a propor efetivamente uma teoria que dê conta de tal distinção – realizada, ao que parece, a partir da fenomenologia dos quadros clínicos, em detrimento de sua etiologia.

Hugo Bleichmar⁷⁴, em “Depressão – um estudo psicanalítico”, recorre ao termo melancolia para nomear as psicoses, e à depressão para nomear a psicopatologia em neuróticos. Entretanto, considera tanto uma quanto a outra como fenômenos depressivos, destacando a questão da perda como a condição de produção desses estados. Para o autor, o que Freud postulou em “Luto e melancolia” foi que, em todos os estados depressivos, os indivíduos afetados sentem que algo se perdeu; trata-se de um estado no qual um desejo se apresenta como irrealizável.

Em seu primeiro trabalho sobre os estados depressivos, Hugo Bleichmar leva em consideração tanto os aspectos narcísicos quanto os ambivalentes, propondo uma divisão dos estados depressivos em “depressão narcísica”, “depressão culposa” e “perda simples” – esta última mais próxima do luto. A depressão narcisista seria o resultado de uma tensão entre o ego e o ideal de ego, a depressão culposa, o resultado de se sentir

⁷⁴ BLEICHMAR, H. (1983). *Depressão – um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

responsável por um mal causado ao objeto de amor, e a perda simples se deve ao processo de luto que envolve a perda de um objeto de amor.

Anos depois, Hugo Bleichmar volta a sustentar suas ideias sobre a depressão, e destaca que a essência dos estados depressivos reside nos sentimentos de impotência e desesperança para a realização de um desejo no qual o indivíduo se encontra intensamente fixado. Diante da condição em que o desejo é sentido como irrealizável pelo sujeito, muitos processos psíquicos entram em operação dando origem aos estados depressivos diversos, mesmo que de maneira breve. No entanto, tanto na depressão (em que imperam os sentimentos de vazio), quanto na melancolia (em que imperam culpa e autodesvalorização), o desejo sentido como irrealizável revela uma questão narcísica – uma preocupação do sujeito com sua autoavaliação. No que o autor denomina depressão narcisista, há um desejo de identificação absoluta com o ideal, sempre inalcançável; desejo irrealizável que leva o sujeito a situar-se no extremo negativo desse ideal. Entretanto, o autor assinala que, mesmo na depressão culposa – em que a preocupação gira em torno do estado do objeto, de seu sofrimento ou de ter causado um dano ao mesmo –, é a imagem de si que está em questão. O sentimento de culpa traz em si uma autorrepresentação do sujeito como mal, agressivo, indigno; enfim, incapaz de satisfazer os ideais de bondade absoluta. Isso mostra que os sentimentos de culpabilidade se caracterizam por um duplo componente, a saber, uma preocupação pelo objeto e uma preocupação pelo valor do sujeito (narcisismo). Assim, o autor acaba por sugerir que o narcisismo é o elemento comum dos estados depressivos.

Ainda segundo Hugo Bleichmar, a melancolia foi definida por Freud como uma reação à perda, ou seja, como essa perda é significada, quais fantasias inconscientes e pensamentos conscientes organizam a maneira como a perda é sentida pelo sujeito. No entanto, a noção de perda deve ser ampliada para todas as vivências que provoquem, no sujeito, sentimentos de impotência e desesperança para a realização do desejo. São vivências impactantes de perdas reais ou psíquicas, que se fazem acompanhar por sentimentos de impotência, frustrações, incapacidade para realização e desamparo (BLEICHMAR, 1983). Para o autor, o artigo “Luto e melancolia” inaugura a compreensão dos transtornos depressivos para além da descrição e enumeração dos sintomas, encontrando uma condição básica entre os distintos tipos de depressão, caracterizada como uma reação à perda real, ideal ou imaginária de um objeto. Assim, as contribuições de Freud devem ser ampliadas para contemplar as depressões.

Para a construção de sua teoria, Hugo Bleichmar não se limita, apenas, à teoria freudiana, utilizando as teorias de Melanie Klein e de Kohut. Deste modo, permanece aberta a tarefa de explicitar teoricamente as possibilidades dessa ampliação a partir da própria teoria freudiana.

Elisa Cintra, em seu artigo “Pulsão de morte e narcisismo absoluto: estudo psicanalítico da depressão”, chama atenção para os aspectos que considera mais interessantes na teoria kleiniana: a oscilação entre a posição esquizo-paranoide e a posição depressiva. Segundo a autora, o mais patológico da melancolia é justamente o fato de os polos – maníaco e deprimido – serem cindidos e impossibilitados de fazer uma transição entre partes dissociadas. “O desejo de perfeição representado pelo polo maníaco nasce da angústia de desintegração psíquica, no entanto por ser decorrente de formação superegoica arcaica, faz exigências contraditórias e impossíveis de atender”.⁷⁵ Os pacientes que não conseguem sair desta posição de clivagem e dissociação do Eu não conseguem entrar em contato com a dor de suas perdas e elaborar a posição depressiva. Os deprimidos não conseguem fazer o luto e aceitar a perda da onipotência infantil, tentam evitar a experiência da perda, negando a dependência e a importância dos objetos.

No artigo “A clínica da Depressão: questões atuais”, Manoel Berlinck e Pierre Fédida afirmam: “Hoje, o denominado melancolia passa a ser nominado depressão, conservando uma indistinção reveladora de grandes dificuldades em se estabelecer diferenças específicas entre essas manifestações”.⁷⁶ (2002, p. 74). A respeito da abordagem freudiana dos estados depressivos, os autores afirmam que Freud, em seus trabalhos, dedicou sua atenção à melancolia, fazendo pouquíssimas referências à depressão. Consideram que, em “Luto e melancolia”, teria estabelecido uma nítida diferença entre depressão e melancolia, embora não esclareçam como percebem tal distinção no artigo freudiano; sugerem que essa diferença é estabelecida tomando o luto como o paradigma da depressão e a melancolia como o paradigma das neuroses narcísicas.

Assim, a depressão é entendida pelos autores em comparação ao luto, sendo vista como um estado muito primitivo deste, cuja manifestação se encontra ausente de culpa. Nesse sentido, ainda segundo os autores, a depressão é definida como um estado

⁷⁵ CINTRA, E. M. de U. (2000). *Pulsão de morte e narcisismo absoluto: estudo psicanalítico da depressão*. Tese de doutorado. PUC SP.

⁷⁶ BERLINCK, M. T; FÉDIDA, P. (2002). “A clínica da Depressão: questões atuais”. In: BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.

afetivo, enquanto a melancolia é considerada uma afecção psíquica específica, uma neurose narcísica, composta de conflito, culpa e depressão, e marcada por um “conflito intrapsíquico entre as instâncias do ego e superego implicando o sujeito na culpa”. (idem, p. 74). Essa distinção pode ser demonstrada, segundo os autores, por meio da ação dos medicamentos antidepressivos, os quais são muito eficientes no tratamento da depressão, mas não são antimelancólicos – trata-se de um limite que permite a observação de uma clara diferença psíquica entre a melancolia e a depressão, pois, ao realizar o tratamento com os antidepressivos, os pacientes curam-se da depressão, extinguindo-se a sintomatologia depressiva, mas permanecem os sintomas melancólicos.

Mas o que caracterizaria a sintomatologia depressiva, sobre a qual agem os antidepressivos? De acordo com Manoel Berlinck e Pierre Fédida, a depressão se manifesta por apatia, tristeza e sensações de impotência e desesperança. Sua principal caracterização é a letargia, a lentificação e a insensibilização da sensorialidade. Frente a isso, os autores definem a depressão como uma alteração da condição vegetativo-vital; assim, a letargia da sensorialidade é acompanhada de alteração no sistema vegetativo-vital, associando-se a uma série de manifestações somáticas.

Os autores chamam a atenção para o fato de que o fenômeno depressivo pode estar presente em diferentes estruturas: em uma neurose, psicose ou perversão. Consideram então prudente tomar a depressão como um estado que se manifesta em qualquer estrutura clínica e enfatizam, portanto, que a “depressão seria uma só, manifestando-se em diversas estruturas clínicas”.⁷⁷ (2002, p. 76). Todavia, não seria correto considerar a existência de vários tipos de depressão, uma depressão neurótica, uma depressão perversa ou uma depressão psicótica; a depressão pode se manifestar tanto em um caso de neurose obsessiva, quanto em um caso acentuado de esquizofrenia. Assim, além de distinguirem a melancolia da psicose, considerando a primeira uma neurose narcísica, também a diferenciam da depressão, a qual é abordada a partir de um ponto de vista unívoco.

Na mesma direção, Urânia Peres, em seus diversos trabalhos sobre os estados depressivos, afirma que os termos depressão e melancolia na psicanálise podem aparecer como sinônimos, mas podem também receber tratamentos diferenciados: depressão para as formas neuróticas da doença e melancolia para a forma psicótica.

⁷⁷ *Ibidem.*

Entretanto, a autora privilegia o uso do termo “melancolia” quando fala a partir da psicanálise, e “depressão” para designar sintomas.

Em seu artigo “Posfácil a Luto e melancolia”, Urania Peres considera que cada melancólico ou deprimido é permeado por uma série de traços particulares e alerta que “deveríamos dizer sempre: as melancolias, as depressões”⁷⁸ (2011, pp.123-24), em alusão à pluralidade de apresentações clínicas. Considera a dificuldade de definições em torno dos termos depressão e melancolia na psicanálise uma herança da psiquiatria, em que a distinção se fazia com dificuldade. No entanto, entende que o artigo “Luto e melancolia” não permanece na dualidade neurose-psicose, dando origem a uma terceira modalidade de formação psicopatológica que nos retira dessa dualidade empobrecedora.

Daniel Delouya, em seu livro “Depressão”⁷⁹, considera a univocidade do fenômeno depressivo, embora diferencie melancolia e depressão. Segundo o autor, o que alicerça a doutrina freudiana é o estabelecimento de um elo entre a psicopatologia e a genealogia psíquica, tendo os quadros patológicos servidos a Freud como um caminho para a investigação e compreensão do funcionamento do aparelho psíquico. Os quadros clínicos se configuram, na teoria freudiana, em termos de estruturas de sentido, inerentes ao universo psíquico, abrigando sentidos e expressando conflitos em jogo.

Diante do exposto, o autor nomeia as patologias depressivas em geral por “quadros depressivos” e lembra, sem compartilhar de tal ponto de vista, que estes são frequentemente associados às psicoses ou às patologias fronteiriças. Considera a depressão, ao lado da angústia e da dor fenômenos banais do viver humano, que se caracterizam pelo cessar dos afetos ou, em outros termos, constituem-se como os protótipos, as formas dos afetos. Frente a isso, a depressão, a dor e a angústia se manifestam de diferentes maneiras em todos os quadros clínicos.

Daniel Delouya comprehende a depressão como um fenômeno unitário, que pode se manifestar na vida normal e nos quadros de neurose e psicose. A univocidade da depressão é justificada a partir da teoria freudiana da angústia, na qual esta foi elaborada como um fenômeno unitário. Assim, a depressão e a angústia são fundamentalmente as mesmas, independente do quadro clínico. O autor concebe a depressão como fenômeno ou estado e afasta-lhe qualquer possibilidade de ocupar um lugar de quadro psicopatológico, como a histeria e a neurose obsessiva; ainda que a depressão seja

⁷⁸ PERES, U. T. (2011). “Posfácil à Luto e melancolia”. In: FREUD, S. *Luto e melancolia*. São Paulo: cosac NAIF.

⁷⁹ DELOUYA, D. (2010). *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

caracterizada por uma expressão sintomatológica e uma morbidez que suscite a ideia de uma doença. A visão do autor é de que a depressão, enquanto preenchendo os requisitos de categoria de um quadro clínico, nunca chegou a fixar os pés no terreno psicanalítico.

No texto de 2002, Daniel Delouya⁸⁰ afirma que a depressão implica um caráter econômico que suprime e comprime, como algo que se refere ao viver e ao representável, considerando a essência desta afecção a redução da atividade. Baseado no modelo do esvaziamento, compressão e redução, o autor destaca que, em termos econômicos, a depressão se caracteriza como uma estase somática da economia psíquica; com isso, acaba por expressar o efeito econômico da subtração ou compressão libidinal. Quanto ao afeto e aos estados depressivos, estes fazem parte da condição humana e figuram entre os numerosos quadros clínicos. Assim, a depressão se expressa em impotência vital do agir e do fazer, bem como do sonhar e do pensar. Seus principais sintomas clínicos são, em diferentes graus: fadiga, astenia, tédio, tristeza, lassitude, enclausuramento, inércia etc. O interesse do autor é avaliar em que medida a depressão abriga dentro de si a possibilidade de uma elaboração e, com isso, aponta para uma função depressiva no aparelho psíquico, fundamental para a conservação do terreno psíquico.

Daniel Delouya enfatiza que a depressão e a melancolia não podem ser atreladas ou tomadas como equivalentes, uma vez que a melancolia diz respeito a um fracasso no momento de constituição da configuração simultânea do ego e do objeto; isto é, a um fracasso do estabelecimento das identificações primárias relacionadas à formação do ego, enquanto a depressão refere-se a uma perda de um espaço de gozo originário. O fracasso da conservação do objeto no seio do ego, tal como o processamento e a elaboração da ambivalência afetiva originária, compromete a formação de representação-coisas, situando a problemática da melancolia, a partir de Freud e Karl Abraham, no estágio ou momento constitutivo da configuração do objeto, ocorrendo conjunta e concomitantemente a do ego do sujeito.

Embora Freud nunca tenha aplicado essa teoria à depressão, mas antes à melancolia, Daniel Delouya afirma que a psicanálise moderna situa a sensibilidade depressiva nesse momento constitutivo do objeto e do ego que ocorrem simultaneamente. Desse ponto de vista, a depressão emerge na consciência de ser separado da mãe e da perda progressiva dela concomitantemente ao nascimento do

⁸⁰ DELOUYA, D. (2002). *Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro*. São Paulo: Escuta/Fapesp.

sujeito do ego e ao consequente reinvestimento de si. No entanto, insiste que esse modelo se aplica à melancolia e não à depressão, já que esta não se refere a uma perda de objeto, mas sim a um espaço originário de gozo. Assim, segundo o autor, a depressão deve ser compreendida em analogia à teoria freudiana da angústia de 1926, que considera o afeto da angústia uma reativação de uma expectativa diante do perigo, uma forma de preparação ou, mais especificamente, um sinal ante o perigo. Nessa perspectiva, a depressão pode ser associada ao trauma do nascimento, à prostração diante da perda de um espaço de gozo mítico e originário, cujo modelo do desamparo viria a corresponder a uma depressão originária fundamental no psiquismo (DELOUYA, 2002).

Em seus trabalhos sobre os estados depressivos, Maria Rita Kehl considera a melancolia e a depressão como estados distintos. A autora afirma que as “semelhanças sintomáticas produzem frequentemente confusões entre os diagnósticos da melancolia e depressão”.⁸¹ (KEHL, 2009, p. 196) e que, nos debates sobre o tema, assim como em suas pesquisas bibliográficas, “não é incomum encontrar certa confusão entre as características dos quadros depressivos e melancólicos, que chegam a ser abordados, indiscriminadamente, como se fossem a mesma coisa. Não são”.⁸² (idem, p. 40). Frente a isso, a autora mostra que as características depressivas do melancólico – negativismo, falta de ânimo e de autoestima, fantasias destrutivas, distúrbios somáticos, e outras manifestações de dor psíquica – podem ser parecidas, do ponto de vista fenomenológico, com as características sintomatológicas dos depressivos. Mas a semelhança fenomenológica entre a tristeza e o abatimento dos melancólicos e dos depressivos é manifestação de estruturas psíquicas diferentes. Enquanto, para Kehl, a melancolia é considerada uma estrutura psicótica, a depressão crônica e mais acentuada consiste em uma experiência subjetiva particular, distinta da depressão que acomete as neuroses.

Assim, Maria Rita Kehl considera uma importante diferença entre as depressões nas neuroses e a depressão como posição do sujeito, visto que a clínica do depressivo não é a mesma da neurose, o que a leva a propor uma diferença estrutural entre essas manifestações: “existe uma diferença estrutural entre ocorrências depressivas nas neuroses e a experiência daqueles que se dizem cronicamente deprimidos”.⁸³ (idem, p.

⁸¹ KEHL, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ *Ibidem*.

227). Argumenta, ainda, que a comparação com a melancolia sugere que o depressivo não seja um psicótico, ao passo que, nas neuroses, ocorrem episódios depressivos que se confundem com a depressão, mas não equivalem a ela: “devemos diferenciar as ocorrências depressivas, na neurose obsessiva e na histeria, da depressão como posição do sujeito”. (idem, p. 202). Diante disso, considera que é “importante abrir espaço, no terreno da psicanálise, para outro entendimento a respeito daqueles que, excluídos do diagnóstico da melancolia, se apresentam ao psicanalista como depressivos crônicos”. (idem, p. 203).

Etiologicamente, a estrutura melancólica advém do aborto da experiência inaugural de ser Um com o Outro, a partir da qual o ego deve se diferenciar, sendo que tal aborto se deve a uma mãe que se apresenta como morta. Assim, Maria Rita Kehl apresenta três fatores que apontam para a hipótese de uma estrutura psicótica na melancolia:

- 1) A falta de objeto se inscreve precocemente como buraco no cerne do ser. Esse é o furo do psiquismo a que se refere Freud: faltou ao melancólico a marca da experiência de ter sido o falo, o significante da falta, para o Outro;
- 2) na melancolia, a questão do sujeito é com o Outro, que não se apresentou em tempo ou se retirou cedo demais, impossibilitando a identificação fálica que marca a experiência dos sujeitos não melancólicos antes que eles, forçosamente, a percamb;
- 3) o Nome-do-Pai, na melancolia, está foracluído, já que não se inscreve no discurso da mãe.⁸⁴ (KEHL, 2009, p. 201).

Como se pode notar, a autora se situa em uma perspectiva lacaniana para abordar a melancolia, assim como os estados depressivos em geral. Considera, em comparação à melancolia, que, na depressão, a identificação fálica ocorreu, o que torna o depressivo marcado pela castração, embora esta não seja simbolizada. A castração, para os depressivos, diferentemente dos neuróticos, é motivo de dor narcísica e de vergonha – elementos que compõem a dor moral. Isso ocorre porque o depressivo se instalou na condição de castrado por covardia, para se esquivar da rivalidade fálica com o pai, e com seus substitutos ao longo da vida, permanecendo em uma condição imaginária da castração infantil daquele que nada pode.

Na visão de Maria Rita Kehl, Freud situa a melancolia próxima da esquizofrenia, como uma neurose narcísica, em oposição às neuroses de transferência. Segundo a autora, a teoria freudiana sobre a melancolia pode ensinar muito pouco ou quase nada sobre a clínica das depressões, pois a clínica da melancolia não esgota o campo das

⁸⁴ *Ibidem.*

patologias da tristeza. Assim, Maria Rita Kehl⁸⁵ considera que a discussão das depressões foge ao alcance freudiano. A autora afirma que a confusão existente no meio psicanalítico, entre os diferentes estados depressivos que são reduzidos à teoria da melancolia, deve-se ao fato de Freud não ter dedicado nenhum texto ao tema das depressões, enquanto “Luto e melancolia” trouxe uma contribuição decisiva e inovadora para a compreensão clínica da melancolia.

Diante disso, Maria Rita Kehl entende que “as noções de depressão, estados depressivos e psicose maníaco-depressiva não terminaram de ser resgatadas do campo exclusivo da psiquiatria para o da clínica psicanalítica”.⁸⁶ (2009 p. 40). Considera o fenômeno clínico tratado por Freud em “Luto e melancolia” aquele que correspondia, no campo da medicina psiquiátrica de sua época, à psicose maníaco-depressiva. Deste modo, Maria Rita Kehl considera que Freud conhecia a terminologia psiquiátrica da época e adotou o termo melancolia para estabelecer uma distinção entre a abordagem psicanalítica e psiquiátrica.

Conforme mostramos com este levantamento bibliográfico sobre a depressão e melancolia, há uma considerável falta de consenso e diversidade de pontos de vista entre os autores. No entanto, é possível afirmar que, independente das abordagens particulares e das diferentes definições, é consensual que o artigo “Luto e melancolia” trouxe contribuições primordiais para o campo das depressões na psicanálise, seja direta ou indiretamente.

As divergências refletem, de um lado, as diferentes correntes teóricas psicanalíticas, que mantêm explicações próprias para as depressões e, de outro, uma problemática a respeito da definição e etiologia que cerca o campo das depressões desde a antiguidade. Assim, os termos depressão e melancolia continuam a ser usados frequentemente até os dias atuais. Contudo, é possível identificar certa tendência em utilizar o termo melancolia para se referir a um tipo de psicopatologia mais grave, com graves sintomas de auto agressividade e/ou autodesvalorização, expressos em sentimentos de culpa e falta de autoestima. O termo depressão ficou mais comumente ligado às neuroses, podendo tanto ser considerado um estado puro, de estrutura particular - em que impera uma inibição generalizada e lentificação motora e psíquica ao lado de intensos sentimentos de vazio, e que se manifesta independente dos quadros

⁸⁵ KEHL, M. R. (2011). “Apresentação à Luto e melancolia”. In: FREUD, S. Luto e Melancolia. São Paulo: Cosac NAI.

⁸⁶ KEHL, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*.

psicopatológicos atuais -, quanto entendido como um afeto vital básico, que não recebe a categorização de entidade clínica particular (como a histeria, neurose obsessiva, síndrome do pânico, por exemplo), mas a de um afeto (em analogia com o afeto da angústia) que pode acometer estados neuróticos, psicóticos e perversos, cujos contornos clínicos estarão relacionados ao quadro clínico em que se manifesta.

No livro “Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro”, Daniel Delouya adverte que ainda hoje a distinção entre melancolia e depressão se faz com dificuldade e “permanece, neste fim de século XX, um problema teórico e clínico: definir precisamente o que são as entidades psicopatológicas melancolia e depressão, tanto na obra de Freud quanto no campo psicanalítico que o sucedeu”.⁸⁷ (2002, p. 36).

Para James Strachey⁸⁸, Freud empregava habitualmente a expressão melancolia para designar condições que hoje se descreveriam como depressão; outros autores afirmam sem ressalvas que a melancolia do texto freudiano corresponde a entidades clínicas que em nossa contemporaneidade são conhecidas como distúrbio bipolar - as antigas psicoses maníaco-depressivas. Assim, independentemente das questões imprecisas e polêmicas que cercam o tema das depressões na atualidade, como bem coloca Julia Kristeva, situamo-nos numa perspectiva freudiana: é sempre pensando a partir desse lugar como referência principal que buscamos compreendê-los. Do ponto de vista da psicanálise freudiana, as depressões se referem a formas de sofrimento psíquico que incluem, em maior ou menor grau, os sintomas apontados por Freud em “Luto e melancolia”, conforme citado anteriormente neste trabalho. Segundo o paradigma freudiano, as depressões guardam em seu âmago uma problemática narcísica e consistem em reações psíquicas a situações de perdas.

A partir de minha pesquisa, comprehendo que estados depressivos na neurose histérica se presentificam na dificuldade que o sujeito encontra de investir libidinalmente no mundo e nas coisas que o cercam com maior ou menor duração. Tal dificuldade se apresenta de diferentes formas, podendo ir de uma apatia diante do mundo até o desejo de sucumbir à própria vida, requerendo do analista a compreensão de que tal estado remete a um tempo que o sujeito precisa para a reconstrução e reorganização narcísica do seu vazio humano. Penso também o processo de análise

⁸⁷ DELOUYA. (2002). *Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro*.

⁸⁸ STRACHEY, J. (1996). Editor das obras completas de Freud em língua inglesa. Nota de tradução do texto *Luto e Melancolia*. FREUD, S. (1917[1915]/1996). *Luto e Melancolia*. ESB. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

bem-sucedida desses pacientes como uma analogia ao luto, que conseguiu encerrar fenômenos vividos ampliando-se para novas formas de viver.

A seguir, faço uma aproximação entre os pensamentos dos autores estudados neste capítulo, lembrando que, como bem destaca Ana Moreira no livro “Clínica da Melancolia”, “a bibliografia sobre o tema é fértil em afirmar a falta de consenso e a diversidade de definições”.⁸⁹ (2002, p. 76).

Melanie Klein concorda com Freud e Karl Abraham e afirma que o processo fundamental da melancolia é a perda do objeto amado e sua introjeção canibal, responsável pelo desaparecimento do objeto bom. Quando a introjeção não é realizada de maneira normal, conduz à melancolia.

Já Otto Fenichel diferencia depressão severa de depressão ligeira. Considerada mais simples, a segunda é caracterizada por sentimentos de culpa e medo do abandono do superego, como defesa contra os impulsos instintivos. Já a depressão severa é considerada psicótica. Nessa mesma linha de pensamento, Guy Rosolato se refere a duas formas de depressões: a simples e neurótica e a melancolia psicótica. Na depressão neurótica, o sentimento de culpabilidade é reprimido e inconsciente, estando ligado aos desejos edípicos; na melancolia psicótica, cujo mecanismo de base é a forclusão, a culpabilidade se converte no centro do delírio e se desloca para o real. Os autores compartilham o ponto de vista da existência do sentimento de culpa nas depressões.

Também Jean Laplanche considera a melancolia uma depressão de culpabilidade, que inclui sentimentos de inferioridade, os quais o autor remete ao elemento narcísico presente na etiologia do quadro. Hugo Bleichmar recorre ao termo melancolia para nomear as psicoses, e à depressão para nomear a psicopatologia em neuróticos. Assim, os autores compartilham o entendimento de que há um componente narcísico nos estados depressivos.

Urania Peres compartilha o ponto de vista de Hugo Bleichmar, ao afirmar que, na psicanálise, utiliza-se o termo depressão para as formas neuróticas da doença e melancolia, para a forma psicótica.

Jean Allilaire considera que, na depressão, existe uma intrincação de fatores psicológicos e biológicos. E para Roland Jouvent, a depressão é marcada por uma ambiguidade entre fatores psicogênicos e biológicos, que são representados na distinção

⁸⁹ MOREIRA, A.C. G.(2002) *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/Edufpa.

entre depressão endógena psicótica e depressão exógena neurótica. Os autores concordam com a existência dos fatores biológicos e psicológicos nos estados depressivos.

Julia Kristeva estabelece a distinção fenomenológica entre melancolia e depressão e propõe que ambos os termos designem um conjunto que denomina “melancólico-depressivo”, cujos limites são, na realidade, muito imprecisos. Embora faça alusão à depressão ambivalente e à narcísica, a autora entende que cada uma delas revela uma face de um mesmo fenômeno fundamental.

Tendo como referência a teoria lacaniana, Maria Rita Kehl entende a melancolia como uma estrutura psicótica e a depressão como uma posição do sujeito. Marie Lambotte estabelece a definição da melancolia a partir da metapsicologia freudiana e da teoria lacaniana, entendendo os estados depressivos como heterogêneos, podendo ser diferenciados em depressão e melancolia, como estruturas distintas. Baseadas na teoria lacaniana, as autoras entendem melancolia e depressão como estruturas psíquicas distintas.

Manoel Berlinck e Pierre Fédida definem a depressão como um estado afetivo, enquanto a melancolia é considerada uma afecção psíquica específica, uma neurose narcísica, composta de conflito, culpa e depressão, e marcada por um conflito intrapsíquico entre as instâncias do ego e superego, implicando o sujeito na culpa. Marie Lambotte, Manoel Berlinck e Pierre Fédida entendem a melancolia como uma neurose narcísica.

Também Jacqueline Amati-Mahler aponta que a depressão é uma experiência subjetiva que faz parte integrante do desenvolvimento humano. Para a autora, atualmente, é reagrupado em uma mesma categoria e tratado com os mesmos medicamentos antidepressivos um conjunto de psicopatologias diferentes, entre elas, diversos tipos de depressão.

Daniel Delouya nomeia as patologias depressivas em geral por “quadros depressivos”. Enfatiza que a depressão e a melancolia não podem ser tomadas como equivalentes, uma vez que a melancolia diz respeito a um fracasso no momento de constituição da configuração simultânea do ego e do objeto.

E, por fim, Elisa Cintra entende que os deprimidos não conseguem fazer o luto e aceitar a perda da onipotência infantil; tentam evitá-la, negando a dependência e a importância dos objetos.

No próximo capítulo, trago então três casos clínicos que me parecem ser quadros de histeria de conversão e estados depressivos. As pacientes apresentavam sintomas em comum: humor deprimido e ansioso, acompanhado por uma intensa angústia, fluxo acelerado do pensamento, sono alterado, dentre outros.

No caso de Teresinha, diante das perdas, ela não conseguia se abster da memória do perdido, e assim elaborar o luto. Também Melinda apresentava inibições sociais, com intensas sensações de inadequação e insegurança que se traduziam por vezes em condutas fóbicas, o que dificultava qualquer espécie de relacionamento amoroso. Assim, isolava-se do mundo mantendo-se em sua solidão interior, o refúgio para suas dores emocionais.

E por fim, Olga, que era acometida com frequência por dores no corpo, formigamento no lado esquerdo, além das constantes dores de cabeça, além da alergia nos dedos das mãos e pés, sintomas estes apresentados após a separação conjugal.

Vamos a eles.

CAPÍTULO IV – VOZES DA CLÍNICA

1. TERESINHA, A MENINA QUE CRESCEU

*O primeiro me chegou
como quem vem do florista:
trouxe um bicho de pelúcia,
trouxe um broche de ametista.
me contou suas viagens
e as vantagens que ele tinha.
me mostrou o seu relógio;
me chamava de rainha.
me encontrou tão desarmada,
que tocou meu coração,
mas não me negava nada
e, assustada, eu disse "não".*

*O segundo me chegou
como quem chega do bar:
trouxe um litro de aguardente
tão amarga de tragar.
Indagou o meu passado
e cheirou minha comida.
Vasculhou minha gaveta;
me chamava de perdida.
Me encontrou tão desarmada,
que arranhou meu coração,
mas não me entregava nada
e, assustada, eu disse "não".*

*O terceiro me chegou
como quem chega do nada:
ele não me trouxe nada,
também nada perguntou.
mal sei como ele se chama,
mas entendo o que ele quer!
Se deitou na minha cama
e me chama de mulher.
Foi chegando sorrateiro
e antes que eu dissesse não,
se instalou feito um posseiro
dentro do meu coração.*

Francisco Buarque de Holanda¹ (1977-1978).

A epígrafe que abre o capítulo, uma conhecida canção de Francisco Buarque de Holanda, fala de uma mulher, Teresinha, que busca no amor por um homem a realização de sua feminilidade. Assim como a paciente que aqui retrato, três foram as

¹ HOLANDA, F. B. (1977-1978). *Musica Teresinha*. Álbum “Na carreira”.

chances para isso, desde o tempo de menina até se tornar mulher, porém, nomeada por esse outro, o homem idealizado, e em busca do desejo de ser amada— traços identificados no quadro de histeria.

Como vimos, na conferência “Feminilidade” Freud constatou a existência de uma demanda de amor propriamente feminina e, mesmo nos anos finais de sua produção teórica, não obteve um esclarecimento para sua ideia de que, nas mulheres, o “ser amada é uma necessidade mais forte que amar”, (...) já que isso atua como uma “(...) compensação por sua inferioridade sexual original”.² (1933/1996, p. 131). Ferida no seu narcisismo, a mulher tem o seu amor próprio diminuído, buscando no amor e no amado aquilo que lhe falta. Nessa perspectiva, ser amada é o que vai reestabelecer seu amor próprio, elevar sua autoestima e dignificar seu ser no mundo.

Também Malvine Zalcberg, em “Amor paixão feminina”, ressalta que homens e mulheres não entram da mesma forma na relação sexual, já que “a mulher é uma fetichista do amor, é amante do amor, venera-o, exalta-o, carece dele e é, sem dúvida, sua refém”.³ (2007, p. 34). Por isso mesmo, perder o amor é uma tragédia feminina.

De fato, observo na clínica que uma parte das mulheres, diante da perda de um vínculo amoroso, apresenta um grande sofrimento psíquico com dificuldades para elaboração desse luto. Especificamente em Teresinha, posso inferir que tal dor se assemelhava à abertura de uma ferida, dilacerando o seu ser e retirando sua capacidade de investir no mundo externo. Por outro lado, inversamente a essa necessidade de amar, algumas trazem uma grande necessidade de serem lembradas e admiradas pelos outros, seja pela atividade laboral, intelectual, seja nos relacionamentos amorosos.

Observo também na clínica que a situação pendular em que as pacientes se colocam nos relacionamentos afetivos, ora ocupando o lugar de mulher que ama e ora da que é amada, pode ser vista como uma característica da histeria, em que a lógica se situa em ser fálico ou castrado. E, assim, ora ama como um ser potente e fálico, ora é amada como um ser frágil e impotente.

Para Hugo Mayer⁴, a histérica se encontra a meio caminho do Complexo de Édipo positivo e negativo - quando mais próxima do positivo, mais próxima estará da feminilidade; quando mais próxima do negativo, mais próxima estará das ligações mais primitivas de objeto.

² FREUD, S. (1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*. ESB. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago.

³ ZALCBERG, M. (2007). *Amor paixão feminina*. São Paulo: Elsevier.

⁴ MAYER, H. (1989). *Histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ambas as Teresinhas, a personagem da canção e minha paciente, tiveram então de elaborar questões relativas à perda de um vínculo amoroso, ao luto e ao narcisismo - temas que retomo aqui, lembrando que Freud compara o luto à melancolia e encontra no narcisismo a forma de compreender a diferença entre ambos.

1. A busca pela análise

No fundo do coração, entretanto, ela esperava que algo acontecesse. Como os marujos em perigo, ela passeava sobre a solidão de sua vida os olhos desesperados, procurando ao longe alguma vela branca nas brumas do horizonte.

Gustave Flaubert,⁵ (2011, p. 146).

O percurso analítico de Teresinha teve início há mais ou menos oito anos, quando, aos 19 anos de idade, a paciente me procurou, encaminhada pela médica psiquiatra. Fazia uso de medicamentos antidepressivos, e à primeira vista, parecia uma moça amedrontada. Vestia calça jeans e camiseta (roupa unissex), calçava sapatos baixos, tinha cabelos longos, presos, não usava brincos, pulseiras, nada que destacasse a feminilidade.

Teresinha estava com uma grave situação depressiva, o que pode acontecer no caso da histeria, segundo Maria Rita Kehl,⁶ pois decorre da “perda do amor”, questão fundamental para o histérico. O indivíduo busca uma forma para driblar a castração e, assim, oferece-se como objeto de amor para o outro. Procura, então, conservar-se no anseio de ser “tudo” para o desejo do outro.

De fato, a paciente trazia consigo as questões do fim de seu casamento, a traição, a culpa, o pecado, as visões, o abandono e, muito fortemente, um sentimento de menos valia, de inferioridade, de nojo de si mesma. Sentou-se na poltrona com a cabeça baixa, os ombros caídos, evidenciando a sua insegurança. Conforme Elisa Cintra são justamente as perturbações e o adoecimento que despertam a atenção do clínico e tornam necessário cuidar, no sujeito, “das marcas gritantemente presentes ou assustadoramente ausentes em seu corpo e em sua história, decorrentes das falhas e traumas vividos”.⁷ (2013, p. 68, grifos da autora).

⁵ FLAUBERT, G. (2011). *Madame Bovary*. São Paulo: Penguin.

⁶ KEHL, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.

⁷ CINTRA, E. M. de U. (2013). “André Green e o trabalho do negativo”.

No caso da histeria, a depressão advém como uma devastação profunda no ser, que pode fazê-la aproximar-se da melancolia. A tentativa de suicídio, por exemplo, pode ser uma última cartada, com a intenção de oferecer-se como “toda” ao outro. O desejo não é o de aniquilar-se, mas de revelar ao outro que a vida sem ele não tem sentido algum (KEHL, 2009). Portanto, as ocorrências depressivas na neurose podem ter maior ou menor duração ou intensidade, o que pode ser ilustrado pela queixa comum de alguns pacientes que se autodiagnosticam como possuindo depressão sem nenhuma investigação de especialista prévia.

Teresinha, então, retornou à casa de sua mãe; no entanto, diante da situação, chorava constantemente, não fazia higiene pessoal, sentia-se suja e pecadora. Certa vez, me disse: “Eu me sentia infeliz, muito infeliz”. Em casa, nos momentos de maior angústia, costumava ficar em posição fetal - queria voltar para a barriga da mãe, exprimia sentimentos de medo e insegurança, chegando a pensar em suicídio (atirar-se para fora de um carro em movimento).

Esse estado me faz pensar que se tratava de uma regressão ao estágio de magia gestual descrito por Sándor Ferenczi, ao qual me referi no capítulo 1. Segundo o autor, é a regressão a esse estágio do desenvolvimento do eu que justifica o mecanismo de conversão histérica.

Já Silvia Alonso e Mario Fuks lembram que a desilusão, o tédio e até a tentativa de suicídio configuravam aspectos depressivos presentes nas histéricas atendidas por Freud. Penso que, em Teresinha, o apego ao sofrimento, como se só nele pudesse encontrar o prazer (gozo masoquista), e a insatisfação do desejo erotizavam o seu sofrimento, do qual ela parecia não poder se separar, surgindo na forma de estados depressivos.

Os autores ressaltam, ainda, que, na histeria, a ambivalência em jogo na identificação com a mãe pode resolver-se numa identificação negativa caracterizada por um ódio a si mesma, lembrando o mecanismo melancólico. O “ódio moral” exprime tanto a decepção pela falta de uma identidade feminina como as rivalidades ligadas ao Édipo.⁸ (ALONSO e FUKS, 2004).

Teresinha, em alguns momentos, sentia-se perseguida, tinha alucinações, como a de ser estuprada, que remetiam à vivência com o marido violento, ou de que seria transformada em um animal (*macaca*); em outros momentos, imaginava estar com uma

⁸ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

doença infectocontagiosa (AIDS). Com frequência, perdia a consciência, não reconhecia os lugares em que estava e nem o que estava fazendo.

Essas manifestações da paciente me fazem lembrar relatos de casos de Freud, em “Estudos sobre a Histeria”. Anna O., enquanto cuidava de seu pai, alucinava uma cobra na parede e, quando a queria espantar, seus próprios dedos se transformavam em cobras⁹. Também Emmy, algumas vezes, tinha o rosto tomado por uma expressão de horror e repugnância; esticando o braço, gritava “Fique quieto! - Não diga nada! - Não me toque!”¹⁰ (FREUD, 1893-1895/1996, p. 83) - nesse momento, ela se encontraria sob o efeito de uma alucinação recorrente, e com essa fórmula protetora, mantinha afastado “o material o intromissivo” (idem, p. 83). Catarina, em cada crise de angústia, via um rosto horrível que a olhava, provocando intensa sensação de medo. Lucy sentia cheiro de farinha queimada. No caso Cecilie M., destaca-se o poder simbólico presente em seus sintomas conversivos, como por exemplo, uma dor no rosto surgida na briga com o marido, em que uma frase dele, “foi como uma bofetada no rosto”,¹¹ (idem, p. 199) teria encontrado uma expressão somática, surgindo uma alucinação que Freud caracteriza como ‘alucinação histérica’. “Nos estados em que a alteração mental se torna mais profunda, encontramos também nitidamente uma versão simbólica, em imagens concretas e sensações de estilos mais artificiais de linguagem”.¹² (idem, p. 202). De acordo com o autor, a paciente havia se queixado a ele de ser perturbada por uma alucinação em que Breuer e o próprio Freud estavam pendurados em duas árvores expostas lado a lado no jardim.

Vemos então que Freud aproxima conversão e alucinação, ao reconhecer que, quando se trata de histeria, ocorre a tradução de uma expressão simbólica em imagens e sensações; ao mesmo tempo, insiste na ideia de que não se deve desconhecer a importância do sensorial na determinação das conversões.

Assim, em Teresinha, o abandono ocupava a cena psíquica, como uma chaga aberta, que atraía toda a libido para si, levando ao desânimo, à suspensão do interesse pelo mundo externo, à inibição de toda atividade e à perda da capacidade de amar. “O

⁹ Serge André (1986), ao se referir às alucinações de Anna O., afirma que, quando aparece o “corpo organismo”, isto é, o corpo dessexualizado, que se figurabiliza com a imagem do cadáver, criam-se símbolos fálicos que tendem a recobri-lo; como as serpentes nos dedos que encobrem o braço amortecido.

¹⁰ FREUD, S. (1893-1895/1996). “Casos Clínicos”. In: *Estudos sobre a Histeria*. ESB. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

amor vira ódio de ter sido abandonado e desejo de abandonar e o objeto vira ao mesmo tempo Eu ideal/sádico e Eu denegrido/masoquista”.¹³ (CINTRA, 2011, p. 27).

Era assim que Teresinha me contava sobre o que sentia. Ela não poderia nem viver nem morrer, pois já “estava morta”, sugerindo um estado de falência melancólica. A perda da relação amorosa parecia ter reeditado um acontecimento traumático que, todavia, já comandava sua vida há muito tempo. O estado depressivo deflagrado após a separação continha uma sintomatologia variada: insônia, desinteresse geral pelo mundo e autoacusações, me remetendo à ideia de castração.

Retomando o que vimos anteriormente, Freud¹⁴ define a castração como um conceito estruturante da subjetividade, permitindo a passagem da relação imaginária com a mãe à relação ternária do Édipo. Para ele, a percepção da castração para as meninas preside a entrada no Édipo, pois elas renunciam ao amor pela mãe, que descobrem ser também castrada, voltando-se para o pai, portador do falo¹⁵ que tanto invejam. A menina abandonaria o complexo de Édipo lentamente.

Penso que, em Teresinha, os lutos mal elaborados ao longo de sua vida, tais como a separação dos seus pais, o afastamento de amigos, a perda do emprego, o rompimento com namorados e a impossibilidade de concluir o processo de elaboração dessas perdas resultaram em estados depressivos. De fato, no início do processo de desligamento, o sujeito resiste em se desprender do objeto perdido, mas, quando esse apego parece não ter fim, isso pode se tornar patológico. O abatimento do enlutado se assemelha, então, ao do depressivo, em que o corpo pode desabar - quando perde o ente querido, também perde o valor fálico que lhe conferia o lugar ocupado junto ao desejo do outro. Já no caso dos depressivos, a falta fálica é perceptível desde a infância.¹⁶ (KEHL, 2009).

Teresinha se submetia ao marido, de modo masoquista, que a julgava leviana; quando a relação se desfez, ela passou então a satisfazer a necessidade de punição no sofrimento despertado pelo seu sintoma.

¹³ CINTRA. E. M. de U. (2011). “Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir”.

¹⁴ FREUD, S. (1925/1996). *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*.

¹⁵“Apesar de ter introduzido aqui o conceito de falo, Freud não se preocupou em fazer uma clara diferenciação com o pênis, deixando no texto certa ambiguidade”. ALONSO, S. L.(2011). *O tempo, a escuta, o feminino*, p. 305.

¹⁶ KEHL, M. R.(2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.

Na conferência XXIII, “Os caminhos da formação dos sintomas”, Freud¹⁷ trata exclusivamente da formação dos sintomas na histeria. Para ele, os sintomas neuróticos são resultado de um conflito - duas forças antagônicas nele se reconciliam, e esse é o ponto responsável pela resistência em abandoná-lo. O sintoma é apoiado por duas forças antes em conflito. Deve haver, além disso, uma libido insatisfeita, repelida pela realidade, mobilizando também a formação sintomática e visando novas formas de satisfação. Diante de uma intransigência da realidade, resta à libido a via regressiva, buscando se satisfazer em organizações ou objetos, ambos já abandonados. A viabilidade da regressão é dada pela fixação. Ou seja, para que haja regressão, é preciso que a libido tenha deixado, ao abandonar os postos anteriores, parte do seu contingente. Essa regressão encontra, nos neuróticos, resistências por parte do ego, retirando-se então dessa instância e dirigindo-se a fixações recaladas. O investimento nessas fixações livra a libido da submissão às leis do ego para o domínio do inconsciente.

Na perspectiva freudiana, a libido se fixa nas atividades e experiências da sexualidade infantil, bem como nas tendências parciais e objetos ulteriormente abandonados. A intensidade de uma fixação pode ser determinada tanto pelo caráter traumático que uma experiência pode ter tido na época em que foi vivenciada, como pode ser dada a partir de um movimento regressivo da libido; ou seja, uma experiência casual ganha força com o efeito de uma ação *a posteriori*. Assim, entre uma “inibição do desenvolvimento” extrema e uma “regressão”, também extrema, há várias possibilidades intermediárias. Esse caráter ilimitado de possibilidade regressiva faz com que os neuróticos busquem a experiência de satisfação da libido em uma fase bastante precoce do desenvolvimento, o momento em que “eram felizes”. O sintoma então constitui-se como algo irreconhecível para o sujeito, que não dá conta da satisfação ali embutida, experimentando, na verdade, um sofrimento.

Como vimos anteriormente, Freud diz que isso é particularmente importante para a formação de sintoma na histeria – o que promovia a satisfação do sujeito em determinada época passa depois a causar repugnância e, consequentemente, resistência.

No caso de Teresinha, depois de algum tempo, a análise ainda girava em torno de seu sentimento de culpa. Certa vez, ela me contou: “Vejo-me presa ao passado, nas minhas vontades, me sinto culpada de não conseguir sair disso. São tantas culpas, a minha separação, não me sentir feliz, não ser livre”. Relatou-me então fragmentos de

¹⁷ FREUD, S. (1917[1916-17]/1996). Conferência XXIII - *Os caminhos da formação dos sintomas*. ESB. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.

um sonho em que estava amarrada e ia se jogar em uma fossa, associando-o à prisão ao relacionamento que findara por sua culpa. Fiquei pensando o que levara Teresinha a se autoflagelar. O que poderia levá-la a se ver de uma forma tão depressiva?

De acordo com Freud, a necessidade de alguns pacientes em se manterem em uma situação de sofrimento, conduzindo a um gozo masoquista, é ancorada em um sentimento de culpa que é mais adequadamente expresso por uma necessidade de punição. Mas de onde esta surge? Para o autor, essa necessidade advém de uma exigência do superego - como herdeiro do complexo de Édipo, ele representa a introjeção tanto dos “impulsos libidinais do id”¹⁸ (FREUD, 1924/1996, p.184) como do mundo externo representado pela projeção do desejo dos pais. Em o “O Ego e o Id”, Freud postula que a severidade do superego decorre de uma disjunção das pulsões, a qual, por seu turno, acontece em função de uma dessexualização advinda da identificação com o pai. De acordo com o autor, quando uma transformação desse tipo se efetua, ocorre ao mesmo tempo uma desfusão instintual. Assim, essa desfusão seria a fonte do “caráter geral de severidade e crueldade apresentado pelo ideal – o seu ditatorial ‘farás’”.¹⁹ (FREUD, 1923/1996 p. 67).

A constituição do superego é assim definida pela introjeção das figuras parentais que, por um processo evolutivo, vai se distanciando cada vez mais delas, que vão sendo substituídas por outras pessoas, chegando mesmo à impessoalidade, representada pela figura do destino. Segundo Freud, em decorrência da castração, o superego surge com base em uma identificação com um objeto que foi originalmente renunciado. Assim, a dissolução do Complexo de Édipo evidencia a simbolização da perda de um gozo, que só será recuperado através de objetos substitutos.

Nesse sentido, o superego, por meio das identificações, sinalizaria uma resolução adequada do complexo edípico. No entanto, ele poderá também se apresentar de uma forma imperativa, denunciando uma face de crueldade para com o ego. Essa vertente do superego encontra uma satisfação pulsional no masoquismo moral refletido em um sentimento de culpa, e, posteriormente, delimitado por Freud como necessidade de punição.

Em Teresinha, essa necessidade de punição revelava a presença de um gozo que insistia em ser satisfeito; me parece que esse gozo, que resultava num sentimento de

¹⁸ FREUD, S. (1924/1996). *O problema econômico do masoquismo*.

¹⁹ FREUD, S. (1923/1996). *O Ego e o Id*.

culpabilidade, correspondia àquilo que não fora inscrito na combinação Édipo e castração.

Como postula Freud, “através do masoquismo moral, porém, a moralidade mais uma vez se torna sexualizada”.²⁰ (FREUD, 1924/1996, p. 187). Sendo assim, o superego só poderá se unir a esse gozo compulsivo de forma regressiva mediante uma satisfação masoquista. É com base nisso que Freud anuncia que o masoquismo moral é a prova da existência de uma junção das pulsões. Por um lado, ele tem a função de ligar, na medida em que a busca da destruição de si equivale a uma satisfação libidinal; por outro, se origina da pulsão de morte e corresponde “à parte desse instinto que escapou de ser voltado para fora, como instinto de destruição” (idem, p. 188).

É na experiência analítica, segundo Freud, que reconhecemos a atuação dos efeitos da pulsão de morte. Assim, o superego, seja como representante do poder parental, seja como representante do poder demoníaco do destino, e com o objetivo de punir o ego, leva o sujeito masoquista a “fazer o que é desaconselhável, agir contra seus próprios interesses, arruinar as perspectivas que se abrem para ele no mundo real e, talvez, destruir a própria existência real” (idem, p. 187).

Se todo luto supõe uma reacomodação, um rearranjo narcisista, o de Teresinha foi construído tendo como base uma suposta aceitação da realidade da separação, que a fez descartar qualquer ilusão – falsa esperança, fé religiosa, droga de última geração. Contou-me que as alucinações ocorreram algumas vezes durante os momentos de maior angústia, quando foi expulsa de casa pelo ex-marido e voltou para casa da mãe.

As referências ao casal parental e à família de origem apareceram após algum tempo de análise. No início, todo seu investimento estava concentrado nesse luto impossível. Nada mais podia despertar seu interesse e nenhum outro personagem aparecia em seus relatos.

Aos poucos, Teresinha contou-me que tinha dois irmãos, uma menina e um menino caçula, sendo ela a mais velha. A mãe, dona de casa, e o pai, pintor, depois de dez anos, se separaram. Na época da separação do casal, Teresinha estava com nove anos - ela e os irmãos ficaram sob a guarda da mãe. Disse-me que percebia que seus pais possuíam uma relação distante e fria, quase não se falavam - ele se ausentava com frequência de casa. Naquela época, a mãe se ocupava com os afazeres domésticos e cuidados com os filhos. Seu pai abandonou a família para viver com outra mulher e

²⁰ FREUD, S. (1924/1996). *O problema econômico do masoquismo*.

logo teve uma filha. Teresinha desprezava a mãe que suportava as traições daquele homem e que, de algum modo, não garantiu que ele cumprisse seu papel junto aos filhos.

Assim, a histérica pode ser entendida como aquela que se encontra situada no meio do caminho do conflito edipiano, entre as identificações materna e paterna. Esse conflito estava presente em Teresinha - me parece que ela não tinha recebido dos pais um referencial que significasse sua própria diferença, a diferença feminina – ainda que ela aceitasse (forçosamente) a castração.

A respeito das identificações materna e paterna que se estruturam no fim da fase fálica, Freud postula que “a intensidade relativa das duas identificações em qualquer indivíduo refletirá a preponderância nele de uma ou de outra das duas disposições sexuais”.²¹ (1923/1996, p. 46). Após a travessia edípica, o resultado são identificações com ambos os genitores. Porém, na histeria, há um fracasso em termos de tais identificações, tornando-as frágeis. Penso que Teresinha havia se fixado no Complexo de Édipo, ao meio do caminho, porém com preponderância do negativo.

A relação com o pai desvalorizado e desprezado era bastante difícil; Teresinha não pôde construir um entendimento do que teria se passado com esse homem para abandonar sua família.

Sobre o pai da histérica, Hugo Mayer afirma: “Ele, ainda que aceite a lei, vê sua filha mais como menina-mulher do que como menina-filha, dando a entender, com esta conduta, que é possível uma relação incestuosa”.²² (1989, p. 87, grifo do autor).

Como consequência dessa figura parental constituída, tomada pela neurose histérica, a menina tende então a gravitar em uma equação na qual o desejo sexual é equivalente ao desejo incestuoso e, por isso, deve ser recalculado. E como corpo e psiquismo são indissociáveis, tem-se a possibilidade de formação de sintomas conversivos, caso haja falha no recalque.

Para Silvia Alonso e Mario Fuks, a menina se dirige ao pai em busca de completude e dignidade. Assim, seria esperado dele uma dignificação do feminino em vez da falicização da filha, já que a “incompletude presente na lógica fálica, ressignificada como diferença conduz ao feminino. A incompletude presente na lógica

²¹ FREUD, S. (1923/1996). *O Ego e o Id*.

²² MAYER, H. (1989). *Histeria*.

fálica, igualmente ao não valorizado, ao indigno, conduz ao modo de ver histérico”.²³ (2004, pp. 144-45).

Penso que Teresinha demandava do pai o reconhecimento de sua diferença, porém, ao receber a falicização e desconsideração por sua feminilidade, sentia-se rebaixada de valor, e isso a conduziu ao destino histérico.

Faço aqui uma breve digressão. Se é verdade que a histérica busca um parceiro que suplante seu pai, um mestre, é preciso que se diga também que esse pai de quem a histérica busca suplantar as falhas é aquele do plano da fantasia. Não se trata de buscar no pai real suas falhas, ainda que elas tenham de fato ocorrido. Isso fica a cargo da particularidade de cada história e não se pode submeter a uma descrição genérica.

Assim, o pai que Teresinha procurava num homem a quem pudesse servir era o pai do reino da fantasia, que, por sua insuficiência, não pôde oferecer à filha outra identificação senão a fálica.

Em “O Tabu da Virgindade”, Freud aborda a fixação libidinal nos objetos incestuosos e as consequências que essa fixação poderia trazer à mulher. Para o autor “o marido é, quase sempre, por assim dizer, apenas um substituto, nunca o homem certo; é outro homem — nos casos típicos, o pai — que primeiro tem direito ao amor da mulher, o marido quando muito ocupa o segundo lugar”.²⁴ (1918/1996, pp. 210-11).

A problemática identificatória presente na histeria facilita que a menina não se desligue da relação com o pai, impedindo também que encontre um substituto simbólico para ele. Acerca disto, Hugo Mayer escreve que: “a histérica às vezes aparece como a filha fálica de um pai muito poderoso, onipotente, e recria a situação dual anterior; com um acesso relativo à castração: o pai se transforma em um ajudante, ou ela em ajudante do pai”.²⁵ (1989, p. 97).

Com minha paciente Teresinha, suponho que as falhas do pai foram ressentidas pela filha; mas essas falhas foram também identificadas na relação do casal parental - a mãe de Teresinha assumia o papel de vítima na relação com o marido e filhos. Uma das saídas da histeria feminina é mascarar a falta do pai e decretar que o problema está na mãe, que não é a mulher de quem o pai precisa. A partir daí, ela buscaria, incessantemente, descobrir o que uma mulher deve ser para preencher a falta do pai. Missão impossível e repleta de riscos para aquelas que nela embarcam.

²³ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

²⁴ FREUD, S. (1918[1917]/1996). *O tabu da virgindade*. ESB. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.

²⁵ MAYER, H. (1989). *Histeria*.

Às vezes, me perguntava – o que teria levado Teresinha a se casar tão cedo com João? Suponho que, tal como a mãe, procurava no casamento a possibilidade de segurança e bem-estar, o que foi confirmado mais tarde, quando me revelou: “Não aceito o estado civil de divorciada, pois, com a separação, perdi também o conforto, a segurança, a confiança e o carinho; tal como ocorreu na época da separação de meus pais”.

Ao se referir à figura materna, Teresinha construiu a imagem de uma mulher devotada às tarefas do lar e que quase não se manifestava. Fiquei pensando qual seria a fantasia que Teresinha nutria sobre o casamento de seus pais.

As ausências maternas remetem a criança a um terceiro, o pai. Portanto, a possibilidade de simbolização dessa ausência está diretamente ligada à capacidade de a criança supor o desejo da mãe voltado a um outro. Assim, a mãe da histérica, denunciando a insuficiência paterna, torna essa operação mais complexa. É nessa “constelação estrutural que tentamos delinear a mãe-vítima que tentará obter de seus filhos aquilo que não encontrou em um homem”.²⁶ (ISRAËL, 1995, p.94).

A dificuldade para a histérica é situar-se diante das queixas maternas, vendo-se também encerrada em uma identificação fálica. O pai pode até ser admitido como aquele que tem o falo, aquilo que mobiliza o desejo da mãe, mas a histérica sente que o pai só o tem por tê-lo privado a mãe. A histérica restitui, assim, a possibilidade da mãe fálica e, consequentemente, a possibilidade de uma ligação intensa com a mãe a partir de uma identificação com o falo desta.

A esse respeito, Silvia Alonso e Mario Fuks advertem: “A histérica é filha de uma outra histérica que não conseguiu valorizar a sua própria feminilidade e, em consequência disso, teria transmitido à filha um sentimento de *menos valia* em relação ao corpo”.²⁷ (2004, p. 167, grifos dos autores). Desse modo, para a menina, no momento do reconhecimento da diferença sexual, esse sentimento dificultaria a aceitação da castração.

Assim, ela não consegue superar o temor que advém do perigo de perder o objeto; e, em vez de abandonar completamente a ligação com sua mãe fálica, a menina intensifica sua identificação com ela. É verdade que, conscientemente, Teresinha sabia que não perderia, necessariamente, o amor do objeto e nem que viera castrada ao

²⁶ ISRAËL, L. (1995). *A histérica, o sexo e o médico*. São Paulo: Escuta.

²⁷ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

mundo. Porém, as impressões mantidas no inconsciente, por meio do recalcamento, permanecem inalteradas.

Entendo que a mãe da histérica, por ser uma mulher ferida em seu narcisismo, pode solicitar que a filha ocupe o lugar narcísico que ela nunca conseguiu ocupar. Penso que Teresinha se identificou com esse lugar transmitido pela mãe e passou a buscar uma posição que pudesse sustentar sua falicidade.

Teresinha fazia referência ao que lhe fora possível captar, afetivamente, da relação de seus pais. No que diz respeito aos laços que os uniam, disse-me que nunca vira o casal trocar um carinho e que chegou a imaginar que eles não se amavam. Na época do casamento, a mãe estava grávida dela, o que a levou a supor que se uniram por obrigação.

Segundo Hugo Mayer, a estrutura psíquica da histérica propicia que ela fique aprisionada em um duplo vínculo: com a imago materna e a paterna. A mãe da histérica não demonstra ter aceitado de maneira satisfatória a sua própria castração, já que tende a se fundir com uma figura idealizada (que poderia ser a mãe, um filho ou um amante), a fim de buscar completude e evitar a castração. O autor complementa: “toda filha alguma vez quis substituir a mãe como companheira do pai. Porém, a mãe da histérica, com suas falâncias, estimula a fantasia, pois aparenta ser facilmente superável como mulher do pai”.²⁸ (1989, p. 97). Sendo assim, a menina que se tornará histérica tende a se confrontar, constantemente, com uma figura materna que apresenta falâncias e um pai que não consegue dignificar a feminilidade da filha.

De fato, Teresinha se referia ao pai como aquele que sempre estivera ausente, um homem que de nada servia para ajudar a família, nem sequer queria saber dos filhos. Teresinha sentia raiva desse pai, e para com a mãe nutria sentimentos ambivalentes - por um lado, sentia ternura por aquela mulher que cuidava dos filhos e por outro, raiva por não ter feito nada para manter seu casamento.

Em relação aos irmãos, Teresinha admirava a irmã, descrevendo-a como eleita a garota mais bela da cidade; já o irmão era visto como uma criança pacata que buscava o pai quando precisava. Os irmãos nutriam boas relações entre si e com o pai, exceto Teresinha, que preferia pouco contato com este: “Na adolescência sentia raiva do meu pai, hoje sinto repulsa, quando me abraça e me beija, não consigo retribuir o seu carinho... ele chora”.

²⁸ MAYER, H. (1989). *Histeria*.

Com a separação dos pais, a mãe começou a trabalhar fora, pois o pai não ajudava financeiramente, e Teresinha experimentou a responsabilidade de ser a filha mais velha - apercebia-se na obrigação de ajudar a mãe, cuidando dos irmãos menores para que ela pudesse trabalhar; sentiu raiva do pai por ter se sentido abandonada por ele, e hostilidade em relação à mãe, por considerar que ela permitira que essa situação ocorresse. Após a separação, o contato com o pai foi se tornando cada vez mais raro, restringindo-se a datas comemorativas.

Teresinha ajudava financeiramente a mãe e sempre mencionava o prazer que tinha em fazer isso. De fato, ela sempre desejou superar o pai e ter para si a posição que imaginava que ele gozasse junto à sua mãe (evidenciando uma parte de seu complexo de Édipo).

A culpa engendrada por essa fantasia a fazia entregar-se sexualmente a uma aventura amorosa. Aqui, lembro-me de um trecho de Masud Khan em que se refere à sexualidade adulta, no histérico, não tanto como o veículo de gratificação, mas sim como uma linguagem que permite comunicar a privação, e uma técnica para expressar a esperança de que o “objeto saberá curar a dissociação, ao decifrar as necessidades do eu inconscientemente expressas o que se apresenta como uma complacência sexual manifesta e a pesquisa instintual”.²⁹ (KHAN, 1997, p. 55).

De acordo com o autor, os histéricos são conhecidos por seu dom particular em achar os objetos que lhes convêm, mas isso unicamente para mantê-los no fracasso e desconcertá-los. A “promessa” da personalidade histérica traz em si mais uma esperança do que um desejo ou uma capacidade.

Alguns encontros se passaram, e pude perceber que os adjetivos que Teresinha atribuía à mãe apontavam para a possibilidade de que, talvez, a figura materna tivesse sido vivida pela paciente como uma referência árida e gélida. Aos poucos, essa ideia foi sendo confirmada pela tonalidade afetiva assumida na transferência que a paciente estabelecia comigo.

Penso que a transferência que se estabeleceu entre paciente e analista foi suficiente para a criação de uma neurose de transferência. De acordo com Freud, é a resolução dessa neurose de transferência, que, por sua vez, substitui a neurose original, que leva ao sucesso do tratamento. “Mas dominar essa neurose nova, artificial, equivale a eliminar a doença inicialmente trazida ao tratamento - equivale a realizar nossa tarefa

²⁹ KHAN, M. (1997). “O rancor da histérica”. In: BERLINCK, M. T. (org.) *Histeria*. São Paulo: Escuta.

terapêutica”.³⁰ (1917/1996, p. 445). Desse modo, de acordo com o autor, uma pessoa que se tornou livre da ação dos impulsos instintuais reprimidos em sua relação com o analista, após o término da análise, manterá esse estado em sua vida.

O desenvolvimento da neurose de transferência marca um ponto decisivo na relação analítica, e provavelmente só se viabiliza no momento em que a repressão já se encontra de certo modo abrandada, em decorrência do processo terapêutico, de modo que o paciente possa dirigir as catexias libidinais (que escapam da restrição imposta pelos mecanismos repressivos) à pessoa do analista. Esse fenômeno representa “apenas um aumento extraordinário dessa característica universal que é a transferência”.³¹ (pp. 446-47). Essa particularidade humana, que tem suas raízes na sexualidade e na regressão da libido, concentra-se sobre o analista, que se converte assim em principal elo dos investimentos libidinais do paciente.

Quanto às escolhas profissionais, Teresinha tinha dúvidas sobre o seu futuro, que começou a ser delineado no segundo ano de análise, quando deu início a novas conquistas - conseguiu emprego, passou no vestibular e arrumou um namorado, aqui chamado de André.

Teresinha tinha dúvidas quanto a qual profissão seguir - inicialmente gostaria de fazer um curso de tecnologia em estética, tal como sua irmã; só depois de algum tempo, escolheu o curso de Fisioterapia, identificando-se com a área de reabilitação. Minha hipótese é de que, assim como Teresinha vinha conseguindo se reabilitar e dar um novo sentido a sua vida, ela transferia isso para os pacientes com quem começou a trabalhar.

Depois de um ano de namoro, minha paciente queria que André a pedisse em casamento, o que se concretizou no ano seguinte. Assim, pôde mostrar a João que a maldição não recaíra sobre ela.

De acordo com Masud Khan, os histéricos vivem em um estado psíquico de “rancor perpétuo”. Eles sentem que algo é mantido fora de seu alcance e que seus desejos não são reconhecidos. Assim o que era uma incapacidade do “eu nascente na experiência infantil - não recebendo a criança uma proteção adequada de seu ambiente é, na vida adulta, projetado e vivido como a recusa dos outros em reconhecer seus desejos (em grande parte sexuais) e satisfazê-los”.³² (1997, p. 51).

³⁰ FREUD, S. (1917[1916]/1996). Conferência XXVII - *Transferência*. ESB. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.

³¹ *Ibidem*.

³² KHAN, M.(1997). “O rancor da histérica”.

Na clínica da histeria, percebemos que os pacientes, tanto homens como mulheres, acreditam que, se seus anseios e desejos sexuais fossem gratificados, eles estariam livres da neurose. E atribuem sua incapacidade de conseguir essa gratificação com um companheiro à impossibilidade deste de os aceitar totalmente e os amar.

Começaram os preparativos para a cerimônia, André desejava que Teresinha usasse um vestido de noiva branco, que a igreja fosse decorada com flores e que realizassem uma recepção para os convidados. Teresinha não tinha ânimo para escolher o vestido de noiva, e muito menos para os afazeres do casamento; no entanto, submeteu-se aos desejos do noivo. Certa vez, ela me disse: “estou insatisfeita, não quero vestido de noiva e nem festas, minha mãe está me ajudando nas escolhas para este dia. Neste momento, o que me importa é a minha faculdade”. Contou-me que o pai se prontificara a ajudá-la financeiramente para a realização do casamento, mas ela recusou, “não posso contar com ele para nada”.

Para Freud, em “Inibições, sintomas e ansiedade”, há uma estreita ligação entre recalque e histeria. O autor postula: “ocorre algumas vezes que a luta defensiva contra um impulso instintual desagradável é eliminada com a formação de um sintoma. Até onde se pode verificar, isto é frequentemente possível na conversão histérica”.³³ (1926/1996, pp. 159-60). O material recalado poderá retornar, então, em forma de sintomas conversivos, como por exemplo, em uma forma específica de estabelecimento de relações amorosas, como no caso de Teresinha.

Juan Nasio, em “A histeria: teoria e clínica psicanalítica”, diz que o conflito histérico consiste em: “uma representação portadora de um excesso de afeto, por um lado, e por outro, uma defesa infeliz – o recalque – que torna a representação ainda mais virulenta”.³⁴ (1991, p. 28). Assim, quanto mais o recalque incide sobre essa representação sexual intolerável, mais a isola, tornando-a mais perigosa. Isso permite pensar no caminho contrário; isto é, quanto menos uso o ego fizer do recalque, menos perigosa se torna a representação sexual.

Após o casamento e a viagem de núpcias, o casal retornou para casa; Teresinha sentia-se infeliz, André a queria como dona de casa, porém, ela não queria lavar, cozinhar e cuidar da casa. Ele queria ter filhos, ela não queria ser mãe; o marido desejava ter relações sexuais, ela estava sempre indisposta. Em uma sessão, me perguntou: “eu só quero estudar e trabalhar. O que devo fazer?”.

³³ FREUD, S. (1926[1925]/1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*. ESB. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago.

³⁴ NASIO, J.D. (1991). *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar.

Na contemporaneidade, ainda podemos dizer que o ideal da maternidade está atrelado ao feminino. Teresinha se referia ao estranhamento que causava nos outros, inclusive na família, quando dizia do seu desejo de não ter filhos, era como se ela estivesse fugindo de seu papel social.

Neste momento, angustiei-me ao perceber que a tonalidade afetiva do discurso de Teresinha sofrera uma ruptura: enquanto dizia de seu mal-estar diante das tarefas domésticas, sua voz e fisionomia apresentavam uma tonalidade opaca, sem brilho. Em contrapartida, quando dizia que queria estudar e trabalhar, seu rosto e sua voz ganhavam um estranho brilho.

Teresinha almejava conquistas profissionais, queria brilhar como uma estrela no firmamento, queria ser reconhecida pelas suas conquistas, queria ser uma profissional famosa. Penso que esse brilho fálico que Teresinha tanto desejava está cada vez mais disponível às mulheres. Entretanto, tais conquistas no plano profissional e financeiro e muito menos a saída da maternidade postulada por Freud trazem a solução para a subjetividade da identidade feminina.

Para Teresinha, neste momento, transferencialmente, eu ocupava o lugar da mãe fálica que estava magicamente incumbida de indicar a ela o caminho que deveria seguir e resolver os seus problemas. Pensei comigo mesma: o presente mostra que Teresinha não é o que deveria ter sido – uma princesa dos contos de fadas –, foi assim que ela se preparou para o seu primeiro casamento – talvez seja isso o que ela não suporta. Essa questão ficou ressoando em mim durante os encontros que se seguiram, e essas ressonâncias ganharam sentido no decorrer do processo analítico.

Foi nesse momento que esbocei minha primeira imagem acerca da possível relação de Teresinha com a figura materna. Assim, comecei a relacionar a queixa da paciente – referente às dificuldades sexuais que estava vivendo – com a hipótese da ocorrência de uma possível perturbação na relação inicial de Teresinha com sua mãe.

De acordo com a teoria freudiana, desde as primeiras vivências da menina com sua mãe, é possível considerar a existência de alguns acidentes que propiciarão a gênese de fixações e regressões ao destino psíquico neurótico. Esses acidentes de percurso ocorridos nos tempos iniciais da constituição psicossexual da menina que se tornará histérica – ou seja, nos momentos referentes ao complexo de Édipo negativo – decorrem da relação tanto da mãe com a filha quanto da filha em relação a sua mãe.

Também Hélio Pellegrino, em seu artigo “Édipo e a paixão”, considera que a vivência edípica, na fase fálica, será influenciada pelas vicissitudes da relação do bebê

com sua mãe, desde a etapa mais primitiva do desenvolvimento libidinal do sujeito: “Quanto pior for esta relação, quanto menos se sentir a criança amada e protegida pela figura materna, mais se agarrará a ela, e mais devastadoras serão as paixões desencadeadas na etapa posterior”.³⁵ (1999, p. 310). De acordo com o autor, se a relação da menina com a mãe for boa e amorosa, mais facilidade terá a criança de aceitar a separação, que, com a interdição do incesto, a afasta da mãe.

A teoria freudiana é falocêntrica, o que nos faz questionar: o filho estaria no lugar do falo? Então, à mulher restaria apenas o papel de mãe? Não é isso que vemos na clínica; penso que para muitas mulheres, como dito anteriormente, ter um filho não alude só à falta, mas lhe permite descobrir o lugar da procriação como potencialidade humana.

A hostilidade da menina com a mãe se incrementa a partir deste momento fundamental - a descoberta da mãe como castrada, atualizando frustrações anteriores experimentadas pela menina, por exemplo, aquelas ligadas à fase oral da libido. A partir daí, fica muito difícil, segundo Freud, a constituição de uma identidade feminina positiva, sendo a feminilidade definitivamente associada à privação.

Conforme dito anteriormente, de acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks, existem inúmeras possibilidades na relação que se estabelece entre ‘pênis e filho’; na clínica da histeria, isso nos permite entender os desequilíbrios na vida de algumas pacientes, que giram em torno da presença e da ausência de filhos, que ficam evidente nos estados depressivos, desencadeados quando tais filhos não atendem ao ideal esperado, não cumprindo, assim, a função de complemento narcísico que lhes é demandada.

A respeito da inveja do pênis, Renato Mezan³⁶, em seu artigo “Desejo e inveja”, diz que o sentimento invejoso deseja para si aquilo que gratifica o outro e pode também conter a intenção de que o outro não possua aquilo que tem. Pode ser, entre outros, a beleza, a riqueza, a juventude e até mesmo podemos invejar aqueles que agem contra a lei, que fazem o que nós precisamos reprimir, o que nos é proibido. Está ligado à projeção, quando se acredita que o outro quererá o que é precioso e é seu, porque, caso contrário, o próprio sujeito assim desejaria. Teme-se então a inveja por temer a

³⁵ PELLEGRINO, H. (1987). “Édipo e a paixão” In: CARDOSO, S. (org.) *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras.

³⁶ MEZAN, R. (2002). “Desejo e inveja” In: MEZAN, R. *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

destrutividade que carregamos em nós mesmos, o “mau-olhado” do outro que pode se voltar contra nós mesmos, sendo que, na verdade, podemos ser os portadores da inveja.

A ligação primitiva com a mãe e as relações pré-edipianas da menina formam a brecha que a maioria dos analistas utilizou para poder pensar de outra forma a posição feminina. Mesmo Freud, embora conteste várias dessas discussões, acentua a importância dessa fase para a compreensão da feminilidade. Juntamente com o afastamento da mãe, primeiro objeto de amor, há na menina um enfraquecimento das tendências sexuais ativas, dando lugar às tendências de passividade. As tendências ativas teriam sido afetadas pela frustração, e é com o auxílio das tendências passivas que ela faz a transição para o objeto paterno; transição cujo sucesso se garante à medida que a menina supera a ligação pré-edipiana com a mãe.³⁷ (FREUD, 1933).

Melanie Klein,³⁸ em “Amor, culpa e reparação”, como referido anteriormente, complementando o pensamento freudiano, descreve o amor da vida adulta como forma de conquista das gratificações da infância, quando da primeira relação com a mãe. Assim, as dificuldades nesse primeiro estágio da vida poderiam, segundo a autora, trazer problemas de relacionamento com o parceiro na vida adulta, já que as fantasias arcaicas de destruição do objeto ainda são presentes.

Penso que, em Teresinha, o reflexo de tais relações impactou diretamente em sua vida; a intensidade desse reflexo foi sendo percebida à medida que avançava o seu processo de análise, a partir das falas associativas relativas aos períodos de sua infância.

As histórias vividas na situação analítica com Teresinha, juntamente com as conjecturas construídas por mim a partir do discurso da paciente, levaram-me a pensar em uma possível manifestação do conflito edípico no registro oral e fálico, o que viria a caracterizar, em parte, uma organização histérica. Ficava evidente que grande dilema vivido por ela na análise estava na trama de suas relações amorosas.

Teresinha casou-se duas vezes, sendo que, durante o primeiro casamento com João, teve um caso amoroso com José, o que levou ao fim do relacionamento com o marido. Na segunda vez, casou-se com André.

Em uma de nossas sessões, me contou que sentira saudades de João (primeiro casamento - ex-marido); foi procurá-lo nas redes sociais e ficou desapontada com o que encontrou - fotos com a esposa atual e com a filha: “No aniversário de João, senti vontade de passar e-mail. Depois pensei ‘não vou procurá-lo, não quero sofrer outra

³⁷ FREUD, S. (1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*.

³⁸ KLEIN, M. (1937/1996). “Amor, culpa e reparação”.

rejeição de novo, não quero magoar o meu marido'. Penso que antes do meu ex-marido ter me rejeitado, eu também o rejeitei. Eu causei a separação. Por que tudo me remete a pensar nele, a sonhar com ele? Amor, culpa, saudade...?"

Penso que Teresinha passou a ocupar o lugar do pai, trabalhando e ajudando nas despesas da casa; tal como o pai em seus casamentos, era ela quem traía. Trai João - o primeiro marido - com alguém com quem não pretendia dar continuidade; também trai André - o segundo marido - quando deseja mais a profissão do que estar casada com ele (no primeiro momento) e também quando busca saber como está João. Penso que esse é o enigma que Teresinha precisava desvendar.

“Tive um sonho, sonhei que estávamos na chácara do pai dele [João]... não vou conseguir lembrar o que aconteceu no sonho”. Teresinha associou o sonho com o desejo de rever João, saber de sua vida; e a casa do pai, com o seu superego proibindo esse encontro.

Para Teresinha, tal como a canção, João portava vantagens e pertences – ao lado dele, ela ocupava o lugar de rainha, recebia presentes e nada lhe era negado. Isso remete à mulher numa posição de objeto, portadora de um brilho fálico, mas que se nega a se entregar enquanto mulher.

Resta ao histérico desejar que seu desejo permaneça insatisfieta, guardando assim um ideal fálico ou sua frágil identificação fálica com aquele objeto do qual se sente privado. Essa seria a forma encontrada para não se dar conta da sua incompletude, da fragilidade narcísica, mantendo o que se chama de narcisismo fálico.

No que tange ao segundo relacionamento (José), Teresinha disse-me: “Ele me procurou, fiquei com muita raiva, pedi para não me perturbar, para ele seguir em paz”. Como na canção, o segundo é aquele que chega invadindo-a - vasculhando sua história, seus pertences pessoais - e nada lhe entrega; então, penso que, aqui, enquanto perdida, Teresinha se coloca como objeto do outro.

André, o terceiro, é aquele que, do mesmo modo que na canção, chega “como quem chega do nada (...) não me trouxe nada e também nada perguntou, se deitou na minha cama e me chama de mulher, foi chegando sorrateiro e antes que eu dissesse não, se instalou feito um posseiro dentro do meu coração”. Foi através desse amor que Teresinha começava a encontrar algumas respostas para suas indagações.

Em uma de nossas sessões, Teresinha me disse: “Três homens entraram na minha vida, não estou conseguindo viver a minha realidade. Não posso dizer que não estou bem, André quer me dar esse amor... quero honrar isso”.

Começava a surgir uma Teresinha que, apesar da prática sexual, não conseguia usufruir de sua genitalidade, não tinha acesso à feminilidade e à possibilidade de deixar-se tomar pelo outro num encontro erótico de mútuo prazer. Hugo Mayer afirma que o que interessa à histérica “é despertar o desejo de um homem, mais do que alcançar o prazer sexual com esse companheiro”.³⁹ (1989, p. 58). Não se trata, portanto, de levar ou não a cabo uma relação sexual, mas do que é experimentado nessa vivência.

Em seguida, ao se referir ao primeiro marido, ela indagou: “Será que estou sendo infiel de alguma maneira? No pensamento? Na mesma hora que quero me libertar do passado, ainda quero estar no passado. Já se passaram sete anos de nossa separação”. Por alguns minutos, ficou calada, envolta nos seus pensamentos, depois, concluiu: “Foi um marco, não tem como apagar a minha história, parece um fantasma que me chama... será que ele sente saudades como eu sinto? Será que só eu sofro com isso? Será que para homem é mais fácil?”.

A respeito da importância do amor, Colette Soler, em seu artigo “A histérica e a mulher”, diz que, para a mulher, o amor não tem o mesmo papel que para homens. Para elas “o amor corrige a castração, ele a cura temporariamente”.⁴⁰ (1998, p. 247). Tendo como base a teoria lacaniana acerca do gozo feminino, a autora afirma que este ultrapassa o sujeito feminino na medida em que não identifica a mulher como mulher. O homem, por outro lado, identifica-se como homem através do gozo fálico, e isso evidencia não somente o terreno das conquistas sexuais, mas em todos os campos de sua vida: poder do dinheiro, poder profissional, força física e outras conquistas fálicas que o tranquilizam sobre sua masculinidade e, acima de tudo, o marcam como homem.

A respeito do conflito entre amor e sexualidade na histeria, Piera Aulagnier, em seu artigo “Observações sobre a feminilidade e suas transformações”, propõe que a mulher apostaria numa mentira de que só goza por amor, pois do contrário deveria assumir sua falta, sua incompletude e desmoronaria toda sua valorização narcísica. É no desejo que vê despertado no homem que estaria, para a mulher, seu investimento narcísico. Na frigidez ou na neurose, o prazer revela para a mulher ter sido simplesmente um instrumento de gozo do parceiro, que, então, designar-lhe-ia o lugar de “objeto da ausência”. A saída para não sentir absolutamente entregue ao desejo do outro seria

³⁹ MAYER, H. (1989). *Histeria*.

⁴⁰ SOLER, C. (1998). “A histérica e a mulher” In: *Psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

sacrificar seu próprio prazer, recuperando seu poder. “Amor e ódio estariam então absolutamente misturados com a força ou fraqueza fálica”.⁴¹ (1990, p. 90).

No que concerne à sexualidade, Teresinha dispunha de dois modelos identificatórios. De uma parte, a mãe, dedicada aos afazeres do lar e cuidado dos filhos, e do outro, o pai, cujas aventuras sexuais o levou a ser um “aventureiro”, envolvido com traições no casamento.

Penso então que a relação que estabelecia com os homens, em uma via sensual e de sedução, era sua forma principal de estabelecer vínculos afetivos, e representava um dos motivos de desentendimentos com a mãe. O sofrimento maior de Teresinha estava situado nessa vinculação ambivalente com a mãe e sua também ambivalente identificação com o feminino disponível nesse modelo. É como se desvalorizasse o feminino apresentado pela mãe, que não dispunha de sua sexualidade, mantendo-se presa a valores morais, nada fazendo em relação às traições do marido. No entanto, a paciente não encontrava outra maneira de ascender à sua feminilidade sem passar por essa referência materna, debatendo-se, também, na busca por não se deixar tomar pelo modelo materno.

A outra saída encontrada foi a via da identificação com o pai “aventureiro”, o que a fazia propor situações triangulares nos relacionamentos. Sua tentativa era a de poder desfrutar, assim, de uma sexualidade aparentemente livre, mas que em pouco contemplava uma posição feminina, estando mais a serviço de lançar um desafio. Sedutora, desafiava os homens a mostrarem-se à altura de seus atributos de mulher fatal, mas quando podia consumar seu aparente desejo, recuava e se escondia em sua insatisfação.

No caso de Teresinha, por suas escolhas, vamos descortinando conflitos e encontrando uma mulher que padece - manteve três relacionamentos, sendo o primeiro com quem se casou; o segundo, uma aventura amorosa e o terceiro, aquele com quem permanecia até o final do processo analítico.

No que se refere ao conflito intrínseco à sexualidade, é importante lembrar que esta se liga às figuras parentais e, em seu desenvolvimento, é possível que se desligue dos objetos incestuosos para dar lugar ao investimento exogâmico. Nesse jogo de identificações e escolhas amorosas, próprios do conflito edípico, encontramos os

⁴¹ AULAGNIER, P. (1990). “Observações sobre a feminilidade e suas transformações” In: CLAVREUL, J. (org.) *O desejo e a perversão*. Campinas: Papirus.

conflitos reeditados na histeria. Na condição histérica, há, pois, um sujeito edípico, envolvido em um drama com enredos triangulares.

Assim, entendo que a histeria está intimamente relacionada à sexualidade infantil. Novas formas de manifestação da genitalidade não garantem uma alteração na maneira de vivenciar o complexo de Édipo e a castração. Não são as cenas eróticas transmitidas pela mídia e redes sociais que modificam a impossibilidade de “certos sujeitos furtarem-se ao desejo do outro e a necessidade de se manterem sob o brilho fálico desse desejo”.⁴² (AZEVEDO, 2009, p. 98). Tais circunstâncias não impedem que, nas relações amorosas, existam inibições ligadas associativamente com o medo/desejo do incesto. É no Complexo de Édipo que encontraremos a fonte dos desejos proibidos que participam do conflito histérico, e o sujeito colocará em jogo, em suas relações, a lógica fálico x castrado que rege tal conflitiva.

Freud, na conferência “Feminilidade” destaca que o desejo de ter o pênis pode contribuir para os motivos que levam uma mulher à análise e a “- capacidade de exercer uma profissão intelectual, por exemplo - amiúde pode ser identificado como uma modificação *sublimada desse desejo reprimido*”.⁴³ (1933/1996, p. 125, grifos do autor).

Em sua clínica com mulheres, Freud constatou que o desejo pela superação da inveja do pênis pode levá-las a buscar análise, e durante o processo analítico, elas podem buscar uma atividade intelectual, que, em sua visão, seria uma modificação sublimada do desejo reprimido. A constatação freudiana permite compreender que há saídas possíveis para o desejo que não somente a repressão, e a análise pode possibilitar essa busca.

Em “As identificações na clínica e na teoria psicanalítica”, Octave Mannoni, a partir de sua experiência clínica com algumas histéricas, faz a seguinte observação: “... uma vez que obtém um determinado sucesso, elas se destacam. Isso me fez pensar que o sucesso as livraria dos problemas permitindo-lhes que se identificassem com elas mesmas. Elas são elas, quando têm sucesso”.⁴⁴ (1994, p. 87).

Assim, é possível pensar que, quando há reconhecimento pelos outros dos atributos da histérica, ela tem a confirmação que outrora não foi possível, de que não lhe falta nada e nem é inferior, sendo, portanto, desejável. Porém, de acordo com o autor, o

⁴² AZEVEDO, B. H. (2009). *Histeria: a Gata Borralheira do século XXI?* Considerações a partir da clínica de pacientes com crises pseudo-epilépticas. Dissertação de mestrado. PUC-SP.

⁴³ FREUD, S. (1933[1932]/1996). Conferência XXXIII - *Feminilidade*, p. 125. Grifos do autor.

⁴⁴ MANNONI, O. (1994). *As identificações na clínica e na teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

sucesso por si mesmo não é suficiente para compensar o narcisismo ferido da histérica. Ele adverte que é preciso que seja um sucesso visível. Isto significa que a histérica deve alcançar um sucesso visível ao olhar dos outros e ser reconhecida por seus próprios atributos, passando a identificar-se consigo mesma.

Teresinha deixou a análise dizendo-me que estava bem e que o processo analítico havia contribuído para o seu crescimento (psicossocial); sentia-se feliz, mais segura para seguir o seu caminho, estava se destacando profissionalmente e pronta para mudar de cidade, acompanhando o marido, que havia sido transferido no trabalho.

Freud, em “História de uma neurose infantil”, postula que a análise traz alguns limites diante da complexidade do psiquismo humano e das perturbações mentais, pois “... não pode trazer uma revolução instantânea ou colocar as coisas num nível de desenvolvimento mental: pode tão somente livrar-se dos obstáculos e clarear o caminho, de modo que as influências da vida possam conseguir desenvolver-se em linhas melhores”.⁴⁵ (1918/1996, p. 124). Penso que, por meio da análise, foi possível a Teresinha se desprender de algumas amarras encontradas em seu caminho, porém, sem esperar que fosse realizada uma transformação da psicopatologia em normalidade.

Assim como na canção “Teresinha”, em que é narrada a história de uma mulher que se relaciona com três homens, mas apenas o último consegue conquistar seu coração, penso que, com minha paciente, o pretendente que conquistou o seu coração foi aquele que a viu como mulher, repleta de desejos, e mostrou o desejo de tê-la. Suponho que foi através desse encontro de almas que Teresinha pôde viver a liberdade no amor. No entanto, me pergunto: será que foi possível a ela abandonar a lógica fálica e aceitar a diferença sexual, sem que isso significasse sofrimento narcísico e sem que fosse permeado de movimentos sádicos ou masoquistas?

A seguir, trago o caso de Melinda, que, com suas dores e suas dificuldades de estabelecer relacionamentos amorosos e sociais, buscou uma saída na análise, especialmente no que tange à sexualidade.

⁴⁵ FREUD, S. (1918[1914]/1996). *História de uma neurose infantil*. ESB. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago.

2. A DESOLAÇÃO DE MELINDA

Aconteceu. Não há como evitar, nem esquecer.

Melinda Sordino⁴⁶ (2004).

Escolhi o nome Melinda inspirada no filme “O silêncio de Melinda” (2004), dirigido por Jessica Sharzer. Adaptado do *best-seller* *Speak*, retrata a história de Melinda Sordino (vivida por Kristen Stewart), uma garota que parece totalmente deslocada de seu ambiente escolar.

A narrativa começa em um dia de volta às aulas. A menina Melinda parece então uma estranha no colégio onde já estudava, não conseguindo mais se relacionar com seus antigos colegas. Diante de um ambiente opressivo e hostil, a personagem se fecha para o mundo, e a dor que sente é tão intensa que se torna introspectiva e inexpressiva. Sua solidão e melancolia aumentam à medida que vai se dando conta de que seu silêncio e sua angústia não são percebidos e sentidos por mais ninguém. Ao seu modo de ver, pouco adiantaria se ela se pusesse a chorar ou se gritasse até esgotar suas forças, pois provavelmente não seria ouvida; todos à sua volta tinham se tornado egoístas, não se compadecendo de seu sofrimento.

O que teria acontecido com Melinda que mudara tão drasticamente sua vida em tão pouco tempo? A resposta está em uma festa que acontecera no final do semestre anterior - naquela noite, alguns colegas de Melinda haviam passado dos limites, e ela, inexplicavelmente, chamou a polícia, que deteve alguns deles. Todos na escola sabiam do episódio, mas ainda havia algo não revelado que a menina guardara consigo e que continuava a atormenta-la diariamente.

Distantes da filha, os pais (vividos por Elizabeth Perkins e D.B. Sweeney) não perceberam o estado de Melinda; o alarme soou apenas quando receberam o boletim escolar da menina, com péssimas notas, o que os deixou surpresos, pois ela fora uma das alunas exemplares de sua turma e então se transformara em uma das piores. A relação de Melinda com a maioria dos professores variava da total indiferença ao repúdio - a exceção é com o professor de artes, Mr. Freeman (Steve Zahn). Mesmo sem

⁴⁶ Personagem principal do filme *O Silêncio de Melinda* (*Speak*) - 2004. Dirigido por Jessica Sharzer. Escrito por Jessica Sharzer e Annie Young Frisbie, baseado no romance de Laurie Halse Anderson. Direção de Fotografia de Andrij Parekh. Música Original de Christopher Libertino. Produzido por Fred Berner, Matt Myers e Matthew Myers. Speak Film Inc. / USA.

saber de nada do que acontecera com a aluna, ele a ajudou a descobrir a necessidade de se abrir e de compartilhar suas angústias. A arte passou a desempenhar então um papel primordial na vida da menina; através dela, Melinda começou a expor seus sentimentos e a tomar coragem de se posicionar de uma forma não tão recessiva diante de seus pais e de sua escola...

Mas a solidão continuou a ocupar um importante papel na vida da personagem do filme e também de minha paciente Melinda. Uma solidão interior, que independe de circunstâncias externas.

1. A solidão de Melinda

No entanto era o seu pavor de uma possível intimidade de alma com Ulisses o que a deixava irritada com ele. Estaria na verdade lutando contra a sua própria vontade intensa de aproximar-se do impossível de outro ser humano?

Clarisse Lispector,⁴⁷ (1998, p. 41).

Quando me procurou, Melinda estava com 27 anos de idade; solteira, morava sozinha. No primeiro ano após a formatura, fora aprovada em um concurso público para trabalhar em outro Estado - residia então há cinco anos na nossa cidade e tinha dificuldades de adaptação. “Não sinto que moro aqui, parece que ainda vou voltar para minha cidade, para a casa de minha mãe”.

Aos poucos, nas sessões, foi aparecendo um ressentimento com as escolhas que fizera, o sofrimento diante do peso das responsabilidades, sem que vislumbrasse que, com isso, gozava de maior liberdade. A impressão que tive, logo no início, é que se tratava de uma jovem recatada, que seguia rigorosamente os preceitos bastante rígidos de sua igreja evangélica.

Penso que algumas religiões, sobretudo evangélicas, e que contam com muitos adeptos hoje em dia, podem recriar condições que parecem trazer algo em comum com a organização social existente na época de Freud. Nesse meio repressor e moralista, a histeria ganha novamente a visibilidade que tinha na era vitoriana.

O início da análise de Melinda girou em torno das queixas dirigidas aos pais, especialmente à mãe. Aos poucos, fomos nomeando esses momentos como muito “barulhentos”, em que ela não podia falar de si mesma - momentos de alienação e sofrimento.

⁴⁷ LISPECTOR, C. (1998). *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco.

De uma prole de seis filhos, Melinda era a segunda, seguida de mais duas irmãs e dois irmãos. Os pais estavam separados, e ambos tinham também filhos de relacionamentos anteriores – a mãe, um filho já com 20 anos, que morava junto com a família e era o mais velho, e o pai, uma filha, que não morava com eles.

Ao sair para o trabalho, as crianças ficavam sob os cuidados desse meio irmão mais velho, que, segundo Melinda, abusava sexualmente dela e de suas irmãs: “Eu sentia medo, me gerava um mal-estar, um desconforto, eu evitava ficar sozinha em casa com ele. Lembro-me que, quando tinha 10 anos, fui morar com minha avó. Quando retornoi para casa de meus pais, os abusos continuaram, vindo a cessar quando ocorreu a minha primeira menstruação, aos 15 anos”.

No texto “Esboço de Psicanálise”, Freud reafirma os perigos inerentes ao abuso sexual de crianças por adultos, à sedução por crianças ligeiramente mais velhas e mesmo à excitação gerada nos filhos ao presenciarem ou ouvirem o ato sexual dos pais. Salienta o quanto essas experiências decidem a vida sexual futura de cada sujeito, podendo ir da inibição neurótica da sexualidade às mais diversas perversões. Trata-se, em sua analogia, de experiências que abrem ou fecham “certos canais dos quais depois [os sujeitos] não poderão se safar”.⁴⁸ (1940/1996, p. 201).

Em Melinda, penso que o abuso sexual sofrido na infância deixou marcas profundas no seu psiquismo, se presentificando nas dificuldades de estabelecer relacionamentos amorosos e sociais.

Na adolescência, Melinda tinha medo de chuva; quando percebia que ia chover, sentia dores na barriga, no estômago e o coração disparava as mesmas sensações corporais de quando pressentia que ficaria em casa sozinha em companhia do irmão: “Sentia isso quando sabia que o abuso iria acontecer”.

Donald Winnicott⁴⁹ em “A criança e o seu mundo”, ao desenvolver sua pesquisa em torno dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, contribui com o estudo da fobia, distinguindo metapsicologicamente um tipo específico de angústia que pode permanecer oculta por medos encontrados comumente na clínica, em quadros considerados ligados à neurose, em geral. Em sua obra, traça uma correlação entre a oralidade e a angústia, propondo que a problemática ligada ao colapso está na base dos processos de aprendizagem e da alimentação, no sentido amplo. Assim, comer e aprender somente se dão na experiência de um vazio; se o sujeito não suportou

⁴⁸ FREUD, S.(1940[1938]/1996). *Esboço de Psicanálise*. ESB. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.

⁴⁹ WINNICOTT, D. (1971/1994). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar.

experimentar esse vazio no seu início, por exemplo, por falhas na mãe-ambiente, irá temê-lo ulteriormente.

Dessa forma, a função materna, junto a outras condições ambientais adequadas, é importante para que a criança possa desenvolver-se de maneira saudável, física e psiquicamente. Nos primeiros meses de vida, a presença acolhedora da figura materna, ministrada de forma constante e nos momentos oportunos, dá ao bebê a ilusão de que a satisfação das suas necessidades ocorre por sua única e exclusiva vontade. Ele ainda é incapaz de se diferenciar do mundo externo; por isso, a satisfação das suas necessidades traz a crença de que pode controlar o mundo. (WINNICOTT, 1971/1994).

Para Donald Winnicott, o indivíduo herda um processo de amadurecimento que o faz progredir desde que exista um meio ambiente facilitador. Trata-se de um fenômeno complexo que pode ser descrito como *holding* (sustentação) que evolui para o *handling* (manejo), ao qual se acrescenta a apresentação do objeto. A pessoa progride da dependência absoluta, ou seja, com a mãe suprindo uma função de ego auxiliar, para a dependência relativa, caminhando para a independência. Na pessoa saudável, o desenvolvimento se dá em um ritmo que não ultrapassa a ampliação da complexidade nos mecanismos mentais, estando isto ligado ao desenvolvimento neurofisiológico. Então, é importante que a mãe mantenha essa ilusão na criança, para que esta possa gradualmente adquirir a confiança necessária que vai lhe permitir estabelecer vínculos com o mundo externo, e aos poucos, essa mãe deve ir desiludindo o bebê, mostrando-lhe a realidade externa. A desilusão, na medida certa, o habilita a criar símbolos que farão a transição do mundo interno para o mundo externo.

Ao escutar Melinda, me perguntava: será que na infância ela encontrou um meio ambiente facilitador para o desenvolvimento psíquico saudável? Pelos relatos de minha paciente, minha hipótese era de que as três filhas estavam invisíveis ao olhar e aos cuidados maternos naquele ambiente.

Passados alguns anos, as irmãs confidenciaram à Melinda que ambas também haviam sofrido abuso durante toda a infância. Quando soube, Melinda sentiu raiva da mãe e do irmão. Imaginava que a mãe era cúmplice do filho mais velho, supondo que ela tivesse conhecimento da situação e nada fazia para mudar.

Sándor Ferenczi, no texto “Reflexões sobre o trauma”, nos traz uma importante contribuição acerca do tema. Fala do trauma patogênico, que acontece em dois tempos. No primeiro, de choque, um acontecimento age brutalmente sobre o sujeito, de maneira que ele não pode oferecer resistência. O choque sobrevém sempre sem preparação, tem

o caráter de algo súbito e equivale à “aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do si mesmo”.⁵⁰ (1934/1992, p. 109). Isso gera uma suspensão de toda a espécie de atividade psíquica, inclusive a percepção.

Durante esse estado de paralisia sensorial, a criança aceitará sem resistência toda impressão mecânica e psíquica e nenhum traço mnêmico subsistirá dessas impressões, de tal forma que as origens do choque se tornam inacessíveis à memória: “Contra uma impressão que não é percebida não há defesa possível”.⁵¹ (idem, p. 113).

Ainda de acordo com Sándor Ferenczi, em seu “Diário Clínico”, após o choque, a vítima ainda pode ser socorrida. A criança está confusa, nada podendo dizer sobre o que aconteceu; por conta disso, vai buscar junto a alguém de confiança algum sentido, ou ao menos um testemunho. É aí então que pode ocorrer o segundo momento do trauma: o desmentido.

Assim, ouvindo o relato de Melinda, me perguntava: quais teriam sido as consequências de as irmãs não poderem revelar essa situação de violência tão grave, e mais ainda, da evasão da função do adulto que, longe de sustentar e cuidar, torna-se persecutório e perigoso?

Um dos aspectos fundamentais da teoria do trauma de Sándor Ferenczi é que o “comportamento dos adultos em relação à criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma”.⁵² (idem, p. 111). As possíveis reações dos adultos, no sentido de produzir o traumático na criança, seriam: dar provas de incompreensão; punir a criança ou reagir com um silêncio mortífero. De qualquer forma, essa atitude dos pais ou dos adultos cuidadores é a de que “não aconteceu nada”, desautorizando a versão da criança. Desta forma as falas da criança acabam sendo ignoradas ou tratadas como irrelevantes e, diante disso, ela cede e deixa de poder sustentar sua opinião a tal respeito. Será justamente o desmentido que tornará o trauma patogênico: “O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática dos pensamentos ou dos movimentos”.⁵³ (FERENCZI, 1931/1992, p. 79).

Penso que, em Melinda, o fato de a mãe não acreditar em seus relatos fez com que esse trauma se tornasse patogênico.

⁵⁰ FERENCZI, S.(1934/1992) “Reflexões sobre o trauma”. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ FERENCZI, S. (1931/1992) “Análise de crianças com adultos”. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.

A esse respeito, em seu livro “Ferenczi: do grito a palavra”, Teresa Pinheiro aponta que a criança deposita “uma confiança cega no adulto”⁵⁴ (1995, p. 82), a qual se vê ameaçada quando o adulto não corresponde às expectativas, não se propõe a escutá-la, não acredita nela e, assim, não a ajuda a representar o que aconteceu. Diante desse desmentido, a criança fica insegura e se pergunta será o adulto ou será ela que não merece confiança. Segundo a autora, a criança só pode ter uma palavra própria quando esta é intermediada pela sua relação com o adulto. A princípio, ela toma palavras emprestadas do adulto e dirige a ele sua palavra para obter uma confirmação. “Este vaivém é condição imprescindível para que a criança conquiste sua própria palavra. É, portanto, por intermédio do adulto que a fala da criança pode ou não ter sua existência autorizada”.⁵⁵ (idem, p. 74). Com o desmentido, é produzida uma incompatibilidade simbólica - ele assume o tom de uma verdade absoluta e, com isso, o que a criança fala passa a ser considerado como uma mentira.

Sándor Ferenczi, em seu texto “Análise de crianças com adultos”, adverte: “Tem-se mesmo a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade.”⁵⁶ (1931/1992, pp. 79-80). Ou seja, quando a reação do adulto não é o desmentido, mas sim a compreensão e o acolhimento, o trauma patogênico não acontece.

Durante algumas sessões, Melinda falava com muita revolta das relações familiares e dos abusos ocorridos com ela e suas irmãs, expressando sentimentos de revolta contra a atitude da mãe: “Como é possível uma mãe não perceber o que acontece com os filhos?”.

A reação imediata ao trauma é uma comoção psíquica que Sándor Ferenczi descreve como uma agonia psíquica e física que acarreta uma dor incompreensível e insuportável. A dor é tão forte que a criança precisa distanciar-se de si mesma, afastar-se de seu psiquismo e de seu corpo, remetendo ao terror, à catástrofe, à morte: “Uma criança é atingida por uma agressão inevitável; consequência: ela ‘entrega a alma’ com a convicção de que esse abandono total de si mesma (desmaio) significa a morte”.⁵⁷ (1985/1990, p. 73). O desprazer causado pela comoção é tão avassalador que não pode ser superado, exigindo assim uma válvula de escape. Essa possibilidade é oferecida pela

⁵⁴ PINHEIRO, Teresa. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ FERENCZI, S.(1931/1992). “Análise de crianças com adultos”.

⁵⁷ FERENCZI, S. (1985/1990). *Diário clínico*.

autodestruição, a qual, enquanto fator que liberta a criança da angústia, “será preferida ao sofrimento mudo”.⁵⁸ (FERENCZI, 1932/1992, p. 111). Isso dá origem à desorientação psíquica, que, por destruir a consciência, ajuda a suportar a dor moral.

Para o autor, o acontecimento traumático permanece inacessível à memória de quem o vivenciou, restando visíveis apenas as cicatrizes deixadas por ele no psiquismo. A defesa psíquica utilizada diante do traumatismo é a clivagem narcísica - uma das partes da personalidade que foi clivada “sobrevive em segredo e esforça-se constantemente por manifestar-se”.⁵⁹ (FERENCZI, 1930/1992, p. 65). A metáfora utilizada pelo autor para ilustrar esse mecanismo é a de que em uma parte do corpo se abrigariam as parcelas de um “gêmeo” que foi inibido. A outra parte, a que foi poupada, assumiria o trabalho de adaptação à realidade.

Tudo se passa como se, em decorrência do processo traumático, a relação de objeto, tornada impossível, fosse bruscamente transformada em uma relação narcísica. Sándor Ferenczi fala de um ‘homem abandonado pelos deuses’: “Se até aqui esteve privado de amor, inclusive martirizado, desprende agora um fragmento de si mesmo que, sob a forma de pessoa dispensadora de cuidados, prestativa..., sente piedade da parte restante e atormentada da pessoa, cuida dela, decide por ela ...”⁶⁰ (1934/1992, p. 117). De acordo com o autor, ela é um anjo guardião. Esse anjo percorre o mundo inteiro em busca de ajuda, imagina coisas para a criança que nada pode salvar.

Tem-se aqui o mesmo mecanismo do qual a criança abandonada lança mão, descrito por Sándor Ferenczi em seu artigo “Análise de crianças com adultos”, uma parte da personalidade da criança começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, de forma a tornar o abandono sem efeito; ou seja, um fragmento passa a desempenhar um papel de “instância autoperceptiva” como recurso para ajudar a criança. Essa clivagem marca também a “divisão da subjetividade em uma parte sensível, brutalmente destruída, e uma parte que “sabe tudo, mas nada sente””.⁶¹ (idem, p. 77). Cabe destacar, como consequência desse processo, a relação que o sujeito passa a ter com o corpo, que fica anestesiado, entregue, visto como se estivesse do lado de fora, como se todo o sofrimento e dor fosse infligido a outro ser.

⁵⁸ FERENCZI, S.(1934/1992) “Reflexões sobre o trauma”.

⁵⁹ FERENCZI, S. (1930/1992). “Princípios de relaxamento e neocatarse”. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.

⁶⁰ FERENCZI S.(1934/1992). “Reflexões sobre o trauma”.

⁶¹ *Ibidem*.

Pois bem, voltemos ao pensamento de Freud, acerca dos perigos inerentes ao abuso sexual de crianças por adultos. Em 1931, em seu artigo “Sexualidade feminina”, o autor afirma que a sedução real é bastante comum, podendo ser iniciada por outras crianças ou por cuidadores, como a mãe ou a babá. Também afirma: “Onde intervém, a sedução invariavelmente perturba o curso natural dos processos de desenvolvimento e com frequência deixa atrás de si consequências amplas e duradoras”.⁶² (FREUD, 1931/1996, p. 240).

As seduções incestuosas entre um adulto e uma criança estão alicerçadas no sentimento afetuoso de amor. A criança tem fantasias lúdicas que desenvolverá a função materna para com o adulto; sendo assim, mesmo que o jogo assuma uma forma erótica, para a criança permanecerá sempre no âmbito da ternura.

Em seu “Diário Clínico”, Sándor Ferenczi postula que há uma diferenciação entre a linguagem do adulto, que denomina linguagem da paixão, e a da criança – a linguagem da ternura. Nesse sentido, o adulto abusador confunde as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que já alcançou maturidade sexual, o que culmina na efetivação de práticas sexuais inconsequentes.

Diante da força e autoridade dos adultos, as crianças sentem-se inibidas por um medo intenso. Esse medo, quando atinge seu ponto máximo, “obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor dos seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas e, por fim, a identificarem-se com ele”.⁶³ (FERENCZI, 1933/1992, p. 102). De acordo com o autor, nessa identificação o agressor desaparece enquanto realidade exterior e torna-se intrapsíquico, e, através da alucinação negativa, a agressão deixa de existir enquanto acontecimento real.

Segundo Teresa Pinheiro a identificação com o agressor, para Sándor Ferenczi, remete a uma imagem de invasão no ego da criança: “O agressor usurpa o espaço egoico e toma posse deste lugar como se assumisse a fala da criança ou ocupasse seu espaço psíquico”;⁶⁴ (1995, p. 83) desta forma torna-se o posseiro desse ego, ignorando o seu verdadeiro dono. Para preservar o adulto idealizado que a agrediu, a criança se dispõe a clivar-se e a tornar-se culpada de algo que ela não conhece, de algo em que não percebeu nenhum mal. É mais suportável para a criança tornar-se, ela própria, a

⁶² FREUD. S. (1931/1996). *Sexualidade Feminina*.

⁶³ FERENCZI, S. (1933/1992). “Confusão de língua entre os adultos e a criança”.

⁶⁴ PINHEIRO, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*.

culpada, já que perder seu objeto idealizado neste momento equivale ao risco de aniquilamento ou despedaçamento psíquico.

Voltando a Melinda, era evidente que ela estava incapacitada de reagir à situação traumática, pois, além do irmão abusador, a mãe, com a qual se identificava, não considerava o relato da filha, ignorando o ocorrido.

Em “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, o que Sándor Ferenczi denomina de progressão traumática é descrita como uma prematuração patológica de parte da personalidade, que acontece tal como a maturidade apressada de um “fruto bichado”. Trata-se da “eclosão surpreendente e súbita, como ao toque de uma varinha mágica, de faculdades novas que estavam aguardando tranquilamente o momento de expressar-se”.⁶⁵ (1933/1992, p. 104). Sob a pressão do trauma, a criança passa a manifestar os gestos mimetizados de um adulto.

É possível remeter-nos aqui a um sonho que Sándor Ferenczi diz acontecer com relativa frequência, ao qual deu o nome de “sonho do bebê sábio”. Nele, uma criança recém-nascida ou um bebê começa a falar de súbito, aconselhando sabiamente os pais e outros adultos, podendo se transformar em uma espécie de psiquiatra diante deles e, como tal, ser obrigada a resolver os conflitos familiares e a carregar sobre seus ombros o fardo dos outros membros da família; porém, isso tudo acontece à custa dos interesses próprios da criança, que perde sua espontaneidade.

De acordo com Daniel Kupermann,⁶⁶ em seu texto “A progressão traumática: algumas consequências para a clínica na contemporaneidade”, a consequência dessa aquisição precoce de um saber e de uma maturidade próprios dos adultos é um comprometimento da capacidade de afetar e ser afetado pelo outro, que se faz acompanhar de uma dificuldade de expressar afetos de amor e de ódio e de uma diminuição da potência para se afirmar de modo singular.

De acordo com Lucia Fuks, em seu artigo “Consequências do abuso sexual infantil” o abuso sexual representa uma verdadeira catástrofe na vida de uma criança e produz uma devastação da estrutura psíquica que afeta distintos aspectos. “Falar dos efeitos do abuso, imediatos ou a longo prazo, é falar justamente da ameaça de um bloqueio danoso dos processos de subjetivação, da impossibilidade para a criança, sem

⁶⁵ FERENCZI, S. (1933/1992). “Confusão de língua entre os adultos e a criança”.

⁶⁶ KUPERMANN, D. (2006). “A progressão traumática: algumas consequências para a clínica na contemporaneidade”. In: *Revista Percurso*. 18 (36).

o auxílio dos outros, de simbolizar o traumatismo experimentado”.⁶⁷ (2006, p. 50). Para a autora a experiência persiste longamente em seus efeitos e impede que a vítima possa reencontrar-se como sujeito.

O conceito de trauma refere-se a um acontecimento da vida caracterizado por sua intensidade e pela incapacidade do sujeito de responder a ele adequadamente, o que gera o transtorno e os efeitos patogênicos duradouros que provocam na organização psíquica. Em termos econômicos, o trauma se caracteriza por um afluxo excessivo de excitações, em relação à tolerância do sujeito e a sua capacidade de controlá-las e elaborá-las psiquicamente.

Melinda se sentia sobrecarregada pela família, necessitando ajudar a todos financeiramente; pouco tempo dispunha para cuidar de sua vida, pois estava o tempo toda ocupada em resolver os problemas dos outros. “Eu ajudo financeiramente meus pais, minhas irmãs, meus irmãos e meus cunhados. Eles recorrem sempre a mim”. Nas sessões, a referência aos familiares era constante, impedindo minha paciente de olhar para as suas próprias dificuldades e, sobretudo, insatisfações. Insatisfações às quais ela se agarrava, tentando assim contornar a falta.

Certa vez, contou que, na adolescência, fora uma menina introvertida - não gostava do seu corpo, usava roupas largas especialmente camisetas e saia jeans. “Às vezes usava uma camiseta sobreposta a outra. Não gostava de roupas justas para não marcar o corpo”. Agora, na idade adulta, Melinda considerava-se muito magra; por isso, não usava vestidos, shorts ou calças: “Eu prefiro o padrão de beleza natural”. Considerava que as pessoas maquiadas eram superficiais. Contou também que, já adolescente, mantinha o hábito de chupar o dedo.

Em 1905, no texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud reafirmou o lugar central do corpo na compreensão dos processos neuróticos. Ao admitir que as primeiras brincadeiras do bebê incluem seu corpo, seu alimento e seus excrementos, o autor entende que o jogo envolvido numa relação a dois, para além de sua função fisiológica, comporta uma dimensão prazerosa, implicando a excitação da zona erógena: “o ato da criança que chucha é determinado pela busca de prazer já vivenciado e agora relembrado... A primeira e mais vital das atividades da criança – mamar no seio materno (ou em seus substitutos) – há de tê-la familiarizado com esse prazer”.⁶⁸ (1905/1996, p.

⁶⁷ FUKS, L. B.(2006). “Consequências do abuso sexual infantil”. In: *Revista Percurso*, nº. 36.

⁶⁸ FREUD, S.(1905/1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

171). De acordo com o autor, os lábios da criança comportam-se como uma zona erógena, e a estimulação ocasionada pelo fluxo do leite origina a sensação prazerosa.

Nesse sentido, como atividade fundadora do autoerotismo, a sucção permite à criança obter satisfação com seu próprio corpo, para além do objeto. Isso quer dizer que zonas específicas do corpo são eleitas como áreas de obtenção de prazer, à luz das primeiras vivências de satisfação experienciadas no contato com a mãe. Nesse momento, entretanto, observamos uma abertura ao mundo externo, pois o funcionamento anárquico das pulsões necessita do outro para poder regular sua intensidade. Esse primeiro tempo do prazer se desenvolve em termos de pulsões parciais, fragmentadas, correspondendo à fase precoce do desenvolvimento sexual. É um movimento de exploração e descoberta de partes do corpo, num processo de encontro com o adulto cuidador que vai figurando gradualmente uma imagem corporal.

Partindo de suas concepções sobre os sintomas corporais histéricos, Freud esclarece que, na histeria, “esses lugares do corpo e os tratos de mucosa que partem deles transformam-se na sede de novas sensações e de alterações de inervações – e mesmo de processos comparáveis à ereção – tais como os próprios órgãos genitais diante das excitações dos processos sexuais normais”.⁶⁹ (1905/1996, p. 171).

São zonas “despertadas” de prazer no corpo, sendo posteriormente substituídas pelos órgãos genitais. Dentre as zonas erógenas, Freud aponta para o lugar da pele como uma zona erógena por excelência, já que “em determinadas partes do corpo [ela] diferenciou-se nos órgãos sensórios e se transmudou em mucosa” (idem, p. 171) tornando-se uma zona erógena “por excelência”. Efetivamente o prazer autoerótico é base necessária para uma posterior integração corporal.

O que levou Melinda a chupar o dedo até a adolescência? Na Conferência “Fixação em traumas - o inconsciente”, Freud postula que, em cada uma de suas pacientes, a análise mostrava que elas foram conduzidas de volta a um determinado período de seu passado. “Na maior parte dos casos, com efeito, escolheu-se, para este fim, uma fase muito precoce da vida – um período de sua infância ou, até mesmo... um período de sua existência como criança de peito”.⁷⁰ (1917/1996, p. 282).

Entendo que quando Freud observa que suas pacientes são conduzidas a um período de sua existência como criança de peito, ele considera que, na histeria, é

⁶⁹ FREUD, S.(1905/1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

⁷⁰ FREUD, S. (1917[1916-17]/1996). Conferencia XXVIII - *Fixação em traumas– o inconsciente*. ESB. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.

possível supor a existência de uma *fixação da libido na fase oral*. Nessa mesma conferência, ressalta que as experiências às quais as pacientes se fixaram podem ser reconhecidas como traumáticas. "... Assim, a neurose poderia equivaler a uma doença traumática, e apareceria em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso".⁷¹ (FREUD, 1917/1996, p. 283).

Na histeria, essa experiência de tonalidade afetiva excessivamente intensa – e, portanto, traumática – na qual a libido se fixa é a “grave ofensa” sofrida pela menina na fase oral, à qual Freud faz referência no texto de 1896, intitulado “A Etiologia da Histeria”. O autor considera então que, na histeria, por trás das pequenas ofensas sofridas no momento atual, encontra-se “a lembrança de uma grave ofensa na infância que nunca foi superada”.⁷² (1896/1996, p. 212).

Melinda gostava muito de dormir, mas, mesmo dormindo oito horas diárias, acordava cansada e sem vontade de levantar da cama. Estar dormindo era como uma fuga: “Dormir é quase um estado de morte”. Ao acordar, sempre estava mal-humorada.

Raramente ia ao cinema ou a shopping, e quando ia, era sempre sozinha. Contentava-se com a solidão e dizia estar acostumada com isso: “Fico irritada com as perguntas dos outros. Sou uma pessoa estranha, mas isso não me incomoda”. Minha impressão era de que Melinda mantinha-se quase sempre invisível.

Para Sándor Ferenczi, em seu “Diário Clínico”, em decorrência do trauma patogênico, não há, como se poderia esperar diante de uma ideia de adoecimento psíquico, algum tipo de paralisação ou regressão a formas de funcionamento mais arcaicas, mas, sim, uma relativa adaptação à realidade. Diz o autor que toda adaptação tem lugar numa pessoa que se tornou maleável pela dissociação devida ao terror. Um sofrimento que é assim “superado” torna a pessoa mais prudente e mais paciente, porém isso pode acarretar uma restrição considerável da qualidade emocional da vida: “fica-se com a maior parte do interesse suspenso no outro mundo, e o fragmento restante é apenas forte para viver uma vida de rotina”.⁷³ (1932/1990, p. 66).

A capacidade de estar só é conquistada, segundo Donald Winnicott, quando a mãe atravessa o período de preocupação materna primária e a criança, o estágio de dependência absoluta. Assim, a capacidade de estar só constitui-se paradoxalmente, através da capacidade de estar só na presença de outra pessoa. Para o autor, essa

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² FREUD, S. (1896/1996). *A etiologia da histeria*. ESB. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago.

⁷³ FERENCZI, S. (1932/1990). *Diário Clínico*.

capacidade indica, primeiramente, a possibilidade de representar-se a si mesmo, “eu sou”, para, em seguida, desde que a criança tenha assegurado um ambiente favorável ao desenvolvimento, possa reconhecer a “existência continuada” do objeto ausente, podendo finalmente dizer “eu estou só”.⁷⁴ (1958/1990).

Suponho que a relação transferencial permitiu a Melinda aventurear-se a momentos consigo mesma. Ela chegava à sessão e contava como tinham sido prazerosos seus momentos solitários. Outras vezes, contudo, falava-me de um sentimento de solidão que a assaltava, fazendo com que não tivesse ânimo nem mesmo para levantar da cama.

Muito magra, Melinda tinha dificuldades para se alimentar, chegando a pular refeições: “Não gosto de comer. Me cansa ficar mastigando. Fico irritada quando vejo as pessoas comendo bem”. Ela apenas conseguia se alimentar melhor quando estava na casa da mãe. Embora a magreza a deixasse satisfeita, ao mesmo tempo, a envergonhava. Afinal, ela considerava a preocupação com a aparência algo fútil. Segundo as suas leis, ela só deveria se preocupar com o seu corpo do ponto de vista da saúde, mas não da estética.

Em “História de uma neurose infantil, Freud considera o distúrbio do apetite um indicativo do distúrbio no desenvolvimento sexual. Percebe que, ao lado da aversão à alimentação, aparece a repulsa e o nojo à vida sexual. “É sabido que existe uma neurose nas meninas que ocorre numa idade muito posterior, na época da puberdade ou pouco depois, e que exprime aversão à sexualidade por meio da anorexia”.⁷⁵ (FREUD, 1918/1996 p. 113). De acordo com o autor, essa neurose deverá ser analisada em conexão com a fase oral da vida sexual.

Também em “Inibições sintomas e ansiedade”, ao postular acerca das várias funções que o ego assume nas afecções neuróticas, Freud diz que “a função da nutrição, com maior frequência, é perturbada por uma falta de inclinação para comer, acarretada por uma retirada da libido”.⁷⁶ (1926/1996, p. 92). Afirma ainda que é possível verificar na análise de pacientes neuróticos que a função de um órgão fica prejudicada se a sua significação sexual for aumentada - assim como minha paciente se sentia cansada diante de um prato de comida.

⁷⁴ WINNICOTT, D. (1958/1990). “A capacidade para estar só”. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

⁷⁵ FREUD, S. (1918[1914]/1996). *História de uma neurose infantil*.

⁷⁶ FREUD, S. (1926[1925]/1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*.

Ao mesmo tempo em que falava de suas ambiguidades, Melinda começava a falar também de suas inseguranças. Não se achava nem feia nem bonita. Ela queria agradar, mas temia que alguém pudesse identificar esse desejo, então, gostava de ser ou parecer “desencanada”. Buscava, sobretudo, ser querida pelo que era, mas o que ela era parecia morar em outro lugar que não em seu corpo. Seu esforço para ser desencanada não era bem-sucedido nas situações em que tentava estabelecer relacionamentos amorosos, quando ficava muito tensa para saber se era capaz de despertar o desejo do outro.

Em “Estudos sobre Histeria” de 1896, Freud relata o caso da jovem Katharina que, aos quatorze anos, sofrera várias investidas sexuais por parte de um tio, que mantinha também um caso extraconjugal com a empregada. Embora o tempo dos abusos já tivesse passado, continuava sofrendo de sintomas conversivos: ficava sem ar, as coisas ao seu redor ficavam sem expressão, suas pálpebras se fechavam à força e ela ouvia um martelar e um zumbido em sua cabeça. Às vezes, via uma cabeça medonha cujos olhos terríveis a fitavam. Nesses dias, nada conseguia fazer.

Na discussão do caso, Freud assinala que se pode comparar as experiências eróticas a momentos traumáticos, porém estabelece uma distinção entre a vivência e a representação: “verificamos que as impressões do período pré-sexual que não produziram nenhum efeito na criança atingem um poder traumático, numa data posterior, como lembranças, quando a moça ou a mulher casada adquire uma compreensão da vida sexual”.⁷⁷ (FREUD, 1893-1895/1996, p. 159). Em nota de rodapé acrescentada ao caso em 1924, revela que a moça não era a sobrinha, mas a filha do agressor.

Passados alguns meses, Melinda começou a falar dos conflitos no trabalho, em especial, nos relacionamentos interpessoais, das dificuldades de ser compreendida pelos colegas e chefias, do desejo de trabalhar em outro setor, o que acabou por se concretizar, porém as insatisfações continuaram: “Não fico quieta. Falo mesmo”. Um ano depois, solicitou novamente a mudança de setor, pois não gostava das atividades que realizava, e assim ia tentando encontrar um lugar em que pudesse sentir-se feliz.

A esse respeito, em “Inibições sintomas e ansiedade”, Freud postula: “na inibição no trabalho ... o indivíduo sente uma diminuição de seu prazer nele, ou se torna menos capaz de realizá-lo bem, ou então experimenta certas reações no tocante ao

⁷⁷ FREUD, S.(1893-1895/1996). “Casos Clínicos”. In: *Estudos sobre a Histeria*.

mesmo, como a fadiga, a tontura ou o enjoo...”.⁷⁸ (1926/1996, p. 93). Tais inibições servem à autopunição - o ego não suportaria atividades que pudessem trazer êxito e lucro, pois foram proibidas pelo superego, desistiria delas para evitar entrar em conflito com o superego.

Melinda vivia neste dilema: dizia-me que gostava do trabalho que realizava, mas não gostava do ambiente organizacional, estava sempre implicando, irritada com as pessoas que trabalhavam com ela.

Como referido anteriormente, utilizando o conceito de tendência antissocial de Donald Winnicott, Masud Khan, em seu artigo “O rancor da histérica”, diz que o histérico expressa uma tendência antissocial pelos viés das experiências sexuais. Desse modo, na histeria, haveria um desenvolvimento precoce da sexualidade camuflando as necessidades desatendidas do eu. Assim como na tendência antissocial, o histérico impele o ambiente a agir sobre ele, “mas permanece inacessível à mutualidade de um diálogo psíquico e de uma partilha defendendo-se e, inevitavelmente, sofrendo a falta de verdadeiros encontros”.⁷⁹ (1997, p. 57).

Melinda chegava ao consultório profundamente ressentida, fruto da dificuldade de se fazer entender no seu trabalho. Isso me levava a pensar que seu idioma lembrava uma língua morta cuja compreensão exige muito trabalho da analista - ela deformava de tal modo seu desejo, que ninguém poderia escutar seu apelo. Por trás das queixas de que não era compreendida ou do seu rancor, trazia a dor por não ser verdadeiramente tocada e por não tocar, ou por não amar e não se sentir amada.

Melinda era uma profissional competente, fazia vários cursos, se dava bem na maioria deles, mas não conseguia escolher o que fazer. Começou um curso de inglês, abandonou; começou a estudar música, também parou: “Não tenho desenvoltura para aprender inglês. A música exige muito de mim, eu me vejo bloqueada”. Aprofundar-se numa escolha ou situar-se em relação ao seu desejo significava, necessariamente, deixar muitas outras de lado, e isso é muito difícil na histeria.

O que levava Melinda a não dar prosseguimento às atividades que iniciava? Apesar das explicações concretas que efetuava nas sessões, algo de sua sexualidade parecia ser a chave da resposta. Pensei que Melinda protelava sua caminhada rumo à feminilidade, o que entendi como resultado de um desfecho problemático de seu Édipo, como referido anteriormente a partir da teoria freudiana.

⁷⁸ FREUD, S. (1926[1925]/1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*.

⁷⁹ KHAN, M. (1997). “O rancor da histérica”. In: BERLINCK, M. T. (org.) *Histeria*. São Paulo: Escuta.

Em uma sessão, lembrou-se de um comentário de sua professora da época da faculdade, que, ao entregar a sua prova, parabenizou-a pelo desempenho; ela não ouviu os elogios e voltou para o seu lugar no fundo da sala. “Só depois é que percebi que eu tinha tirado a melhor nota. Em qualquer ocasião ou evento eu escolho ficar em lugares no fundo, onde não há evidência. Sou tímida, não gosto de aparecer”.

De fato, em “Estruturas e clínica psicanalítica”, Joel Dor destaca: “a relação com o saber constitui um terreno eminentemente favorável à atualização dolorosa das imperfeições”.⁸⁰ (1994, p. 78). O sofrimento de minha paciente não se transformava em sabedoria sobre si; assim, não podendo ser escutado, materializava-se no corpo.

Na relação transferencial, seu modo de posicionar-se em relação ao seu desejo e ao do outro foi desde cedo se delineando. Propus iniciarmos com uma sessão semanal, o que foi prontamente aceito por ela. Melinda parecia tranquila com o início do nosso trabalho; o convite à situação analítica supunha uma intimidade que ela desejava, mas estava temerosa do que pudesse ocorrer durante o seu percurso, o que dificultava os aprofundamentos. Assim, ligada amorosamente à analista, a paciente poderia dar-lhe ouvidos e estabelecer outro destino a seus impulsos recalcados, agora conscientes – e não mais mantê-los, novamente, sob recalque. Porém, evitando a sensação de entrega, situação que a deixava vulnerável, tranquilizava-se ao sair insatisfeita das sessões; assim, seu eu não estava ameaçado por aquela relação comigo – afinal, eu não era aquela que teria tudo o que ela desejava, aquela que levaria a ausentar-se de si mesma.

Incapaz de estabelecer relacionamentos amorosos, diante da possibilidade de concretizar tentativas, Melinda se esquivava e justificava-se para si mesma com as sensações de mal-estar físico e desânimo. Ela havia tido apenas um namorado, com o qual manteve suas primeiras relações sexuais. O namoro terminou depois de um ano. Contou-me que sentia nojo, e um aperto no estômago após as relações sexuais e não gostava do ato em si. Depois disso, ela se dedicou aos afazeres da igreja que frequentava e ao seu trabalho na instituição que a empregava.

Em “Projeto para uma psicologia científica”, Freud relata o caso da paciente Emma, que se encontrava tomada pela compulsão de não conseguir entrar em lojas sozinha. Na análise, ela associou tal sintoma à memória de uma cena “da época em que tinha doze anos (pouco depois da puberdade). Ela entrou numa loja para comprar algo, viu dois vendedores (de um dos quais ainda se lembra) rindo juntos e saiu correndo,

⁸⁰ DOR, J. (1994). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus.

tomada de uma espécie de afeto de susto”.⁸¹ (1950/1996, p. 407). Recordava que os rapazes estavam rindo de suas roupas e que havia se interessado sexualmente por um deles. Em sua análise desse relato, Freud denomina esse momento de Cena I, com um comentário acerca de sua ininteligibilidade e da relação também incompreensível entre essa lembrança e o sintoma. Novas investigações ocasionadas pelo rumo desse tratamento revelam uma segunda lembrança, a Cena II, da qual Emma nega ter consciência na ocasião do episódio lembrado anteriormente. Ela se recordava de ter oito anos e de ir duas vezes comprar doces em certa confeitoria. Na primeira ocasião, o proprietário agarrou suas partes genitais por cima da roupa. Mesmo após essa experiência, retornou ao local uma segunda vez. Essa reminiscência gerou, na análise, um estado de “consciência pesada e opressiva” por se recriminar pelo retorno ao local do assédio, “como se com isso tivesse querido provocar a investida”.⁸² (idem, p. 408).

Na discussão do caso, Freud estabeleceu o riso como vínculo associativo entre as Cenas I e II. O riso dos vendedores da loja, no episódio mais recente, evocava o riso do proprietário da confeitoria no assédio sexual até então esquecido. Em ambas as situações, Emma estava sozinha, outro elo associativo. O autor enfatiza o fato de que, entre um evento e outro, “ela alcançara a puberdade”. E que a lembrança despertou o que ela certamente não era capaz na ocasião, uma liberação sexual, que se transformou em angústia. Freud conclui que se trata de um “processo patológico interpolado ... em que uma lembrança desperta um afeto que não pôde suscitar quando ocorreu como experiência, porque, nesse entretempo, as mudanças (trazidas) pela puberdade tornaram possível uma compreensão diferente do que era lembrado”.⁸³ (idem, p. 410).

Desse modo, o prazer sexual experimentado, mas não simbolizado na ocasião da primeira cena, reaparece na segunda sob a forma de susto, e as lembranças do riso e da roupa estabelecem a ponte verbal que as une. Sua sensação de estar vestida de forma inadequada na segunda cena torna-se, assim, compreensível, de modo que Freud pôde asseverar, desde então, que “a lembrança fica recalcada apenas quando se torna trauma por ação retardada”⁸⁴ (idem, p. 468), e que o sintoma fundamental dos histéricos é o nojo, sensação que experimentam na ocasião em que poderiam sentir uma excitação sexual. O sintoma é, neles, uma autêntica substituição metafórica.

⁸¹ FREUD, S. (1950[1895]/1996). *Projeto para uma psicologia científica*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ *Ibidem*.

Aos poucos, fui percebendo que, na fala de Melinda, existia uma distinção entre a vontade própria e a vontade de seu corpo; isto é, para cada manifestação de sintomas no seu corpo, a sua atitude para remissão parecia inócuia.

Isso me faz lembrar do caso Dora, já referido no capítulo 1. Em uma das sessões, Dora trouxe uma experiência vivida por volta de seus quatorze anos, com o Sr. K: ele combinara com sua esposa e com ela que, à tarde, as duas fossem encontrá-lo em sua loja comercial, que ficava na praça da cidade, para que dali fossem assistir a um festival religioso. Porém, ele induziu a esposa a ficar em casa, despachou seus empregados e estava sozinho na loja quando Dora chegou. Na hora da procissão, pediu à moça que o aguardasse na porta que dava acesso à escada do andar superior, enquanto ele abaixava as portas externas. Em seguida, ao invés de sair pela porta aberta, estreitou subitamente a moça contra si e deu-lhe um beijo nos lábios. Segundo Freud, essa seria uma típica situação que, numa moça virgem de quatorze anos, despertaria a sensação de excitação sexual. Contudo, o que aconteceu com Dora foi uma “violenta repugnância”, como ela mesmo qualificou, que a faz empurrar o homem e sair correndo, alcançando a porta da rua. Mesmo com essa situação, as relações de sua família com o Sr. K. continuaram e os dois nunca mencionaram essa cena, até o momento em que Dora a relatou a Freud, afirmando que, depois dessa situação, evitava ficar a sós com um homem. A associação de três sintomas: repugnância, sensação de pressão na parte superior do corpo e evitação dos homens em conversa afetuosa, foi responsável pela formação dos seus sintomas.

Em relação à noção de repugnância, Freud chega a uma derivação desse sintoma no corpo, quando formula que a sensação de nojo da cena do beijo ocorrido na loja está associada à reação ao cheiro e visão dos excrementos. Os órgãos genitais, e em especial o membro masculino, podem lembrar as funções excretoras, porque, além de desempenhar a função sexual, o órgão serve também à micção. “Na verdade, esta é a primeira das duas a ser conhecida, e é a única conhecida durante o período pré-sexual. É assim que a repugnância se inclui nas manifestações afetivas da vida sexual”.⁸⁵ (FREUD, 1905/1996, p. 40).

De acordo com a teoria freudiana, o sintoma se constitui como algo absolutamente irreconhecível para o sujeito que não se dá conta da satisfação ali embutida, experimentando, na verdade, um sofrimento. Isso é particularmente importante para a formação de sintoma na histeria. O que promovia satisfação do sujeito

⁸⁵ FREUD, S. (1905/1996). *Fragmentos da análise de um caso de histeria*.

em determinada época passa, depois, a causar repugnância e, consequentemente, resistência.

No caso Dora, Freud não considerou completo o quadro clínico de sua paciente apenas com a “inversão do afeto” - além disso, houve também um deslocamento da sensação, que, em vez de ser sentida de forma genital, como se supõe numa jovem, houve uma tomada de desprazer própria da membrana de entrada do tubo digestivo, ou seja, a repugnância. Dora disse a Freud que continuava sentindo, na parte superior de seu corpo, a pressão daquele abraço do Sr. K., levando-o a reconstruir a cena da seguinte forma: durante o abraço, Dora sentiu não só o beijo em seus lábios, mas também a pressão do pênis contra seu ventre, “Essa percepção revoltante para ela foi eliminada de sua memória, recalcada e substituída pela sensação inocente de pressão sobre o tórax, que extraía de sua fonte recalcada uma intensidade excessiva”.⁸⁶ (FREUD, 1905/1996, pp. 38-9).

Ainda no caso Dora, Freud se refere aos sintomas de dispneia crônica - ela estava deprimida há uns dois anos, comia pouco, ficava em casa com frequência e tinha acessos de *tussis nervosa*. Seu sintoma mais incômodo costumava ser a perda completa da voz, sendo o diagnóstico de causa nervosa. Freud interpreta o sintoma de afonia de Dora, relacionando-o ao fato de que a moça renunciava à fala quando o amado estava longe. A fala perdia seu valor, já que não podia falar com ele, e a escrita ganhava importância por ser o único meio de se manter conectada com o homem ausente. Pondera ainda que essa interpretação é específica para o caso de Dora, não sendo possível pensar numa repetição dessa mesma etiologia acidental. Comenta que não discorrerá sobre a questão tão frequentemente levantada sobre uma origem ou psíquica ou somática dos sintomas histéricos.

Para Freud, todo sintoma histerico requer a participação de ambos os lados; ou seja, não ocorre sem a presença de uma “complacência somática” que é fornecida por algum processo normal ou patológico em algum órgão do corpo. Finaliza sua discussão acerca da técnica mostrando que, com a psicanálise, o enigma da histeria se torna um pouco menor, visto que, através da complacência somática, entende que os processos psíquicos inconscientes encontram uma saída pelo corporal, e quando esse fator está ausente, o que surge é algo diferente de um sintoma histerico, mas ainda de natureza afim: uma fobia, talvez, ou uma ideia obsessiva – em suma, um sintoma psíquico.

⁸⁶ *Ibidem*.

Retomando o caso de Melinda, ela falava do desejo de ter um namorado, mas, ao mesmo tempo, tinha dúvidas sobre isso, e se justificava dizendo que namorar dava muito trabalho e a deixava impaciente; assim, continuava presa em sua insatisfação, protegendo-se para não deparar-se com sua própria castração.

Na ocasião dos atendimentos, conheceu um rapaz, que aqui chamo Joaquim, e que ela qualificava como “diferente”, pois as amigas diziam que percebiam o interesse dele por ela; mas Melinda não tinha certeza se ele realmente queria namorá-la: “Ele preenche os requisitos que eu busco em um rapaz para namorar”.

Conforme já referido anteriormente, André Green diz que a capacidade de fantasiar mantém uma rede simbólica que protege o sujeito contra os seus conteúdos recalcados. Para o autor, é através da situação sexual que o sujeito produz uma clivagem do eu, permitindo a manutenção de uma onipotência idealizada. Esse mecanismo maníaco é revertido através da conversão. Penso que, em Melinda, a fantasia libertava-a dos sentimentos de angústia e dissipava a sua falta de esperança, solidão e sentimento de vazio.

A principal queixa de Melinda estava na dificuldade de encontrar um namorado. Existiam algumas combinações possíveis e diferentes entre si, que acabavam sempre do mesmo jeito: “Eu me interesso pelo rapaz, mas quando percebo que ele se interessa por mim, eu não quero mais”. No início da análise, ela estava sofrendo justamente por um desencontro com outro rapaz: “Ele estava me paquerando, eu não estava interessada nele. Quando eu me interessei, ele arrumou outra namorada. É sempre assim...”.

Certa vez, Joaquim disse que ela se parecia com a igreja; Melinda não gostou do comentário, “não quero ser uma igreja, não gosto da ideia de ser vista como igreja”. Na sessão seguinte, retomou: “eu não concordo com algumas coisas da igreja, estou perdendo o interesse em participar dos grupos de lá”.

Era difícil observar alguns aspectos do processo identificatório de Melinda - no que se refere à mãe, ela se identificava com a mulher religiosa que frequentava a igreja evangélica e seguia seus preceitos; ao pai, pouco se referia, dizendo apenas que ele era aventureiro e não dava importância à família, “ele não quer saber de nada”. Melinda foi convidada para cantar no coral da igreja, e fazia questão de dizer que gostava dessa atividade. Por outro lado, se referia ao pastor da igreja como um homem a quem ela recorria para pedir conselhos.

Foi nesse momento da análise que trouxe o primeiro sonho: “sonhei que estava no aeroporto, observava o ambiente, olhava os painéis, no entanto não sabia para onde

deveria ir. Sabia que deveria fazer uma viagem, mas não sabia para onde. Fiquei desesperada e não conseguia encontrar nenhuma pessoa que pudesse me ajudar". Melinda associou o sonho comigo, dizendo que, como sua analista, eu deveria mostrar a ela o destino de sua viagem. Colocou-me, então, na transferência com a mãe fálica, capaz de responder todas as suas questões.

Decorrido algum tempo na sessão, contou-me que certa vez estava num auditório, assistindo a uma palestra e, de repente, deparou com Joaquim. Sentiu um aperto no estômago e náuseas, como já havia ocorrido em outros momentos. Aos poucos, foi se desinteressando pelo possível relacionamento com ele: "Eu quero namorar com ele, mas ele não quer, não vou ficar correndo atrás de homem".

Melinda, com frequência, não se sustentava nas relações com os homens, de maneira que seu pretendente a deixava e ao mesmo tempo dava início ou continuidade à relação com outra mulher.

Passados alguns meses, Melinda trouxe o segundo sonho: "sonhei que estava com as minhas três irmãs, éramos crianças na pré-adolescência, estávamos caminhando por terrenos não habitados próximo de nossa casa. De repente, estávamos no quintal de uma senhora amiga de nossa mãe; ela nos viu, ficou irritada, falava alto, mostrava um semblante carrancudo; assustadas, saímos correndo e mais à frente nos deparamos com uma casa, entramos na casa para nos esconder, percebemos uma porta na cozinha, minha irmã tentou sair pela porta da cozinha e deparou com a senhora irritada e muito brava que, com um revólver em punho, atirou em minha irmã e depois apontou para mim. Fiquei assustada". Melinda associou este sonho com a educação repressora que recebeu na igreja no período de sua infância e adolescência. Penso que a senhora irritada e brava representava o superego rígido de Melinda; ela me relatou que o relacionamento entre os irmãos e irmãs sempre fora distante, apesar de morarem juntos; daí a associação do tiro na irmã. Caminhar por terrenos desabitados me fez associar com a sexualidade de Melinda, que ela está procurando desvendar na análise. E ela associou entrar na casa para se defender ao medo e às dificuldades nas relações amorosas e interpessoais. A partir daí, falava das suas dificuldades nos relacionamentos com as irmãs.

Melinda buscava relacionamentos com pessoas inatingíveis, em algumas vezes virtualmente, para manter a insatisfação, garantindo, assim, no seu desejo insatisfeito, a manutenção de sua organização, ainda que esta lhe custasse muito caro: "Eu quero estar com alguém, mas me envolvo com pessoas que não me deixam alcançar os meus

objetivos, que me rejeitam, sinto uma tristeza, parece tudo embaçado”. Encontrava-se sozinha, no árduo trabalho de se sustentar no lugar da feminilidade, como destacam Silvia Alonso e Mario Fuks: “A fragilidade que a histérica vive, para se sustentar sozinha no lugar da feminilidade, leva-a inserir-se nesse jogo de espelhos, condenando-se permanentemente a essa construção de triângulos ou de quadriláteros”.⁸⁷ (2004, p. 164). Assim, quando ela perdia o homem, vinha à tona a sensação de abandono e de solidão, que por sua vez se relacionava à sua luta íntima e solitária de tentar responder ao enigma da feminilidade.

Em “Inibições, sintomas e ansiedade”, Freud afirma existir uma relação entre a inibição e a ansiedade. De acordo com o autor, algumas inibições representam o abandono de uma função porque sua prática produziria ansiedade. O autor classifica essa ansiedade sob a histeria como o sintoma defensivo da repulsa, “que, surgindo originalmente como uma reação preterida a experiência de um ato sexual passivo, aparece depois, sempre que a ideia de tal ato é apresentada”.⁸⁸ (1926/1996, p. 92). Ainda para Freud, muitos atos obsessivos vêm a ser medidas de precaução contra experiências sexuais, sendo assim de natureza fóbica.

Para Freud, as perturbações da função sexual são então acarretadas por uma variedade de meios: a libido pode ser afastada; a função da libido pode ser executada de forma irregular; pode ser desviada para outras finalidades; pode ser interrompida pelo surgimento da ansiedade, podendo haver ainda uma reação de protesto e uma tentativa de desfazer o que foi feito.

Melinda não queria se casar, não conseguia se imaginar como dona de casa e cuidando do marido: “Não sei se me relacionasse com alguém eu desejaría me casar, os homens são confusos, não me passam segurança. Eles não precisam ser perfeitos, mas precisam saber me direcionar, senão fico perdida”. Percebo que Melinda suspendeu possíveis relacionamentos amorosos, como se não houvesse lugar para um homem (que não fosse o pai) em sua vida.

A protagonista do romance de Gustave Flaubert, “Madame Bovary”, também pensava: “Mas um homem não devia saber de tudo, ser hábil em múltiplas atividades, iniciar as mulheres nas energias da paixão, no refinamento a vida e em todos os

⁸⁷ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

⁸⁸ FREUD, S. (1926[1925]/1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*.

mistérios? Aquele, porém, não ensinava nada, não sabia nada, não desejava nada”.⁸⁹ (1957/2011, p. 43).

No caso Dora, alguns autores psicanalistas como Lacan, Manonni⁹⁰, Serge André⁹¹ dentre outros, questionam “O que é ser uma mulher?”; só pode ser desejada, não sabe o que deseja e, portanto, não sabe do desejo da mãe. Por isso, deseja o desejo do outro e também se identifica com os traços do outro. Assim, na histeria, o desejo é insatisfeito, pois seu desejo é o desejo do outro. Faz-se na insatisfação e se protege para não ter de se confrontar com sua própria castração.

No caso de Melinda, quando o barulho trazido de fora foi diminuindo, ela pôde entrar em contato com uma mulher cheia de insatisfações e que não sabia como se situar em relação aos seus desejos.

Os pais - ele um pintor e a mãe copeira - mantiveram-se casados por 24 anos; porém, nesse período ocorreram várias separações, devido às traições do pai; mas, passados alguns dias, os dois se reconciliavam: “A minha mãe perdoava o meu pai”. Na última vez que o pai saiu de casa definitivamente, Melinda era uma jovem adolescente: “Eu nem me dei conta que meu pai tinha ido embora”. Guardava uma vaga lembrança da afetividade dos pais: “Às vezes, eu os via de mãos dadas”.

O pai de Melinda frequentava a igreja evangélica, e a mãe passou a acompanhá-lo, tornando-se uma praticante dessa religião. Os filhos foram educados segundo os preceitos evangélicos, e os pais desejavam que eles estudassem e se formassem, empenhando-se para que isso fosse possível. Melinda e as irmãs ficavam em casa, ajudavam nos serviços domésticos e estudavam. Apenas ela e o irmão concluíram o ensino superior.

Como se posicionavam as mulheres na família de Melinda? Elas foram educadas segundo os preceitos da igreja evangélica para serem esposas e cuidadoras dos filhos e do lar, tal como as mulheres no passado e início do século XXI. Melinda não questionava esse papel das mulheres na sua família, ela seguia com o desejo de ter um namorado, mas não queria ter relações sexuais e tampouco casar, o que me levava a pensar nas dificuldades encontradas em sua infância diante do abuso sexual. Sándor Ferenczi, em “Análise de crianças com adultos”, diz que as manifestações que se apresentam em análise, nos casos de abuso sexual, constituem a reprodução da agonia

⁸⁹ FLAUBERT, G. (2011). *Madame Bovary*.

⁹⁰ MANNONI, M. (1999). *Elas não sabem o que dizem: Virginia Woolf, as mulheres e a psicanálise*.

⁹¹ ANDRE, S. (1998). *O que quer uma mulher*.

psíquica e física, cujo sentido lhes foi impedido, o que ocasiona uma dor incompreensível e insuportável.

Melinda pouco recordava dos momentos alegres com a presença do pai em casa, pois ele constantemente estava irritado com a mulher e os filhos. As brigas entre o casal na maioria das vezes ocorriam no final do mês por falta de dinheiro para pagar as despesas. Lembrava-se com tristeza, em especial, da cena do pai chegando embriagado, agredindo verbalmente a mãe e fisicamente a irmã caçula, enquanto ela assistia paralisada, sentindo o coração bater forte e chorando compulsivamente.

A relação de Melinda com o pai aparecia nas sessões como superficial, limitando-se a poucas visitas e raras ligações telefônicas. Repressor e agressivo, ele nunca oferecia atenção e apoio - Melinda não tinha a quem recorrer, o que remete à ideia da fragilidade de sua ligação com a figura paterna. Ela me disse que todos na família passaram a viver melhor com a separação e saída do pai: “A rotina mudou, ficamos mais tranquilos”.

Melinda se via como vítima de um destino que ora era marcado pela condição feminina, ora pelo pai que a abandonara, bem como a sua família, escolhendo viver com outra mulher, ora pelo pai fracassado e, ainda, pela mãe que não soubera se impor e proteger seus filhos.

A mãe era descrita por Melinda como uma boa mulher enganada pelo esposo, e a quem a filha recorria para buscar conselhos, embora não parecesse uma figura forte que pudesse realmente sustentá-la. Depois de certo tempo de análise, Melinda voltou a falar da mãe como uma mulher que não se importava com a casa, com a família, “uma mulher estranha que não parece ser mãe”. A maneira como a descrevia me levava a pensar que dificilmente encontraria nessa mulher um suporte satisfatório para uma identificação feminina, sendo este um dos motivos dos constantes conflitos de Melinda com sua mãe.

Parece-me que um dos aspectos importantes para a determinação de sua neurose histérica era justamente essa dificuldade em realizar “um reinvestimento e uma reconciliação reparatória da imagem da mãe, que propiciam um avanço e fortalecimento da identificação feminina”.⁹² (ALONSO e FUKS, 2004, p. 127).

No texto “Sexualidade Feminina”, Freud afirma a suspeita de que essa fase de ligação da menina com a mãe está relacionada à etiologia da histeria, sendo tanto a fase

⁹² ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

quanto a neurose characteristicamente femininas; “ademas, que nessa dependência da mãe encontramos o germe da paranoia posterior nas mulheres, pois esse germe parece ser o surpreendente, embora regular, temor de ser morta (devorada?) pela mãe”.⁹³ (1931/1996, p. 235).

Para o autor, é, pois, de extrema importância a fase de ligação da menina com a mãe para a compreensão da feminilidade. Penso que em Melinda as dificuldades de estabelecer relacionamentos amorosos e com o mundo a sua volta eram consequências dessa fase arcaica de ligação com sua mãe.

Certa vez, Melinda chegou à sessão muito brava e nervosa, pois não concordava com as atitudes da irmã: “Veja só, ela é casada, traiu o meu cunhado e está com outro namorado. O meu cunhado é uma cara bacana”. Passados alguns meses, a mesma irritação voltou, pois uma amiga repetiu a cena - estava casada, traiu o marido, separou-se, namorou outros homens e estava namorando novamente com o ex-marido: “Estou com raiva, a mesma raiva que senti quando a minha irmã se separou. Eu não faria isso. Ela está namorando outros homens, quer dar para todo mundo, é muita promiscuidade, por isso eu me desentendi com a minha irmã, também estava tramando o marido dela”.

Penso que a solução que Melinda conseguiu estabelecer para sua problemática edipiana foi manter-se ligada à mãe e aos irmãos, os quais aconselhava e ajudava financeiramente; com isso, continuava sendo em grande medida o pai deles.

Nessa ocasião, Melinda trouxe o terceiro sonho: “sonhei que estava caminhando com Joaquim e suas três sobrinhas adolescentes. Subimos várias escadas e chegamos a uma casa localizada em cima de um morro, haviam outras escadas que davam para outras casas ou lugares. As meninas desciam as escadas e iam para o desconhecido. Eu e Joaquim ficamos no topo da escada olhando para as meninas descendo – aprovando a atitude delas. Então, abracei Joaquim e dei-lhe um beijo, foi um beijo muito ruim, estranho, esquisito. Não gostei de beijá-lo. Neste instante, chegou um jovem vestido de terno e repreendeu Joaquim, pois ele não deveria fazer isso. Eu fiquei muito brava e bati no menino, e Joaquim não teve reação nenhuma. Perguntei a Joaquim se ele não iria fazer nada. Ele não respondeu. Em outro momento, estava na área coberta externa de uma casa. Tinha roupas estendidas nos varais fazendo uma espécie de cortina. Eu estava com o corpo e os cabelos molhados, desejava tomar banho, entrei no banheiro feminino, mas não tinha chuveiro, saí do banheiro, estava sem a blusa, meus cabelos cobriam os

⁹³ FREUD, S. (1931/1996). *Sexualidade feminina*.

meus seios. Avistei um menino, primo de Joaquim, cruzei os braços para que ele não olhasse os meus seios, pedi para chamar Joaquim. Neste meio tempo, tentava vestir uma blusa que, ao mesmo tempo, eram duas blusas, eu não conseguia vesti-la. Percebi que Joaquim havia chegado, vi os seus pés embaixo da cortina de roupas. Disse a ele que desejava tomar banho e precisava de uma toalha”.

Melinda associou o sonho com o desejo de manter relações sexuais com o pretendente Joaquim, e a repressão da igreja para não cometer esse pecado. “A casa localizada no alto do morro” ela associou com o seu inconsciente; “outras escadas que davam para outros lugares”, às suas dificuldades com a feminilidade; a “área coberta externa de uma casa”, às relações familiares conflituosas; as “roupas estendidas no varal formando uma cortina”, a um véu que cobre o desejo sexual; o “banheiro, à falta de chuveiro; o cabelo cobrindo os seios”, ao medo de estabelecer relações amorosas e sexuais. Também associou “vestir a blusa, que ao mesmo tempo eram duas blusas”, a um modo de se proteger - estava sozinha e temia as investidas sexuais de Joaquim. E “pedir a toalha a Joaquim”, a um pedido de socorro para vencer a barreira estabelecida entre ela e os homens. Em seguida, Melinda falou que só teria relações sexuais com Joaquim depois do casamento, pois não achava correto desobedecer às normas da igreja que frequentava.

Mais adiante, contou do desejo de namorar Joaquim, do desinteresse dele para com ela e dos flertes com outra moça, que ela descobriu pesquisando nas redes sociais. Nesse momento da análise, trouxe o quarto sonho: “estava em uma casa que não reconheço, conversando com uma pessoa que era o meu namorado. Chegamos nesta casa e fomos dormir num quarto preparado pela minha mãe. Tentávamos uma relação sexual, mas não conseguíamos. No outro quarto, estava a minha irmã e o meu irmão mais velho. Em outro momento do sonho, eu vi no outro quarto meu irmão e meu namorado se masturbando. Em seguida, sonhei que estava participando de um evento escolar, e Joaquim estava presente. Olhava-o de longe, mas não falava com ele.

Associou o sonho com o desejo de ficar com Joaquim, e também com a possível satisfação da mãe com o namoro dela, já que ela pensava que a filha não iria namorar ninguém. O namorado e o irmão se masturbando associou com o seu próprio desejo de masturbar-se, porém, não conseguia fazer isso. E também ao distanciamento de Joaquim. E ainda: “a casa que não reconheço”, à sexualidade; “tentávamos uma relação sexual, mas não conseguíamos”, às suas dificuldades para estabelecer uma relação sexual, - sentia medo de uma proximidade com os homens -, pois havia sido abusada na

infância. Olhava Joaquim de longe – ele estava inatingível a mim. Desolada, Melinda falava do seu fracasso nas relações amorosas.

De acordo com Hugo Mayer, o que ocorre na histeria é uma recusa de assumir o fato de que é uma mulher. Diz o autor que seus vínculos podem parecer um tanto estereotipados; entretanto, “há nela uma profunda necessidade de amor, ainda que bloqueada pelo temor de que a entrega total a um homem implique repetir a traumática experiência de rechaço, abandono ou humilhação a que foi submetida pela mãe”.⁹⁴ (1989, p. 65).

Segundo o autor, não há para ela um homem, como outro qualquer, mas o que há é um falo, que tem como premissa universal o pênis, e cujo portador é solicitado pela histérica para fazê-la dona desse falo: “seja despojando-o, seja recebendo-o dele que está colocado no lugar de Deus, o que eleva sua autoestima (narcisismo feminino) a um lugar também de completude”.⁹⁵ (idem, p. 102). Assim, o sintoma na histeria é uma demanda, porém a histérica não está buscando o homem, mas sim a fusão. Essa fusão implica que o outro não foi reconhecido como sujeito sexuado e diferenciado.

Em “Os deslocamentos do feminino. A mulher freudiana na passagem para a modernidade”, Maria Rita Kehl considera que a histérica se mantém na dependência do desejo dos homens: “Do outro depende então a condução do destino da histérica, condenada a nunca se satisfazer com o resultado”.⁹⁶ (1997, p. 265). Seu destino estará sempre na dependência de um homem idealizado que possa compensar as faltas do pai real.

No texto de 1937, “Análise Terminável e Interminável”, Freud postula: “... esse desejo [da mulher por um pênis] é fonte de irrupções de grave depressão nela [na mulher], devido à convicção interna de que a análise não lhe será útil e de que nada pode ser feito para ajudá-la”.⁹⁷ (1937/1996, p. 270).

Em uma das sessões, já quase no período da interrupção do processo de análise, quando Melinda se referia à satisfação que sentia quando estava cantando no coral da igreja, me disse: “eu não faço isso por obrigação, vou lá porque gosto muito, sinto-me bem”. Freud diz que “no exercício de uma arte vê-se mais uma vez uma atividade destinada a apaziguar desejos não gratificados - em primeiro lugar, do próprio artista e,

⁹⁴ MAYER, H. (1989). *Histeria*.

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ KEHL, M. R. (1997). *Os deslocamentos do feminino. A mulher freudiana na passagem para a modernidade*.

⁹⁷ FREUD, S. (1937/1996). *Análise terminável e interminável*.

subsequentemente, de sua assistência ou espectadores”.⁹⁸ (FREUD, 1913/1996, p. 188). Penso que, ao se inserir no coral, Melinda encontrava satisfação para os próprios desejos; porém, quando estava cantando e sendo assistida por um público aos domingos, sua satisfação aumentava, pois estabelecia uma comunicação tendo o seu canto como mediação.

Assim como a personagem do filme “O silêncio de Melinda”, minha paciente sinalizava que seu encontro com a música estava operando transformações em sua vida, não só como satisfação pulsional, mas também como reconhecimento do público que aplaudia o grupo a cada apresentação.

Melinda saiu de férias do trabalho - havia comprado passagem para uma viagem sozinha ao exterior; quando voltasse, ligaria para marcar o seu retorno. Estava em análise fazia cinco anos. Quando voltei a fazer contato com ela, afirmou que pretendia retomar, mas antes disso precisava se organizar financeiramente. Até que, no momento em que a escolhi para objeto de estudo, ela me sinalizou claramente o desejo de voltar à análise.

O terceiro caso clínico traz a história de Olga, que, após o término de seu casamento, embarca no sofrimento que ela diz “não ter fim”.

⁹⁸ FREUD, S. (1913/1996). *O interesse científico da Psicanálise*. ESB. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago.

3. OLGA, A VIDA DE CABEÇA PARA BAIXO

Apaixonei-me por Mário quando jovem, mas poderia ter me apaixonado por qualquer um, um corpo qualquer ao qual atribuímos sabe-se lá quais significados. Um longo pedaço de vida juntos, e você já acredita que ele é o único homem com quem pode se sentir bem, atribuir-lhe sabe-se lá quais virtudes decisivas, e em vez disso ele é só uma flauta que emite sons de falsidade, você não sabe realmente quem é, nem ele mesmo. Somos ocasiões. Consumimos e perdemos a vida porque um qualquer, em tempos longínquos, por vontade de descarregar o pau dentro de nós, foi gentil nos escolheu entre as mulheres. Trocamos não sei por qual cortesia dedicada exclusivamente a nós o desejo banal de foder. Amamos sua vontade de trepar, sentimo-nos tão cegas a ponto de pensar que seja a vontade de trepar conosco, só conosco. Oh, sim, ele que é tão especial e que nos reconheceu como especial. Damos um nome àquela vontade de pinto, a personalizamos, e a chamamos de meu amor.

Elena Ferrante⁹⁹ (2016, 70).

“Dias de abandono”, de Elena Ferrante, escritora italiana contemporânea, é um romance sobre a queda e recuperação de uma mulher chamada Olga, amedrontada com o fato de ter sido abandonada pelo marido, após quinze anos de casamento, com a maturidade e com o futuro.

O casal vivia em um apartamento em Turim, na Itália. Ela, escritora, deixou o trabalho de lado para cuidar da casa e dos filhos, Gianni e Ilaria. Depois de um almoço em que tudo aparentava estar tranquilo, Mário lhe comunica calmamente que está indo embora. Olga fica sozinha com as crianças, tentando entender o que aconteceu, para não ser consumida pelo rancor do abandono.

Assim que Mário deixa a casa, ela lembra do caso de uma vizinha de infância que, ao ser abandonada pelo marido, passou a perambular pela cidade feito um zumbi, desleixada e resmungando sozinha. Ela sempre considerou a reação dessa vizinha como uma fraqueza, coisa de mulher dependente de homem, reação que julgava ser sentimental demais e que também reprovava nas personagens femininas dos livros que lia na juventude. Frente ao primeiro abandono de sua vida, ela não quer ser como essas mulheres, ela não quer deixar que a dor do abandono consuma todas as suas forças, como se a vida dela dependesse apenas do amor de Mário.

Mas o que Elena Ferrante mostra é justamente a aproximação dos sentimentos de Olga com essa pobre vizinha, e como aos poucos é vencida pela tristeza. Olga

⁹⁹ FERRANTE, E. (2016). *Dias de Abandono*. São Paulo: Biblioteca Azul.

sempre foi uma mulher calma, e seu casamento com Mário nunca passou por muitas provações. Tirando a relação dele com uma amiga de sua filha, que se mostrou íntima demais, não houve grandes sobressaltos no casamento. Olga, de certa forma, sempre se orgulhou de seu comportamento sereno ao lidar com problemas. Nunca brigava ou gritava. Todas as discussões que teve com o marido sempre foram marcadas pelo diálogo e entendimento. Mas quando é abandonada por ele, esse comportamento é deixado no passado. Olga se esforça para se manter calma e conseguir conversar com Mário, receber respostas concretas sobre o motivo da separação. Mas sua raiva não permite que ela se conforme com a situação, e suas palavras para o marido são repletas de ataques e agressões, com o uso de palavras tão baixas que ele nunca imaginaria ser possível sair da boca da mulher.

1. A dor insuportável diante do abandono

*O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
que chega a fingir que é dor
a dor que deveras sente.*

*E os que lêem o que escreve,
na dor lida sentem bem,
não as duas que ele teve,
mas só a que eles não têm.*

*E assim nas calhas da roda
gira, a entreter a razão,
esse comboio de corda
que se chama o coração.*

Fernando Pessoa¹⁰⁰ (1995, p. 164).

Olga me procurou com um sofrimento profundo, pois fora abandonada pelo marido, que aqui também chamo de Mário. O estado depressivo deflagrado após o término da relação continha uma sintomatologia variada: insônia, desinteresse geral pelo mundo, autoacusações, taquicardia, formigamento na parte esquerda do corpo, dores de cabeça. Consultou médicos especialistas, fez uso de medicamentos, e os sintomas não cessaram. Disse-me que não sentia vontade de viver, que queria acabar com a vida, que não tinha sentido sem a companhia do marido. Eles foram casados durante 20 anos, tinham dois filhos, sendo um com sete e outro com dez anos. Olga

¹⁰⁰ PESSOA, F. (1995). “Autopsicografia”. In: *Obra Poética*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar.

admirava e invejava Mário. Para tentar manter o seu casamento, ela acabou se transformando, em suas palavras, num “animal rastejante”, procurando insistente mente pelo ex-marido de diversas formas, inclusive no trabalho dele.

Em relação à depressão feminina, em “Sol negro – depressão e melancolia”, Julia Kristeva fala de um corpo que já está em outro lugar, um cadáver vivo que “... passeia entre outros – quando deixa o seu leito-túmulo – como extraterrestre, cidadã inacessível do magnífico país da Morte, do qual ninguém poderá despojá-la”.¹⁰¹ (1989, p. 75). Assim estava Olga quando me procurou: parecia uma mulher morta-viva. Mas qual a natureza de sua dor?

A respeito da dor, em “Tratamento Psíquico (ou anímico)”, Freud postula: “Os leigos que de bom grado reúnem tais influências anímicas sob o nome de ‘imaginação’, costumam ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por lesões, doenças ou inflamações”.¹⁰² (1905/1996, p. 276). No entanto, segundo o autor qualquer que seja a causa da dor, inclusive a imaginação, nem por isso são menos reais ou menos violentas.

Observamos na literatura um uso indiscriminado dos termos “dor” e “sofrimento”. Tradicionalmente, na linguagem comum, dor se refere ao aspecto físico e o sofrimento, ao aspecto psíquico. Em Freud, não é tanto essa distinção que se destaca, e sim o caráter quantitativo da dor. Trata-se, para ele, de um fenômeno de rupturas de barreiras através da efração de um excesso nos dispositivos protetores do ego.

Em “Inibições, sintomas e ansiedade”, Freud aborda especificamente a questão da dor em um apêndice: “Quando há dor física, ocorre um alto grau do que pode ser denominado de catexia narcísica do ponto doloroso. Essa catexia continua a aumentar e tende, por assim dizer, a esvaziar o ego”.¹⁰³ (1926/1996, p. 166). Esse é o ponto que nos permite, segundo Freud, fazer uma analogia da dor física com aquela sentida quando da perda do objeto. O intenso investimento no objeto perdido cria as mesmas condições econômicas que estão em jogo na dor causada por uma lesão. Dessa forma, uma representação de objeto fortemente investida produz o mesmo efeito que uma parte do corpo profundamente investida após sofrer uma lesão. Nessa medida, a passagem da dor física para a dor psíquica corresponde à transformação do investimento narcísico em investimento objetal. Diz o autor: “A natureza contínua do processo catexial e a

¹⁰¹ KRISTEVA, J. (1989). *Sol negro: depressão e melancolia*.

¹⁰² FREUD, S. (1905/1996). *Tratamento Psíquico (ou anímico)*. ESB. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.

¹⁰³ FREUD, S. (1926[1925]/1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*.

impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental". (idem, p. 166).

A respeito da dor, Manoel Berlinck adverte que há no ser humano uma intimidade com a dor fazendo com que ela se torne particularmente difícil de ser precisamente conceituada e que só sua completa ausência, na analgesia, é capaz de revelar. Diz o autor que a "dor é um fenômeno de tão ampla extensão que é possível afirmar que a humanidade é uma espécie dolorida".¹⁰⁴ (2008, pp. 57-8). Assim essa intimidade com a dor é acompanhada de um desconhecimento a esse respeito. O tratamento da depressão faz, muitas vezes, desaparecer a dor crônica e aumentar a resistência do organismo a essa manifestação.

Essa essencialidade de uma "mulher dolorida", como era Olga, manifestava-se desde a pressão arterial elevada e as dores nos braços, até razões que não eram claras - talvez pela própria natureza da dor, que traz um componente enigmático. Era evidente o sofrimento sob as três dimensões: a dor de cabeça, as dores musculares (braço), a depressão e a angústia. Ela me dizia: "a minha ansiedade, depressão não tem cura, é diferente... Nada pode me aliviar".

Jean Pontalis propõe uma distinção entre dor e angústia. Segundo o autor, a angústia contém um apelo indireto ao outro, podendo se transformar em formações de sintoma, ser modulada através de representações e fantasmas ou, ainda, ser descarregada no agir. Por outro lado, a dor "só tem a si mesma", só pode ser gritada, e esse grito não alivia o sujeito. A dor psíquica está ligada à perda imaginária ou real do objeto, mas, como apropriadamente lembra Pontalis, o desejo e a angústia também estão ligados a essa perda. O que provoca a dor é, entretanto, o objeto ausente, perdido e ao mesmo tempo presente e atual. "A cena psíquica pode parecer povoada, mas ela é povoada de sombras, de figurantes, de fantasmas, a realidade psíquica está em outro lugar, menos recalada do que encapsulada".¹⁰⁵ (PONTALIS, 1977, p. 263).

Em Olga, não foram necessariamente as dores corporais o aspecto exclusivo ou principal que me permitiu chegar à hipótese diagnóstica de histeria, mas sim o cenário discursivo no qual elas se mostravam presentes, assim como os aspectos psicodinâmicos e intersubjetivos envolvendo a paciente.

¹⁰⁴ BERLINCK, M. T. (2008). "A Dor". In: *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.

¹⁰⁵ PONTALIS, J-B. (1977). "Sur la douleur (psychique)". On: *Entre le rêve et la douleur*. Saint-Amand, França: Gallimard.

No início de suas pesquisas clínicas, Freud descreveu a histeria como uma doença psicossexual, especificando seu quadro clínico com sintomas variados. Observou que as histéricas viviam de reminiscências, e seus sintomas representavam uma formação de compromisso entre o desejo sexual recalcado e a sua expressão consciente, descrevendo, assim, o mecanismo de conversão: um sintoma puramente psíquico se transforma, convertendo-se num sintoma somático. Para ele, a histeria pressupõe uma experiência primária de desprazer de natureza passiva.

Olga relatou com certo orgulho que havia sido uma mulher extremamente dedicada aos cuidados da casa, do marido e dos filhos: “Sempre fiz tudo sozinha em casa”. No entanto, questionava: “o que eu fiz? Não dei atenção a ele? Por que ele me deixou?”. Quando Olga me procurou, Mário já havia saído de casa há dois anos, tinha outra mulher, bem mais jovem, bonita e bem-sucedida profissionalmente, a quem Olga se referia com desprezo e raiva. A separação conjugal foi iniciativa da paciente, justificada pela infidelidade do marido, que era sabida por ela há sete anos, a partir do nascimento do segundo filho. O que fez Olga manter-se nesse casamento, mesmo tendo consciência da traição de Mário?

Isso me levou a pensar no caso Dora. Como vimos anteriormente, Dora estava interessada na Sra. K.; no entanto, esta não era um objeto de amor homossexual para a paciente, como Freud imaginou. O que despertava o interesse de Dora era o que fazia a Sra. K. uma mulher desejável; assim, receber a atenção do marido da Sra. K. permitia que Dora se identificasse com ela. Mas, no momento em que o Sr. K. afirmou que sua mulher não significava nada para ele, Dora não pôde mais manter essa relação sob o risco de perder sua frágil identificação.

A esse respeito, Silvia Alonso e Mario Fuks afirmam que, por meio de seus sintomas, as histéricas buscam a presença de outra mulher, supostamente ideal, que possibilitaria uma identificação com uma feminilidade valorizada, uma vez que essa identificação foi fracassada anteriormente nas tentativas com a mãe. Os autores questionam: “será que um projeto identificatório não-neurótico já não inclui o modelo da outra mulher como suporte fundamental na sua permanente constituição da identidade feminina?”.¹⁰⁶ (2004, p. 255).

Não era difícil observar alguns aspectos do processo identificatório de Olga. Ela parecia estar identificada com o pai no que se refere à autonomia - ele pagava as

¹⁰⁶ ALONSO, S. L; FUKS, M. P.(2004). *Histeria*.

despesas da casa, provia a família, semelhante à Olga, que também assumia a maior parte dos gastos familiares, mesmo recebendo um salário menor que o marido. Com a mãe, Olga dizia se assemelhar por esperar reconhecimento do marido e dos filhos. Também outros aspectos me pareceram ser indícios de identificações com a figura materna - o comportamento poliqueioso e o humor deprimido. Penso então que Olga se encontrava envolta em uma fantasia bissexual que compunha identificações com o masculino e o feminino, com o pai e com a mãe, tendo assim adiado sua saída do Édipo.

Vejo também semelhanças com outro caso de Freud, de Elisabeth von R.. De acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks nesse caso, o triângulo amoroso poderia ser entendido como composto por Elizabeth, sua irmã e o cunhado. As qualidades do cunhado com o qual sua irmã se casara favoreceram que Elisabeth ponderasse sua negativa em relação ao casamento, despertando nela o desejo em ter um marido ao seu lado com as mesmas qualidades que o de sua irmã. Para Freud, o pensamento que atravessou a mente de Elisabeth no leito de morte da irmã confirmou a interpretação que ele suspeitava sobre sua paciente: a paixão pelo cunhado. No entanto, Silvia Alonso e Mario Fuks, propõe que o que se passava com Elisabeth era de outra ordem: sua irmã seria para ela detentora da feminilidade e, ao identificar-se com ela, Elisabeth procurava colocar-se no lugar de objeto do desejo masculino. Diz os autores que a morte da irmã teria retirado de Elisabeth um caminho norteador em relação ao enigma da feminilidade. Desse modo a irmã morta teria produzido, para Elisabeth, o mesmo efeito que a frase do Sr. K. para Dora: ‘a minha mulher não significa nada para mim’, ou seja, “retira-se do jogo uma peça fundamental, aquela sobre a qual se suporta o acesso ao mistério da feminilidade sob a ótica masculina”.¹⁰⁷ (ALONSO e FUKS, 2004, p. 215).

Olga dividia seu objeto de amor com uma terceira pessoa (uma mulher), o que me faz pensar na posição de excluída típica da histérica e das relações triangulares por ela adotadas. Penso que Olga apresentava esse modo habitual ao construir suas relações amorosas; ou seja, era mobilizada pelo enigma do desejo e, especialmente, pelo enigma da feminilidade. O fato de Olga manter-se casada, mesmo sabendo da presença de outra mulher (namorada do marido) na relação por muitos anos justifica a minha hipótese de que a paciente buscava na outra as respostas para o que é ser uma mulher.

Nesse ponto da triangulação amorosa em associação com o enigma do desejo e da feminilidade, o sonho da “Bela Açougueira” relatado por Freud também nos serve

¹⁰⁷ *Ibidem.*

como exemplo. A paciente era casada com um homem que gostava de mulheres gordas. No sonho, ela encontra uma amiga que, embora magra, era bastante elogiada pelo esposo da bela açougueira, o que lhe despertava ciúmes. Antes do sonho, ela havia encontrado a referida amiga, que lhe disse de seu desejo de engordar, perguntando quando seria convidada para um jantar. O sonho consistiu em a paciente não poder dar uma ceia por não ter nada em casa além de “um pequeno salmão defumado”, juntamente com o fato de as lojas estarem fechadas por ser domingo e de seu telefone estar com defeito. Freud o interpretou como o desejo da paciente de que a amiga não engordasse, pois, caso isso ocorresse, poderia atrair mais ainda seu marido. A partir dessa interpretação, Freud observou a identificação de sua paciente com a amiga.

A esse respeito, Silvia Alonso e Mario Fuks afirmam que a sonhadora identifica-se com a amiga que é desejada pelo seu marido, da mesma forma que ela o quer ser. Na identificação com a amiga, surgem as questões: o que tem uma mulher além das formas do corpo que o homem deseja? O que ele deseja na minha amiga magra? É, portanto, atrás do enigma do desejo entre homens e mulheres que a histérica anda. “Identificada pelo desejo insatisfeito com a sua amiga magra, encontra um lugar de perspectiva de onde pode interrogar-se sobre o que um homem deseja numa mulher. Simultaneamente encontra um lugar para interrogar-se sobre o que é ser mulher”.¹⁰⁸ (2004, p. 208).

Penso então que Olga envolvera-se em um triângulo amoroso, no qual o marido sustentava o desejo por outra; havia também a insatisfação de minha paciente com o próprio corpo (autoimagem), de modo que admirava o corpo bonito e jovem da nova mulher do ex-marido.

Em uma sessão, Olga lamentou: “coitada da minha irmã, vai tão mal no casamento, ela desconfia que o marido a trai”. Fiquei pensando nas mulheres da família de Olga - a mãe, a própria paciente e a irmã também foram traídas. O pano de fundo talvez fosse o enigma da feminilidade: o desejo – sempre insatisfeito – em saber o que, afinal, é (ou quer) uma mulher.

No interior dessa trama identificatória com o desejo insatisfeito de outras mulheres de sua família, qual seria propriamente o desejo insatisfeito de Olga? Suponho que consistia no desejo de se tornar – ou melhor, de não poder se tornar – a mulher de um homem. E isso ela fazia ocupando, em suas relações amorosas, o lugar de mais uma mulher junto a outra.

¹⁰⁸ *Ibidem.*

Como Olga organizou o seu Édipo? Ela parecia estar aprisionada numa relação com o pai, em que uma demanda fálica destinada a ele ainda se fazia presente. Dessa relação infantil, ela tinha o pai em alta estima, idealizava-o e tinha nele o grande suporte para seus problemas existenciais.

Assim, ocupar a posição da mulher amada de um homem, recebendo do amado toda a atenção, em vez de ocupar a posição de mais uma mulher no relacionamento implicaria abrir mão da relação edipiana com o pai, tal qual estava configurada; ou seja, implicaria trair o pai. Para trair o pai, Olga teria de lidar de maneira distinta com a castração, reconhecê-la em vez de negá-la mediante a sustentação (percepção) de um pai fálico.

Ao mesmo tempo, Olga reconhecia-se castrada (mesmo que inconscientemente e de maneira que lhe gerava sofrimento). Esse reconhecimento da castração suponho ocorrer pelo fato de ela se colocar na relação com o outro como castrada, e isso ela o fazia reivindicando seu estatuto de vítima das circunstâncias através de uma postura poliqueiosa - sua mãe não a entendia, seus filhos não queriam ficar com ela, os homens a deixavam ou a traíam, não conseguia trabalhar, etc. Com isso, mantinha sua insatisfação permanente.

Em uma sessão, Olga fez referência às sensações de ansiedade, apreensão e vergonha que experimentava ao sair com casais de amigos para bares e restaurantes, sendo ela a única solteira. Afirmou que “não gostaria de ser assim”, fazendo referência, ao mesmo tempo, à postura desenvolta de sua rival (a mulher do ex-marido) no âmbito social. Olga era inibida e lhe faltava coragem para enfrentar as dificuldades que se apresentavam em sua vida. Certa vez, mencionou as dificuldades em, por exemplo “chamar a atenção do pai”, que havia tido um caso extraconjugal no passado, embora a filha desconfiasse que ainda estava ocorrendo. Isso me remete àquilo que a paciente já havia falado, de sua dificuldade em contrapor-se ao pai, podendo ser articulado também a sua demanda em receber a atenção dele. Aqui, penso em uma demanda de reconhecimento de sua feminilidade, uma vez que, para os casos de histeria feminina, tal processo de reconhecimento encontra-se comprometido.

De acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks, a resolução do complexo de Édipo consiste em que a menina descubra a diferença sexual, reconheça-a como valorizada e aceite a sexualidade como possível, deslocando o objeto. A função do pai nesse processo é dupla: se, por um lado, tem de interditar o incesto, deve, por outro, valorizar o feminino e admitir o desejo em seus deslocamentos possíveis. De acordo com os

autores, conforme for a interação entre a menina e o pai, será definida a alternativa entre ficar fixada e bloqueada na fase fálica ou avançar e desenvolver uma posição feminina.

Olga gostava de conversar com o pai, embora ele não lhe desse atenção e nem se mostrasse empático com sua dor diante de tudo que vinha passando. Penso aqui na dificuldade em que a paciente estava enredada: realizar a transição da posição de demanda do falo paterno para caminhar rumo à feminilidade. Penso que o fato de reportar ao pai seu sofrimento mostrava a estagnação na demanda fálica na qual ela parecia se encontrar.

Corroborando as ideias de Freud a respeito da histeria, Hugo Mayer¹⁰⁹ salienta a problemática da identificação histérica a partir do complexo de Édipo. Segundo o autor, por não ter superado de maneira satisfatória seu complexo de Édipo, a histérica fixa-se na fase fálica da evolução libidinal. Fica então submersa em um mundo povoado por seres “fálicos” ou “castrados”. Em termos psicossexuais, é uma menina ferida em seu narcisismo: não tem o pênis como consequência de uma castração, vivenciando o horror de encarnar um ser monstruoso a quem a mãe não deu o pênis que todos possuem ou acreditando que teve pensamentos e/ou atos maus pelos quais lhe tiraram o pênis.

Como vimos, para Melanie Klein, a inveja do pênis é secundária à inveja do seio, e serve à menina como defesa aos contra-ataques que imagina sofrer e como compensação por ser fonte de gratificação oral.

Renato Mezan, em seu artigo “Desejo e Inveja”, ainda acrescenta que a inveja é do objeto bom, justamente porque ele é bom; quer dizer, o seio representa tudo que há de bom, todo o amor, o agrado, a fecundidade, fartura etc., e viria de um conhecimento anterior ao seu nascimento. Como se algo fora do bebê, exterior a si, pudesse completá-lo e dar de tudo, liberá-lo das angústias e privações, dar segurança. Então, por mais que a mãe faça, por mais que ofereça o seio e que a amamentação seja boa, a criança nunca ficará satisfeita. Porque ela deseja segurança, amor, afeto e imagina que, como o seio tem tudo, não lhe dá mais porque não quer, ou porque deseja para si próprio. “A raiva por não ter a fartura do seio leva o bebê a atacar o objeto e o temor do contra-ataque leva ao medo da retaliação”.¹¹⁰ (2002, pp. 102-03).

Olga era administradora de empresas e trabalhava em uma loja, recebendo um salário razoável e contribuindo com a maior parte do sustento da família. Ela dizia,

¹⁰⁹ MAYER, H.(1989). *Histeria*.

¹¹⁰ MEZAN, R.(2002). “Desejo e Inveja”. In: MEZAN, R. *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

orgulhosa: “eu reformei a minha casa, Mário não me ajudou em nada, ele ficava lá deitado no sofá com as crianças e eu tomava conta de tudo, chegava a noite estava em pedaços de tão cansada, assim era a minha vida”. Mário era contador e ganhava um bom salário.

Silvia Alonso e Mario Fuks dizem que nesse processo de lidar com a castração, um dos caminhos adotados pela histérica pode ser o da identificação fálica. Já que ela não pode ter um pênis, para o qual se atribui um valor fálico, uma solução possível é apresentar sê-lo (posição fálico narcisista). A histérica é, então, filha de uma mãe fragilizada com sua incompletude, e, demanda à filha uma saída para sua carência; no entanto, a filha responde ao pedido da mãe identificando-se com o falo. De acordo com os autores, a histérica identifica-se com o falo e exibe o corpo para o olhar fascinado do outro que se preste a esse jogo de aparências. “Nessa identificação de corpo inteiro com o falo, vira *girl-phallus*. As histéricas estão demasiadamente convencidas de sua fantasia de serem portadoras de um corpo-falo”.¹¹¹ (2004. pp. 216-17).

Penso que as constantes inseguranças de Olga eram geradas pelo olhar do outro, olhar este que incidia diretamente no seu corpo como um todo, despertando vergonha pelas falhas imaginárias que apresentava: “não gosto do meu corpo, é muito feio, tenho barriga, sou gorda, preciso dar um jeito nele, ainda vou fazer uma cirurgia plástica”. Ser o “corpo-falo” é algo da ordem da perfeição, porque faz menção à ideia de completude. Mas, como afirmam Silvia Alonso e Mario Fuks, “nem sempre a histérica pode preservar a imagem especular que lhe garante o narcisismo fálico”. (idem, p. 218) - no caso de Olga, durante todo o processo analítico, ela não se referia de uma maneira positiva e consistente a uma imagem especular fálico-narcisista; ao contrário, para ela “estava sempre em cacos”.

Os autores completam “um rosto desencaixado”, “um corpo desengonçado”, “um estar em pedaços”, “desfazer-se em prantos”, “estar em cacos” - aquilo que a arte de Picasso representa com sua obra “Mulher que chora”. São manifestações artísticas nas quais se põe em jogo esse fantasma do corpo despedaçado, do *corps morcelé*, ao qual se refere Lacan. Diz os autores que esse “fantasma surge nas cenas ‘desgarradoras’ que integram a trama e as vicissitudes pelas quais atravessam as relações amorosas dos histéricos”. (idem, p. 219).

¹¹¹ ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

Penso que a insatisfação de Olga com o seu corpo foi o meio que encontrou de tentar se sustentar como ser fálico. Assim, a função da preservação da imagem especular pode ser entendida como motivo da defesa, e o sintoma conversivo como fracasso da defesa e retorno do recalado “sob a forma de um ‘fantasma de fragmentação’, ativado pela angústia de abandono ou perda do objeto amoroso”.¹¹² (ALONSO e FUKS, 2004, p. 220).

Em Olga, havia também “a idealização do objeto feminino”, isto porque a identificação com o corpo-falo corresponde à “articulação entre a unidade narcísica especular da imagem corporal e a representação imagética do falo” (idem, p. 220). Desse modo, a unidade narcísica especular, por ter como ponto de apoio a imagem corporal, se presentifica no plano dessa idealização.

Quando Olga me procurou, era difícil escutá-la. Estava visivelmente deprimida, e a fragilidade e agressividade apareciam de maneira intercalada, por vezes, simultânea. Silvia Alonso e Mario Fuks lembram que não foi por acaso que Charcot aproximou o parkinsonismo dos sintomas da depressão, da histeria e da catatonia. Nesse sentido, não é incomum que o caráter camaleônico da histeria confunda o clínico: “sua sintomatologia diversa e polimorfa é reconhecida desde muito cedo na sua história”. (idem, pp. 32-3). Essas características, juntamente com a participação da sexualidade e o caráter enigmático que acompanha a histeria, fazem dela uma perturbação arcaica que persiste no tempo, avançando séculos em meio a diferentes contextos históricos.

Conforme Laplanche e Pontalis, em “Vocabulário da psicanálise”¹¹³, a histeria apresenta quadros clínicos diversos, sendo duas formas sintomáticas mais reconhecidas: a histeria de conversão e a de angústia. Na histeria de conversão, o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos, paroxísticos (crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (anestesias, paralisias histéricas, etc.). Na histeria de angústia, este sentimento é fixado de maneira geralmente estável em algum objeto externo (fobias). A histeria de conversão é originária de conflitos sexuais infantis e se manifesta através da maneira como a excitação psíquica é processada. O corpo aparece como o lugar onde se expressa aquilo que a censura impede que seja dito em palavras; por isso, propõe perceber o corpo somático da histérica como *prenhe* de metáforas, às quais é necessário *dar à luz* (grifos dos autores). A presença de sintomas conversivos é, para alguns, o traço fundamental e o que permite traçar a linha divisória entre histeria de

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ LAPLANCHE, J; PONTALIS, J-B. (1998). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

angústia e histeria de conversão. Na ausência de conversão, a matriz geradora do núcleo de repressão, de triangulação edípica, não obstante, deve se achar presente. A ideia central é a transmutação, a mudança de estado, algo psíquico se converte em algo físico, corporal; o sintoma somático é a expressão simbólica, devidamente disfarçada pelos mecanismos de condensação e deslocamentos de ideias reprimidas.

Olga disse que veio a mim acatando a sugestão de sua mãe, que não aguentava mais ouvir os lamentos da filha. Comigo, Olga se sentia menos ameaçada, segundo ela, por eu ser uma mulher mais experiente. Na transferência, me colocou no lugar de mãe fálica, dona de um saber, e capaz de responder todas as suas inquietações e, acima de tudo, aliviar o seu sofrimento.

As mulheres eram explicitamente desvalorizadas aos olhos de Olga, e ela se colocava a meio caminho, sem poder fazer o luto pela bissexualidade perdida. Não podia ser aceita no time dos homens nem no das mulheres, e ainda que ela quisesse de fato ser aceita por ambos, o que demonstrava era um desinteresse pelo jogo, garantindo, assim, uma posição de exceção. De acordo com Marie Lambotte, em “O discurso melancólico: da fenomenologia a metapsicologia”, mais que ser uma “defesa contra os investimentos exteriores sempre suspeitos de poderem desaparecer subitamente e assim abandonar o sujeito na surpresa”.¹¹⁴ (1997, p. 378). Para a autora, o discurso melancólico protege o sujeito contra a sua própria destruição, confortando-o na posição excepcional que ele não para de afirmar, aquela mesma que põe a parte da comunidade na convicção de que já está morto.

“Eu morri depois que meu marido saiu de casa, sem ele eu não me reconheço, não posso mais viver”. Era assim que Olga me contava sobre o que sentia. Ela estava morta, sugerindo um estado de falência depressiva (melancólica), “condição existencial do sujeito melancólico, que a falta de energia disponível, não dirige mais interesse para as percepções exteriores e socobra na economia da retirada”.¹¹⁵ (idem, p. 148).

Em uma das sessões em que abordamos questões de sua sexualidade, Olga queixava-se de seu funcionamento frente aos homens no início de um relacionamento: os idealizava em demasia, favorecendo a criação de expectativas que, comumente, não se concretizavam, gerando dolorosas frustrações. Dizia: “Sempre imaginei que o meu ex-marido era um homem perfeito, um bom pai, um bom marido... mas ele não é nada

¹¹⁴ LAMBOTTE, M.C. (1997). *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

¹¹⁵ *Ibidem*.

disso, daí vem a frustração”. Olga vinha arrastando por alguns anos a dor da perda (separação) do ex-marido, perda que incluía, especialmente, as idealizações que fizera de seu companheiro, uma vez que ele não reconhecia seus esforços financeiros (reformas da casa, compra de móveis, roupas para a família).

Marie Lambotte fala de um discurso do “estar-já-morto” - o sujeito depressivo opera uma espécie de fuga de si, tentando “desaparecer para não mais perceber”.¹¹⁶ (1997, pp. 372-73). A perda da relação amorosa parecia ter reeditado um acontecimento traumático que, todavia, já comandava sua vida há muito tempo. Assim, o negativismo, que tomamos aqui na acepção da autora, a defende de sofrer o que ela viveu – a separação do objeto de amor – como um impacto ainda mais desorganizador.

Em Olga, as crises de dores de cabeça (enxaqueca), sintoma comum na histeria, formigamento no lado esquerdo do corpo ocorriam diariamente. No trabalho “Histeria”, de 1888, Freud fala em pressão no epigástrico, constrição na garganta, latejamento nas têmporas, zumbido nos ouvidos, ou parte desse complexo de sensações. “Essas sensações-aura, ... também surgem, nos pacientes histéricos, como sintomas isolados ou representam em si mesmas um ataque”.¹¹⁷ (FREUD, 1888/1996, p. 78).

Em seu livro “Enxaqueca”, Oliver Sacks estabelece a seguinte classificação dos tipos de enxaquecas: enxaquecas periódicas são aquelas retratadas como a expressão de alguma periodicidade neuronal inata; enxaquecas circunstanciais são reações a uma emoção avassaladora, uma resposta a circunstâncias específicas, individuais, que poderiam ser fisiológicas (exaustão, etc.) ou emocionais (raiva, medo, etc.); enxaquecas situacionais são expressões de impulsos emocionais crônicos reprimidos; enxaquecas recuperativas são mais simples e se assemelham ao sono; enxaquecas regressivas guardam semelhanças com a enxaqueca recuperativa. O autor se refere também à enxaqueca agressiva que se caracteriza pela raiva e hostilidade intensas, crônicas e reprimidas, e tem como função proporcionar alguma expressão ao que não pode ser expresso, ou mesmo admitido retamente. De acordo com o autor, essas enxaquecas “... [As enxaquecas agressivas] são investidas agressivas ou ataques vingativos, e tendem a ocorrer em situações de intensa ambivalência emocional, ou seja, em relação a indivíduos que são ao mesmo tempo amados e odiados”.¹¹⁸ (1933/1996, p. 279). Para ele, essas expressões indiretas de ódio são encontradas na interação do paciente

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ FREUD, S.(1888/1996). *Histeria*.

¹¹⁸ SACKS, O. (1933/1996). *Enxaqueca*. São Paulo: Companhia das Letras.

enxaquecoso com pais, filhos, cônjuges e chefes no trabalho, e giram em torno da dinâmica de uma dependência ou uma intimidade exigida, porém intolerável.

O autor também se refere à enxaqueca emulativa, na qual existe uma identificação ambivalente com um pai ou mãe enxaquecoso. E por fim, há a enxaqueca autopunitiva – quando a hostilidade se volta para dentro; aqui, trata-se de pacientes masoquistas, rancorosos, deprimidos, secretamente paranoicos e, às vezes, abertamente autodestrutivos.

A dinâmica e os mecanismos da enxaqueca são, portanto, análogos ao que ocorre na formação de sintomas histéricos. Podem ser muitos e variados os contextos emocionais da enxaqueca, existindo inúmeros tipos de conexões entre o estado emocional e o acesso manifesto. Mas como uma emoção reprimida pode produzir uma enxaqueca?

No texto “*A general introduction to psychoanalysis*”, Freud diz que o sintoma da neurose é frequentemente o núcleo e o estágio inicial do sintoma psiconeurótico. O autor cita como exemplo a dor de cabeça ou dor nas costas histérica. Para o autor a análise revela que, por meio de condensação e deslocamento, “ela se tornou uma satisfação substituta para toda uma série de fantasias e lembranças libidinosas; em um momento, porém, a dor foi real, um sintoma direto de uma toxina sexual, a expressão corporal de uma excitação sexual”.¹¹⁹ (1920, p. 393). Diz o autor que todos os efeitos da excitação da libido sobre o corpo são especialmente adaptados para servir aos propósitos da formação histérica dos sintomas. “Eles fazem o papel de grão de sal que a ostra envolve em madrepérola”. (idem, p. 393).

Assim, de acordo com Freud, os sintomas neuróticos representam as consequências psíquicas diretas de distúrbios sexuais, um desequilíbrio de alguma “toxina sexual”. Essas neuroses são vistas como as consequências de ação nervosa direta, como elementos estereotipados concomitantes da tensão emocional crônica.

Voltando a Oliver Sacks temos: “As enxaquecas ‘situacionais’ surgem não como expressão de distúrbio emocional agudo, mas como expressões de necessidades emocionais crônicas e em geral reprimidas”.¹²⁰ (1933/1996, p. 287). De acordo com o autor, elas têm funções, realizam trabalho, desempenham um papel importantíssimo na

¹¹⁹ FREUD, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. Translated by G. Stanley Hall. The Floating Press.

¹²⁰ SACKS, O. (1933/1986). *Enxaqueca*.

economia emocional do indivíduo; cumprem a tarefa de obter o equilíbrio emocional e, como tal, são análogas aos sonhos, às formações histéricas e aos sintomas neuróticos.

Nessa perspectiva, as enxaquecas têm um significado específico para o paciente. Ao examiná-las não apenas como evento físico, mas como formas simbólicas sem que o paciente traz pensamentos e sentimentos importantes, deparamos com a tarefa de interpretá-las como o faríamos com um sonho, ou seja, descobrindo o significado dos sintomas manifestos. Assim, o interesse específico das enxaquecas “situacionais” e seu valor estratégico para o paciente estão em “representarem elas reações biológicas que podem funcionar como atos sintomáticos ou sintomas de conversão”.¹²¹ (SACKS, 1933/1986, p. 287).

Para Silvia Alonso e Mario Fuks, “As dores de Elisabeth [paciente de Freud] nos pontos de apoio das pernas inchadas do pai doente são a lembrança dolorosa e enlutada desse período de sua vida e dos conflitos afetivos que a atravessavam”.¹²² (2004, p. 118). De acordo com os autores, esses sintomas são marcas deixadas no corpo por fragmentos de um passado parcialmente esquecido, signos de uma história escrita pela metade.

Se tomarmos os dois aspectos que caracterizam um fenômeno conversivo, veremos que o corpo de Olga, principalmente as dores de cabeça (enxaquecas), funcionou como palco para a manifestação parcial de seus sintomas neuróticos. Esses dois aspectos correspondem ao determinismo associativo e ao determinismo simbólico. Ou seja, o sintoma conversivo carrega em si um caráter de contiguidade ou simultaneidade associativa com o fator traumático – como o fator circunstancial na qual ele surge –, além de expressar um caráter metafórico, passível de ser atribuído um sentido.

De acordo com Silvia Alonso e Mario Fuks, a associação por simultaneidade temporal opera quando uma dor de origem somática que já está presente no momento de acontecer a situação conflitiva passa a representá-la, perpetuando-se no sintoma. Para os autores, o sintoma “evoca”, assim, um detalhe do momento crucial. Já, na segunda modalidade, o nexo está assegurado por certas expressões linguísticas usuais, contendo termos alusivos ao corpo. Diz os autores que há a expressão de certas ideias para suas versões em linguagem corporal: “não consigo cumprir meus objetivos transforma-se em

¹²¹ *Ibidem*.

¹²² ALONSO, S. L; FUKS, M. P. (2004). *Histeria*.

‘não consigo dar um passo’, como no sintoma de Elisabeth.”¹²³ (ALONSO e FUKS, 2004, p. 95).

Penso então que o corpo de Olga era um dos pontos de apoio para a manifestação de sua neurose e de suas dificuldades no campo relacional (intersubjetivo) - ela não conseguia sair do lugar, ficava paralisada. Sua insatisfação ou a sensação de que recebia menos do que lhe era devido aparecia também no início das sessões: “Estou tão mal...”, ou então quando dizia “eu queria tanto que você me dissesse alguma coisa ou o que eu queria mesmo, eu sei que não pode, mas é que você me dissesse o que fazer”.

As escolhas eram momentos de sofrimento para Olga, que ficava atormentada pela dúvida. Seu sofrimento era duplo: sofria por não ter tudo e sofria por julgar que era ridículo sofrer daquele jeito por uma escolha tão boba, como por exemplo, ir ao cinema, ao shopping, ou a um restaurante de que gostava. Também não conseguia se relacionar com os filhos: “Eles me dizem que não gostam de mim, gostam muito do pai e preferem a companhia dele. Querem morar com o pai! O que eu faço doutora?”.

Assim como Olga do romance, minha paciente se esforçava para manter-se calma, conseguir conversar com Mário e receber respostas concretas acerca do motivo da separação. Mas sua raiva não permitia que ela se conformasse com a situação, e suas palavras para o marido eram repletas de ataques e agressões.

Olga se apresentava deprimida, queixava-se da ausência dos filhos em casa (o acordo foi pela guarda compartilhada), dizia que sentia ciúmes deles quando estavam na casa do pai, tinha a fantasia de que iriam gostar mais da atual mulher dele.

Julia Kristeva, em “Sol negro: depressão e melancolia”, observa que várias histórias sobre os ciúmes femininos apresentam a imagem de uma envenenadora como representativa do satanismo feminino, mas que essa “envenenadora” é mais do que uma “feiticeira furiosa”: é uma menina privada do seio. Trata-se da incorporação oral do objeto, ligada ao narcisismo – repleta de ambivalência, tem de ser eternamente repetida, como se o objeto nunca tivesse, de fato, se instalado. “Em geral, o terrorismo dessa histeria depressiva manifesta-se visando a boca.”¹²⁴ (1989, p. 84). Na análise de Julia Kristeva acerca da depressão na histeria, ela destaca que a incorporação oral do objeto ligada ao narcisismo deve ser eternamente repetida.

¹²³ *Ibidem.*

¹²⁴ KRISTEVA, J. (1989). *Sol negro: depressão e melancolia.*

Quanto à configuração familiar de Olga, de uma prole de seis filhos, ela era a mais velha de vários irmãos. Dizia não ter lembranças de infância, “não há nada interessante no meu passado”. Ela não queria saber do mundo, das pessoas, suportava estar comigo porque a mãe mandara e por se tratar de uma relação técnica, pela qual ela pagava.

Roger Mackinnon e Robert Michels,¹²⁵ em “A entrevista psiquiátrica na prática clínica” diz que o “sonhar acordado” e a fantasia são atividades do psiquismo e desempenham importante papel na vida emocional do sujeito. O pensamento racional é predominantemente organizado e lógico e prepara o organismo para a ação, baseado no princípio da realidade. Por outro lado, o ato de “sonhar acordado” é continuação do pensamento infantil e se baseia em processos primitivos, mágicos e de satisfação de desejos conforme o princípio do prazer. Este salienta-se particularmente na vida emocional da histérica, sendo que o conteúdo se centra ao redor do recebimento de amor ou atenção. O sonhar acordado e seu traço de caráter servem à função defensiva. Este apego a um mundo fantasioso, no qual grande parte da libido fica introvertida, subtraindo-se do mundo exterior, busca evitar as duras exigências impostas pela realidade; ou seja, a histérica se refugia num universo imaginário regido pelo princípio do prazer, o qual permite cumprir as aspirações infantis, que, de outro modo, teria de abandonar. A criança, desejando dominar suas tentações masturbatórias, serve-se dos devaneios como um substituto para alcançar uma autoestimulação prazerosa. Na fase edípica, a sexualidade da criança se concentra no desejo erótico para com seus pais, o qual, não podendo ser gratificado diretamente, é deslocado para a atividade masturbatória e sublimatória. Por tal razão, as fantasias que a acompanham ou substituem ou oferecem gratificação simbólica ou imaginária dos desejos edípicos da criança.

Na verdade, Olga parecia uma criança insistindo na verdade de sua fantasia. “Mário me deixou”. Em outro momento, dizia: “Eu preciso acreditar que ele abandonou a família dele que somos nós, eu e meus filhos”. Em outros momentos, mostrava-se ansiosa para encontrar um novo amor que lhe confortasse emocionalmente.

¹²⁵ MACKINNON, R. A; MICHELS, R. (1981). *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Jean Michel Quinodoz¹²⁶, em “Ler Freud - Guia de leitura da obra de S. Freud”, reconhece que, sem dúvida, a sexualidade desempenha papel capital na histeria, mas, para o autor, o que predomina em uma paciente histérica é a luta incessante que ela trava contra as angústias primitivas. Descreve como essas pacientes agem na transferência com o psicanalista e como procedem em face das angústias arcaicas, que são sentidas como catastróficas e como perigo inexistente. Observa-se uma clivagem determinante de estados psíquicos que decompõem todos os níveis de vida psíquica. Por exemplo, as pacientes histéricas procuram relações com objetos ideais, mas se decepcionam tão logo entram em contato com eles e, por isso, transitam permanentemente de um extremo ao outro.

No caso de Olga, no início, todo seu investimento estava concentrado nesse luto impossível. Parecia que minha paciente havia começado a existir a partir dessa relação amorosa e, assim, o rompimento do casamento parecia ter rompido um fino fio por onde havia se conduzido até então. Olga era alguém que se dizia sem história.

A análise de Olga nos remete à metáfora utilizada por Freud em “Construções em análise”, para falar do trabalho do analista. Uma construção foi sendo erguida baseada em poucos fragmentos.

Quando se referia ao casamento de seus pais, falava com certa decepção, “meu pai traiu a minha mãe, ela não consegue perdoá-lo. Vive um casamento de aparências, sinto dó do meu pai, minha mãe o despreza”. Olga dizia que a mãe havia aberto mão de tudo em favor de seu pai e não tinha vida própria, sendo representada como alguém que fazia tudo automaticamente, alguém sem alma, sem espaço próprio, sem desejo e que não tinha onde se ancorar.

Christopher Bollas em seu livro “Hysteria” destaca que a histérica busca um retorno à mãe por intermédio da dessexualização do *self* e da mãe, ao passo que o não histérico progride para sexualização do *self* e do outro. A dessexualização é geralmente alcançada pela idealização das características não-sexuais da mãe, transformando-a em uma Madona e o *self*, em um inocente sexual. Querendo ser um garotinho ou uma garotinha perfeita do outro, o histérico ativa a idealização por meio da libido-como dessexualização.

A figura paterna também pode estar inclusa nesta constelação por um ato de cisão em que, como pai sexual mau, ele é recalado ou projetado em homem sexual

¹²⁶ QUINODOZ, J-M. (2007). *Ler Freud - Guia de leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas.

mau, tal como o molestador de crianças, do mesmo modo que a mãe sexual foi cindida na mulher sexual má, tal como uma reconhecida prostituta. A histérica *suficientemente boa* constrói um *self* ideal e uma mãe ideal que repudia a sexualidade como aquilo que traz discórdia; ou seja, a mãe interna reprova a sexualidade e quer que a histérica permaneça como sua criança para sempre. Para Christopher Bollas, é como se a histérica estivesse dizendo à mãe: “Prometo me entregar ao seu desejo”,¹²⁷ (2000, p. 158) na esperança de que possa se tornar, então, objeto de amor materno; mas, após o estágio edípico, quando este outro inclui, agora, não deliberadamente a lei do pai, o outro responde: “Aceito sua promessa e meu desejo é que me dê o que há de melhor em você” (idem), contrato que conduz o histérico ao seu futuro contra seus desejos intrínsecos.

Os progressos que Olga fazia na análise eram ao mesmo tempo comemorados e temidos. Ela se agarrava aos seus sintomas que, segundo Masud Khan, permitiam que ela se mantivesse ausente de si “camuflando” essa ausência. As resistências surgiam quando um movimento era identificado na análise.

Quanto ao benefício da doença, Freud postula que tem como base a assimilação do sintoma ao eu. A resistência “representa uma não disposição de renunciar a qualquer satisfação ou alívio que tenha sido obtido”.¹²⁸ (1926/1996 p. 156). Destaca, assim, a dimensão pulsional do sintoma; ou seja, a dimensão que encontra alguma satisfação mediante uma descarga energética através do sintoma.

No entanto, os ganhos secundários a que me refiro em Olga vão além do aspecto pulsional: apesar do sofrimento ocasionado pelos sintomas de sua neurose (angústia e depressão), manter-se na condição neurótica acabava por lhe garantir alguma sensação de segurança e respaldo, principalmente junto ao pai. Mais que isso, a neurose a afastava da realidade no sentido de dificultar que ela, de fato, assumisse seus papéis sociais e sexuais, como o papel de mãe, de mulher, além de interferir em sua capacidade de trabalhar e de gerir sua vida satisfatoriamente.

Olga passava grande parte do tempo falando do abandono de Mário e do desejo de reconquistá-lo. Sabia que ele havia se casado novamente, mas preferia ficar na ilusão de que um dia ele voltaria para ela.

Assim como a personagem Olga do romance de Elena Ferrante, minha paciente apoiava-se na certeza de que a ruptura com Mário era passageira. Ela vivia de maneira

¹²⁷ BOLLAS, C. (2000). *Hysteria*. São Paulo: Escuta.

¹²⁸ FREUD, S. (1926[1925]/1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*.

desatenta, como se colocasse sua vida em suspenso, apenas aguardando o restabelecimento de sua rotina passada. À medida que o tempo avançava, a esperança esmorecia, dando lugar a uma mistura de raiva, saudade e obsessão. Surpreendeu-se quando o oficial de justiça lhe entregou a intimação judicial, em que Mário solicitava o divórcio litigioso.

Parece consensual que o término de um casamento, ao menos em boa parte dos casos, seja algo complexo e que traz pesares aos cônjuges e seus familiares, de maneira que essa decisão muitas vezes não acontece rapidamente. E assim foi com Olga: a situação de insatisfação conjugal, tanto no aspecto interacional quanto sexual, permaneceu por alguns anos. Diante disso, quais teriam sido os motivos que a levaram a continuar casada? E mais: O que se passava com sua psicossexualidade, a ponto de ignorar a suspeita de traição conjugal por parte do esposo, mesmo com os indícios que haviam?

É sabido que a própria situação de análise, ao propor que o paciente se implique em sua queixa, o faz questionar qual a sua participação em seu sofrimento, bem como nos acontecimentos de sua vida. Quando lhe perguntei certa vez por que continuou casada nesses anos de dificuldades e insatisfações conjugais, e ainda sabendo do caso que o marido mantinha fora do casamento, uma de suas justificativas foi a de que pensava na reação dos filhos.

Ouvindo Olga, me perguntava: qual era o lugar ocupado pelos filhos na relação com a mãe? As queixas recorrentes que trazia às sessões em relação a eles muitas vezes se relacionavam às cobranças que os pré-adolescentes lhe faziam - de que não recebiam atenção dela, que a mãe estava sempre de mau humor, agressiva, que eram muitas brigas e proibições em casa. Enfim, eles diziam que ela deveria deixar o pai viver a vida dele com a mulher que escolheu. Irritada, Olga queixava-se de ser alvo de questionamentos, críticas e ciúmes dos filhos. Eram cobranças que, de certo modo, pareciam remeter à relação problemática com o ex-marido, que também cobrava dela um posicionamento de mais tranquilidade para com a família.

Ainda desnorteada diante do sofrimento, Olga procurou um antigo namorado; ele havia se separado da mulher há um ano. No entanto, teve uma grande decepção, pois não conseguia ter uma relação sexual com ele, que sofria de ejaculação precoce. Deceptionada, desistiu de levar o namoro adiante. Nas sessões subsequentes ao término do relacionamento, Olga contou-me que o ex-namorado havia voltado com a mulher e que tinha dúvidas se ele havia, de fato, se separado algum dia. Ela continuava

apresentando sintomas depressivos e de ansiedade, como angústia, irritabilidade, desmotivação generalizada para “tomar atitude”. Chorando de modo recorrente, se queixava por estar e se sentir sofrendo com uma sensação de solidão, mostrando ambivalência quanto ao enfrentamento e à superação de sua dor psíquica - ora dizia querer mudar, apesar de não ter forças, ora dizia estar sem vontade, sem disposição para isso. Não sabia definir a causa dessa sensação, se era relacionada à ausência dos filhos – que preferiam a companhia do pai –, ou à ausência do ex-namorado.

Diante desses abandonos, o que lhe restava parecia ser a proximidade, para não dizer a dependência afetiva do pai, a quem dizia ter sempre respeitado, evitando lhe dar trabalho. Tanto o pai quanto a mãe, segundo Olga, não teriam estimulado os filhos a dar seguimento aos estudos; somente ela havia conseguido terminar a graduação, fazendo um grande esforço, pois não gostava de estudar.

Penso que, para Olga, assumir as responsabilidades em sua vida faria com que seu pai participasse menos dela - como uma histérica, ela vinha cumprindo o seu papel de manter o pai em sua onipotência fálica. A isso se associa outra hipótese - a de que seu complexo de Édipo estava insuficientemente recalcado. Minha impressão era de que, por um lado, Olga nunca havia se divorciado do casamento com seu pai, e por outro, o laço adesivo e narcísico com sua mãe e seus filhos se mantinha, apesar das crises recorrentes no relacionamento entre eles.

Na sessão seguinte ao rompimento com o namorado, ao abordar as alergias das quais sofria nas mãos, Olga deixou evidente as circunstâncias nas quais elas surgiam: em experiências de separação (ou ameaça de separação). A primeira ocasião do surgimento desse quadro alérgico foi à época em que Olga foi abandonada pelo marido; daí em diante, se fazia presente envolvendo um movimento de união-separação, aproximação-distanciamento. Na realidade, Olga não estava só - tinha a proximidade de seus familiares, incluindo seus pais, seus filhos e seus irmãos, com os quais mantinha uma relação quase que adesiva. Entretanto, sentia-se sozinha e abandonada.

Não podemos esquecer que Olga apresentava diagnósticos médicos que davam sustentação a uma causalidade orgânica para os sintomas corporais, o que costuma mascarar o sentido psicológico deles. Assim como no caso clínico de Elisabeth von R, apresentado em “Estudos sobre a Histeria”, a presença de uma etiologia orgânica para suas dores (embora entendida por Freud como não sendo uma afecção orgânica grave) não invalidou a hipótese de histeria. “O distúrbio mais habitualmente responsável pela sensibilidade difusa e local à pressão nos músculos é uma infiltração reumática desses

músculos – o reumatismo muscular crônico comum. Já mencionei a tendência desse distúrbio a simular afecções nervosas”.¹²⁹ (FREUD, 1893-1895/1996, p. 163). Freud postula que, provavelmente, uma alteração muscular orgânica estivesse presente e que a neurose se ligava a ela, fazendo-a parecer exageradamente importante.

Freud suspeitava de que havia algo além do reumatismo muscular crônico de sua paciente, um fator neurótico que hiperdimensionava a importância da afecção orgânica. Em Olga, as crises de dores de cabeça, o formigamento nos braços davam a impressão de uma forte angústia ou de sensações desprazerosas que pareciam aspectos essenciais de seu ser.

Logo depois, Olga se interessou por outro rapaz, um amigo de infância que reencontrou: “Agora vai dar certo, encontrei um bom rapaz”. O primeiro encontro, porém, foi marcado pela deceção diante da tentativa fracassada de uma relação sexual, pois o rapaz não conseguiu finalizar o coito: “Será que o problema está comigo, doutora? Não dou sorte mesmo! Agora os homens estão brochando comigo”. Em seguida, disse: “é assim mesmo, não é? Vou deixar isso para lá... não quero mais saber de namorado”.

Parecia também confusa quanto aos sentimentos que nutria pelo ex-marido. Além da raiva e do ressentimento consequente às frustrações que sofrera, questionava se ainda o amava. Ao mesmo tempo, se perguntava como, depois de tudo o que soube e o que passara junto a ele, estava ainda tão afetada pelos fatos. Pensou então que, apesar do sofrimento, havia certa satisfação em se manter na posição de ingenuidade, de inocência. No lugar de “mulher traída” na relação amorosa com outro homem – termo que ela mesma utilizava nessas circunstâncias de expectativas frustradas diante da amante do marido –, havia uma satisfação em se sacrificar pelo outro, no sentido de atendê-lo em suas demandas ou necessidades, mantendo-se em uma relação de submissão, passividade e dependência afetiva.

De acordo com Hugo Mayer, a histérica conseguiu afastar-se da mãe o suficiente para ambicionar uma relação heterossexual com o pai e para desejar o lugar daquela com relação a ele. Mas ela não sabe como ser mulher, por isso o demonstra através de aparências: seduz, veste-se e exibe-se como uma mulher atraente para um homem. Quando em contato com outra mulher, pode utilizar um diferente tipo de sedução, a cumplicidade. Assim, pessoas com traços de caráter histéricos necessitam mostrar e

¹²⁹ FREUD, S. (1893-1895/1996). “Casos Clínicos”. In: *Estudos sobre a Histeria*.

exibir-se através de uma representação da qual não são sequer conscientes. A histérica representa perante o homem não somente que é uma mulher excepcional, única e desejável, mas também possuidora de algo mais que não se vê, algo que a torna ainda mais desejável. Muito mais do que alcançar o prazer sexual com um companheiro, o que importa é despertar o desejo de um homem.

Com relação à figura paterna, Hugo Mayer destaca: “É através da fantasia que a mulher histérica consegue ser o objeto de amor de um pai idealizado; mais ainda, pois não tem apenas o pai, tem tudo: beleza, perfeição, completude.”¹³⁰ (1989, p. 59). De acordo com o autor, a histérica tem encanto para dissimular, para silenciar, o que, todavia, agora sente inconscientemente: que é feia, incompleta, vazia, que os homens têm mais, que para eles tudo é mais fácil.

E complementa: “O pai é extremamente idealizado, tanto mais quanto menor tenha sido a elaboração do complexo de castração por parte dos pais.” Para o autor, é um pai para o qual se dirige toda a sedução infantil. E para um pai e uma filha, a barreira do incesto nunca é tão frágil como aqui (idem, p. 60).

A relação com o marido causou à Olga desilusão, por descobrir que este não era o homem ideal com quem sonhava. De fato, Christopher Bollas em “Hysteria” destaca que o amor da histérica é uma profunda preocupação autoerótica projetada em um outro, e assim que este outro se destaca daquele outro interno, ocorre o embaraçoso e amargo desapontamento. Na sua frustração e depressão, retrai-se em fantasias românticas, acreditando que está sendo usada como objeto e ele, que sua capacidade viril não é suficiente para fazer gozar e deixar uma mulher satisfeita. Ela se sente inferiorizada (castrada) e ele, um menino impotente. Por certo, são muitas as variantes e os graus de inibição genital, mas o que é comum observar nesses casos é uma prática sexual que sistematicamente decepciona.

Roger Mackinnon e Robert Michels¹³¹, em “A entrevista psiquiátrica na prática clínica”, advertem que o homem a quem a histérica ama é dotado de traços de um pai ideal, nada exigindo dela. Entretanto, sempre teme perdê-lo, como perdeu seu pai; consequentemente, escolhe um homem a quem possa prender por suas necessidades de dependência. Poderá fazer um casamento socialmente “inferior” ou casar com alguém cujos antecedentes culturais, raciais ou religiosos sejam diferentes dos seus, não só como manifestação de hostilidade contra o pai, como por defesa contra seus desejos

¹³⁰ MAYER, H.(1989). *Hysteria*.

¹³¹ MACKINNON, R. A; MICHELS, R. (1981). *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*.

edípicos, substituindo, dessa forma, o tabu do incesto pelo tabu social. A histérica tem, em geral, função sexual perturbada - a frigidez parcial ou inibição genital é uma reação ao temor de seus próprios sentimentos sexuais. O mesmo pode se refletir no desejo de adquirir poder sobre os homens através de conquista sedutora. Por fim, experimenta grande conflito em relação aos seus objetivos, o que contribui para inibição sexual.

No caso de Olga, os encontros fortuitos foram se tornando cada vez mais insatisfatórios; ela se apaixonou algumas vezes, estabelecendo relações curtas e frágeis. Sempre que uma relação não dava certo, ela falava de sua frustração por ter idealizado aquele namorado, embora parecesse esforçar-se em afirmar, para mim e para ela própria, que não havia esquecido o amor anterior. Então, carregando um semblante de tristeza e grande sofrimento, seguia acreditando que, um dia, Mário voltaria para casa e eles seriam felizes.

Após alguns meses de análise, Olga me disse: “por que eu não consigo avançar em minha vida como um todo?”. Nas sessões, fazia referência ao que entendia ser sua tendência em adiar o enfrentamento ou a resolução de adversidades e de demandas pessoais em diferentes áreas da vida, além da área afetiva, também na profissional e financeira, além dos descuidos com a saúde física. Para se referir a tal inércia existencial, fazia uso da palavra “protelar”. O que Olga tanto protelava em sua vida? A impressão era de que se tratava de algo da ordem de sua sexualidade.

Abandonada pelo marido, malsucedida nas tentativas de relacionamentos amorosos, com dificuldades na comunicação com os filhos, o que lhe restava parecia ser a proximidade, para não dizer dependência afetiva, em relação a seus pais, os quais visitava todos os dias. Com o tempo de análise, gradativamente, foi tomando consciência do quanto estava enredada neles, principalmente em relação à mãe, permanecendo em grande medida no lugar de filha.

Também chamava minha atenção a grande admiração que nutria por sua chefe no trabalho - admiração como mãe, como esposa, como profissional, como mulher elegante que sabia se vestir, admiração pelo cumprimento de seus compromissos sociais e profissionais, destacando, sobretudo a dimensão sexual (ou do feminino). Olga parecia valorizar a capacidade de sua chefe em amar o esposo e em manter o casamento, apesar das dificuldades e/ou das traições dele, das quais ela tinha ciência. Desse modo, a questão que me veio à mente foi: para Olga, ser mulher implicava ser traída pelo homem com quem estava?

Essa peculiaridade de guardar uma relação simbólica precisa com a história do sujeito distinguiria a conversão de outros processos de formação de sintoma. Emilce Bleichmar¹³², em seu livro “O Feminismo Espontâneo da Histeria”, lembra que Freud descreveu o sintoma de conversão estabelecido via identificação como identificação histérica ou também de contágio histérico. Trata-se da identificação parcial com um elemento próprio do outro, que se articula precisamente pela semelhança do desejo em jogo. As crianças parecem ser capazes de aprender que uma incapacidade física é um meio poderosíssimo para encarar um sofrimento psicológico que se encontra além de seu controle.

A protagonista do romance de Elena Ferrante, no início, não estava preocupada em manter a casa ou cuidar dos filhos, mas sim em arranjar maneiras de trazer o ex-marido de volta. Quando percebe que seus esforços não trarão resultados, ataca-o para saber quem é a sua substituta, o que ela poderia ter de melhor a oferecer que essa nova mulher não teria. Tudo isso se reflete no seu comportamento: não mantém mais a casa limpa, não tem forças para preparar o jantar para as crianças, esquece-se de buscá-las na escola e não tem paciência com elas. Os filhos agem como pequenos tiranos, usando de toda a sinceridade infantil para atacar a mãe, como se confirmassem que a culpa do abandono era dela. E no meio disso tudo, Olga tenta arranjar forças para fazer o mínimo que precisa para os dias passarem.

Também minha paciente enfrentava problemas com os filhos. Eles frequentavam a casa do pai nos finais de semana, e quando retornavam, a hostilizavam, declarando o desejo de morar com ele e a afeição pela nova esposa dele.

Em Olga, havia um sofrimento psíquico constante. Poderíamos supor, com Benno Rosenberg¹³³, em “Masoquismo mortífero e masoquismo guardião de vida”, que se tratava de uma espécie de masoquismo erógeno primário proeminente. Isso porque havia uma tolerância ao intenso e contínuo desprazer. Como dito anteriormente, o masoquismo (erógeno) primário é, portanto, um masoquismo guardião de vida.

Penso que, em Olga, a função do masoquismo preponderava, se comparada à função da projeção (da pulsão de morte ligada pela libido), à função da relação objetal e portanto, à constituição da fantasia. Parece coerente supor então que o investimento (masoquista) excitatório, concomitante a uma suposta fragilidade do universo de fantasia da paciente, justificaria a intensidade pulsional de seu sofrimento, que,

¹³² BLEICHMAR, E. (1988). *O Feminismo Espontâneo da Histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

¹³³ ROSENBERG, B. (2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião de vida*. São Paulo: Escuta.

justamente por esse caráter pulsional e pouco fantasístico, era vivenciado no corpo, através dos sintomas conversivos.

Em algumas sessões, percebia que Olga superinvestia em sua dor psíquica e física, e passava a desinvestir na possibilidade de encontrar um relacionamento que a satisfizesse, seja no âmbito amoroso, seja no âmbito sociofamiliar. Penso que o masoquismo transformado em mortífero potencializou sua tendência histérica a sentir desprazer, mediante a percepção, típica do funcionamento histérico, de que tudo lhe é precário.

Surge a questão: Qual a função que o outro exerce para a histérica? Importante observar que a histérica busca por um prazer que, num primeiro olhar, dispensa a participação do outro, mas, na realidade, pressupõe a presença desse outro para a obtenção do prazer tal como ela o requer.

Mas, aos poucos, fui observando alguns avanços na análise de Olga - as dores de cabeça, os formigamentos no corpo passaram a ocorrer com menos frequência, e ela desejou fazer um novo curso superior, *designer* de interiores, para realizar um dos seus sonhos. Ela também foi se tornando menos ansiosa e angustiada, mais segura de si, com poucas dificuldades relacionais com seus dois filhos, e também no âmbito da sexualidade. No entanto, mantinha uma dependência emocional da mãe.

No processo analítico, fui observando que Olga recebia e assimilava, de fato, minhas interpretações, passando a acreditar que minhas palavras poderiam ajudá-la a buscar novos investimentos para sua vida. Depois de 04 anos de análise, ela interrompeu o atendimento, pois tinha perdido o emprego, estava passando por dificuldades financeiras, mas planejava se matricular em um novo curso superior, para, posteriormente, se inserir no mercado de trabalho.

Luis Hornstein em “Cura psicanalítica e sublimação” diz que o objetivo analítico é produzir um estado que jamais existiu, senão em estado potencial. A análise pode ser então uma ferramenta para o sujeito operar a transformação de potencial em atividade. O autor prossegue: “o jogo constantemente articulado das exigências pulsionais explica que não podemos operar uma transformação sem intervir sobre o conjunto da vida psíquica”.¹³⁴ (1990, p. 99).

Desse modo, a transformação operada no processo de análise em Olga não pressupõe uma transformação pontual, mas sim uma transformação que interfere no seu

¹³⁴ HORNSTEIN, L. (1990). *Cura psicanalítica e sublimação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

psiquismo como um todo. Considerar que o psiquismo é dinâmico nos permite pensar que uma modificação obtida num determinado momento poderá reverberar futuramente.

Assim como Olga do romance de Elena Ferrante, minha paciente queria dar um novo rumo a sua vida. Lentamente, ela foi reconstruindo os laços afetivos e sociais, investindo energia e afeto em novas possibilidades. Após tanto desassossego e caos, instalou-se uma atmosfera de esperança, apesar das ruínas que irremediavelmente remanesceram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O céu que nos protege - entre ter e ser, o nada e o vazio na histeria

Turner: Somos os primeiros turistas desde a guerra.

Kit: Somos viajantes e não turistas

Turner: Qual a diferença?

Port: O turista pensa em voltar para casa assim que chega

Kit: e o viajante pode nem voltar.

A diferença era, em parte, uma diferença de tempo... Enquanto o turista geralmente volta depressa para a casa ao fim de algumas semanas ou meses, o viajante, que não pertence a um lugar mais do que a outro, se locomove devagar, ao lado de períodos e de anos, de uma parte da terra a outra.

Paul Bowles¹ (2009, 14)

Para o encerramento desta tese, proponho um olhar retrospectivo ao percurso traçado até aqui. Trata-se de uma pesquisa que partiu de minha clínica, do encontro com mulheres cujo sofrimento me impactou e me fez buscar um aprofundamento teórico-clínico para melhor compreendê-las.

O primeiro impacto gerado nesses encontros diz respeito à natureza do sofrimento - sintomas conversivos e estados depressivos análogos às primeiras pacientes acompanhadas por Freud, no início de suas pesquisas clínicas, as quais me referi aqui. Procurei então escutar minhas pacientes, de modo a compreender a organização psicopatológica que engendra tal padecimento que supomos ser a histeria.

Importante destacar que a questão do diagnóstico em psicopatologia não é unânime, e ainda que diferentes abordagens se utilizem de uma mesma nomenclatura, não devemos supor que elas se sirvam dos mesmos referenciais ou de uma mesma compreensão daquele tipo particular de sofrimento psíquico. Isso nos obriga a situar o lugar a partir do qual enunciamos nossas suposições e discussões. Procurei me aproximar da histeria que se revela no *setting* analítico², quando o sofrimento do sujeito aparece na forma de um discurso endereçado a um outro, objeto de transferência.

À primeira vista, não parece haver nada nessas manifestações corporais associadas a estados depressivos que garanta tratar-se de um caso de histeria. Um

¹ BOWLES, P.(2009). *O céu que nos protege*. São Paulo: Alfaquara.

² No campo psicanalítico, o *setting* é um espaço que se oferece para propiciar a estruturação simbólica dos processos subjetivos inconscientes, reunindo as condições técnicas básicas para a intervenção psicanalítica. Nesse campo, são englobados todos os elementos organizadores do *setting*: o espaço físico de atuação, o contrato estabelecido para seu desenvolvimento, assim como os princípios da própria relação, transferencial e contratransferencial, estabelecida entre analisando e analista.

sintoma, do ponto de vista psicanalítico, é sempre sobre determinado e não define um tipo de organização subjetiva, podendo estar presente em diferentes patologias. Da mesma forma, uma mesma patologia pode se apresentar por diferentes sintomas, o que demonstra o cuidado necessário para um estudo que aborde uma manifestação sintomática. A escuta clínica psicanalítica empreendida nesta investigação mostrou que, na prática, pacientes com sintomas conversivos e estados depressivos podem ser entendidas como histéricas.

Por que será, então, que, muitas vezes, essa validade da histeria é questionada na atualidade? Este estudo me possibilitou constatar que se trata de uma dinâmica psíquica que favorece o seu difícil reconhecimento. O recurso ao corpo e à doença já permite que confusões diagnósticas ocorram. Entretanto, é o jogo com a impotência colocada no outro, para garantir a potência em si, que pode ser um dos responsáveis pelos maus encontros entre a histeria e a medicina. Os médicos frustram-se com as hipóteses diagnósticas nunca confirmadas e com a sensação de impotência experimentada, muitas vezes, considerando os pacientes como fingidores; ou concluem que “não têm nada” e os encaminham de volta para casa, sem informações acerca de seu sofrimento. Esse fato ocorreu com as pacientes Olga e Teresinha.

Há ainda o fator da sexualidade, que dificulta o contato com a histeria. Nas manifestações conversivas histéricas, estão colocados a pulsionalidade e o conflito vivo entre desejo e censura, que, quando supostos em outra pessoa, podem remeter aos próprios impedimentos daquele que cuida. Assim, o contato com o sexual recalado demonstrado em um sintoma conversivo pode tocar em conteúdos recalados do próprio espectador e causar rechaço. Foi o que Freud apontou sobre o que a loucura e a epilepsia poderiam causar no seu espectador.

Como fruto do recalque e do conflito entre as inclinações sexuais e seus impedimentos, a histeria sofre com a suposição de que a sociedade atual não favorece o recalque nos moldes dos encontrados no século XIX, nem possibilita conflitos dessa natureza. Porém, nesta pesquisa, ficou evidente que a sexualidade continua conflitiva e que o recalque continua a operar e a gerar reflexos, expressos nos sintomas conversivos e nos estados depressivos.

Com os casos Terezinha, Melinda e Olga, pude encontrar indícios que apontavam para o diagnóstico de histeria. Na escuta clínica, destaquei aspectos como a dificuldade em relação à feminilidade/masculinidade, em função dos modelos identificatórios disponíveis; os desvios em relação ao desejo, que apontam para uma

relação contraditória com o prazer; os relacionamentos triangulares repetidos na vida; a rivalidade histérica; a busca por confirmar a própria potência e a dificuldade de sustentá-la; a teatralidade; a equação entre falha e desvalor e o recurso ao corpo para a manifestação de um conflito psíquico.

Qual o caminho que, na clínica, nos apontam os momentos de melancolização e estados depressivos na histeria? Na falência das defesas histéricas em direção à conquista de uma posição feminina, algo da ordem de uma “hemorragia interna”³ parece se abrir. O sujeito abandona a reivindicação incessante de ser amado incondicionalmente, e a castração, até então contornada pelos mecanismos histéricos, passa a ser afirmada, provocando um esvaziamento de sentidos e instalando a ameaça do nada. O sujeito histérico existe na sua insatisfação, afirmando não ter o que deseja para não ver despedaçada sua frágil identificação narcísica.

Importante ressaltar que o vazio é aqui compreendido como uma rede simbólica que o suporta - só se pode falar de vazio de alguma coisa e, assim, ele se constitui como um espaço potencialmente criativo, como referido por Karl Abraham, citado anteriormente. Quando falamos em nada, falamos de uma ausência de possibilidades, da perda de sentidos. Podemos supor, então, que esse nada é aquilo de que a histérica se protege através de suas fantasias. Entre o vazio e o nada, pensamos poder situar a questão do sofrimento na histeria.

Os casos de Terezinha, Melinda e Olga nos mostram que, em um momento de retraimento narcísico na histeria, tem lugar a vivência do nada, destruidor do reino da fantasia, a vivência do vazio que se associa ao feminino e que, suportado na transferência, pode constituir um espaço para a construção da metáfora e assimilação da ausência. Porém, a possibilidade da criação de um vazio, espaço possível da metáfora, que associamos à posição feminina, traz o risco do nada.

O que essas pacientes trazem em comum, afinal? Um vazio, que nomeei aqui como o desafio que convoca a menina a atravessar sem desertar. Pois desertar é o que se perfila no horizonte depressivo através da identificação ao nada.

O romance “O céu que nos protege”, de Paul Bowles, me levou a pensar o deserto da travessia delicada, do luto da criança fálica, que foi tratado neste trabalho.

O deserto figura um lugar vazio, onde o tempo passa de maneira diferente, e o viajante que lá se aventura também se descobre diferente, descobre-se outro. A aventura

³ FREUD, S. (1950[1892-1899]/1996). “Rascunho G”. In: *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess*. Vol. I. São Paulo: Imago.

anunciada traz promessas e riscos. Os riscos se apresentam como miragens para o viajante que, por não suportar o vazio do deserto, insiste em procurar algo por trás delas. Porém, atrás da miragem, assim como atrás do espelho, não há nada.

Joel Birman propõe uma diferenciação entre histeria e histerização e, a partir de Carmen de Bizet, pontua a dificuldade de a feminilidade estabelecer-se como eixo fundador da subjetividade na histeria. A histerização necessária, ilustrada por Carmem, segundo o autor, revela que: “seria pela feminilização do desejo que o erotismo se torna possível, pois revelaria para os homens e para as mulheres a incompletude que rasga os seus corpos, permeados que são pelo excesso indomável e diabólico”.⁴ (1977, p. 125).

Revelar a feminilidade do erotismo significa ultrapassar a fronteira da falicidade, destituindo-se o registro do ter, podendo então ser. É pelo horror do não ser nada que a histérica nos revela seu sofrimento e sua dor.

Aprisionado na ordem fálica, o sujeito histérico nega a diferença sexual evitando a castração. Desse modo, lembra Joel Birman, os intercâmbios sexuais na histeria serão sempre da ordem da homossexualidade, negando as diferenças e fazendo do outro um complemento narcísico, cuja perda revelar-se-á como uma perda do eu.

Na face da histeria, o sujeito diz: “eu ainda não tive o que queria, estou insatisfeito”, garantindo sua permanência no jogo; e, em um momento em que sua imagem narcísica é abalada pela perda do objeto, ele diz: “Eu não sou nada”.

Quando a circulação da pulsão deixa de ser buscada no sintoma histérico e procura, algumas vezes por influência da análise, o acesso à feminilidade, o sujeito pode encontrar dificuldades que nos remetem à psicopatologia da melancolia e das depressões.

A respeito da saída da histeria, Juan Nasio⁵ fala-nos sobre a necessidade de uma “travessia da angústia” e do luto da “criança fálica” irremediavelmente perdida. Nesse percurso, revela-se, com todas as formas, a face narcísica da histeria.

Ao abandonar a cena histérica em que elementos do mundo externo são utilizados como suporte, o repertório da histeria entra em colapso e, jogando o carretel, mas soltando o barbante, a histérica pode encontrar o nada com o qual se identifica. A afirmação escancarada da castração elimina o campo das ilusões e da esperança presente na histérica, que está sempre relançando seu desejo de desejo. Ela não acredita mais que algo possa completá-la, preencher sua falta, o que a leva a aproximar-se do mecanismo

⁴ BIRMAN, J. (1977) “Se eu te amo, cuide-se”. In: BERLINCK, M. T. (org). *Histeria*. São Paulo: Escuta.

⁵ NASIO, J-D. (1991). *A histeria: Teoria e clinica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar.

depressivo e melancólico, que afirma a verdade da castração que a histérica procura evitar.

O preço que paga para escapar da experiência traumática de sua incompletude é não viver nenhuma experiência de prazer com o outro, a fim de manter sua imagem narcísica fragilmente conquistada. Aquilo que protege a histérica de ser tocada pelo outro é também o que provoca sua dor. Dor e sofrimento por não se deixar tocar, não no seu sexo, mas no seu ser; sofrimento pela incapacidade de amar o outro. A histérica só conhece o amor narcísico.

Retomando a imagem do deserto, a miragem ameaça a situação analítica dos dois lados: do lado da histérica, que busca assegurar-se de uma imagem de si a qualquer custo, arriscando-se ao nada, e do lado do analista, que, capturado pelo efeito ofuscante e espetacular de uma miragem que a histérica reflete, não devotará mais sua escuta ao silêncio do vazio, impedindo a constituição do espaço contínuo, parcialmente criativo, em que o jogo, a fantasia e o pensamento são possíveis.

Estar no deserto que aqui utilizamos como metáfora do vazio não é estar no nada - há o “céu que nos protege” do vazio do nada. O céu, como a mãe do bebê, nos dá a ilusão de que há algo que estará sempre lá. No início da travessia do deserto, o céu deve mostrar-se previsível, deixando as grandes tempestades para quando o viajante já se sentir um ser no/do deserto.

A travessia do deserto vazio nos fala ainda do luto da criança e da mãe fálica preservada pela incorporação num “poço sem fundo”⁶, de onde só podemos falar de morte e não de ausência. Trata-se, segundo Jean PONTALIS, de descobrir na análise a morte da qual se é portador, o “trabalho da morte”, através de um “desinvestimento do tempo e investimento da ausência”.⁷ (1977, p. 268).

O “trabalho da morte” ou a passagem pelo deserto – promessa de descoberta de um outro de si mesmo para o paciente e para o analista – não pretende reeditar a situação primitiva, mas exige do analista uma posição transferencial específica que supõe ter, ele próprio, feito a travessia do deserto, entrado em contato com sua dor psíquica e alcançado uma potencialidade criativa.

A experiência do vazio é, por fim, constituinte da feminilidade, permitindo que a menina, futura mulher, encontre na criação ou no amor algo que diga de si mesma,

⁶ Aforismo utilizado por Olga.

⁷ PONTALIS, J-B. (1977). “Sur la douleur (psychique)”. On: *Entre le rêve et la douleur*. Saint-Amand, França: Gallimard.

permitindo-lhe simplesmente ser. Clarisse Lispector expressa poeticamente essa travessia para o ser.

Existir é tão completamente fora do comum que se a consciência de existir demorasse mais de alguns segundos, nós enlouqueceríamos. A solução para esse absurdo que se chama “eu existo”, a solução é amar um outro ser que, este, nós compreendemos que exista.⁸ (1998, p. 151).

Neste trabalho, propus uma abertura e não um fechamento, com conclusões definitivas. Uma abertura para a renovação dos interesses dos psicanalistas por aqueles sofrimentos e dores manifestados no corpo e que não encontram explicações médicas. Uma abertura para que a histeria seja atualizada e reconhecida, para que os intrigantes caminhos do desejo, algumas vezes satisfeitos nas manifestações sintomáticas corporais e estados depressivos, possam despertar interesse e curiosidade.

Penso que, com isso, a psicanálise pode continuar, ou voltar a se ocupar desse enigma que tanto nos intriga, permitindo-se com ele também se surpreender.

⁸ LISPECTOR, C. (1998). *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K. (1907-1914/1989). *Les différences psychosexuelles entre l'hystérie et la demence precoce*. On: Oeuvres Complètes. Vol. I. Aleçon: Payot. Science de l'homme. p. 41-52.
- ABRAHAM, K. (1910/1989). *Les états oniriques hysteriques*. In: Oeuvres Complètes. Vol. I. 1907-1914. Aleçon: Payot. Science de l'homme. pp. 119-46.
- ABRAHAM, K. (1911/2010). Giovanni Segantini: ensaio psicanalítico. In: *Manie et mélancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Éditions Payot.
- ABRAHAM, K. (1912[1911]/2010) “Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins”. On: ABRAHAM, K. *Manie et mélancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Éditions Payot.
- ABRAHAM, K. (1916/1970). O primeiro estágio pré-genital da libido. In: ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago. 1970.
- ABRAHAM, K. (1924/1970). “Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto a luz das perturbações mentais”. In: ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago.
- ABRAHAM, K. (1924/1989). *Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux*. Ouevres Complètes. Vol. II. 1915-1925. Aleçon:Payot.
- ALLILAIRE, J-F. “Um modelo biológico em psicopatologia: a lentificação depressiva como organização patológica da atividade”. In: FÉDIDA, P. *Comunicação e representação*. São Paulo: Escuta, 1989.
- ALMODÓVAR, P. *A flor do meu segredo*. Trad. Cristina Rodriguez e Artur Guerra. Porto: Campo das Letras Editores, S.A, 1996.
- ALONSO, S. L.; FUKS, M. P. *Histeria*. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2004.
- ALONSO, S. L. *O tempo, a escuta, o feminino*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.
- AMATI-MEHLER, J. “Mélancolie: folie, genie ou tristesse? Les vicissitudes de l'identification et de la formation du moi”, On: *Revue française de psychanalyse*, 2004/4. Vol. 68, pp. 1113-1131, Traduit de l'anglais par Anne-Lise Hacker.

- ANDRADE, C. D. de. “Ausência”. In: *Poesia e prosa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. 1992.
- ANDRADE, C. D. de. *Corpo*. Rio de Janeiro: Record, 1985.
- ANDRÉ, S. *As origens feminina da sexualidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.
- ANDRÉ, S. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.
- ASSOUN, P. L. *Freud e a mulher*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- AULAGNIER, P.(1975/1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.
- AULAGNIER, P. “Observações sobre a feminilidade e suas transformações”. In: CLAVREL, J. (Org). *O desejo e a perversão*. Campinas: Papirus. 1990.
- AZEVEDO, B. H. *Histeria: a gata borralheira do século XXI? Considerações a partir da clínica de pacientes com crises pseudo-epilépticas*. Dissertação de mestrado. PUC-SP. 2009.
- AZEVEDO, R. *Dezenove poemas desengonçados*. São Paulo: Ática. 1999.
- BERLINCK, M. T. “A Dor”. In: BERLINCK, M. T. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta. 2008.
- BERLINCK, M. T; FÉDIDA, P. “A clínica da Depressão: questões atuais”. In: BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2002.
- BIRMAN, J. “A direção da pesquisa psicanalítica”. In: BIRMAN, J. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.
- BIRMAN, J. “Se eu te amo, cuide-se”. In: BERLINCK. M. T. *Histeria*. São Paulo: Escuta. 1977.
- BIRMAN, J. *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34. 1999.
- BIRMAN, J. *Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2001.
- BIRMAN, J; NICÉAS, C. A. *O feminino: aproximações*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- BLEICHMAR, E. *O feminismo espontâneo da histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BLEICHMAR, H. *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- BLEICHMAR, H. “El modelo modular-transformacional y los subtipos de depresión.” On: *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós, Ibérica. 1997.

- BLEICHMAR, S. “O que resta de nossas teorias sexuais infantis?”. In: *Revista Percurso*. Ano XXVIII: Junho de 2015.
- BOLLAS, C. *Hysteria*. São Paulo: Escuta: 2000.
- BOWLES, P. *O céu que nos protege*. Rio de Janeiro: Alfaguara. 2009.
- BRUN, D. *Figurações do feminino*. São Paulo: Escuta, 1989.
- CHUSTER, A.; TRACHTENBERG, R. *As sete invejas capitais: uma leitura psicanalítica contemporânea sobre a complexidade do mal*. Porto Alegre: Artmed. 2009.
- CINTRA, E. M. de U. “André Green e o trabalho do negativo”. In: *Revista Percurso*. N. 49/50. Ano XXV - Junho 2013.
- CINTRA, E. M. de U. *Pulsão de morte e narcisismo absoluto: estudo psicanalítico da depressão*. Tese de doutorado. PUC. SP. 2000.
- CINTRA, E. M. de U. “Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir”. In: *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, v. 29 (1) 23-40, 2011.
- COUTO, M. *O fio das missangas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- DELOUYA, D. *Depressão estação psique*. São Paulo: Escuta/ Fapesp, 2002.
- DELOUYA, D. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- DEUTSCH H. *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris, puf. (1924/1994).
- DOR, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus. 1994.
- DOR, J. *Introdução a leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.
- DURAS, M. *Escrever*. Rio de Janeiro: Rocco. 1994.
- DURAS, M. *La maladie de la mort*. Paris, Les Éditions de Minuit. 2002.
- EMIDIO, T. S. *Diálogos entre feminilidade e maternidade: um estudo sobre o olhar da mitologia e da psicanálise*. São Paulo: Editora Unesp. 2011.
- FÉDIDA, P. “Le vide de la métaphore et le temps de l’intervalle”. In: *L’absence*. Paris, Gallimard, 1978.
- FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta. 1999.
- FÉDIDA, P. *Dos benefícios da depressão*. São Paulo: Escuta. 2002.
- FENICHEL, O. (1909/2011) “Transferência e introjeção”. In: FERENCZI, S. *Obras completas*. Vol. III. São Paulo: Martins Fontes.
- FENICHEL, O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. São Paulo: Atheneu, 2000.

- FERENCI, S. (1913/1983). “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estádios”. In: FERENCI, S. *Escritos psicanalíticos: 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus.
- FERENCI, S. (1919/1989). “Fenômenos de materialização histérica”. In: BIRMAN, J. (Org). In: *Escritos psicanalíticos: 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus.
- FERENCI, S. (1930/1992). “Princípios de relaxamento e neocatarse”; In: FERENCI, S. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- FERENCI, S. (1931/1992). “Análise de crianças com adultos”; In: FERENCI, S. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- FERENCI, S. (1932/1990). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes.
- FERENCI, S. (1933/1992). “Confusão de línguas entre adultos e crianças”; In: FERENCI, S. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- FERENCI, S. (1934/1992). “Reflexões sobre o trauma”. In: FERENCI, S. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.
- FERRANTE, E. *Dias de abandono*. São Paulo: Biblioteca Azul. 2016.
- FLAUBERT, G. *Madame Bovary*. São Paulo: Penguin Companhia das Letras. 2011.
- FOKS, G. S. de. “As mulheres, a psicanálise, ainda um enigma?” In: ALIZADE, A. M. *Cenários femininos. Diálogos e controvérsias*. Rio de Janeiro: Imago, 2002.
- FORNA, A. *A mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro. 1999.
- FREUD, S. (1892[1893]/1996). *Um caso de cura pelo hipnotismo*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1888/1996). *Histeria*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1893/1996). *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1892/1996). “Rascunho A”. In: *Extrato dos documentos dirigidos a Fliess*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1950[1875]/1996). *Projeto para uma psicologia científica*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S; BREUER, J. (1886[1899]/1996). *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1950[1892-1899]/1996). “Rascunho E” In: *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

- FREUD, S. (1950[1892]1899/1996). “Rascunho G”. In: *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess*. ESB. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1893[1895]/1996). *Estudos sobre a Histeria*. ESB. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1893[1895]/1996). “Casos Clínicos” In: *Estudos sobre a Histeria*. ESB. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1896/1996). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. ESB. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1896/1996). *A etiologia da histeria*. ESB. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S.(1900/1996). *A interpretação dos sonhos*. ESB. Vol. IV e V, Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1905[1903]/1996). *O método psicanalítico de Freud*. ESB. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1905[1901]/1996). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. ESB. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1905/1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. ESB. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1905/1996). *Tratamento Psíquico (ou anímico)*. ESB. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago. 1996.
- FREUD. S. (1905[1904]/1996). *Sobre a Psicoterapia*. ESB. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1909/1996). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. Vol. X. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1910[1909]/1996). *Cinco lições de psicanálise*. ESB. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1918[1917]/1996). *O tabu da virgindade*. ESB. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1910/1996). *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*. ESB. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1912/1996). *Contribuições para um debate sobre masturbação*. ESB. Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1912/1996). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. ESB. Vol. XII. São Paulo: Imago.

- FREUD, S. (1913/1996). *O interesse científico da psicanálise*. ESB. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1913[1912]/1996). *Totem e tabu*. ESB. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1914/1996). *O Moisés de Michelangelo*. ESB. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1917[1915]/1996). *Luto e melancolia*. ESB. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1917[1916]/1996). Conferência XXIII - *Os caminhos da formação dos sintomas*. ESB. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1917[1916]/1996). Conferência XXVII - *Transferência*. ESB. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1917[1916]/1996). Conferência XXVIII - *Fixação em traumas - o inconsciente*. ESB. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago
- FREUD, S. (1918[1914]/1996). *História de uma neurose infantil*. ESB. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1919/1996). *Introdução a psicanálise e as neuroses de guerra*. ESB. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1919/1996). *Uma criança é espancada*. ESB. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1920/1996). *Mais além do princípio do prazer*. ESB. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1923[1922]/1996). *Dois verbetes de enciclopédia*. ESB. Vol. XVIII. São Paulo: Imago.
- FREUD. S. (1921/1996). *Psicologia de grupo e análise do ego*. ESB. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1924/1996). *O problema econômico do masoquismo*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1925/1996) *A negativa*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1924-1923/1996). *Uma breve descrição da psicanálise*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1925/1996). *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1923/1996) *O id e o ego*. ESB. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

- FREUD. S. (1924/1996). *A dissolução do Complexo de Édipo*. ESB. Vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1907[1906]/1996). *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*. ESB. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1925[1924]/1996). *Um estudo autobiográfico*. ESB. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1926[1925]/1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1933[1922]/1996). *A dissecação da personalidade psíquica*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD. S. (1931/1996). *Sexualidade feminina*. ESB. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1933[1934]/1996). Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXII - *Ansiedade e vida instintual*. ESB. Vol. XXII Rio de Janeiro: Imago. FREUD. S. (1933[1932]/1996). Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXIII - *Feminilidade*. ESB. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1938/1996). *Esboço de psicanálise*. ESB. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1937/1996). *Análise terminável e interminável*. ESB. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1873[1890]). “Carta n. 28 de 15 de janeiro de 1883”. In: *Epistolário*. Barcelona. Plaza y Janés. 1975. Cartas I. p. 83.
- FREUD, S. (1920/1952). *A general introduction to psychoanalysis*. Translated by G. Stanley Hall. Reimpresso por Nova York: Washington Square Press.
- FUKS, L. B. “Consequências do abuso sexual infantil”. In: *Revista Percurso*. N. 36. 2006.
- GREEN, A. *Narcisismo de vida, Narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta. 1988.
- GREEN, A. “A mãe morta” In: GREEN, A. *Narcisismo de vida, Narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta. 1988.
- GREEN, A. *A Dual conception of narcissism:positive and negative organizations*. The Psychoanalytic Quarterly. Vol. LXXI, Issue 4, p. 631-649. 2002.
- GREEN, A. *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed. 2010.

- GREEN, A. (1986/1990). Conferências Brasileiras de André Green. *Metapsicologia dos Limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- GREEN, A. *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago. 1988.
- GUELLER, A. J. S. de. *Respostas coletivas às intrusões no erotismo: as 11 garotas de Bertioga e a vacina do HPV*. Pesquisa desenvolvida em setembro 2014. Bertioga. São Paulo. 2016.
- HAMON, M-C. *Feminité mascarade*. Paris: Seuil, 1994.
- HAMON, M-C. “Le masochisme féminin et sa relation à la frigidité.” In: *Féminité Mascarade*. Études réunies. Paris, Seuil, 1994.
- HASSOUM, J. *A残酷 melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002.
- HILST, H. *Baladas*. São Paulo: Globo. 2003.
- HILST, H. *Do desejo*. Campinas: Pontes, 1992.
- HORNEY, K. *Feminine psychology*. New York: W.W. Norton, 1967.
- HORNSTEIN, L. *Cura psicanalítica e sublimação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ISRAËL, L. *A histérica, o sexo e o médico*. São Paulo: Escuta: 1995.
- JERUSALINSKY, A; FENFRIK, S. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera. 2011.
- JOUVENT, R. “Clínica da tristeza”. In: FÉDIDA, P. *Comunicação e representação*. São Paulo: Escuta, 1989.
- KAUFMANN, P. *Dicionário encyclopédico de psicanálise*. O legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1996.
- KEHL, M. R. “Depressão e imagem do novo mundo”. In: NOVAES, A. (org.) *Mutações*. Rio de Janeiro: Agir; São Paulo: Edições SESCSP, 2008.
- KEHL, M. R. *Deslocamentos do feminino. A mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- KEHL, M. R. *Deslocamentos do feminino*. Rio de Janeiro: Imago: 2008.
- KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2009.
- KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo. Cia das letras, 2002.
- KHEL, M. R. “Apresentação à Luto e melancolia”. In FREUD. S. *Luto e melancolia*. São Paulo: Cosac NAIFY, 2011.
- KHAN, M. “O rancor da histérica”. In: BERLINCK, M. T. (org.) *Histeria*. São Paulo: Escuta. 1997.

- KLEIN, M. (1930/1996). “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego”. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1921-1945/1996). “Uma contribuição a psicogênese dos estados depressivos. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1928/1996). “Estágios iniciais do conflito edipiano”. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1932/1997). *A psicanálise de crianças*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1937/1996). “Amor, culpa e reparação”. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1940/1996). “Luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos”. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago.
- KLEIN, M. (1952/1991). “Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê”. In: KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.
- KRISTEVA, J. “La traversée de la mélancolie”. On: *Figures de la Psychanalyse*, 1/2001 (n.4).
- KRISTEVA, J. Sol Negro - *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.
- KUPERMANN, D. “A progressão traumática: algumas consequências para a clínica na contemporaneidade”. In: *Revista Pergunto*. 18. 2006.
- KUPERMANN, D. “Dor e cura na constituição da clínica freudiana. Um ensaio sobre o primeiro Freud”. In: KUPERMANN, D. *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: editora civilização brasileira, 2008.
- LACAN, J. (1901-1981/1998). “O estádio do espelho como formador da função do eu”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- LACAN, Jacques (1901-1981/1998). “Subversão do sujeito e dialética do desejo”. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- LACAN, J. (1957-1958/1999). *O seminário 5 - as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (1972-1973/1985). *O Seminário, livro 20, mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LAMBOTTE, M-C. “Melancolia”. In: KAUFMANN, P. *Dicionário encyclopédico de psicanálise: o legado de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

- LAMBOTTE, M-C. *Le discours mélancolique*. Paris: Anthropos, 1993.
- LAMBOTTE, M-C. *O discurso melancólico: da fenomenologia a metapsicologia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1977.
- LANGER, M. *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Medicas. 1981.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J-B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LAPLANCHE, J. “Panel on “hysteria today”. International Journal of Psycho-analysis. Vol. 55, n. 4 (1974) pp. 459-69.
- LAPLANCHE, J. *Problemáticas I: a angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- LAPLANCHE, J. *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes médicas, 1985.
- LEITE, A. C. de C. *Em busca do sofrimento histérico: a histeria e o paradigma da melancolia*. Tese de doutorado. Universidade de campinas – Unicamp. 2002.
- LISPECTOR, C. *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco. 1998.
- MACKINNON, R. A; MICHELS, R. (org.) *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- MANNONI, M. *Elas não sabem o que dizem: Virginia Woolf, as mulheres e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. 1999.
- MANNONI, O. *As identificações na clínica e na teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1994.
- MANSUR, L. H. B. *Sem filhos: a mulher singular no plural*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- MASSON, J. M. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess. 1887 – 1904*. Rio de Janeiro: Imago. 1986.
- MAY, U. “Abraham’s Discovery of the “bad mother”: a contribution to the history of the theory of depression”. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82 (2), 2001, p. 283-305.
- MAYER, H. *Histeria*. Porto Alegre; Artes Médicas: 1998.
- McDOUGALL, J. *As múltiplas faces de eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.
- MCDOUGALL, J. *Teatros do Corpo - O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. 2000.
- MEZAN, R. (1998). *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

- MEZAN, R. (1998). “Desejo e inveja”. In: MEZAN, R. *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- MEZAN, R. “A querela das Interpretações”. In: MEZAN, R. *A vingança da esfinge. Ensaios de Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense. 1998.
- MEZAN, R. “A Inveja” In: CARDOSO, S. et. al. *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- MEZAN, R. “Do auto-erotismo ao objeto: a simbolização segundo Ferenczi”. In: MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.
- MEZAN, R. “o esplêndido isolamento”. In: MEZAN, R. *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- MEZAN, R. “Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos e reflexões”. In: MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras. 2002.
- MEZAN. R. “O inconsciente segundo Karl Abraham”. In: MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.
- MEZAN, R. “Que significa ‘pesquisa’ em psicanálise? ” In: SILVA, M. E. L. (org.) *Investigação e psicanálise*. São Paulo: Papirus. 1993.
- MEZAN, R. *Freud: A trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- MEZAN, R. “Sob o signo de Thânatos”. In: MEZAN, R. *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- MEZAN, R. *A sombra de Don Juan e outros ensaios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- MEZAN, R. *O tronco e os ramos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- MIJOLLA, Al. *Dicionário internacional da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- MOREIRA, A. C. G. *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/Edufpa. 2002.
- NAFFAH NETO, A. *A pesquisa psicanalítica*. Jornal de Psicanálise, São Paulo, 39 (70): 2006.
- NASIO, J-D. (1991). *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro, Zahar.
- NICÉAS, C. A. “O primado do falo e castração feminina”. In: BIRMAN, J.; NICÉAS, C. A. (coord.) *O feminino: aproximações*. Rio de Janeiro: Campus. 1986.
- NOBRE, T. L. *Coco Chanel. A força de vida como positividade na histeria feminina*. São Paulo: Zagodoni Editora. 2016.
- OCARIZ, M. C. “Feminilidade e Função Materna”. In: GURFINKEL, A. C.; ALONSO, S. L. *Figuras clínicas no mal estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta. 2002.

- PACHECO FILHO, R. A. “O método de Freud para produzir conhecimento: revolução na investigação dos fenômenos psíquicos?” In: PACHECO FILHO, R. A; COELHO JR. N.; ROSA, M. D. (org.) *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- PARKER, R. *A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos. 1997.
- PELEGRINO, H. (1987). “Édipo e a Paixão”. In: CARDOSO, S. et. al. *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Cia das Letras.
- PEREIRA, A. B. *Da experiência estética para a experiência psicanalítica: reverberação entre força, figura e sentido*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo – USP. 2014.
- PERES, U. T. “Posfácil à Luto e melancolia”. In FREUD, S. *Luto e melancolia*. São Paulo: Cosac NAIFY, 2011.
- PERES, U. T. *Depressão melancólica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2010.
- PERES, U. T. *Melancolia*. São Paulo: Escuta. 1996.
- PERES, U. T. *Mosaico de letras: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1999.
- PESSOA, F. (1995). “Autopsicografia”. In: *Obra poética*. Rio de Janeiro: Nova Aguillar.
- PINHEIRO, T. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1995.
- PONTALIS, J-B. “Sur la douleur (psychique). ” On: PONTALIS, J-B. *Entre le rêve et la douleur*. Saint-Amand, França: Gallimard, 1977.
- PONTE, L. da. “Les Noces de Figaro”. On: *Mémoires et Livrets. Librairie générale française, coll – Pluriel* -, 1980.
- PRADO, A. *Bagagem*. São Paulo: Siciliano. 1993.
- PRADO, A. *Poesia reunida*. Rio de Janeiro: Record. 2016.
- QUEIROZ, E. F. de; SILVA, A. R da. (org.) *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta. 2002.
- QUINODOZ, J-M. *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artmed. 2007.
- QUINTANA, M. *Caderno H*. São Paulo: Globo. 2003.
- REIS FILHO, É. dos. A Depressão na Atualidade. In: *Revista Boletim*, São Paulo, v. XIII, n.1, p 25-35, Jan/Dez 2005.

- REZENDE, A. M. “A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação”. In: SILVA, M. E. L. (org.) *Investigação e psicanálise*. Campinas, SP: Papirus, 1993.
- RICHARD, F. “Hystérie et traumatisme”. On: ANDRE, J.; LANOUZIERE, J. et RICHARD F. *Problématiques de l'hystérie*. Paris: Dunod. 1999.
- RIVIERE, J. (1929) – “La feminite em tant que mascarade” On: HAMON, M-C. *Feminité Mascarade*. Seuil. 1994.
- ROSENBERG, B. *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta. 2003.
- ROSOLATO, G. “L'axe narcissique des depressions”. On: *Figures du vide. Nouvelle Rev. Psychanalyse*, n. II, 1975. Paris: Editions Gallimard.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1998.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar. 2000.
- ROUDINESCO. E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Zahar. 2003.
- SACKS, O. *Enxaqueca*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- SIGAL, A. M. *Escritos metapsicológicos e clínicos*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2009.
- SILVA, M. E. L. da (org). *Investigação e psicanálise*. São Paulo: Papirus. 1993.
- SOLER, C. “A histérica e A mulher”. In: SOLER, C. *Psicanalise na civilização*. Rio de Janeiro: Contra capa Livraria, 1998.
- STAAL, A. H. de. “Expressões somáticas entre a neurose e a psicose: notas sobre os conceitos psicossomáticos de Joyce McDougall”. *Revista Percurso* n. 51. Ano XXVI - Dezembro 2013.
- STRACHEY, J. Nota da tradução do texto Luto e Melancolia. FREUD. S. (1917-1915/1996). *Luto e Melancolia*. ESB. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- SULLOWAY, F. *Freud, Biologist of the Mind – Beyond the Psychoanalytic*; legend, Harvard University Press. 1992.
- TEIXEIRA, M. A. R. *A concepção freudiana de melancolia: elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis. UNESP, 2007.
- TRILLAT, E. *História da histeria*. São Paulo: Escuta: 1991.
- WIDLÖCHER, D. *Les logiques de la dépression*. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1983.

- WINNICOTT, D. W. (1956). “A tendência anti-social.” In: WINNICOTT, D. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. 1987.
- WINNICOTT, D. W. (1958/1990). “a capacidade para estar só”. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 70-78). São Paulo: Artes Médicas.
- WINNICOTT, D. W. (1971/1994). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- WINNICOTT, D. W. (1983). “O desenvolvimento da capacidade de se preocupar.” In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. São Paulo: Artes Médicas.
- ZALCBERG, M. *Amor paixão feminina*. São Paulo: Elsevier. 2007.
- ZIMERMAN, D. E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão*. São Paulo: Artmed.

Discografia

- Música: *Teresinha* – cantor e compositor Francisco Buarque de Holanda. 1977-1978.
- Música: *Soneto* - cantor e compositor Francisco Buarque de Holanda. 1972.
- Musica: *Tororó* - cantor e compositor Edu Lobo e Francisco Buarque de Holanda. 1997.

Filmografia

- O SILENCIO DE MELINDA** (Speak) - 2004. Dirigido por Jessica Sharzer. Escrito por Jessica Sharzer e Annie Young Frisbie, baseado no romance de Laurie Halse Anderson. Direção de Fotografia de Andrij Parekh. Música Original de Christopher Libertino. Produzido por Fred Berner, Matt Myers e Matthew Myers. Speak Film Inc. / USA.

- A FLOR DO MEU SEGREDO**. Produção Augustin Almodóvar. Direção: Pedro Almodóvar. Intérpretes: Marisa Paredes, Juan Echanove, Carmen Elias, Rossy de Palma Chus Lampreave e outros. Roteiro: Pedro Almodóvar. Música: Alberto Iglesias. (105 min.), 1995.