UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PAULA FONTANA FONSECA

**Atravessamentos do feminino na clínica psicanalítica:
um estudo sobre Dora e Schreber**

**São Paulo
2007**

PAULA FONTANA FONSECA

**Atravessamentos do feminino na clínica psicanalítica:
um estudo sobre Dora e Schreber**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Loffredo

**São Paulo
2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fonseca, Paula Fontana.

Atravessamentos do feminino na clínica psicanalítica: um estudo sobre Dora e Schreber / Paula Fontana Fonseca; orientadora Ana Maria Loffredo. -- São Paulo, 2007.

105 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Loucura 3. Histeria 4. Feminilidade 5. Freud, Sigmund, 1856-1939 6. Lacan, Jacques, 1901-1981 I. Título.

RC504

Paula Fontana Fonseca

**Atravessamentos do feminino na clínica psicanalítica:
um estudo sobre Dora e Schreber**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovada em: __/ __/ ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____
(Nome e assinatura)

Prof. Dr. _____
(Nome e assinatura)

Prof. Dr. _____
(Nome e assinatura)

Para Carlos e Tomás
Meus amores

Agradecimentos

À Professora Ana Loffredo, por me ajudar, com carinho e rigor, a trilhar este caminho tão cheio de curvas, no qual, muitas vezes, me perdi.

Aos colegas do CAPs Professor Luís da Rocha Cerqueira (onde fui fisgada pela clínica da psicose), do CAPs Jardim Lúcia e da enfermagem psiquiátrica do Hospital Geral de Pirajussara. Pelos espaços de troca e encontro que, para mim, foram sempre frutíferos.

Aos meus pacientes, pela confiança e, porque, da clínica interrogué a teoria.

Ao grupo de orientação, especialmente a Cynthia, amiga que conheci no mestrado e com quem dividi sonhos, questionamentos, projetos e por sua disponibilidade em ler meu trabalho.

À Michele Roman Faria, que sempre acreditou que eu conseguiria e, mais que isso, possibilitou que eu mesma acreditasse. Sua contribuição foi preciosa.

À Carmen Molloy, um feliz encontro.

À família Lins Gonsales, Flá, Chico e Matias, pessoas tão queridas e com as quais venho compartilhando momentos tão importantes. Em especial para Flá, por quem sinto uma profunda amizade.

À família Canguçu de Paula, Nelson, Dani, Benjamim e Heloísa, quanto mais a família cresce mais “de Paula” vocês são.

Aos amigos queridos Carlinha, Dedé, Maíra, Ioram, Lelê e Sil, pois descontraír é fundamental (e nisso vocês são mestres)!

Aos amigos Edson Fragoaz, Hudson Marchiori, Biancha Angelucci, Carol Lebigre e Ivan Estevão, companhias deliciosas que eu desfruto menos do que gostaria.

Novamente ao Nelson, Carlinha, e Carlos, pela força nas correções, traduções, formatações e burocracias em geral.

À minha família, fonte de carinho e incentivo. Sempre foi muito bom estar perto de vocês, mas ultimamente tem sido melhor ainda. Obrigada por cuidarem com tanto amor do Tomás.

Aos meus irmãos, Felipe e Roberta, pessoas incríveis sem as quais eu não seria a mesma.

Aos meus pais, Olga e Eduardo, pelo amor, claro, e pelo brilho nos olhos...

Aos meus avós Cecília e Ernani, difícil traduzir em palavras o respeito e o amor que sinto por vocês. Obrigada pelo carinho com o qual vocês cuidam da nossa família.

À Ana e à Dê, acima de tudo por serem da minha família e por serem tão dispostas e generosas. É muito bom ter vocês por perto.

Ao Tomás, por ser exatamente do jeitinho que você é, e pelo brilho nos meus olhos...

Ao Carlos, porque você faz diferença na minha vida e porque te amo.

Lol, momentaneamente imobilizada, tinha visto avançar, como ele, aquela graça abandonada, encurvada, de um pássaro morto. Era magra. Devia ter sido sempre assim. Havia coberto aquela magreza, lembrava-se claramente Tatiana, com um vestido preto bastante decotado, com duas sobre-saias de tule igualmente pretas. Ela se queria assim feita e vestida, e estava a seu gosto, irrevogavelmente. Adivinhava-se a ossatura admirável de seu corpo e de seu rosto. Da mesma maneira que apareceria dali por diante, morreria, com o corpo desejado. Quem era? Soube-se mais tarde: Anne-Marie Stretter. Era bonita? Quantos anos tinha? O que havia conhecido, ela, que os outros tinham ignorado? Por que caminho misterioso havia chegado ao que se apresentava como um pessimismo alegre, radioso, uma sorridente indolência da leveza de uma nuança, de um cinza? Parecia que uma audácia impregnada de si mesma, por si só, a fazia manter-se de pé. Mas como esta era graciosa, do mesmo modo que ela. O passo de caminhar no prado as levava juntas onde quer que fossem. Onde? Nada mais podia acontecer a essa mulher, pensou Tatiana, mais nada, nada. A não ser seu fim, pensava ela.

O Deslumbramento

Marguerite Duras

Sumário

Resumo	p. 9
Abstract	p. 10
Introdução	p. 11
1- Loucura histérica	p. 17
2- Atravessamentos do feminino nos casos Dora e Schreber	p. 35
3 - Da feminilidade à mascarada: considerações sobre o relato clínico de Dora	p. 59
4 - Da homossexualidade ao empuxo-à-mulher: considerações sobre o caso Schreber	p.72
5 – Considerações finais	p. 87
Referências	p. 97

Resumo

FONSECA, Paula Fontana. **Atravessamentos do feminino na clínica psicanalítica**: um estudo sobre Dora e Schreber. 105 p. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

O trabalho tem por objetivo explicitar as possíveis relações entre loucura e feminilidade, tomando como ponto de partida observações efetuadas no exercício clínico, tanto em consultório particular como em instituições de saúde mental, a partir das contribuições teóricas de Freud e Lacan. Denominamos de *atravessamentos do feminino* as expressões de sofrimento psíquico, em particular nos pacientes que passavam momentos de crise ou desorganização psíquica grave e que, de formas variadas, apresentavam signos referidos ao universo feminino.

Inicialmente, realizamos uma retomada histórica da construção do conceito de histeria e, neste percurso, abordamos o quadro da *loucura histérica*, a partir do qual salientamos como a inclusão da histeria no campo médico acabou por desarticular os três termos que o quadro de loucura histérica carregava: loucura – histeria – feminino. Em seguida, foram analisados os relatos clínicos freudianos de Dora e de Schreber, desde que ambos são ilustrativos de como certos aspectos da feminilidade que irrompem na vida desses sujeitos podem ser entendidos como manifestações clínicas, produzidas como respostas possíveis à hiância aberta pelo encontro com o enigma da feminilidade.

Palavras-chave: Psicanálise. Loucura. Histeria. Feminilidade. Freud, Sigmund, 1856-1939. Lacan, Jacques, 1901-1981.

Abstract

FONSECA, Paula Fontana. **Feminine cross-over in the psychoanalytic clinic: a study on Dora and Schreber.** 105 p. Dissertation (master's). Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2007.

The aim of this paper is to establish the possible relationships between insanity and femininity, using observations from clinical practice, (private practice as well as mental health institutions), as a jumping off point, beginning with theoretical contributions from Freud and Lacan. The title *feminine cross-over* is given to expressions of psychological suffering, particularly in patients who have been through moments of crisis or grave psychological disorientation and which, in their varied manifestations, show signs which refer to the feminine universe.

First, a background study of the construction of the concept of hysteria was carried out, in the course of which the clinical profile of *hysterical insanity* became apparent. Using this, the inclusion of hysteria in the medical field ended up being articulated by three terms loaded into the profile of hysterical insanity: insanity – hysteria – feminine. Next, Dora and Schreber's Freudian clinical reports were analyzed, since both illustrate how aspects of femininity which appear in the subjects' lives can be understood as clinical manifestations, produced as possible answers to the beance (gap) opened by the shock with the enigma of femininity.

Key words: Psychoanalysis. Insanity. Hysteria. Femininity. Freud, Sigmund, 1856-1939. Lacan, Jacques, 1901-1981.

Introdução

A expressão *atravessamentos do feminino* foi cunhada a partir da leitura que fizemos das manifestações de sofrimento psíquico, em particular em pacientes que passavam momentos de crise ou desorganização psíquica grave e que, de formas variadas, apresentavam signos referidos ao universo feminino. A questão teve sua origem, portanto, na prática clínica, tanto em consultório particular como em instituições de saúde mental (mais especificamente, dois CAPs¹ e uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral).

O trabalho realizado na enfermaria era caracterizado como um atendimento ao período de crise; portanto, pretendíamos que fosse uma internação de curta permanência, que visasse única e exclusivamente a possibilitar que o paciente saísse deste período de crise e retornasse para o convívio social e familiar. O paciente que era internado na enfermaria se encontrava em um momento de desorganização psíquica aguda e a permanência costumava ser de até um mês e meio. O contato com uma grande diversidade de histórias de vida, sintomas, sofrimentos, patologias e delírios era uma característica do trabalho.

Para a presente pesquisa, o trabalho na enfermaria teve um papel preponderante, justamente por ter propiciado o encontro com esta diversidade das manifestações psíquicas. Uma marca que este trabalho imprimiu à nossa investigação pode ser notada no termo *atravessamentos do feminino*, pois ele pretende abarcar algo que se situa no âmbito dos *fenômenos* clínicos. O atendimento ao paciente era muitas vezes intenso, mas realizado em um curto

¹ Centro de Atenção Psicossocial, um equipamento público de saúde mental.

espaço de tempo, com ênfase na realização de um diagnóstico e encaminhamento, dado que entendíamos que o tratamento de fato se iniciava após a alta hospitalar.

Já o trabalho realizado em CAPs e em consultório particular permitiam um acompanhamento ao paciente sem que o tempo de duração do atendimento fosse um limite estabelecido de antemão. Nosso intuito não é fazer uma avaliação ou comparação entre esses modelos, apenas gostaríamos de ressaltar a existência de características inerentes a cada instituição.

Mas voltemos à importância do trabalho na enfermaria para a presente pesquisa. Ela reside na impressão que tínhamos à época de que, não raro, pacientes que estavam em um momento de crise traziam questões que se relacionavam com o que era tido, na cultura, como pertencente ao universo feminino.

Por exemplo, uma paciente menstruada simplesmente se recusava a usar um absorvente íntimo, enquanto outra retirava seu absorvente íntimo no meio da sala de convivência. Ao mostrarem sua menstruação para os outros não estavam seguindo necessariamente as mesmas motivações, tanto conscientes quanto inconscientes, mas exibiam uma marca própria da mulher. Outro exemplo é o de uma paciente que, apesar de não estar grávida, deitou-se em cima de uma mesa e viveu a cena de um parto, chegando inclusive a levar aos seios suas fezes, uma vez que afirmava ser este o bebê ao qual havia acabado de dar à luz. Temos neste caso a gravidez, o parto, a amamentação, enfim, todos signos ligados ao campo do feminino. Por fim, tomamos o exemplo de dois rapazes. Um deles sentia que em seu corpo cresciam seios, o que o deixava indignado, já que dizia pertencer a uma estirpe

dos homens com *aquilo roxo*; o outro sabia que estava virando mulher, pois alegava escutar vozes que lhe diziam isto. Todos esses fragmentos, retirados da experiência em enfermaria psiquiátrica, aludem ao que circunscrevemos como atravessamentos do feminino.

Havia uma certa insistência de signos do feminino em alguns casos de pacientes que atravessavam um momento de crise: algo da “ordem do feminino” parecia se emaranhar com o que era da “ordem da loucura”. Este entrelaçamento seria revelador de uma articulação entre loucura e feminilidade?

Um outro recorte clínico, desta vez oriundo da prática em consultório particular, é o de uma paciente que foi encaminhada para análise após uma crise psicótica. Ela contou, durante o tratamento, que, depois de ter tido uma relação sexual com seu namorado, sentiu que *havia perdido a virgindade toda*. Esta não havia sido sua primeira relação sexual; era, na verdade, a segunda vez. Aproveitou a ausência de seus pais e teve relações com seu namorado na cama de casal deles. Em seguida, começou a ficar perturbada, agitada, não conseguia dormir. Passou a achar que estava morta, que tudo ao seu redor era feio, queria morrer. Chegou inclusive a sair correndo na rua com a idéia de que devia se matar. Foi levada a um hospital, onde permaneceu uma semana sendo alimentada por soro. Ao retornar para casa o quadro se agravou novamente: teve uma segunda internação e, após a alta, foi encaminhada para atendimento individual. Ela falava muito pouco, muitas vezes fazia sinais incompreensíveis, seus pais se queixavam que ela ficava na janela de casa acenando para os homens que passavam e pedindo para que a levassem embora. Nos atendimentos, ela contou que fazia isto, pois, um dia, ao ler a

Bíblia, percebeu que seu nome era o único nome de mulher que constava ali, concluindo que era *a mulher entre os homens* e por isso se via impelida a se oferecer ao primeiro que passasse.

Neste caso não temos um signo do feminino, como seria a gravidez ou a menstruação, mas temos uma idéia que perpassa sua compreensão delirante do mundo: a mulher deve servir o homem. Essa idéia representa uma das virtudes da feminilidade, a de satisfazer os desejos e necessidades dos homens que, conforme desenvolveu Kehl (1998, p. 58), é fruto de um discurso europeu dos séculos XVIII e XIX, do qual seríamos herdeiros.

Os *atravessamentos do feminino* são expressões clínicas de sofrimento psíquico que portam, encenam e encarnam estes fenômenos associados ao que culturalmente tomamos como *universo feminino*. Mas, para além do universo feminino, seriam eles expressões do que na psicanálise se entende por feminilidade?

Para encaminhar as questões que foram levantadas ao longo desta introdução, fizemos, no primeiro capítulo, uma retomada histórica da construção do conceito de histeria, dando especial destaque para o quadro de *loucura histérica* ou *psicose histérica*, descrito no final do século XIX e início do XX (BERCHERIE, 1980). A crescente categorização das afecções no campo médico acabou por desarticular os três termos que o quadro de loucura histérica carregava: loucura, histeria e feminino. Assim, a histeria foi amputada de seus aspectos delirantes e alucinatórios (MALEVAL, 1987). Freud participou deste momento histórico e também se dedicou à criação de uma nosografia que pudesse auxiliar o entendimento das afecções psíquicas. A partir do relato clínico de Emmy Von N., descrito em *Estudos sobre histeria* (1893-95),

acompanhamos a argumentação freudiana acerca do diagnóstico dessa paciente e pudemos depreender uma maneira própria à psicanálise na realização desta tarefa. A nossa aposta era que, com a psicanálise, seria possível fazer uma releitura da associação evolutiva entre histeria e mulher. O que historicamente foi tido como um caráter obscuro do útero animal seria, antes, uma tentativa de abarcar uma característica do *feminino* e não das mulheres.

Na seqüência abordamos os casos Dora (1901) e Schreber (1911) com o intuito de localizar em ambos o que denominamos de *atravessamentos do feminino*. Circunscrevemos a gravidez fantasiada de Dora e a vivência delirante de Schreber, de ter seu corpo transformado em corpo de mulher, como manifestações clínicas que representam uma dimensão do feminino que irrompe na vida destes sujeitos.

No capítulo três, demos especial destaque para as formulações freudianas sobre os caminhos da construção da feminilidade. Discutimos a saída da feminilidade proposta nos textos *Sobre a sexualidade feminina* (1931) e *A feminilidade* (1933 [1932]), e abordamos uma certa aproximação entre histeria e sexualidade feminina. A retomada do caso Dora, juntamente com as contribuições de Lacan e Joan Riviere, permitiram que apontássemos a dimensão de enigma da feminilidade e a gravidez fantasiada de Dora como uma resposta possível às implicações de tal mistério na vida dessa paciente.

No último capítulo, retornamos ao caso de Schreber, apoiados em suas memórias e nas contribuições lacanianas acerca da psicose. O “tornar-se a mulher de Deus” não estaria do lado da homossexualidade, conforme havia postulado Freud, mas no âmbito teórico do empuxo-à-mulher. A formação

delirante “a mulher de Deus” aparece como um caminho possível, a partir do qual Schreber poderia se situar na partilha dos sexos.

O trabalho que se segue contou, principalmente, com as contribuições teóricas de Freud e Lacan. É nosso intuito lançar luz à dimensão de *enigma* da feminilidade e aos possíveis efeitos clínicos surgidos do encontro do sujeito com este enigma e, também, aclarar se haveria uma articulação entre loucura e feminilidade.

1. Loucura histórica

Segundo Trillat (1991), já no antigo Egito, a causa de algumas perturbações das mulheres era atribuída ao útero, que se supunha “passear” pelo corpo. Essas idéias, que datam de 2000 a.C., foram retomadas por Hipócrates, que, ao abordar as doenças das mulheres, localiza a origem de algumas enfermidades na “migração da matriz”.

Para Hipócrates (*apud* TRILLAT, 1991), quando as mulheres estão em abstinência sexual, a matriz fica seca e leve, o que facilitaria seu deslocamento pelo corpo. Em todo caso, esse “passeio” do útero seria o responsável por uma série de sintomas: “Quando a matriz se dirige para o fígado, a mulher perde a voz imediatamente, os dentes se cerram, a coloração se torna lívida. Ela experimenta esses acidentes subitamente, em plena saúde” (p. 20)².

A mulher carregaria esse “bicho estranho”, que circula por seu corpo a despeito de sua vontade. Teria algo dentro dela que pulsa e se manifesta, uma sexualidade animalesca que persiste como característica feminina mesmo quando, no curso da história, a histeria deixa de ser uma doença supostamente exclusiva de mulheres. A persistência desse caráter obscuro que o “útero-animal” carrega persiste e, assim, não é de assombrar que as mulheres tidas como bruxas, no período da Inquisição, consideradas “parceiras do diabo”, ou seja, hábeis na arte de enganar e ludibriar, foram posteriormente referidas como *histéricas*.

É apenas com Sydenham (In: SAURÍ, 1984), no século XVII, que o conceito de histeria começará a tomar consistência. Em seu artigo sobre a

² Hipócrates. Oeuvres complètes. Trad. E. Littré, Paris. Vol. VIII, p. 33-34, 1851.

afecção histérica, inicialmente ele chama a atenção do leitor para o grande número de casos dessa enfermidade, especialmente entre as mulheres e ressalta uma característica importante:

A afecção histérica não só é muito freqüente: ela se apresenta também sob formas diversas e imita quase todas as enfermidades que afetam o gênero humano porque, naquelas partes nas quais se encontra, reproduz imediatamente os sintomas próprios desta parte; e, se o médico não tem muita sagacidade e experiência, se equivocará facilmente [...] (p. 87).³

Quando se fala em histeria, é comum uma associação entre sexualidade e mulher, mas é interessante notar que, à medida que se caminha historicamente para a inclusão da histeria no campo médico⁴, afastamo-nos de uma compreensão hipocrática, na qual a sede da histeria seria o útero com seu caráter indomável, e nos aproximamos de uma categorização. Há um esforço de delimitação desse quadro nosográfico, para que o médico não se equivoque, pois o bom diagnóstico permite a prescrição de um tratamento adequado. A experiência clínica possibilita que o médico não seja enganado. Para tanto, o clínico deverá comparar os sinais apresentados por determinado doente com seu repertório pessoal. O diagnóstico será fruto desse trabalho comparativo.

Assim, a histeria ganhará notoriedade com o trabalho de Charcot, na segunda metade do século XIX, quando ele passa a ser o encarregado do

³ As traduções para o português de todos os textos em espanhol são de nossa responsabilidade.

⁴ Nesse sentido, a invenção do termo “neurose”, por William Cullen (1712-1790), no século XVIII, teve a função de “afirmar o lugar preponderante da neurologia” (TRILLAT, 1991, p. 82).

setor dos histéricos e epiléticos simples⁵ em Salpêtrière. É a partir daí que esse médico, já renomado na época, inicia suas pesquisas acerca dessa afecção⁶.

Ao buscar as regularidades e diferenças das manifestações clínicas, Charcot foi capaz de demonstrar que a histeria e a epilepsia constituíam entidades clínicas completamente distintas (PEREIRA, 1999, p. 162), apesar de as manifestações serem, por vezes, similares.

Charcot (1887-1888/1999) descreve um quadro que batiza de *grande histeria* ou *histero-epilepsia*. Nos ataques histéricos desses pacientes, ele identificou quatro fases distintas: fase epileptóide (que pouco difere de uma crise epilética); fase dos grandes movimentos; fase das atitudes passionais e fase do período de delírio. Charcot procura demonstrar as regularidades que delimitam esse quadro clínico:

O período epileptóide pode não ocorrer, o ataque começa imediatamente pelos grandes movimentos, as saudações, o arco de círculo. Às vezes são os grandes movimentos que faltam, e a coisa começa pelas alucinações: o ataque vem em seguida. Há umas vinte variedades, mas, se, partindo da base, vocês retornarem imediatamente ao tipo que reconstituíram internamente, ao fim de certo tempo, dirão a vocês mesmos: apesar da imensa variedade aparente dos fenômenos, é sempre a mesma coisa (p. 168).

Com seu método de trabalho, visou a separar a histeria das doenças orgânicas; descreveu seus fenômenos, apontou as regularidades e as

⁵ “Esses dois grupos patológicos constituíam as duas ‘Grandes Neuroses’, segundo a terminologia charcotiana” (PEREIRA, 1999, p.161).

⁶ Conforme informa Mário Eduardo Costa Pereira (1999): “Charcot havia ingressado na Salpêtrière em 1862. [...] Dez anos depois, ele próprio ocuparia a cátedra de anatomia patológica [...]. Titular desde 1882 da primeira cátedra de Clínica de Doenças Nervosas de que se tem notícia” (p. 160).

repetições. Com isso, possibilitou que a histeria fosse diagnosticada como uma doença. Freud (1893/1993) escreveu sobre os méritos do seu trabalho:

Na histeria, se dizia, tudo é possível, e já não se queria crer em nada nas histéricas. O trabalho de Charcot começou devolvendo sua dignidade ao tema; as pessoas, pouco a pouco, abandonaram o sorriso irônico que as enfermas de então estavam seguras de encontrar; já não seriam necessariamente umas simuladoras, pois Charcot, com todo o peso de sua autoridade, sustentava o caráter autêntico e objetivo dos fenômenos histéricos (p. 20).

No verbete sobre histeria atribuído⁷ a Freud (1888/1993) e publicado na enciclopédia de medicina de Villaret, ele chega a dizer que “também se observa uma transferência hereditária direta da histeria, que, por exemplo, está na base da aparição da histeria em homens (por herança materna)” (p. 55). O que nos interessa aqui é justamente o que vem escrito entre parênteses: a histeria não é mais uma patologia exclusiva da mulher, mas ainda carrega essa marca.

Uma das variedades que aparece neste breve percurso histórico é o quadro de *loucura histérica* ou *psicose histérica*. Trillat (1991) afirma que essa noção não é nova, é “contemporânea do nascimento do alienismo no século XIX e sua pré-história encontra suas origens na corrente ‘hipnótica’ que, sob diversos nomes, remonta à Antiguidade” (p. 271). Para esse autor é Moreau de Tours quem melhor isola o delírio que será o cerne da *loucura histérica*.

O delírio histérico apresenta um caráter onírico e tem proximidade com os delírios que aparecem em decorrência do uso de substâncias tóxicas, tais

⁷ Strachey (In: FREUD, 1888/1993) se baseia nas cartas de 28 de maio e 29 de agosto de 1888 enviadas por Freud a Fliess para fazer tal atribuição. Além disso, também destaca o trabalho do professor Paul Vogel, que diz ser bem convincente neste sentido, e o fato de, neste verbete, figurar o método catártico de Breuer, que ainda não era público, mas já era de conhecimento de Freud.

como o haxixe. As observações de Moreau de Tours “confirmam que a loucura histérica pode adotar a maior parte das formas da patologia mental” (MALEVAL, 1987, p. 221).

No trabalho realizado por Morel, no fim do século XIX, a *loucura histérica* se caracterizava pelo seguinte:

[...] extrema mobilidade dos fenômenos patológicos (sucessão de períodos de exaltação, de prostração ou remissão completa), pela presença de alucinações e delírios “extravagantes”, pelas propensões impulsivas (homicídio, incêndio e outros “atos de natureza ruim”), e pela tendência a “términos deploráveis” na hebetude, na degradação e na demência precoce. Tratava-se de distúrbios que os outros autores consideravam, antes, como complicações de histeria (BERCHERIE, 1980, p. 119).

Segundo Maleval, os principais trabalhos acerca da *loucura histérica* surgiram no final do século XIX. Um desses autores é Janet (1909/1984), que, com o intuito de resumir as principais características da histeria, toma como ponto de partida a observação clínica. Acompanhemos seu relato:

Seguindo este método, coloquei em primeiro lugar certo delírio observado há muito tempo e que chega, inclusive, a ser popular: as idéias fixas com forma sonambulística. Esse delírio, segundo minha opinião, é algo sumamente original; pode localizar-se entre as enfermidades mentais, mas em toda a patologia mental não creio que seja possível encontrar um delírio semelhante, com as mesmas características, e que possa ser confundido com este. [...] O desenvolvimento desse delírio é assombrosamente regular: a cena da crucificação ou da violação se repete cem vezes seguidas, com toda exatidão, com os mesmos gestos, as mesmas palavras, no mesmo momento. Outras características, até certo ponto negativas, são ainda mais curiosas: durante o desenvolvimento do seu delírio, o sujeito não só não crê nem aceita nada que seja contrário à idéia

dominante, tal como se vê nos delírios sistemáticos, senão que não vê nada nem entende nada que esteja fora do sistema de imagens de sua idéia. [...] Quando o delírio termina, o sujeito volta à vida normal e parece ter esquecido completamente o que lhe acaba de suceder (p. 170).

Janet faz uma descrição pormenorizada dos aspectos delirantes, e situa-os dentro do quadro da histeria. Ele salienta também que a amnésia sofrida pelo sujeito não é inventada nem desejada por ele, deixando claro que não se trata de uma simulação, o histérico não tem culpa do que lhe aconteceu. “Estou convencido de que na maioria dos casos o acidente⁸ se desenvolve como efeito de uma perturbação emocional, segundo leis que lhe são próprias e que o sujeito ignora completamente” (JANET, 1909/1984, p. 181). O ataque histérico é o efeito de perturbações emocionais, que seguem leis próprias que *o próprio sujeito ignora*. Há no indivíduo algo que produz efeitos, inclusive no corpo – como é o caso de uma paralisia – e que o mesmo desconhece. Está aberta a porta para pensarmos que o sujeito não é o senhor de sua própria casa. É Freud quem vai bater o martelo ao postular o alcance dos processos do inconsciente⁹.

Maleval apresenta uma série de outros autores (Kraepelin, Laruelle, Krafft-Ebing) dessa mesma época, que também fazem uso dos termos *psicose histérica* ou *loucura histérica*.

⁸ Como esclarece Maleval (1987), os “acidentes” são “transtornos vinculados a uma ‘idéia fixa’ e à amnésia” (p. 222).

⁹ Segundo Roudinesco e Plon (1998): “Com Freud, de fato, o inconsciente deixou de ser uma ‘supraconsciência’ ou um ‘subconsciente’, situado acima ou além da consciência [...]. O inconsciente, segundo Freud, tem a particularidade de ser ao mesmo tempo interno ao sujeito (e à sua consciência) e externo a qualquer forma de dominação pelo pensamento consciente” (p. 375).

Mas se essas designações eram tão úteis e corriqueiras, se elas conseguiam abarcar um campo de fenômenos importantes da histeria, por que caíram em desuso?

Segundo Maleval (1987) é certo que:

A amputação dos aspectos delirantes e alucinatórios da histeria se realizou, no essencial, em concomitância com o desenvolvimento da psicanálise, no início do século XX, mas nestas linhas desejaria mostrar que Freud não foi seu principal instigador. Com respeito a isto, parece que sofreu, bastante passivamente, através de Bleuler, Jung e Abraham, a influência da corrente de pensamento dominante na psiquiatria da época, que tendia para o desaparecimento da loucura histérica (p. 224).

Para esta exclusão os estudos de Babinski foram fundamentais. Em 1900, ele diferenciou as hemiplegias históricas das orgânicas. Propôs “para sair da ambigüidade mantida pelo termo histeria, adotar o neologismo ‘pitiatismo’ (cura pela persuasão)” (BERCHERIE, 1980, p. 212). A histeria não tem um componente orgânico e sua causa recaía, segundo esse autor, na vontade. Assim, Babinski, no início do século XX,

Aplicou um duro golpe à loucura histérica, excluindo-a da nosologia psiquiátrica. Não por isso cessaram suas manifestações clínicas. Em um primeiro momento, puderam englobá-las na demência precoce e na psicose maníaco-depressiva de Kraepelin, mas hoje em dia cumpre essa função a esquizofrenia, introduzida em 1911. (BERCHERIE, 1980, p. 229-230).

O termo *esquizofrenia* foi cunhado por Bleuler e se contrapunha justamente ao termo *demência precoce*, de Kraepelin, por acreditar que este último não era fidedigno ao quadro que visava descrever (já que não se tratava

de uma demência e não necessariamente era algo que ocorreria precocemente na vida de uma pessoa). Bercherie (1980) salienta que a esquizofrenia passou a ser um quadro bastante abrangente que incluía “formas simples e latentes, formas delirantes crônicas [...], formas agudas (em particular confusionais e delirantes: a evolução já não era um critério fundamental), ou casos aparentemente orgânicos” (p. 236).

É interessante notar que a inclusão da histeria no campo médico acabou por desarticular os três termos que o quadro de loucura histérica carrega: loucura – histeria – feminino. A absorção da loucura histérica dentro do quadro das esquizofrenias fez um divórcio entre histeria e os fenômenos alucinatórios. Por outro lado, o reconhecimento de casos de histeria masculina pretende uma dissociação entre histeria e mulher, mas acaba por produzir uma dissociação entre histeria e feminilidade. Ou seja, se é verdade que temos tanto histéricas como histéricos, também é verdade que algo do feminino pode ser posto em cena pela histeria¹⁰.

Freud não utiliza a denominação *loucura histérica*, mas encontramos em seu trabalho algumas referências à *psicose histérica*.

Em uma carta a Fliess, no início do ano de 1895, Freud envia também um anexo sobre a paranóia. Nesse escrito, ele separa cinco formas de defesa distintas: histeria, idéia obsessiva, confusão alucinatória, paranóia e *psicose histérica*. Na histeria, a idéia é incompatível com o eu, o seu conteúdo fica afastado da consciência e o afeto é tratado mediante conversão; já na *psicose histérica* há um fracasso da defesa e “são precisamente as idéias rechaçadas que assumem o controle” (In: MASSON, 1986, p. 113).

¹⁰ Veremos como, ao abordar o caso Dora, mais adiante.

Em *Estudos sobre histeria*, de Freud e Breuer (1893-95/1993), o termo *psicose histérica* também aparece. Na descrição do caso de Anna O., Breuer escreve:

Durante todo o trajeto da enfermidade subsistiram, um junto ao outro, os dois estados de consciência: o primário, no qual a paciente era totalmente normal psiquicamente; e o secundário, que bem podemos comparar com o sonho, por sua riqueza em fantasmas {*Phantasme*} e alucinações, pelas grandes lacunas de memória e pelo fato de que suas ocorrências careciam de inibição e controle. Nesse estado secundário a paciente era alienada. O estado psíquico da enferma dependia por inteiro da intrusão desse estado secundário no estado normal, e isso, a meu ver, brinda uma boa visão sobre a essência de uma variedade, ao menos, de psicose histérica. (p. 68).

Esse é apenas um dos exemplos que podemos encontrar de delírio ou alucinação nos casos de histeria apresentados neste estudo. A histeria e a *psicose histérica* se confundem, e Breuer, no último parágrafo do relato desse caso, coloca a psicose como o ponto terminal de uma histeria crônica.

No verbete sobre histeria, Freud (1888/1993) se detém em descrever a origem, os sintomas e o tratamento dessa neurose. Inicialmente, afirma que o cerne da histeria reside em modificações fisiológicas do sistema nervoso, mas como ainda nada havia sido descoberto sobre essa fórmula fisiopatológica, se vê obrigado a “conformar-se com definir a neurose em termos puramente nosográficos pelo conjunto de sintomas que nela aparecem” (1888/1993, p. 45).

Segue-se a essa introdução a descrição pormenorizada de sintomas relacionados com a histeria. São eles: ataques convulsivos; zonas histerógenas; perturbações da sensibilidade; perturbações da atividade

sensorial; paralisias; contraturas e caracteres gerais. Os fenômenos histéricos são marcados por um excesso, como por exemplo uma dor fortíssima, uma paralisia total ou uma contratura muscular que chegaria ao ponto máximo do músculo. Esses vários sintomas podem aparecer de forma isolada ou combinados de maneiras diversas. O importante é ressaltar que essa sintomatologia auxilia na realização do diagnóstico diferencial entre um quadro orgânico e um histérico. Como escreve Freud (1893 [1888-93]/1993) em *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, a histeria ignora a anatomia do sistema nervoso tomando “os órgãos no sentido vulgar, popular, do nome que levam: a perna é a perna, até a inserção no quadril” (p. 206).

Quanto ao tratamento da histeria, Freud (1888/1993) inicialmente afirma que “em nenhuma outra enfermidade pode o médico obter resultados tão milagrosos ou ficar tão impotente” (p. 59). Seriam três as tarefas da terapia, tratando: 1) a predisposição histérica. Não seria possível cancelar tal predisposição, no entanto, algumas medidas profiláticas teriam lugar, tais como, reduzir sintomas leves, não sobrecarregar o sistema nervoso, tratar a anemia ou a clorose; 2) os ataques histéricos. Neste caso, o êxito seria raro. Uma primeira medida a ser tomada seria afastar o paciente da situação na qual sobreveio o ataque, de modo que, em uma casa de repouso, ele não sofreria influência do meio no qual habitualmente se encontra, e o médico poderia se dedicar integralmente, receitando tratamentos revigorantes, tais como massagens; 3) os sintomas histéricos singulares. Podem ser tratados de forma indireta, visando a um cuidado geral do sistema nervoso (hidroterapia, estadia ao ar livre etc.), ou indireta, buscando a eliminação da fonte de irritação. Para

tal sucesso o médico pode fazer uso da sugestão durante a hipnose ou ainda usar o método de Breuer que “consiste em reconduzir o enfermo, hipnotizado, à pré-história psíquica do padecer, compelindo-o a confessar {*bekennen*} a ocasião psíquica, à raiz da qual se gerou a perturbação correspondente” (p. 62).

Em resumo, para Freud, neste momento de sua investigação, a histeria é uma neurose caracterizada por uma *variedade de sintomas* que configuram um quadro patológico bem delimitado. Apesar de pouco poder dizer sobre a *origem* destes sintomas, Freud chega a ser categórico ao afirmar que a *etiologia* dos mesmos devia ser atribuída “por inteiro à herança” (p. 55)¹¹. Além disso, a histeria responde a um certo tipo de *tratamento* que pode ser de natureza física ou psíquica. Nosso interesse não é discutir quais concepções freudianas estão por trás destas formulações¹²; gostaríamos apenas de situar o modo como Freud pensa e aborda a histeria, nesse momento precoce de seus estudos.

Esses tópicos aparecerão também emaranhados no relato do caso de Emmy, que é o primeiro caso escrito por Freud na publicação conjunta com Breuer, datada de 1895. O tratamento de Emmy von N. teve início em maio de 1889¹³, ou seja, há um intervalo entre o atendimento e a publicação do caso clínico, de modo que Freud, quando encontrou a paciente, estava impregnado dessas idéias expressas no verbete. Vale lembrar que Freud não sobrepunha o

¹¹ Em nota de rodapé existente nesta mesma página, Strachey (In: FREUD, 1888/1993) esclarece que essa passagem é apenas a afirmação do pensamento de Charcot, que acreditava na preponderância da herança, enquanto os outros fatores seriam categorizados como *agenst provocateurs*. Também informa que, pouco tempo depois, Freud iria criticar essa concepção.

¹² Sobre isto ver Anderson, 2000, cap. 3.

¹³ Para fazer tal afirmação, baseamo-nos na primeira linha do histórico clínico redigido por Freud (1893-95/1993, p. 71), bem como no estudo empreendido por Ola Andersson (2000, p. 316) acerca dessa paciente.

seu interesse pela investigação diagnóstica à sua preocupação em proporcionar um alívio ao sofrimento psíquico. Para tanto, acompanha sua paciente em seus relatos e lembranças e, ao fazê-lo, debate esses temas. Neste aspecto, já podemos vislumbrar uma concepção de clínica diferente daquela de Sydenham. A ênfase não é posta no trabalho do clínico como sujeito da ação; com Freud, o paciente passa a ser o sujeito a ser escutado.

A paciente sofria de contrações musculares, gagueira, produzia um estalo com a língua e interrompia a fala abruptamente de tempos em tempos dizendo: “Fique quieto! Não fale! Não me toque!” (FREUD, 1893-95/1993, p. 74). Ela atribui a causa de sua enfermidade ao falecimento do marido e à árdua tarefa de educar duas filhas que padeciam de doença nervosa.

Ele descobre que, na origem das fobias que a paciente apresentava, estavam vivências traumáticas: o medo de sapos, por exemplo, foi relacionado por ela a um episódio no qual um de seus irmãos jogou um sapo morto em suas costas. Naquela ocasião teve seu primeiro ataque de convulsão histérica. Freud se dedica à investigação das origens de cada sintoma, bem como, por meio da sugestão, tenta diminuir a importância ou até apagar determinada vivência. Está clara aí a influência de Bernheim, para quem a sugestão é um potente método terapêutico (FREUD, 1888 [1888-89]/1993, p. 81).

Freud demonstra que tanto a sugestão quanto o tratamento por abreação podem produzir efeitos. No entanto, no caso específico das fobias de Emmy, ele não conseguiu o êxito desejado. O tratamento por sugestão foi tão ineficaz quanto seria simplesmente ordenar que ela se curasse. Na verdade, os sintomas foram eliminados, de fato, quando Freud (1893-95/1993) havia empregado o método de “análise psíquica” (p. 119). Os bons resultados do

tratamento psíquico, seja por meio da sugestão, seja por meio da ab-reação, demonstravam que a sintomatologia histérica não era fruto de uma lesão orgânica, o que confirmava a proposição da escola de Salpêtrière.

No entanto, o caso de Emmy não é de fácil classificação. Se, por um lado, havia a dissociação, manifesta na integridade intelectual lado a lado com delírios e alucinações, alteração da personalidade e da memória quando hipnotizada, anestesia na perna dolorida etc., por outro lado, na histeria, “estamos habituados a descobrir que uma parte considerável da ‘soma de excitação’ do trauma se transmude {umwandeln} em um sintoma puramente corporal” (FREUD, 1893-1895/1993, p. 105). Mas a conversão não era o sintoma preponderante nessa histeria.

O mecanismo da conversão havia sido explicitado, em 1894, em seu trabalho sobre as neuropsicoses de defesa, no qual Freud (1894/1993) se dedica a diferenciar a etiologia e o mecanismo histérico.

Pois bem; esses pacientes por mim analisados gozaram de saúde psíquica até o momento no qual *sobreveio um caso de incompatibilidade em sua vida de representações*, ou seja, até que se apresentou ao seu eu uma vivência, uma representação, uma sensação que despertou um afeto tão penoso que a pessoa decidiu esquecê-la, não confiando em poder solucionar com seu eu, mediante um trabalho de pensamento, a contradição que esta representação inconciliável lhe colocava (p. 49, grifo do autor).

Nas mulheres, ele esclarece, é comum que tais perturbações sejam ligadas a algo da ordem de vivências sexuais. A decisão de esquecer, afugentar ou sufocar essas representações perturbadoras pode levar a uma diversidade de “reações patológicas que provocaram uma histeria, ou uma

representação obsessiva, ou uma psicose alucinatória” (p. 50), nos pacientes analisados por ele, até então.

No caso de Emmy, “a excitação, psíquica em sua origem, permanece, na maioria das vezes, no âmbito psíquico” (FREUD, 1893-95/1993, p. 105), não sendo toda ela empregada numa conversão.

Em um trabalho contemporâneo a esse, Freud realiza um estudo pormenorizado da angústia para justificar que se faça uma distinção entre a neurastenia e o quadro batizado por ele de *neurose de angústia*. O sintoma principal da neurose de angustia é a angústia, ou a expectativa angustiada que seria uma espécie de “*quantum de angústia livremente flutuante*, que, em vista da expectativa, governa a seleção das representações e está sempre pronta a conectar-se com qualquer conteúdo de representação que lhe convenha” (FREUD, 1895 [1894]/1993 p. 94, grifo do autor). Essa expectativa angustiada funcionaria como uma espécie de ímã, como se a pessoa fosse atraída a dar uma interpretação pessimista a diversas situações, o que a deixaria sempre esperando o pior. Freud localiza a etiologia de ambas no processo sexual¹⁴. Quanto à neurose de angústia, escreve:

Todos estes indícios – a saber: que se trata de uma acumulação de excitação; que a angústia, correspondente provável dessa excitação acumulada, é de origem somática, com a qual o acumulado seria uma excitação somática; e além disso, que esta excitação somática é de natureza sexual e vai acompanhada de um decréscimo da participação psíquica nos processos sexuais – todos estes indícios, digo, favorecem a expectativa de que o *mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado em ser desviada do psíquico a excitação*

¹⁴ Freud enumera uma série de fatores que podem levar à neurose de angústia. De modo geral, eles estão relacionados a uma não satisfação sexual como, por exemplo, o coito interrompido e a ejaculação precoce.

sexual somática e receber, por causa disto, um emprego anormal (p. 108, grifo do autor).

O importante a ressaltar nesse fragmento é o fato de a angústia ser proveniente exclusivamente de uma excitação somática, não passando pelo psíquico. Esta será a grande diferença entre as neuroses atuais, entre as quais se insere a neurose de angústia, e as neuroses de defesa¹⁵ e, ao mesmo tempo, será o que a neurose de angústia tem em comum com a neurastenia. Ou seja, tanto na neurose de angústia como na neurastenia “a fonte de excitação, a ocasião para a perturbação, reside no âmbito somático” (p. 114). Elas vão divergir quanto aos seus sintomas; na primeira, verificaríamos um *acúmulo de excitação*; na segunda, um empobrecimento.

Emmy, informa-nos Freud, guardava abstinência sexual há anos. Este seria o terreno propício para o aparecimento da angústia. Apesar de no trabalho supracitado Freud estabelecer dois grupos (de um lado, estão as neuropsicoses de defesa, que encontram sua origem em fatores relacionados à vida sexual ocorridos na infância e, de outro lado, as neuroses atuais (FREUD, 1898/1993, p. 261), que englobam a neurastenia e a neurose de angústia, que, como o próprio nome diz, encontram sua origem também em fatores sexuais, mas que são atuais), tal classificação seria fruto de um esforço metodológico que apresenta essas diferentes neuroses em separado, para poder estudá-las em seu estado isoladamente. No entanto, ele mesmo afirma que, em geral, as neuroses aparecem mistas. O trabalho do médico, no que tange às neuroses atuais, não iria além de propiciar que seu paciente conseguisse retomar uma vida sexual normal, com satisfação sexual. Já as psiconeuroses são tratadas

¹⁵ As neuroses de defesa são: histeria de conversão, neurose obsessiva e histeria de angústia, sendo esta última delimitada por Freud apenas em 1909 (1993).

com o método catártico, o qual Freud faz uso neste momento. Isso porque, em tais psiconeuroses, há um conflito psíquico e a ação de uma defesa.

Assim sendo, é mais do que justificado pensar que o caso de Emmy von N. fosse considerado uma neurose mista. Freud nota que, nesse caso clínico, o fator sexual não comparece da forma esperada, como sendo a principal causa traumática. Mas se permite especular que:

Esta mulher violenta, capaz de sensações tão intensas, não pode triunfar sobre suas necessidades sexuais sem sérias lutas e sem sofrer, de tempos em tempos, um esgotamento psíquico no ensaio de sufocar essa pulsão, a mais poderosa de todas. (FREUD, 1893-1895/1993, p. 120).

É bom lembrar que o tratamento dessa paciente ocorreu em 1889, e seu caso clínico e as elaborações teóricas sobre a histeria foram publicados em 1895. Em 1889, Freud não esperava encontrar a sexualidade na origem da histeria, mas, ao redigir seu trabalho sobre a psicoterapia da histeria, anos depois, afirma:

Quando hoje repasso minhas notas sobre esse caso, resulta inquestionável que devo reconhecê-lo como uma grave neurose de angústia, com expectativa angustiada e fobias, que havia nascido da abstinência sexual, combinando-se com uma histeria (FREUD, 1893-95/1993, p. 267).

Mas apesar dessa ampla argumentação freudiana, encontramos autores que questionam o diagnóstico sustentado por Freud. Goschen (1952) e, mais consistentemente, Reichards (1956), afirmam que o caso de Emmy se trataria de uma esquizofrenia.

Parece-me que são dois os fatores que comparecem aí para que tal contestação seja realizada. Inicialmente, devemos lembrar que, o quadro da *grande histeria* incluía delírios e alucinações, após o advento da esquizofrenia como entidade nosográfica, esses sintomas passam a ser marca registrada daquela. A histeria ficou expropriada de tal característica. No caso de Emmy, são vários os exemplos nos quais ela tem alucinações. Ela já não podia estender sua mão a alguém, com medo que seus dedos se transformassem em pequenas serpentes; em outro momento tem alucinações com ratos brancos. Outro fator determinante é oriundo da própria teorização freudiana. Conforme Freud avança no sentido de buscar a etiologia, sintomatologia e o tratamento para histeria, acaba por desenhar um quadro nosográfico batizado por ele de *histeria de conversão*, alçando ao primeiro plano esse sintoma, ou seja, a manifestação, no corpo, de algo que havia sido rechaçado na esfera psíquica. Em Emmy, a conversão não era uma característica preponderante.

Podemos notar o gradual desaparecimento da articulação entre loucura – feminino – histeria. O empreendimento diagnóstico, mesmo na psicanálise, parece encaixotar essa diversidade de manifestações pagando o preço de, ao ressaltar um ponto, deixar outro nas trevas.

Acompanhar o relato que Freud faz do atendimento de suas histéricas é interessante justamente por isso. São elas que o fazem recuar sempre que ele avança o sinal, sobrepondo à fala de cada uma delas algo de sua construção particular. É este o caso com Emmy¹⁶, é este o caso com Dora¹⁷.

¹⁶ Por exemplo, após o tratamento hipnótico, Emmy volta a tomar água. No entanto, ela pergunta em uma carta a Freud: “Já tomei quarenta garrafas de água mineral. Você acredita que devo continuar assim?” (FREUD 1893-95/1993 p. 102). Ela responde à sugestão de seu médico, mas deixa claro que o faz porque ele pediu e não porque, para ela, tomar água tenha se tornado natural.

¹⁷ Nomeamos aqui o primeiro e o último caso clássico freudiano de histeria.

Interessante notar que o útero animal, no qual hoje reconhecemos um valor místico e impreciso, deflagra esse caráter indomável e obscuro que, como esperamos demonstrar no desenvolvimento desta pesquisa, poderá ser atribuído não à mulher, mas ao feminino. As contribuições psicanalíticas de Freud e Lacan foram decisivas para tal empreendimento, e os casos de Dora e Schreber o ponto de partida, na medida em que tentamos circunscrever a irrupção desse caráter do feminino no âmbito desses dois casos.

2. Atravessamentos do feminino na clínica freudiana:

Dora e Schreber

Freud inicia seu texto sobre Dora deixando explícito que a publicação deste relato clínico tem um propósito:

Se é verdade que a causa das enfermidades histéricas se encontra nas intimidades da vida psicosssexual dos enfermos, e que os sintomas histéricos são a expressão de seus mais secretos desejos recalcados¹⁸, o esclarecimento de um caso de histeria terá, por força, que revelar essas intimidades e trazer à luz esses segredos (FREUD, 1905[1901]/1993, p. 7).

Mais do que justificar a pertinência da publicação de um historial clínico, Freud mostra com clareza suas concepções teóricas até aquele momento. Primeiro, afirma que a verdade da histeria se encontra na intimidade psicosssexual, ou seja, há uma ligação estreita entre a enfermidade e a sexualidade. É fácil reconhecer aí a importância da realidade psíquica e mais ainda da sexualidade fantasiada, o que evidencia o salto teórico que houve entre a publicação de *Estudos sobre a histeria* e o caso Dora. Em 1893-95, Freud acreditava que, na origem da histeria, estaria uma vivência real de sedução por parte de alguém mais velho. Em 1905, já não se trata mais de uma sedução vivida, mas sim fantasiada¹⁹. Na sequência, ele avança e afirma que o sintoma histérico é a expressão de desejos recalcados. É evidente a

¹⁸ O termo alemão *Verdrängung* é traduzido para o português tanto como *repressão* como *recalque*. No presente trabalho, optamos por utilizar *recalque*, salvo quando se tratar de uma citação, na qual manteremos o termo utilizado pelo tradutor. Sobre este assunto, ver Souza (1998).

¹⁹ Em sua carta a Fliess de 21 de setembro de 1897, Freud confessa a seu amigo que não acredita mais na sua teoria das neuroses. Segundo ele, sua descrença veio de uma série de fatores, dentre os quais “o conhecimento seguro de que não há indicações de realidade no inconsciente, de modo que não se pode distinguir entre a verdade e a ficção que foram catexizadas pelo afeto” (In: MASSON, 1986, p. 266).

relação dessa tese com outra, publicada pouco antes em seu livro instaurador da psicanálise, a de que o sonho é uma realização de desejo, sendo este, literalmente, o título do terceiro capítulo da obra (FREUD, 1900/1993, p. 142)

Ao escrever sobre o tratamento dessa jovem histérica, Freud (1905[1901]/1993) retoma uma idéia que já havia sido exposta em *Estudos sobre a histeria*:

Em todas as psiconeuroses os processos psíquicos são durante um bom trecho os mesmos, apenas depois entra em cena a “solicitação somática” que busca, para os processos psíquicos inconscientes, uma saída pelo corporal. Quando este fator não se apresenta, o estado total será diverso de um sintoma histérico, mas ainda de natureza afim em certa medida: talvez uma fobia ou uma idéia obsessiva; em suma, um sintoma psíquico. (p. 38)

No sintoma histérico estariam em ação tanto o somático como o psíquico, essa saída pelo corporal seria específica da histeria. A neurose se aproveita de uma dor somática que já existia para se manifestar. Nos casos Emmy e Elizabeth, haveria uma dor reumática que teria servido de caminho facilitador para o sintoma conversivo. No caso Dora, o caminho facilitador teria sido uma base somática hereditária²⁰.

Esta complementaridade do inato e do adquirido já está colocada desde a equação etiológica presente em *Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia* (1895/1993), questão que será mais bem desenvolvida na 23ª Conferência de Introdução à Psicanálise (1917[1916-1917]b/1993), quando Freud esclarece a formação de sintomas na neurose histérica. Ele formula as

²⁰ Freud, na época, trabalhava com a hipótese de uma hereditariedade sífilítica, e o pai de Dora, de fato, havia contraído essa doença antes de se casar. Anos depois, empreendeu um tratamento com o próprio Freud, por razão de sintomas que apresentava em decorrência da sífilis.

séries complementares, que podem ser esquematizadas da seguinte maneira: “Na etiologia das neuroses, a fixação libidinal é o fator interno, predisponente, e a frustração é o fator externo, acidental” (FREUD, 1917[1916-17]a/1993, p. 315). Em outras palavras, a constituição sexual (constitucional) e as vivências da sexualidade infantil formam uma série complementar decisiva no estabelecimento dos pontos de fixação libidinal (seria o fator interno). Esse fator predisponente, que exerce uma atração sobre a libido, forma outra série complementar com as vivências traumáticas, acidentais, da vida adulta. Essa equação está na origem da formação de sintomas na histeria. Assim, a libido consegue se satisfazer, mesmo que seja na forma de um compromisso. Ela dribla o recalque por meio das fixações encontradas nas vivências da sexualidade infantil.

É verdade que, quando atendeu Dora, Freud ainda não havia publicado seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*²¹. No entanto, alguns elementos importantes, que serão retomados no trabalho de 1905, já aparecem²², tais como o fato de Freud dar relevo ao hábito de Dora de chupar o dedo quando pequena ou, por exemplo, quando Freud (1905[1901]/1993) afirma que “todos os psiconeuróticos são pessoas com inclinações perversas muito marcadas, mas reprimidas e que se tornaram inconscientes no curso do desenvolvimento” (p. 45). No primeiro dos seus *Três ensaios* Freud escreve que haveria algo inato na base das perversões, não inato somente nos futuros perversos, mas sim comum a todos os homens. Ele supõe que poderíamos encontrar na infância as raízes inatas da pulsão sexual, e ver como o seu

²¹Doravante, “Três ensaios”.

²² Strachey (In: FREUD, 1905[1901]/1993), em sua nota introdutória ao presente artigo, demonstra que algumas teses desenvolvidas em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* já apareciam na correspondência com Fliess, desde 1896.

desenvolvimento desemboca na perversão, na neurose ou na sexualidade normal.

As primeiras impressões infantis são esquecidas, é a chamada amnésia infantil que, segundo Freud (1905/1993):

Converte a infância de cada indivíduo em um tempo anterior, *pré-histórico* por assim dizer, e oculta para o indivíduo os começos da sua própria vida sexual; é a culpada de que não se tenha outorgado valor ao período infantil no desenvolvimento da vida sexual (p. 159, grifo do autor).

É interessante salientar que Freud não trata diretamente do complexo de Édipo em nenhum dos três ensaios, apesar de já tê-lo feito publicamente, em 1900, em *A Interpretação dos sonhos*, ao analisar os sonhos de morte de pessoas queridas. Freud (1900/1993) afirma:

Segundo minhas experiências, e já são muitas, os pais desempenham o papel principal na vida anímica infantil de todos os que, depois, serão psiconeuróticos; o enamoramento por um dos membros do casal parental e o ódio pelo outro formam parte do material de moções psíquicas configurado nessa época como patrimônio inalterável de enorme importância para a sintomatologia da neurose posterior. Mas não creio que os psiconeuróticos se distingam muito nisto das outras crianças que, depois, serão normais. (p. 269).

E segue seu texto contando a saga de Édipo Rei. “O rei Édipo, que matou seu pai Laio e desposou sua mãe Jocasta, não é senão o cumprimento do desejo de nossa infância” (FREUD, 1900/1993, p. 271), desejo este que o adulto ignora, pois foi recalcado.

Freud (1905[1901]/1993) reconhece, na relação de Dora com seu pai, esse amor inconsciente, que o mito de Édipo aborda de maneira literária (p. 50). É bom lembrar que o relato do caso Dora se situa entre *Interpretação dos sonhos* e *Três ensaios*. É nítido que esses trabalhos dialogam entre si, e podemos ver como essas teses estão presentes e embasam a condução do tratamento dessa paciente.

Dora é uma moça de 18 anos. Seu pai, que havia padecido uma série de doenças, conheceu Freud por meio de um amigo, o Sr. K, e havia se submetido a um tratamento bem sucedido com o médico. A mãe se ocupava, sobretudo, da casa, havia se distanciado do marido e o relacionamento entre mãe e filha era pouco afetoso. Dora²³ tinha um irmão um ano e meio mais velho. Os sintomas neuróticos da paciente haviam começado aos oito anos, mas ela é levada para o tratamento após um episódio no qual seus pais acham uma carta de despedida que ela havia escrito, pois não podia mais suportar a vida (p. 22). Freud descreve o caso Dora como sendo uma *petite hystérie*, com sintomas somáticos comuns, tais como tosse nervosa, afonia, depressão, insociabilidade histérica e enxaquecas.

Freud percebe o jogo que existia entre Dora, seu pai e um casal de amigos da família – os K. O pai de Dora era amante da Sra. K. Já o Sr. K. não oferecia qualquer obstáculo a essa relação extraconjugal de sua mulher e fazia a corte à Dora.

²³ Freud viu Dora pela primeira vez quando ela tinha dezesseis anos. Nesta ocasião, ela sofria de afonia e ele recomendou um tratamento psíquico que não foi realizado, pois rapidamente a jovem se recuperou de seu sintoma. (FREUD, 1905[1901]/1993, p. 21)

A irritação de sua paciente ao se ver usada como moeda de troca é patente; para que seu pai pudesse continuar o relacionamento com a Sra. K., fazia vista grossa aos galanteios que o Sr. K. dirigia à Dora, configurando uma situação que poderia ser traduzida nos seguintes termos: eu fico com sua mulher e em troca você fica com minha filha. Mas, se por um lado, parecia haver um acordo tácito entre os homens, Freud nota que Dora tinha uma participação ativa no jogo, pois se ocupava dos filhos do casal K, de modo que seu pai e a Sra K. pudessem ficar a sós. Esse equilíbrio harmônico que havia sido estabelecido entre as duas famílias se viu abalado quando Dora, após receber uma proposta amorosa do Sr. K à beira de um lago, lhe dá uma bofetada e resolve contar tudo para seus pais, exigindo que o relacionamento com os K fosse rompido.

A análise do caso gira em torno de dois sonhos. Freud (1905[1901]/1993) comunica à paciente suas conclusões em vários momentos do tratamento. Em um deles, após analisar o segundo sonho, ele diz:

“Se nove meses depois da cena do lago você passou por um parto e até o dia de hoje teve que suportar as conseqüência do mal passo²⁴, isso prova que, no inconsciente, você lamentou o desenlace da cena. [...] Como você vê, seu amor pelo Sr. K. não terminou com aquela cena, senão que, como sustentei, prosseguiu até o dia de hoje – ao menos no seu inconsciente” – Ela já não contradisse (p. 91).

Essa interpretação freudiana é interessante, pois possibilita que tomemos dois caminhos: pensar a transferência como sendo o cerne da

²⁴ Freud se refere ao fato de que, nove meses depois da cena no lago, a paciente teve uma suposta apendicite (sentia dores no baixo ventre, febre) e por causa desta, por algum tempo, apresentava dificuldades para caminhar, pois arrastava o pé direito.

análise e pensar o “atravessamento do feminino” evidenciado por essa gravidez fantasiada.

Cabe notar que Dora não se opõe à interpretação que Freud faz, mas o relato clínico revela que, em outro momento²⁵, ela já teria manifestado não estar de acordo com as conclusões do médico. Na sessão seguinte, Dora anuncia que aquela seria sua última sessão.

É por ocasião do tratamento de Dora que a transferência se destaca, e Freud se apropria dela como um elemento fundamental no curso do tratamento psicanalítico. Esse é um ponto incontornável na obra freudiana, e que não se encontrava presente em *Estudos sobre a histeria*. Nesse intervalo de dez anos entre as duas publicações, a transferência se implanta como ponto central do tratamento.

Birman (1992) destaca que, ao trocar o nome de seu artigo – originariamente chamado *Sonhos e Histeria*²⁶ e publicado com o título *Fragmentos da análise de um caso de histeria (Dora)* –, Freud muda a ênfase de seu trabalho, ressaltando justamente o fracasso do tratamento e a importância central da transferência na psicanálise.

Que são as transferências? São reedições, recriações das moções e fantasias que, à medida que a análise avança, não podem menos que despertar e fazer-se conscientes; mas o característico de todo o gênero é a substituição de uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Para dizê-lo de outro modo: toda uma série de vivências psíquicas anteriores não é revivida como algo passado, senão como vínculo atual com a pessoa do médico (FREUD, (1905[1901]/1993), p. 101).

²⁵ Freud (1905[1901]/1993), ao interpretar o primeiro sonho de Dora, havia apontado para a paciente seu amor pelo Sr.K.: “Dora não quis acompanhar-me nesta parte da interpretação” (p. 62).

²⁶ Ver carta de 25 de janeiro de 1901, quando Freud escreve a Fliess e diz que o artigo “é uma continuação do livro do sonho” (In: MASSON, 1986, p. 434).

Freud atribui à sua inabilidade em lidar com a transferência o motivo da interrupção da análise de Dora. Ele salienta que a transferência não é algo exclusivo do tratamento psicanalítico, reconhecendo, por exemplo, que a cura dos sintomas histéricos era feita pelo médico e não propriamente pelo método hipnótico. Mas é na psicanálise que a transferência é revelada; ela “converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la em cada caso e traduzi-la para o paciente” (p. 103).

Para Birman (1992), é a partir do caso Dora que Freud passou a reconhecer a duplicidade da função da transferência, ou seja, esta passa a ser reconhecida “como sendo o lugar estratégico da revelação da verdade do sujeito e como o espaço tático da resistência” (p. 121).

Em seus trabalhos sobre a técnica, Freud (1911-15/1993) retoma o assunto. A pessoa do médico será incluída numa das séries psíquicas que já pré-existiam na vida do paciente. É essa atualização de algo vivido anteriormente na relação com o médico que receberá o nome de *transferência*. Mas a atualização de um sentimento amistoso não produz resistência ao tratamento, enquanto que a atualização de um sentimento erótico recalcado ou um sentimento hostil produz. A resistência, no entanto, deve ser acolhida no tratamento, a despeito da dificuldade que isso acarreta. É necessário lembrar que é justamente essa dimensão da transferência que atualiza e manifesta “as moções de amor do paciente, escondidas e esquecidas; pois, em definitivo, ninguém pode ser executado *in absentia* ou *in effligie*” (FREUD, 1912/1993 p. 105, grifo do autor).

A transferência passará ao estatuto de conceito e não será vista apenas como um “obstáculo” (BREUER; FREUD, 1893-95/1993, p. 307) para a cura. Birman (1992) conclui que:

A experiência da transferência no processo psicanalítico é o caminho metodológico que se oferece ao sujeito como abertura para a simbolização da sexualidade perverso-polimorfa, e que essa modalidade de sexualidade se evidencia na resistência de transferência, como atualização do circuito pulsional no espaço analítico (p. 126).

Em *Recordar, repetir e elaborar*, Freud (1914/1993) aponta que, no início de seu trabalho, quando ainda usava o método hipnótico, sua meta era “recordar e ab-reagir” (p. 149). O evento recordado não se confundia com as situações presentes e a resistência era tida como empecilho ao trabalho analítico, não como sendo o terreno do mesmo. É a repetição da cena inconsciente, manifestada por meio da transferência, que permite o trabalho de elaboração psíquica. Repetição esta que deve ser entendida como ação – daí o termo *atualização* – e não como rememoração de um evento vivido. É justamente porque o que está em jogo é algo da ordem do inconsciente que o paciente não pode simplesmente acessá-lo por meio de um esforço da memória, mesmo que seja sob hipnose.

No entanto, essa mudança na técnica não invalida os trabalhos anteriores de Freud. Ele mesmo reconhece isso quando escreve:

É necessário agradecer sempre à velha técnica hipnótica, que nos exibira certos processos psíquicos da análise de forma isolada e esquematizada. Só em virtude disso pudemos cobrar a ousadia de

criar, nós mesmos, situações complexas na cura analítica, e mantê-las transparentes (FREUD, 1914/1993, p. 150).

A sugestão de fato parece funcionar. Pelo menos, boa parte das sugestões feitas por Freud à Emmy von N. efetivamente ajudaram a paciente a se desvencilhar de uma série de problemas. Mas Freud não se contenta em usar um método que parece efetivo; ele se pergunta sobre o motivo dessa eficácia. A transferência aparece como resposta. Emmy diz claramente que ia obedecer a uma determinada proibição que Freud faz, apenas porque “o senhor está pedindo” (FREUD, 1893-95/1993, p. 92). Mas no caso de Emmy não estava em jogo apenas a transferência positiva e amistosa; em outro momento, Freud refere que ela havia imputado a ele e a um colega seu a culpa pela doença da filha mais velha (p. 97). Nas relações com seus médicos, Emmy inicialmente respondia com êxito ao tratamento e depois se indispunha com o médico, abandonando-o, e reavivando sua enfermidade. É nessa repetição em ato que podemos, já neste caso, vislumbrar a transferência.

Mas há um outro elemento, no caso Dora, que Freud (1905[1901]/1993) reconhece *a posteriori*. Em suas palavras:

À medida que fui me distanciando, no tempo, do término dessa análise, tanto mais provável me parece que meu erro técnico consistiu na seguinte omissão: não atinei concluir, no momento oportuno, nem comunicá-lo à enferma que a moção de amor homossexual (ginecofílica) pela Sra K. era a mais forte das correntes de sua vida anímica. Deveria ter conjecturado que nenhuma outra pessoa que não a Sra K., podia ser a fonte principal do conhecimento que Dora tinha de coisas sexuais; a mesma pessoa que a acusou pelo interesse que mostrava por tais assuntos. Era bem chamativo que soubesse todas essas coisas chocantes e jamais quisesse saber de onde as sabia. Devia ter tratado de

resolver esse enigma e buscar o motivo desse estranho recalque (p. 104-105).

Talvez mais que resolver o enigma fosse o caso de permitir com que ele se mostrasse em todo seu esplendor. Freud nos indica que há algo da ordem de um mistério encerrado nesse interesse de Dora pela Sra. K. Mas se o interesse fosse homossexual, por que teria Dora vivido um parto nove meses depois da cena do lago? Esses elementos trazem luz ao que denominamos de *atravessamentos do feminino*. Existe algo aí referido ao campo do feminino que se realiza na vida de Dora e se atualiza sob a escuta de Freud.

Cabe notar que o interesse homossexual é destacado por Freud tanto em Dora como em Schreber. Outro ponto que se repete, no âmbito dos fenômenos clínicos, em ambos os casos, é o tema da *procriação*. Já situamos tais elementos no caso Dora, segundo a teorização freudiana. Passaremos agora ao caso Schreber, guiados pelo mesmo intuito.

Daniel Paul Schreber²⁷ nasceu em Leipzig, em 25 de julho de 1842. Vários de seus antepassados haviam publicado trabalhos nas áreas de direito, economia, pedagogia e ciências naturais. O próprio pai de Schreber – Daniel Gottlieb Moritz Schreber – era médico ortopedista, pedagogo e autor de cerca de 20 livros sobre ginástica, higiene e educação.

Schreber era o terceiro filho de uma prole de cinco. Seu irmão mais velho suicidou-se aos 38 anos (1877), após ter sido nomeado para o cargo de conselheiro do tribunal. Alguns anos antes (1861), o pai havia morrido após ter

²⁷ Ver Carone, 1995.

sofrido um acidente no qual uma barra de ferro caiu em sua cabeça, tendo como seqüela um comprometimento cerebral irreversível, obrigando-o a se retirar totalmente da vida profissional. Schreber era então o último varão da família e casara-se um ano após o falecimento de seu irmão.

Em 1884 é nomeado vice-presidente do Tribunal Regional de Chemnitz. Naquele mesmo ano, é internado por seis meses na clínica do professor Flechsig com o diagnóstico de hipocondria. Após alta hospitalar, retoma seu trabalho e, em 1893, é nomeado juiz-presidente da Corte de Apelação na cidade de Dresden. Cerca de um mês após ter assumido o cargo, Schreber se consulta novamente com o professor Flechsig, é internado e inicia aí seu périplo. Além da clínica da Universidade de Leipzig (onde trabalha o professor Flechsig), Daniel Paul é também internado no hospital de Lindenhof e, finalmente, em Sonnenstein, onde permanece até 1902, com o diagnóstico de *dementia paranoides*. É em Sonnenstein que escreve *Memórias de um doente dos nervos*, com o intuito de suspender a curatela e sua definitiva interdição legal. Em 1902, Schreber recupera a capacidade civil plena e, ao final do mesmo ano, recebe alta hospitalar.

Em 1910, após ter lido o livro de Daniel Paul Schreber, Freud se debruça detidamente sobre o assunto da paranóia. Schreber (1903/1995) nos conta que certo dia teve uma sensação, ao amanhecer, que o perturbou de maneira estranha: “Era a idéia de que deveria ser realmente bom ser uma mulher se submetendo ao coito” (p. 54). Idéia esta que, ele mesmo afirma, teria rechaçado estivesse ele em plena consciência. Mas foi durante sua segunda enfermidade que os desdobramentos dessa idéia inaceitável à consciência foram sendo estabelecidos.

Ele afirma, em seu livro, que o professor Flechsig havia estabelecido uma conexão nervosa com ele, ou seja, Flechsig falava com seus nervos. O delírio começa a ser estruturado em torno da idéia de que uma conspiração havia sido preparada com o objetivo de:

Confiar-me a um homem de tal modo que minha alma lhe fosse entregue, ao passo que meu corpo – numa compreensão equivocada da citada tendência inerente à Ordem do Mundo – devia ser transformado em um corpo feminino e, como tal, entregue ao homem em questão para fins de abusos sexuais (SCHREBER, 1903/1995, p. 67).

O homem em questão é o professor Flechsig, não em sua qualidade de homem, mas sim em sua qualidade de alma. Conforme o delírio se estrutura, o papel de perseguidor, que inicialmente era atribuído ao médico, passa a ser encarnado por Deus. Essa idéia de “que o próprio Deus fosse cúmplice, senão investigador, do plano que visava o assassinato da minha alma e o abandono de meu corpo como prostituta feminina” (p. 69) foi imposta a Schreber apenas quando da redação de suas memórias.

Como nos informa o laudo médico de dezembro de 1899 redigido pelo Dr. Weber (In: SCHREBER, 1903/1995):

O sistema delirante do paciente culmina na idéia de que sua missão é de redimir o mundo e devolver à humanidade a beatitude perdida. Afirma ter chegado a essa tarefa por inspiração divina direta, do mesmo modo que os profetas; os nervos mais excitados, como foram os seus durante muito tempo, teriam a propriedade de exercer atração sobre Deus, mas seria, senão impossível, pelo menos muito difícil exprimir essas coisas em linguagem humana, porque elas se situam além de toda e qualquer experiência humana e só a ele foram reveladas. O essencial da sua missão redentora é que, em primeiro

lugar, tem de ocorrer sua *transformação em mulher*. Não que ele queira se tornar mulher; trata-se, antes, de um dever com base na Ordem do Mundo, ao qual não pode fugir, quando na verdade preferia permanecer em sua honrada posição masculina na vida [...] Tem a sensação de que já penetraram em massa no seu corpo “nervos femininos”, a partir dos quais nascerão novos homens, por fecundação direta de Deus (p. 289 e 290, grifo do autor).

Freud (1911[1910]/1993) enuncia que o mecanismo em jogo na paranóia é uma defesa contra desejos homossexuais. A pessoa temida e odiada como sendo o perseguidor havia sido na verdade amada e venerada. Para entender o motivo pelo qual teria Schreber um interesse por Flechsig, Freud recorre ao processo de transferência:

[...] por meio do qual um investimento de sentimento (*Gefühlsbesetzung*) é, no doente, transposto de uma pessoa para ele importante à do médico, na verdade indiferente, de maneira que este último aparece escolhido como um substituto, um representante de alguém muito mais próximo ao enfermo. Dito de maneira mais concreta: o médico fez com que ele recordasse a essência de seu irmão ou de seu pai (p. 44).

Freud traça então uma linha que liga o pai de Schreber – que era médico – com o também médico professor Flechsig e finalmente com Deus, apontando a semelhança que existe na relação de um menino com seu pai e a de Schreber com Deus: submissão respeitosa e rebelião. Salaria também o fato de Deus não ter contato com o homem vivo mas apenas com seu cadáver. “Poderia existir maior expressão de escárnio para um médico que afirmar que ele não compreende nada do homem vivo, e que só sabe lidar com cadáveres?” (1911[1910]/1993, p. 49). É assim que Freud localiza, no caso Schreber, o complexo paterno: a luta de Schreber com Deus pode ser

traduzida como luta do menino com seu pai. Conforme salienta Lacan (1959/1998), a concepção de Freud “aponta na transferência que o sujeito efetuou para a pessoa de Flechsig o fator que precipitou o sujeito na psicose” (p. 588). Há aqui uma indicação preciosa quanto à importância do cuidado no manejo da transferência no tratamento da psicose, pois pode residir na transferência com o médico (ou psicanalista) o fator desencadeante do delírio.

A paranóia como defesa contra a homossexualidade poderá ser resumida na seguinte frase: Eu (um homem) o amo (a um homem). A defesa contra tal conteúdo será realizada na negação dessa frase de quatro formas: negando o verbo, o objeto, o sujeito e a frase inteira. Cada uma dessas negações terá como resultado um tipo de delírio diferente: perseguição, erotomania, ciúmes e grandeza (respectivamente).

No caso da paranóia soma-se a essa negação o mecanismo de projeção, de modo que obtemos:

Eu (um homem) o amo (a um homem).

Eu não o amo – pois eu o odeio.

Eu não o amo – pois eu o odeio – porque ele me persegue.

A partir disso o sujeito se depara com a seguinte situação:

[...] ou o sujeito é capaz de aceitar as moções pulsionais homossexuais e eclode a homossexualidade manifesta, ou defende-se vigorosamente contra elas e, caso seja incapaz de restabelecer a repressão e refazer as sublimações desfeitas, acaba por mergulhar no delírio paranóico (SIMANKE, 1994, p. 146).

Segundo Freud (1911[1910]/1993), “não era correto dizer que a sensação interiormente sufocada é projetada para fora; mas bem compreendemos que o cancelado dentro retorna desde fora” (p. 66). Enquanto a palavra *sufocar* nos remete a idéia de reprimir, asfixiar ou abafar, a palavra *cancelar*²⁸ tem um sentido muito mais definitivo, de eliminar, tornar nulo, sem efeito ou valor. Ao dizer que o cancelado dentro retorna desde fora, Freud parece estar carregando nas tintas, ou melhor, dando o peso exato dessa afirmação.

Em *À guisa de introdução ao Narcisismo* (1914/2004) Freud explicita que um dos interesses que o levou a estudar tal tema foi justamente a tentativa de compreender os parafrênicos²⁹. Esses pacientes exibiriam duas características principais: o delírio de grandeza e o desligamento de seu interesse pelo mundo exterior. Mas no paciente histérico e no neurótico obsessivo também estaria presente tal afastamento do mundo exterior, com a diferença que estes conservariam seus vínculos com os objetos na fantasia, enquanto o parafrênico:

Parece ter realmente retirado sua libido das pessoas e das coisas do mundo exterior, sem tê-las substituído por outras na fantasia. Quando essa substituição ocorre nas parafrasenias, parece tratar-se de algo secundário e fazer parte de uma tentativa de cura, que busca reconduzir a libido de volta ao objeto. (p. 98).

O delírio de grandeza indica a Freud que a libido retirada do mundo exterior foi investida no eu, comportamento batizado de narcisismo. “Esse

²⁸ Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 593 e p. 2633).

²⁹ Neste mesmo artigo, Freud (1914/2004) propõe o termo *parafrênico* como alternativa às designações propostas por Bleuler (esquizofrenia) e por Kraepelin (*dementia praecox*).

narcisismo, que se constitui ao chamar de novo para si os investimentos anteriormente depositados nos objetos, pode ser concebido como um narcisismo secundário, superposto a outro, primário” (p. 98).

Uma das questões que Freud levanta neste trabalho complexo e por vezes obscuro é sobre a relação do narcisismo com o auto-erotismo, uma vez que este havia sido descrito por ele, em *Três ensaios* (1905/1993, p. 165-166), como uma busca de prazer que já havia sido experimentado, portanto busca pela repetição de um prazer vivido³⁰, onde a pulsão sexual é dirigida ao próprio corpo, não recorrendo a um objeto externo.

É uma suposição necessária, a de que uma unidade comparável ao eu não esteja presente no indivíduo desde o início; o eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, as pulsões auto-eróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem de ser acrescentado ao auto-erotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo. (FREUD, 1914/2004, p. 99).

Simanke (1994) esclarece que a *nova ação psíquica necessária* é a constituição do eu como “imagem unificada, pela qual o sujeito se representa para si mesmo, o que permite à libido tomar essa imagem como objeto total” (p. 122). Conforme explica Garcia-Roza (2000), enquanto no auto-erotismo não há uma representação unificada do corpo, no narcisismo primário já há essa unidade do eu, que surge “da confluência da imagem unificada que a criança faz de seu próprio corpo e dessa revivescência do narcisismo paterno” (p. 48); este eu é o *eu ideal* “que corresponde ao narcisismo primário” (p. 48). Já o

³⁰ Freud (1905/1993, p. 165) toma como exemplo o chupar o dedo por parte de um bebê, e localiza nesta ação auto-erótica a busca do prazer já vivido junto ao seio materno.

narcisismo secundário se refere ao investimento da libido retirada dos objetos externos no eu, ou seja, o eu é tomado novamente como objeto.

O *eu ideal* seria a “imagem do eu dotada de todas as perfeições, sobre o qual recai, como diz Freud, o amor de si mesmo” (GARCIA-ROZA, 2000 p. 57), mas infelizmente o eu não poderá manter-se nesse estado de perfeição e completude narcísica, pois tal intenção será afetada pela educação e por seu próprio juízo, “assim, o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal” (FREUD, 1914/2004, p. 112).

Garcia-Roza (2000) salienta que muito se debateu acerca desses temas e não é nosso intuito adentrarmos nesta seara³¹. O que nos importa ressaltar é que Freud situou a paranóia como uma neurose de defesa e faz uma subdivisão dentro deste grupo: neuroses de transferência e neuroses narcísicas. A paranóia é incluída no segundo grupo, pois a libido é retirada dos objetos e reinvestida no eu, produzindo conseqüências na relação que o sujeito estabelece com a realidade exterior.

Também dentro do grupo das neuroses narcísicas tem destaque a descrição feita por Freud (1917[1915]/1993) da melancolia. O melancólico apresenta um desânimo profundo, um desinteresse pelo mundo exterior. O processo, na melancolia, seria o seguinte: o eu investiu libidinalmente um objeto, e por algum motivo ou acontecimento, esse investimento libidinal é abalado. Enquanto, no processo de luto, o normal seria que o eu retirasse o investimento libidinal desse objeto perdido e o redirecionasse para um novo objeto, na melancolia “a libido livre não se deslocou a outro objeto, mas se

³¹ Ver Garcia-Roza, 2000, p. 50 e subseqüentes.

retirou sobre o eu. Mas aí não encontrou um uso qualquer, senão que serviu para estabelecer uma identificação do eu com o objeto resignado” (FREUD, 1917[1915]/1993, p. 246).

O desenvolvimento do eu, destacado por Freud em *À guisa de introdução ao narcisismo*, pode ser então mais bem compreendido. Ele se constitui “no decorrer mesmo desta relação, que é chamada identificatória” (SIMANKE, 1994, p. 162). O eu do melancólico se identificou com o objeto perdido, havendo assim uma perda do eu. O estudo da melancolia permite evidenciar a importância do processo identificatório na formação do eu.

Monzani (1989, p. 264) aponta que muitos dos elementos centrais para o surgimento da segunda tópica já estavam sendo elaborados e trabalhados por Freud. O processo de desenvolvimento do eu abordado acima é uma ilustração disso. A grande construção teórica dos anos 1920 seria o conceito de *Isso*³², que aparece para “confirmar essa que é a pedra de toque da Psicanálise: a noção de um outro lugar, radical e inacessível que, no entanto, estrutura o sujeito” (p. 280).

Essa nova tópica não significa um abandono da tópica vigente até então, na qual tínhamos um aparelho psíquico dividido entre consciente/pré-consciente e inconsciente, e a neurose pensada em termos de conflito entre o consciente e o inconsciente. As novas formulações freudianas propõem um *eu* que seria uma parte alterada do *isso* por influência do mundo exterior, e do qual se derivaria uma instância crítica, o *supereu*. O *eu* pode ser visto como ser fronteiro “submetido a três servidões e que, em consequência, sofre ameaça

³² Sobre o debate quanto aos problemas de tradução do termo alemão *Es* para o inglês e para o português, ver Souza (1998).

de três classes de perigo: de parte do mundo exterior, da libido do *isso* e da severidade do *supereu*” (FREUD, 1923a/1993, p. 56, grifo do autor).

É somente com o advento da segunda tópica que as neuroses narcísicas serão denominadas de *psicoses*³³. A partir das contribuições de *O eu e o isso* (1923) Freud se propõe a revisitar algumas formulações, o que possibilitaria lançar um novo colorido a concepções já familiares. É assim que ele inicia seu texto *Neurose e psicose* (1924[1923]/1993, p. 155) e na seqüência retoma uma das contribuições fundamentais do seu recém-publicado trabalho: o eu tem muitos anos e assume uma posição intermediária entre o mundo exterior e o isso.

No caso da neurose, o eu entra “em conflito com o isso, a serviço do supereu e da realidade” (FREUD, 1924[1923]/1993, p. 156), enquanto na psicose o eu abre mão da realidade exterior privilegiando as moções pulsionais oriundas do isso. É no jogo de forças entre as instâncias psíquicas e no desenlace decorrente que se situam, de um lado, neurose, e do outro, psicose.

Mas decorre dessa nova nosografia uma questão: “Qual será o mecanismo, análogo a um recalque, por cujo intermédio o eu se desfaz do mundo exterior?” (FREUD, 1923[1924]/1993, p. 159). Para abordarmos este ponto é importante recorrermos às contribuições freudianas de 1915.

Em *O recalque*, Freud (1915/2004), revela que, a partir da experiência psicanalítica com as neuroses de transferência, é obrigado a concluir que:

O recalque não é um mecanismo de defesa já presente desde a origem, que ele nem sequer pode surgir antes que uma nítida separação se tenha estabelecido entre atividade psíquica consciente e inconsciente, e que *sua essência consiste apenas na ação de*

³³ Segundo Simanke (1994), a revolução conceitual dos anos 20-23 permite retomar as neuroses narcísicas em termos de psicose (p. 166).

repelir algo para fora do consciente e mantê-lo afastado deste. (p. 178, grifo do autor)

Freud propõe um *recalque original* e o *recalque propriamente dito*, sendo o primeiro responsável pela “clivagem do psiquismo em sistemas diferenciados (o lcs e o Pcs/cs)” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 195), e o segundo um pós-calcar (*Nachdrängen*); o primeiro exerceria uma força atrativa sobre este.

O *recalque propriamente dito* incide sobre os “derivados psíquicos da representação atingida pelo recalque primordial³⁴ ou sobre os caminhos que podem conduzir a ela. O destino dos derivados é o mesmo que o da representação original: são excluídos da consciência” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 196). Por isso Freud define o recalçamento como um processo, ele deve ser constantemente reeditado. Os sintomas neuróticos são definidos como derivados do recalcado que, por meio de deformações, chegaram à consciência. Os efeitos do recalque, a saber, os sintomas e formações substitutivas, nos permitem inferir que houve recalque. Neste ponto, Freud faz um belo apanhado de como operaria o recalque em cada uma das psiconeuroses: histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva.

Em *O eu e o isso*, Freud aponta que as resistências partem do eu, mas o paciente não percebe a ação delas, ou seja, elas não são conscientes. Freud (1923a/1993) enfrenta o que ele chama de uma *situação imprevista*: “Deparamo-nos com algo no próprio eu que é inconsciente, que se comporta exatamente como o recalcado; vale dizer, exterioriza efeitos intensos sem se tornar, por sua vez, consciente” (p. 19). Uma das conseqüências disto é que o

³⁴ Ou *recalque original*.

conflito neurótico passará a ser pensado em termos de uma oposição entre o “eu coerente e o recalcado” (p.19), e não mais entre o sistema pré-consciente/consciente e o inconsciente.

Pois bem, em *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924b/1993), Freud aprofunda a discussão iniciada em *Neurose e psicose*. Primeiramente, retoma o que já havia formulado e afirma que, na neurose, também há alguma perturbação do vínculo com a realidade. Como explica Simanke (1994), na neurose:

O ego se coloca a serviço da realidade, procedendo a repressão de uma moção pulsional do id. Contudo, Freud insiste, este momento não é ainda a neurose em si. Esta provém do fracasso da repressão, não de seu sucesso, do qual não se poderia ter notícia, uma vez que, por definição, não provocaria efeitos no nível da consciência (sintomas). Portanto, a perda da realidade é consequência não da repressão, mas do retorno do reprimido, que, procurando de alguma forma satisfazer a moção rechaçada, acaba afastando o ego justamente do fragmento de realidade que exigiu a repressão (p. 173).

Dessa maneira, Freud dá uma maior densidade a uma formulação que ele próprio havia qualificado de simplista. Tanto na neurose como na psicose há uma perda da realidade, mas nesta última a perda é compensada com a “criação de uma realidade nova, que já não oferece o mesmo motivo de escândalo que a abandonada” (FREUD, 1924b/1993, p. 195).

É possível, portanto, retomarmos o caso de Schreber segundo este novo prisma. A primeira apresentação do delírio de emasculação do paciente tem um caráter vergonhoso e é considerado por este um grande dano. É só num segundo momento que sua transformação em mulher estará referida ao papel

de redentor. Esse delírio criado, que é sobreposto à realidade, permite que algo da ordem do desejo homossexual, que foi entendido por Freud como insuportável à consciência, possa agora ser aceito por esta. Schreber seria fecundado por Deus e daria origem a uma nova raça de homens. O delírio aparece como uma tentativa do eu em refazer o vínculo com a realidade.

Na neurose, a perda da realidade seria fruto do retorno do recalcado, ela não “recusa”³⁵ (*Verleugnung*) a realidade, se limita a não querer saber nada dela; a psicose a recusa e procura substituí-la” (FREUD, 1924b/1993, p. 195).

Mas que realidade é essa que o eu recusa? Para responder tal questão é necessário que se percorram os textos sobre o complexo de Édipo, trabalho que efetuaremos no próximo capítulo. Mas é possível antecipar a resposta. Nas palavras de Simanke (1994): a castração é, “antes de tudo, a realidade que importa recusar” (p. 201). A possibilidade da castração funciona como uma ameaça à integridade do eu, integridade narcísica, tanto para neuróticos como para psicóticos. A diferença, portanto, reside em outro ponto, a saber: se na neurose a castração é recalcada e o retorno do recalque produz os sintomas, na psicose a castração é recusada, abolida, o que nos remeteria a algo da ordem de uma não inscrição da castração.

Simanke (1994) vem novamente em nosso auxílio quando diz “não é que o psicótico desconheça absolutamente a realidade da diferença sexual; mas ele não é capaz de subjetivar este conhecimento. A confrontação com esta realidade não produz, na esfera psíquica, outros efeitos além da

³⁵ *Verleugnung* é traduzido por *desmentido* na edição Argentina das obras completas de Freud, termo que também é usado em português. No entanto, adotamos a tradução por *recusa*, mais corrente em português (SOUZA, 1998).

desagregação” (p228). Isto que é cancelado dentro, ou seja, a realidade da castração, retorna de fora, e este retorno é feito pela alucinação.

Se não há registro da castração, seja porque esta não se inscreveu ou porque foi anulada, e se o falo é o organizador simbólico da falta³⁶, portanto, como entender o posicionamento sexual na psicose? A construção teórica freudiana, que vê na homossexualidade latente de Schreber a origem de sua desagregação psíquica, não é suficiente para explicar esta questão. Este suposto interesse homossexual que aparece na clínica não seria a resposta mas sim, o ponto de partida para a investigação psicanalítica.

³⁶ Ponto que será desenvolvido na sequência do trabalho.

3. Da feminilidade à mascarada: considerações sobre o relato clínico de Dora

Mesmo depois da publicação de *Três ensaios*, Freud continua interessado no tema da sexualidade infantil, solicitando, inclusive, aos seus colegas, que selecionassem provas e exemplos que pudessem fundamentar as teses expostas no texto de 1905 (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 307).

Em 1907, ele escreve uma carta aberta ao doutor M. Fürst, que o havia questionado se seria lícito o esclarecimento sexual das crianças. Logo no início do texto, Freud afirma não entender como poderia haver divergência de opinião a esse respeito. Para fundamentar sua posição, seleciona alguns fragmentos que demonstram que as crianças se interrogam sobre a sexualidade, sejam elas esclarecidas sobre o tema ou não.

Um exemplo gracioso é a carta que a *curiosa Lili* escreve a uma tia, perguntando sobre o tema do nascimento dos bebês:

Rogo-lhe tenha a bondade de dizer-me por escrito como tiveste a Christel ou a Paul. Tu tens que sabê-lo, pois estás casada. É que ontem à tarde discutimos sobre isso e desejamos saber a verdade. Não temos nenhuma outra pessoa a quem poderíamos perguntar. Quando vocês virão a Salzburgo? Sabe, querida tia Mali, a coisa é que não temos idéia de como a cegonha traz os bebês. Trudel opinou que ela os trazia dentro da camisa. Mas ademais queríamos saber se ela os apanha no lago, e por que as pessoas nunca vêem bebês no lago³⁷. Rogo que me digas também como se sabe de antemão quando uma pessoa vai ter um bebê. Escreva-me contando tudo detalhadamente sobre isso. (FREUD, 1907/1993, p. 119).

³⁷ Em outro texto dessa mesma época, Freud (1908/1993, p. 190) esclarece que, nos países de língua alemã, é comum dizer que a cegonha apanha os filhos na água.

Este pedido, feito por esta pequena curiosa, demonstra claramente que a criança não compra, por assim dizer, tão inocentemente, o mito da cegonha como uma explicação plausível para o nascimento dos bebês. Decorre desta curiosidade uma das teorias sexuais infantis: os bebês seriam evacuados assim como os excrementos.

Como salienta Freud (1908/1993, p. 192 e subseqüentes), em seu texto *Sobre as teorias sexuais infantis*, a formulação que os bebês nascem pelo ânus ganha força dado que as crianças desconhecem o orifício da vagina e, também, por conta de outra teoria infantil que atribui tanto a homens como a mulheres o mesmo órgão genital: o pênis.

O caso do pequeno Hans, que inclusive é citado por Freud nos trabalhos dessa época, fornece exemplos interessantíssimos sobre este tema e dá subsídios às teses freudianas sobre a sexualidade infantil. Hans diferencia os seres vivos dos inanimados dizendo que os primeiros possuem um “faz-pipi” (wiwimacher) (Freud, 1909/1993 p. 10). Depois, ao se deparar com a ausência do pênis em sua irmãzinha Hanna, observa: “*Mas... seu faz-pipi é ainda pequeno*, e agrega, como um consolo: *Já quando ela crescer ele também crescerá*” (FREUD, 1909/1993, p. 12, grifo do autor).

Apesar de Freud ainda não tratar explicitamente da angústia de castração nesse trabalho, alguns elementos cruciais já estão em jogo: 1) a supervalorização do pênis e a suposição de que todos os seres animados possuiriam um; 2) a ameaça de castração (neste caso proferida pela mãe) que é ressignificada, num segundo momento, quando da visão do órgão genital feminino, ou seja, a constatação da ausência do pênis; 3) a castração e a ameaça de castração configuram o que Freud denomina complexo de

castração.

Tal qual um pequeno Édipo, Hans deseja sua mãe e tem sentimentos hostis em relação ao pai e esses componentes pulsionais são rechaçados.

Anos depois, em 1923, é publicado o trabalho que o próprio Freud qualifica como um adendo aos seus *Três ensaios*. A novidade desse trabalho é a postulação de uma nova fase da organização genital, a fase fálica. O caráter principal desta nova fase reside no fato de que “para ambos os sexos só é admitido *um genital*, o masculino. Portanto, não há um primado genital, mas um primado do falo” (FREUD, 1923b/1993, p. 146). É claro que reconhecemos que esta primazia fálica já aparecia nos textos freudianos; o próprio Hans dá testemunho disto. Mas é apenas nesse texto de 1923 que essa formulação deixa de ser uma constatação clínica e passa a ser um operador metapsicológico fundamental.

Tanto o menino como a menina entendem que há apenas um órgão sexual, o masculino. Este órgão supervalorizado seria patrimônio comum tanto de homens como de mulheres. Sua ausência, num primeiro momento, é encoberta:

[...] mediante o subterfúgio de que ainda seria pequeno, mas vai crescer, e depois, pouco a pouco, chegam à conclusão, efetivamente substantiva, de que sem dúvida esteve presente, mas foi removido. A falta do pênis é entendida como resultado de uma castração (FREUD, 1923b/1993, p. 147).

A castração seria um castigo. A pessoa que teve pensamentos (moções pulsionais) proibidos teria perdido seus genitais como punição. Como o menino também tem sua parte de culpa no cartório, ele passa a temer a castração.

Mas se os meninos, diante do temor à castração, abdicam da mãe como

objeto, encontrando aí o desfecho do complexo de Édipo, as meninas não têm a mesma sorte. Como afirma Freud (1940[1938]/1993), no homem “a ameaça de castração põe fim ao complexo de Édipo; no caso da mulher, nos inteiramos que, ao contrário, é a falta do pênis que a impele ao seu complexo de Édipo” (p. 193).

Diferente do menino, a menina não possui um pênis. Dada esta constatação, ela poderia supor que seu pênis irá crescer ou que ela ainda pode ganhar um. Mas ao se deparar com a castração materna, essa esperança não pode mais ser sustentada. Freud (1931) propõe três saídas possíveis para este impasse: a) renúncia geral da vida erótica; b) complexo de masculinidade; c) feminilidade. Esta terceira linha de desenvolvimento:

[...] desemboca na configuração feminina final, que toma o pai como objeto, e encontra a forma feminina do complexo de Édipo. Portanto, o complexo de Édipo é na mulher o resultado final de um desenvolvimento mais demorado. Não é destruído pela influência da castração, mas criado por ele (p. 231 e 232).

O menino tem a mãe como primeiro objeto de amor, mas para conservar o seu pênis ele abdica deste objeto, substituindo-o por outras mulheres. Já a menina abre mão da mãe porque esta é tão castrada quanto ela própria, e vai buscar junto ao pai aquilo que sua mãe não lhe pode dar: um pênis. “Sem embargo, a situação feminina só se estabelece quando o desejo do pênis é substituído pelo desejo de um filho, e então, seguindo uma antiga equivalência simbólica, o filho aparece no lugar do pênis” (FREUD, 1933[1932]/1993, p. 119).

É bom lembrar que neste caminho por *tornar-se mulher* a menina

transferiria a estimulação erógena do clitóris para a vagina, ou seja, haveria uma passagem de uma satisfação masculina – clitoridiana – para uma satisfação feminina – vaginal.

Esta questão da bissexualidade humana aparece na obra freudiana também quando ele aborda o par atividade-passividade, sendo o primeiro termo associado ao masculino e o segundo ao feminino. Em 1923, Freud (1923b/1993) escreve:

Não carece de importância ter presente as mudanças que experimenta, durante o desenvolvimento sexual infantil, a polaridade sexual com que estamos habituados. Uma primeira oposição é introduzida com a escolha de objeto, que, sem dúvida, pressupõe sujeito e objeto. No estágio da organização pré-genital sádico-anal não cabe falar de masculino e feminino; a oposição entre *ativo* e *passivo* é a dominante. No estágio seguinte da organização genital infantil há por certo algo *masculino*, mas não algo *feminino*; a oposição aqui é entre possuir *um órgão genital masculino* e *ser castrado*. Somente após o desenvolvimento completo, na puberdade, que a polaridade sexual coincide com *masculino* e *feminino*. O masculino reúne o sujeito, a atividade e a posse do pênis; o feminino, o objeto e a passividade (p. 148 e 149, grifo do autor).

A primazia fálica, e não a primazia genital, é um tema central da teoria freudiana. É necessário fazermos uma pequena pausa para nos determos um pouco mais neste ponto. Freud busca diferenciar o masculino do feminino, investiga o que seria próprio ao complexo de Édipo no menino e na menina. Ao trazer para o primeiro plano a primazia fálica, Freud deixa evidente que o ordenador da sexualidade é o falo e não os órgãos genitais, ou seja, o pênis e a vagina. É verdade que o próprio Freud se utiliza desses termos e também atribui uma grande importância à visão da diferença sexual, ou seja, há um

respaldo corporal para suas teorizações. Mas em uma nota de rodapé ao seu artigo *A organização genital infantil* escreve:

Com razão se assinalou que a criança adquire a representação de um dano narcisista por razão da perda corporal já à raiz da perda do seio materno logo depois de mamar, da cotidiana deposição das fezes, e ainda da separação do ventre da mãe ao nascer. No entanto, só cabe falar de um complexo de castração quando esta representação de uma perda é enlaçada com os genitais masculinos (FREUD, 1923b/1993, p. 147-148).

Ou seja, as experiências de perdas já vividas pela criança são ressignificadas quando uma representação de perda é atribuída ao falo. Aí reside a dimensão simbólica do falo, que opera como um ordenador ao ressignificar as experiências anteriores.

Freud retoma esse tema no seu trabalho sobre *A dissolução do complexo de Édipo* (1924a/1993), e escreve que a possibilidade da perda do falo, para a criança, tem seu efeito *a posteriori*, quando da visão do órgão genital feminino. É a diferença sexual, mais precisamente a ausência de algo que, se supõe, deveria estar ali, que faz com que se torne “representável a perda do próprio pênis, e a ameaça de castração obtém seu efeito *a posteriori* (Nachträglich)” (p. 183).

Retornando ao tema da feminilidade, como indica Ana Laura Prates (2001): “O que move o ‘tornar-se mulher’ é, no fundo, voltar à masculinidade perdida” (p. 43), já que a mulher se dirige ao homem na esperança de obter aquilo que ele possui e por isso teria condição de lhe dar.

Ao seguirmos a argumentação freudiana parece que a feminilidade desemboca numa rua sem saída: “Fazer-se mulher como a mãe, a fim de

algum dia poder receber (do pai) um bebê/falo como os que a mãe possui” (KEHL, 1998, pg. 254).

É justamente neste ponto que feminilidade e histeria se aproximam na obra freudiana. Em seu artigo *Sobre as transmutações da pulsão, em particular do erotismo anal*, Freud (1917/1993) escreve:

Se se investiga com a suficiente profundidade a neurose de uma mulher, não é raro deparar-se com o desejo recalcado de possuir um pênis como um homem. Um fracasso accidental em sua vida como mulher, que em si mesmo é freqüentemente o resultado de uma disposição masculina, reativa esse desejo infantil (que classificamos como ‘inveja do pênis’ dentro do complexo de castração) e o faz converter-se, pelo refluxo da libido, no principal portador dos sintomas neuróticos. Em outras mulheres não se registra em absoluto este desejo do pênis; seu lugar está ocupado pelo desejo de filho, cuja frustração em sua vida pode desencadear a neurose. (p. 119).

O próprio Freud (1917/1993) aponta, na seqüência do texto, que “o desejo do pênis seria, no fundo, idêntico ao desejo do filho” (p. 119), Como bem resume Adriana Morettin (2001):

A mulher sempre estaria presa a esse desejo de ser como um homem. É justamente este o ponto que fará com que a histeria fique próxima da sexualidade feminina, já que a histérica não consegue ultrapassar a inveja do pênis, mantendo uma identificação masculina (MORETTIN, 2001, p. 13).

É bem verdade que não se trata de equiparar a histeria à feminilidade, mas tampouco é possível negar que a histérica põe em cena algo da ordem do feminino que fica sem resposta na obra freudiana. Dora, por exemplo, não foi

escutada por Freud em seu interesse pela Sra K. Como salienta Katz (1992, p. 52), Freud se colocou no lugar daquele que já sabia, presumindo que a jovem estivesse interessada pelo Sr. K. Só após o término do tratamento Freud (1905[1901]/1993) pôde analisar esta vertente do caso.

Dora dirige a Freud a pergunta sobre a sexualidade feminina: o importante é perceber que ela se pergunta sobre esta feminilidade, e esta pergunta produz a histeria se, como resposta ao enigma da feminilidade, ela “se oferece para ser tomada como falo” (KEHL, 1998, p. 13); ou seja, se ela se identifica com o falo. Prates (2001) salienta que a mulher investe seu próprio corpo falicamente, interpretação que tem respaldo nas teorizações freudianas sobre o narcisismo: “O corpo é, assim, tomado como objeto simbólico pela libido, objeto este que se supõe ser aquilo que falta ao outro, e, portanto, objeto de seu desejo” (p. 88).

É interessante notar que Freud insiste com Dora que ela estaria de fato interessada pelo Sr. K, vendo aí uma repetição do Édipo. Lacan (1952[1951]/1998), em seu importante trabalho *Intervenção sobre a transferência* escreve que Dora não está interessada pelo indivíduo que é a Sra.K., mas esta tem para Dora o valor de um mistério, o mistério sobre sua própria feminilidade, ou feminilidade corporal, como o autor nomeia.

Assim como em toda mulher, e por razões que estão no próprio fundamento das mais elementares trocas sociais (justamente as que Dora formula nas queixas de sua revolta). O problema de sua condição está, no fundo, em se aceitar como objeto do desejo do homem, e é esse o mistério, para Dora, que motiva sua idolatria pela Sra.K (p. 221).

A histérica, ao mesmo tempo que se identifica com o objeto que ela supõe faltar ao outro, (o objeto de desejo do outro), tem dificuldade em aceitar essa posição. Prates (2001), a respeito disto, afirma: “O desejo da histérica é sempre desejo de insatisfação, e o deslocamento infundável de sua reivindicação revela sua posição, ao mesmo tempo castrada e fálica” (p. 88).

A Sra K. aceita estar nesse lugar de objeto de desejo de um homem, e é neste ponto que Dora se interessa por ela. Não seria exatamente um interesse homossexual, apesar de realmente serem duas pessoas do mesmo sexo, mas antes um interesse de Dora pela mulher. “A que será ela levada, com efeito, senão a uma questão acerca de seu sexo. Não sobre o sexo que ela tem, mas – *O que é ser uma mulher?*” (LACAN, 1955-56/1997, p. 197, grifo do autor). É no nível do ser que a questão se coloca, e como bem salienta Lacan na continuidade de seu texto: “Observem que nós nos encontramos aí diante de alguma coisa de singular – a mulher se interroga sobre o que é ser mulher, da mesma forma que o sujeito macho se interroga sobre o que é ser uma mulher” (p. 197). Não importa se macho ou fêmea, na histeria ambos se questionam sobre o que é ser uma mulher.

É nesse sentido que podemos dizer que Dora está identificada com a posição masculina e é desse lugar que ela busca cercar a feminilidade. Por isso, ela responde com uma bofetada quando o Sr. K., à beira do lago, lhe diz “Você sabe, minha mulher não é nada para mim” (FREUD, 1893-95/1993, p. 87). “Se ela não é nada para você, que é você para mim?” (LACAN, 1952[1951]/1998, p. 224).

Enquanto o Sr. K. desejava a Sra. K. e esta se colocava como objeto que causaria esse desejo, Dora permanece no jogo de trocas evidenciado por

Freud. A doença desencadeia após esta cena no lago. O Sr. K tinha valor na medida em que permitia a Dora acessar o mistério de seu sexo.

Serge André (1998) aponta o paralelismo existente entre o caso Dora e o caso de Elizabeth von R, descrito em *Estudos sobre histeria*. Dora faz parte de um quarteto composto por ela, seu pai, Sr. e Sra. K. Elizabeth, por sua vez, compõe um quarteto com seu pai, sua irmã e seu cunhado. “É a relação entre esse cunhado e sua irmã que constitui o bem mais precioso, pois ela lhe propõe o mistério de uma feminilidade alimentada pelo desejo masculino” (p. 130) e, mais adiante, ele conclui: “O que ela ama não é seu cunhado, mas o desejo que este tem por sua irmã” (p. 130). Pensando no caso Dora, essa frase poderia ser escrita da seguinte maneira: o que ela ama não é o Sr. K, mas o desejo que este tem pela Sra. K. Quando ele diz para Dora que não deseja sua mulher é como se Dora perdesse o chão, ou melhor dizendo, o seu caminho das pedras pelo qual acreditava poder acessar esse enigma. “A fantasia latente de gravidez que se seguirá a essa cena não contradiz nossa interpretação: é notório que ela se produz nas histéricas, em função justamente de sua identificação viril” (LACAN, 1952[1951]/1998, p. 224).

Esta solução é esclarecida por Nympha Amaral (1998):

Pudesse a mulher aceder minimamente à condição de objeto sexual para um homem, este, ainda que não revelando o enigma do desejo que o moveu, gerando-lhe um filho, forneceria à mulher, a partir de sua relação com a criança, a possibilidade de ocupar o lugar de um sujeito que tem seus objetos, tal qual o homem os tem nas mulheres (p. 111).

O filho como metonímia do falo desejado alinha Dora com o lado masculino; é pela via fálica que ela busca uma solução para o enigma da

feminilidade: seria esta solução ser mãe? A saída pela maternidade resolve o impasse do sujeito, mas não o enigma; a feminilidade se situa em outro lugar que não este. Além do mais, o Sr. K. não só deixa claro que não deseja sua mulher como também indica que é ela, Dora, que causa seu desejo.

Joan Riviere (1929/2005) publicou um trabalho no qual defendia a tese segundo a qual a feminilidade seria uma máscara, um disfarce, que encobriria um desejo de masculinidade na mulher. Um dos casos relatados pela autora é o de uma mulher que tem grande sucesso profissional e, apesar de ser uma habilidosa palestrante, após suas apresentações públicas ficava apreensiva e sentia grande necessidade de reconhecimento. O paradoxal é que ela buscava esse reconhecimento não apenas nos elogios à sua apresentação, mas principalmente como mulher, seduzindo e flertando com algum homem presente ao final da conferência.

A exibição pública de sua capacidade intelectual realizada com êxito significava uma exibição de si mesma em posse do pênis de seu pai, tendo-o castrado. Terminada a exibição, ela era tomada por um temor terrível da restituição que o pai então lhe cobraria. Obviamente era um passo para apaziguar o vingador, com tentativa de se oferecer sexualmente a ele. (RIVIERE, 1929/2005, p. 16).

Há, ao mesmo tempo, uma identificação e uma rivalidade com o pai, e a feminilidade como máscara protegia-a da vingança masculina. Em suas conferências, ela se mostrava na sua potência fálica, ou seja, como possuidora (ilegítima) do falo. A mascarada é uma defesa e, segundo Riviere, não haveria uma diferença entre a mascarada e a feminilidade genuína: “Elas são a mesma coisa” (p. 17).

Por mais paradoxal que possa parecer essa formulação, dizemos que é para ser o falo, isto é, o significante do desejo do Outro³⁸, que a mulher vai rejeitar uma parcela essencial da feminilidade, nomeadamente todos os seus atributos na mascarada. É pelo que ela não é que ela pretende ser desejada, ao mesmo tempo que amada. (LACAN, 1958/1998, p. 701).

Por que insistimos na dimensão do enigma da feminilidade deflagrado por Dora? Porque, conforme escreve Nympha Amaral (1998) ao comentar o texto de Joan Riviere, “aquilo que seria propriamente feminino corresponde a um *nada* que a mascarada busca encobrir” (p. 113). Não é à toa que, quando cai o véu, ou seja, quando a Sra. K. sai de cena, Dora fica apavorada.

Interessante notar o que ocorre no caso Elizabeth, quando a identificação viril vacila. Ela, que para seu pai era *como um filho ou um amigo* com quem este podia falar, que seu pai acreditava *teria dificuldade em encontrar um marido*, ela que estava *descontente com sua condição de mulher* (FREUD, 1893-95/1993, p. 155), enfim, essa mulher herdeira do lugar do pai no seio de sua família, ao ver o carinho com que seu cunhado tratava sua irmã pensou que com um homem como aquele poderia se casar.

Até então, ela acreditava que era o bastante forte para prescindir do apoio de um homem; agora apoderava-se dela um sentimento de debilidade como mulher, uma nostalgia de amor na qual, segundo suas próprias palavras, a solidez do seu ser começava a derreter-se. (FREUD, 1893-95/1993, p. 169).

³⁸ Segundo Roudinesco e Plon (1998), Lacan utiliza o termo *Outro* para designar um lugar simbólico que determina o sujeito. Lacan teria buscado enfatizar o que “distingue radicalmente o inconsciente freudiano – como outra cena ou como lugar terceiro que escapa à consciência – de todas as concepções do inconsciente oriundas da psicologia” (p. 558), ou seja, distingue o que é do campo do Outro (inconsciente, linguagem) do que é do campo da dualidade (outro).

Linda é a imagem de um ser que começa a derreter quando vislumbra uma possibilidade outra que não aquela ancorada na função fálica. Mas se a imagem é linda, o mesmo não podemos falar da sensação que o sujeito enfrenta quando a solidez do seu ser vacila.

Segundo Birman (1999), “É o *falo* que protege os homens e as mulheres da experiência tenebrosa da feminilidade” (p. 25, grifo do autor). O termo *dark continent* foi empregado por Freud (1926/1993, p. 199) com o intuito de dizer que pouco ainda se sabia sobre a sexualidade feminina. Parece que esse termo expressa bem a qualidade de *obscura fonte de horror* do feminino.

Alguns *atravessamentos do feminino* podem ser situados como efeitos, formações de compromisso, sintomas, da tentativa do sujeito em lidar com esse enigma do feminino. Seria possível afirmar o mesmo quando se trata do caso de Schreber? É o que tentaremos investigar na seqüência deste trabalho.

4. Da homossexualidade ao empuxo-à-mulher: considerações sobre o caso Schreber

Schreber nos conta em suas *Memórias* que “*tudo o que acontece se refere a mim*” (SCHREBER, 1995, p. 205) e mais adiante explica que, devido à sua conexão nervosa exclusiva com Deus, ele havia se tornado “o único homem em torno do qual tudo gira, ao qual tudo deve se referir” (p. 205). Decorre disso, por exemplo, o fato de escutar frases pela metade. “Há anos ouço diariamente centenas de vezes a pergunta: ‘Por que não diz?’, onde são omitidas as palavras ‘em voz alta’, realmente necessárias para completar o sentido” (p. 62). A frase está incompleta, falta o seu final que, como salienta Schreber, é essencial para que esta tenha sentido. Como diz Lacan (1955-56/1997) “a frase só existe acabada e seu sentido lhe vem só depois” (p. 297), mas no caso de Schreber, mesmo a frase estando inacabada, ele conhece a sua seqüência, e isso está plenamente de acordo com o que ele havia enunciado: tudo se refere a ele. É ele que dá o valor e a medida das coisas, é em relação a ele que tudo se ordena.

Como vimos no capítulo anterior, tanto a posição masculina como a feminina seriam efeitos do complexo de Édipo. Freud atribui uma função simbólica ao falo justamente pelo valor que este confere às experiências de perda vividas pela criança. Há um efeito que se dá por retroação, aí está toda a importância do termo *Nachträglich*. Lacan se baseia nisto para propor um Édipo vivido em três tempos, do qual faremos uma breve apreciação, a seguir. Nosso intuito é precisar a importância da função simbólica do falo como organizador da sexualidade, para, então, retomarmos o caso de Schreber.

No primeiro tempo do Édipo, para Lacan, o bebê está assujeitado à mãe, ou seja, entre a criança e a mãe há uma suposição de continuidade, a criança não se percebe separada desta; há um encaixe imaginário, *como se fossem um só*. É a mãe que, neste tempo, será a representante do campo da linguagem para o bebê, na medida em que ela irá nomear as vivências deste (o bebê chora e a mãe diz: “o bebê chora *porque está com fome*”). Pode-se dizer que a mãe está ocupando o lugar de Outro e o pai existe como potencialidade, pois ele não é percebido como um terceiro (já que, neste momento, a criança não se percebe como um eu separado do outro, havendo uma vivência imaginária de continuidade).

Em primeiro lugar, a instância paterna se introduz de uma forma velada, ou que ainda não aparece. Isso não impede que o pai exista na realidade mundana, ou seja, no mundo, em virtude de, neste, reinar a lei do símbolo. Por causa disso, a questão do falo já está colocada em algum lugar da mãe, onde a criança tem de situá-la. (LACAN, 1957-58/1999, p. 200).

O segundo tempo do Édipo é qualificado de nodal por Lacan. Um paradigma desse tempo é o jogo do carretel descrito por Freud em *Além do princípio do prazer* (1920/1993) como uma forma de a criança elaborar a ausência materna. O *fort-da* seria a simbolização da ausência da mãe.

Desde que a criança passa a perceber a mãe como alguém que pode faltar, que pode estar ou não presente, introduz-se nessa relação a dimensão simbólica. Pois simbolizar é deixar de lidar com a ausência do objeto como desaparecimento, e passar a tomá-lo como presença na ausência (FARIA, 2003, p. 66).

Assim, na medida em que a mãe falha, frustra, se afasta, abre-se a possibilidade de se constituir uma separação entre mãe e bebê. Isso permite à criança barrar o campo do Outro; o Outro não é completo: *há algo que falta a essa mãe e que nem eu completo, pois, se completasse, ela não iria procurar alhures*. A apreensão disto pela criança é estruturante.

É nesse tempo que o pai irá entrar como aquele que castra a mãe, pois ele a priva da criança. A criança sai da posição fálica, deixa de *ser o falo da mãe*, e o desejo materno fará enigma para a criança: *o que essa mãe quer afinal?* Talvez fosse possível traduzir da seguinte maneira esse enigma: *se eu não sou o falo da minha mãe quem pode ser?* A resposta para essa indagação é: *o pai é o falo*. “O significado das idas e vindas da mãe é o falo” (LACAN, 1957-58/1999, p. 181), ou seja, quando a mãe se ausenta, ela busca um terceiro, o pai, o falo.

No terceiro tempo do Édipo, se completará essa passagem da dialética do ser para a dialética do ter. Isso se dá, pois a mãe busca o pai (como foi visto anteriormente), o que não a satisfaz totalmente, já que ela retorna para a criança. Assim esse pai não é onipotente, ele é, antes de tudo, um pai faltante e potente que *tem* o falo, ou seja, tem aquilo que a mãe deseja. O pai não é a encarnação do falo, mas ele tem o falo. Essa é uma passagem fundamental, pois permite que o falo apareça como objeto simbólico, e dessa forma, o falo circula: *se ele tem eu também posso ter*. “É a saída do complexo de Édipo. Essa saída é favorável, na medida em que a identificação com o pai é feita nesse terceiro tempo, no qual ele intervém como aquele que tem o falo. Essa

identificação chama-se *Ideal do eu*” (LACAN, 1957-58/1999, p. 200, grifo do autor)³⁹.

Em seu *Seminário 5*, Lacan (1957-58/1999) retoma o complexo de Édipo freudiano e ressalta a importância da função do pai e sua relação com a lei e a castração. Ele afirma que o pai é simbólico, mas mais precisamente ele é uma metáfora: “O importante, com efeito, não é as pessoas saberem perfeitamente que uma mulher só pode engravidar quando pratica um coito, mas sancionarem num significante que aquele com quem ela praticou o coito é o pai” (p. 187), ou seja, o importante é seu nome de pai. O Nome-do-Pai não é uma pessoa, ele está situado no simbólico e é uma necessidade da cadeia significante.

O desejo da mãe é um enigma, e esse X será significado pelo falo, ou seja, o que ela quer é o falo. A este processo Lacan chamou de metáfora paterna, no qual o significante do Desejo da Mãe, esse X para o sujeito, é substituído pelo significante do Nome-do-Pai, tendo como efeito a produção de uma significação nova: a significação fálica. Nas palavras de Quinet (2003), o Nome-do-Pai “funciona como ponto-de-basta” (p. 14). O ponto-de-basta é um significante em torno do qual tudo se organiza, “é o ponto de convergência que permite situar retroativa e prospectivamente tudo que se passa no discurso” (LACAN, 1955-56/1997, p. 303).

A vivência de Schreber é extremamente interessante, pois o sentido da frase não está referido à uma lei simbólica, mas a ele mesmo, Schreber, a partir de quem tudo se organiza e tudo se irradia.

³⁹ Lacan (1953-54/1986, p. 157) esclarece que o eu -ideal está no plano imaginário, enquanto o ideal de eu, no plano simbólico.

Para Lacan, no caso da psicose, no lugar da metáfora paterna, há a foraclusão⁴⁰ do significante Nome-do-Pai.

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose (LACAN, 1959[1957-58]/1998, p. 582).

Vale lembrar aqui que, conforme vimos no capítulo 2, Freud propõe o termo *Verleugnung* como mecanismo que distinguiria neurose e psicose, sendo este o único que mereceu uma investigação sistemática, apesar de permanecer até o fim da obra freudiana como uma definição metapsicológica insuficiente da psicose (SIMANKE, 1994, p. 229).

Em *Algumas conseqüências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos* (FREUD, 1925/1993), o mecanismo de recusa é usado para explicar a origem do complexo de masculinidade da mulher: a menina, ao perceber a diferença anatômica entre os sexos, *recusa* aceitar o fato de sua castração. “Sobrevém o processo que eu gostaria de designar de *recusa*, que, na vida anímica infantil, não é nem raro nem muito perigoso, mas que, no adulto, levaria a uma psicose” (p. 271-272). Nesse trecho, o mecanismo da recusa não aparece como exclusivo da psicose, mas como um mecanismo que, se *presente no adulto*, pode levar a uma psicose.

Em 1927, o mecanismo de recusa também será usado por Freud para explicar a permanência da crença da falicidade da mulher. Daí o objeto fetiche

⁴⁰ O termo francês *forclusion* foi traduzido para o português tanto por *forclusão* como *foraclusão*. No presente trabalho, serão encontrados os dois termos nas citações, respeitando as traduções dos textos originais, mas, em nosso texto, empregamos preferencialmente *foraclusão*.

ser, normalmente, uma peça íntima, pois seria a última peça a ser vista antes do desnudamento total da mulher, ou seja, o fetichista se deteria neste ponto, quando a mulher ainda pode ser considerada fálica. Este mecanismo permite a coexistência de duas correntes psíquicas: uma que recusa, e outra, que admite a castração, ou ainda, uma que está de acordo com o desejo e outra de acordo com a realidade. Em virtude desses esclarecimentos, Freud (1927/1993) considera possível “manter a expectativa de que, no caso da psicose, uma dessas correntes, a de acordo com a realidade, faltaria efetivamente” (p. 151).

Teríamos aí um critério para distinguir psicose e fetichismo. No caso das psicoses, a corrente psíquica que estaria de acordo com a realidade deve achar-se ausente.

Ora, se a *Verleugnung* caracteriza-se, justamente, por gerar esta atitude ambígua frente à descoberta da castração, a eliminação de um dos termos desta ambigüidade parece suficiente para definir outro mecanismo, em que a referência à castração seria efetivamente banida do domínio dos traços mnêmicos. (SIMANKE, 1994, p. 232).

Lacan (1959[1957-58]/1998) propõe que “extraíamos de vários textos de Freud um termo suficientemente articulado neles para torná-los injustificáveis, caso esse termo não designe ali uma função do inconsciente distinta do recalcado” (p. 564). O mecanismo próprio à psicose seria a *Verwerfung*⁴¹. Simanke reforça que Freud, em nenhum momento de sua obra, empregou esse termo de forma técnica. Contudo, aponta que Lacan parece mais atento a uma

⁴¹ Laplanche e Pontalis (1992) ressaltam que o termo *Verwerfung* é usado por Freud em acepções bastante variadas. Segundo esses autores, a vertente privilegiada por Lacan para cunhar o termo forclusão apóia-se principalmente na utilização que Freud faz deste termo em seu texto *O homem dos lobos*, no qual as palavras *Verwerfen* e *Verwerfung* são traduzidas por rejeitar e rejeitado.

“certa idéia, em uma certa intuição que transparece em alguns textos freudianos” (SIMANKE, 1994, p. 229). O termo *Verwerfung* é traduzido por *forclusion*, extraído do campo jurídico, e que significa prescrever.

Previamente a qualquer simbolização – essa anterioridade não é cronológica, mas lógica – há uma etapa, as psicoses o demonstram, em que é possível que uma parte da simbolização não se faça. Essa etapa primeira precede toda dialética neurótica que está ligada ao fato de que a neurose é uma palavra que se articula, na medida em que o recalcado e o retorno do recalcado são uma só e mesma coisa. Assim, pode acontecer que alguma coisa de primordial quanto ao ser do sujeito não entre na simbolização, e seja, não recalcado, mas rejeitado (LACAN, 1955-56/1997, p. 97).

Se há uma convocação deste significante que foi excluído, o que responde é uma desorganização, do campo do imaginário, aparecendo então delírio ou alucinação. É interessante ressaltar que não se trata da ausência do pai real mas da “carência do próprio significante” (LACAN, 1959[1957-58]/1998, p. 563).

O desencadeamento de uma psicose acontece quando o sujeito se depara com uma situação que invoca este significante que foi foracluído. Essa invocação se dá na medida em que algo ou alguém se apresenta numa posição terceira, é um chamado do simbólico ao qual o sujeito psicótico não tem elementos para responder. Em *De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose*, Lacan denomina este significante, que foi foracluído na psicose, de *Um-Pai*. O desencadeamento ocorre do encontro com o *Um-Pai*, não o pai do sujeito que, por sua carência simbólica, é apreendido apenas no plano imaginário mas, como formula Lacan (1959[1957-58]/1998), é preciso que esse “Um-Pai venha no lugar em que o sujeito não pôde chamá-lo

antes. Basta que esse Um-Pai se situe na posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário $a - a'$, isto é eu-objeto” (p. 584). A consequência desta conjuntura dramática é o desencadeamento da psicose. O desencadeamento de sua psicose se dá após ser nomeado presidente da Corte de Apelação de Dresden, cargo vitalício “de correspondência simbólica à função paterna, uma vez que ele é encarregado das leis” (QUINET, 2003, p. 21).

Uma imagem interessante, que ilustra a diferença crucial entre ter ou não o falo como referente, é oferecida por Calligaris (1989):

Vocês conhecem certamente estes diagramas das distâncias entre as capitais que, freqüentemente, são propostos nas páginas de uma agenda. Para um neurótico, propriamente, na coordenada vertical só haveria a capital federal e, na horizontal, as outras cidades. De tal forma que, se ele quisesse saber a distância de Porto Alegre a Curitiba, deveria tentar calculá-la a partir da distância de cada uma com Brasília. [...] Para um psicótico, ao contrário, tanto a coordenada vertical quanto a horizontal consideram todas as cidades (p. 16).

A função da referência fálica como organizador simbólico, que permite um parâmetro a partir do qual se meçam valores e distâncias, está ausente na psicose. Schreber diz, textualmente, que é a partir dele que tudo se situa. Enquanto o neurótico partilha de um referente comum a partir do qual todos se situam, o psicótico é, ele mesmo, sua própria medida. A Metáfora paterna, “ao mesmo tempo que promove a estruturação do sujeito, instaura o que será aqui chamado de sexuação, ou seja, uma determinada identidade sexual, a partir da forma como o sujeito se posiciona em relação ao falo” (PRATES, 2001, p. 74).

Se há a forclusão do significante Nome-do-Pai não haverá a produção da significação fálica a partir da qual o sujeito poderá se situar na partilha dos sexos. Freud fala justamente de *primazia fálica* e, como vimos no capítulo anterior, isso quer dizer que o falo aparece como organizador simbólico, inclusive, da sexualidade: “Não há, propriamente, diremos nós, simbolização do sexo da mulher como tal” (LACAN, 1955-56/1997).

Se tanto para a menina como para o menino, o complexo de castração assume o valor-pivô na realização do Édipo, é muito precisamente em função do pai, porque o falo é um símbolo do qual não há correspondente, equivalente. É de uma dissimetria no significante que se trata (p. 201).

Tanto o sexo da mulher como o sexo do homem serão significados a partir do significante fálico. Por isso Lacan afirma que o sexo da mulher não é simbolizado como tal, pois ele é simbolizado a partir do falo. Se no homem encontramos um símbolo forte, no registro imaginário, que é o pênis, na mulher o que há é um buraco não nomeável.

Freud interpretou a dificuldade de Schreber em situar-se na partilha dos sexos como ligada à sua homossexualidade latente. Entretanto, como vimos, na psicose há a carência da significação fálica, ou seja, não há inscrição do significante que permite significar a diferença sexual.

É justamente entre o anúncio de sua eminente nomeação e a assunção ao cargo de presidente da Corte de Apelação que Schreber sofreu a intrusão de um pensamento que, afirma, seria impensável, estivesse ele em plena consciência: a idéia de ser uma mulher se submetendo ao coito. Schreber (1903/1995) escreve que, depois de tudo que viveu, “não pode afastar a

possibilidade de que ela me teria sido inspirada por influências exteriores que estavam em jogo” (p. 54). Esse pensamento é quase um presságio da conseqüente transformação de Schreber em uma mulher, a *ordem do mundo* já vinha preparando o terreno para que este fosse um campo fértil, tão fértil que daí nasceria uma nova raça de homens.

Schreber começa a ter dificuldade em dormir e, em pouco tempo, sua doença se agrava a ponto de ele ser novamente internado na clínica do professor Flechsig. Sua vontade de viver, afirma, estava destroçada. Um golpe decisivo se deu, segundo o doente, quando sua esposa foi repousar por uns dias na casa de familiares. Até então ele passava algumas horas diariamente na companhia dela. Nesse período posterior, afirma que chegou a decair tanto que, depois do retorno de sua esposa, não quis mais vê-la pois “não podia desejar de modo algum que minha esposa me visse no estado de decadência em que me encontrava” (p. 59). É interessante que esse colapso nervoso (p. 59) se dê na ausência da esposa. Podemos supor que ela fazia, para o paciente, uma função de *bengala imaginária*. Este termo aponta para o fato de que, mesmo com a carência da referência simbólica, o sujeito psicótico está amparado no imaginário. Nas palavras de Quinet (2003), “o sujeito psicótico é, pois, levado a servir-se de bengalas imaginárias que não lhe dão apoio quando tropeça no buraco da significação ausente” (p. 19).

É depois disso que Schreber constrói o delírio de que uma conspiração havia surgido contra ele, com o objetivo de entregar sua alma a um homem e, tendo seu corpo se transformado em corpo de mulher, esse homem poderia usufruir dele por meio de abusos sexuais. Schreber começa a sofrer os efeitos da feminização de seu corpo: vê seus seios crescerem, sente que diminuiu

cerca de 6 a 8 centímetros (aproximando-se de uma estatura feminina), se contempla em frente ao espelho com adornos femininos, enfim, sua transformação em mulher vai se intensificando a ponto de ele escrever em sua bandeira o culto à feminilidade, não se importando com o que virão a pensar as outras pessoas (SCHREBER, 1903/1995, p. 148).

A ausência da significação fálica deixa o sujeito psicótico sem proteção diante da experiência tenebrosa da feminilidade (BIRMAN, 1999, p. 25). A idéia de ser uma mulher se submetendo ao coito faz com que Schreber se depare com esse terror não-nomeável que é a feminilidade por trás da máscara. Para Schreber, a idéia de se transformar em mulher é aviltante, ele apenas se reconcilia com ela à medida que, por meio de seu delírio, começa a se transformar em uma mulher que não é nada mais nada menos que A Mulher de Deus, aquela que dará origem a uma nova raça.

O delírio de Schreber inventa a mulher que não existe, pois não há significante que a designe, podendo ser apenas referenciada à falta fálica. Como sujeito, Schreber vem subjetivar o que não é subjetivável: a posição feminina. Se ele chega a aceitar a posição de ser a “Mulher de Deus” é porque esta lhe permite sustentar o significante “Mulher”. A incidência do significante “Mulher de Deus” tem como efeito a restauração do imaginário. A Mulher enquanto Nome-do-Pai tem a função de amarração, de ponto-de-basta, permitindo ao sujeito dar significação aos seus significantes e, daí, reconstruir o mundo por intermédio da significação delirante (QUINET, 2003, p. 43).

A metáfora delirante “ser a Mulher de Deus” faz suplência à forclusão do significante Nome-do-Pai, e é nesse sentido que ela tem a função de

amarração, de ponto-de-basta. A ortopedia realizada pelo delírio de Schreber permite que ele tenha alta e volte a viver em sociedade.

Esse impulso ou tendência a se transformar em mulher foi chamado por Lacan (1973/2003) de “empuxo-à-mulher” (p. 466). Miller (1997) explica que em francês existe a expressão *empuxo ao crime* (*pousse au crime*) “alguém que leva o outro a cometer crimes” (p. 70) e que Lacan substituiu o empuxo ao crime por empuxo-à-mulher, ou seja, alguém que leva o outro a um “efeito de feminização [...] e que traduz muito especialmente a forclusão do Nome-do-Pai” (p. 70).

Schreber (1903/1995) alega existir, em toda superfície de seu corpo, nervos da volúpia, o que seria típico de uma mulher adulta, enquanto que os homens possuiriam nervos da volúpia apenas nas partes sexuais (p. 214). Essa construção de Schreber é submetida por ele à apreciação médica, com o intuito de ter suas teorias confirmadas pela ciência. Ele tem uma entrevista com o Dr. Weber, na qual trata deste assunto. Apesar de o médico não concordar com suas teorias, Schreber nota que ele “parece não duvidar do fato de que a sensação de volúpia [...] na mulher seja mais intensa do que no homem, abrangendo todo o corpo” (p. 215). Schreber dá substância para essa diferença que existe entre homens e mulheres: os homens sentem o prazer sexual nos órgãos sexuais enquanto as mulheres sentem esse prazer em toda superfície do corpo. A volúpia é um aspecto da beatitude concedido antecipadamente aos homens com a finalidade da conservação da espécie. Já às almas o gozo voluptuoso ou a beatitude são concedidos de modo ininterrupto. “*Para mim, esses limites morais da volúpia não existem mais; num certo sentido, eles se transformaram no contrário*” (SCHREBER, 1903/1995, p. 218, grifo do autor),

Schreber pode gozar sem limites. O termo *pode* não é o mais correto neste caso; é antes uma *necessidade* que lhe é imposta e que está de acordo com a vontade de Deus. Tanto é assim que ele diz pensar em adotar para ele o lema da primeira cruzada: “Deus assim o quer” (p. 218).

A idéia de um ser que goza sem limites nos remete ao pai primevo freudiano, aquele que era o possuidor de todas as mulheres, que delas desfrutava sozinho, enquanto seus filhos eram expulsos do clã. “Schreber se transformou em Um, ou antes, em Uma a quem é permitido gozar sem limites. Como dizer mais claramente que a mulher-Schreber supre a função do pai?” (SOLER, 1991, p. 156-157). Schreber encarna a exceção, pois o pai da Horda era o único que gozava da prerrogativa de possuir todas as mulheres. Após seu assassinato, entra em vigor a proibição do incesto, nas palavras de Freud (1913[1912-13]/1993):

A necessidade sexual não une os homens, mas provoca desavença entre eles. Se os irmãos se haviam unido para derrotar o pai, eles eram rivais entre si em relação às mulheres. Cada um havia querido tê-las todas para si, como o pai, e na luta de todos contra todos teria ido a pique a nova organização. Já não existia nenhum hiperpoderoso que pudesse assumir com êxito o papel do pai. Por isso, aos irmãos, se queriam viver juntos, não restou alternativa que erigir — talvez só depois de terem superado graves querelas — a proibição do incesto, com a qual todos, ao mesmo tempo, renunciavam às mulheres por eles desejadas e por causa das quais, sobretudo, haviam eliminado o pai (p. 146).

Schreber, por meio da metáfora delirante “Mulher de Deus”, reorganiza seu mundo. Seu passado e seu futuro ganham um novo sentido. Ele espera ter um ressarcimento por tudo o que sofreu e pelos sacrifícios que lhe foram

impostos: “o prêmio da vitória pela firme constância na dura luta pela defesa do meu entendimento e pela purificação de Deus só poderia consistir em alguma coisa absolutamente extraordinária” (SCHREBER, 1903/1995, p. 225). Esse novo sentido “é o que vem no lugar da elisão da significação fálica: é o sentido delirante de ser uma mulher para dar origem a uma raça de homens. É um novo sentido de ser pai e de se situar na partilha dos sexos” (QUINET, 2003, p. 58).

O presidente Schreber está falto, segundo o que se sabe deste significante fundamental que se chama *ser pai*. Por isso é preciso que ele cometa um erro, que ele se embrulhe, até pensar estar ele próprio prenhe como uma mulher. Foi preciso que ele próprio se imaginasse mulher, e realizar numa gravidez a segunda parte do caminho necessário para que, adicionando-se um ao outro, a função *ser pai* seja realizada (LACAN, 1955-56/1997, p. 330, grifo do autor).

Schreber, ao se deparar com o não-nomeável da feminilidade, não pode encontrar asilo na significação fálica. Seguindo a metáfora utilizada por Lacan (1955-56/1997), quando não há a estrada principal, o viajante deve se guiar pelos letreiros que estão à beira das pequenas estradas. “Ali, onde não há a estrada, as palavras escritas aparecerem nos letreiros. Talvez seja isso a função das alucinações auditivas verbais de nossas alucinações – são os letreiros à beira de seu pequeno caminho” (p. 330-331). Metáfora interessante, pois, se por um lado nos remete à ausência da estrada principal, por outro lado salienta que as alucinações também podem indicar um caminho, alternativo.

Conforme escreve Glaucinéia Lima (2006): “O confronto com a feminilidade consiste em uma experiência psíquica marcante, estruturante para

a subjetividade humana” (p. 339). Na psicose, esse encontro “pode ser vivido como aniquilamento, dispersão [...] por evocar o horror do encontro com a castração, não simbolizada pelo psicótico” (p. 339). Foi exatamente isto que tentamos demonstrar ao abordar o caso Schreber.

Após a dissolução imaginária, Schreber, por meio de seu delírio, consegue estabelecer uma nova ordem para seu mundo. O efeito empuxo-à-mulher é um elemento central nessa nova ordem, é um novo sentido, próprio ao paciente, que possibilita a ele situar-se na partilha dos sexos. Conforme afirma Freud (1911[1910]/1993), o paranóico reconstrói o mundo de tal maneira que possa viver nele, edifica-o “de novo conforme o trabalho de seu delírio. O *que consideramos a produção patológica, a formação delirante, é, na realidade, a tentativa de restabelecimento, a reconstrução*” (p. 65, grifo do autor). Este remendo possibilita uma estabilização dessas vivências de aniquilamento a partir do estabelecimento de uma metáfora delirante. Antonio Cabas (1988) escreve que a “fantasia é a teoria que responde ao enigma da castração; o mesmo acontece com o delírio” (p. 95). Ou seja, por meio do delírio, Schreber pôde criar uma resposta singular para o enigma, que se abriu quando uma espécie de inspiração onírica, de como deveria ser bom ser uma mulher se submetendo ao coito, lhe foi soprada aos ouvidos.

5. Considerações finais

Esta pesquisa teve sua origem na clínica, em especial no trabalho realizado com pacientes que se encontravam em um momento agudo ou mais grave de desorganização psíquica. Ou seja, pacientes que estavam em crise ou pós-crise e que apresentavam em seu quadro sintomatológico temas que remetiam ao que, na cultura, tomamos como referidos ao universo feminino (como por exemplo, amamentação, gravidez, parto etc) ou referidos a questões sobre a sexualidade nas quais os sujeitos se viam impelidos a ocupar uma posição feminina (como ter o corpo transformado em corpo de mulher). Realizamos uma leitura desses fenômenos e os denominamos, no âmbito desta pesquisa, de *atravessamentos do feminino*.

Um fator decisivo no curso tomado por esta investigação foi o fato de que, muitas vezes, as equipes de saúde mental se deparavam com uma dificuldade diagnóstica diante desses pacientes pois, se por um lado havia uma desorganização psíquica grave, com alucinações e delírios, o que remetia a uma vivência psicótica, por outro lado essa feminilidade posta em cena remetia muitas vezes a um comportamento histérico (entendido aqui como sedução e manipulação). Eram pacientes que apresentavam um quadro sintomatológico complexo e de difícil classificação; era comum o debate, dentro da equipe, entre uma hipótese diagnóstica de esquizofrenia e de histeria.

O paciente do exemplo que se segue era tido, pela equipe, como um manipulador, pois ao falar de sua homossexualidade ele gerava uma variedade de reações nos outros pacientes, que iam da pena e sentimento maternal à indignação e repúdio. Ele falava publicamente, com frequência e desenvoltura

de sua homossexualidade. Nos atendimentos individuais ele relatou que, como percebia que não tinha interesse sexual por mulher, não se sentia excitado ao ver um corpo feminino nu, e concluiu que era homossexual, já que havia lido depoimentos de homens homossexuais em revistas que contavam justamente que, desde a adolescência, não se interessavam por mulher. Esse paciente, que ainda não havia completado 18 anos, se identificou com estes relatos e pôde, a partir daí, assumir uma posição na sexuação: sou homossexual. Mais do que uma afirmação de sua homossexualidade era a afirmação de uma *posição* sexual. Isso havia acontecido após uma crise psicótica na qual, ao se olhar no espelho, com barba, achou que era Jesus Cristo. Isso o perturbou, ele se escondeu por três semanas debaixo da cama e finalmente foi levado por sua família a um psiquiatra. Dias depois da consulta, ele, ao fazer a barba, olhou-se no espelho e percebeu que tinha um rosto com traços femininos. É depois dessas vivências que assume sua homossexualidade: podia novamente sair às ruas e agora carregava essa bandeira. Freqüentava praças e parques e mantinha relações com homens que acabara de conhecer, pois aquele era, para ele, o comportamento de um homossexual.

Haveria alguma relação entre o surto psicótico, a percepção de ter um rosto feminino e a assunção da homossexualidade neste caso? Outros casos, alguns inclusive que foram citados na introdução ao presente trabalho, traziam uma proximidade entre um momento de desorganização psíquica grave e os *atravessamentos do feminino*. A manifestação clínica, que punha em cena signos do feminino, seria reveladora de quê? Haveria uma relação entre feminilidade e loucura?

O quadro de loucura histérica se destacou como um diagnóstico que revelava uma articulação histórica entre histeria, loucura e feminilidade. A inclusão da histeria no campo médico acabou por desarticular esses três termos. Se por um lado isso permitiu que a histeria não fosse tida como uma doença de mulheres, por outro lado, a relação da histeria com o que denominamos caráter indomável do feminino passou a ser tida como um resto preconceituoso da história dessa enfermidade. Além disso, a crescente categorização psiquiátrica separou a histeria da loucura (ficando as alucinações e os delírios reservados aos quadros de esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva).

Freud participou desse momento histórico e é possível encontrarmos em seus relatos clínicos históricas que tinham delírios e alucinações. O caso de Emmy Von N. é um exemplo. Ao abordamos o histórico clínico dessa paciente, podemos acompanhar Freud em seu empreendimento diagnóstico e ver como ele faz uma discussão que leva em conta tanto a sintomatologia como também a etiologia e a resposta que a paciente dá ao tratamento psíquico empreendido por ele. Dessa forma, ele pôde afirmar que o caso de Emmy se tratava de uma neurose mista, ou seja, histeria de conversão associada à neurose de angústia.

É interessante notar que, apesar das consistentes argumentação e fundamentação freudianas, encontramos autores, como Goshen (1952) e Reichards (1956), que refutam o diagnóstico de Freud, especificamente dessa paciente, alegando que ela seria esquizofrênica. Como o nosso interesse não foi realizar um debate diagnóstico histeria *versus* esquizofrenia, não nos detivemos nesse ponto. O que nos importou foi, primeiramente, salientar que o empreendimento diagnóstico na psicanálise é complexo, levando em conta

uma série de fatores (etiologia, sintomatologia, terapêutica). Como escreve Dunker (2000):

A força da diagnóstica psicanalítica está na sua articulação com a terapêutica e com a concepção etiológica que a subsidia. Neste sentido, a psicanálise obedece ao princípio de coerência e covariância entre seus elementos, presente na estrutura da clínica clássica. Ela se apresenta como uma cura pela fala (*talking cure*), na qual a posição e o lugar ocupados pelo analista são condições da eficácia de suas intervenções (p. 52).

Na psicanálise, a semiologia se refere não apenas aos sintomas apresentados ou encarnados no corpo, mas também à fala do paciente. A etiologia não se restringe a uma relação na qual um evento ou condição determina um efeito; ela também conta com o elemento de resignificação. E a terapêutica tem como componente central a transferência que, justamente, dá potência às intervenções do psicanalista (ou eficácia, como na citação acima).

Apesar disso, pudemos perceber que a psicanálise sofreu (e aqui adotamos a postura de Maleval⁴²) os efeitos da desarticulação entre esses três termos, a saber: histeria, loucura e feminilidade. Desarticulação que favoreceu que um questionamento do diagnóstico proposto por Freud fosse realizado e, por outro lado, abriu o campo para outras possibilidades, como, por exemplo, para a histeria masculina ou para a feminilidade como uma posição independente da estrutura clínica.

O mais importante para a presente pesquisa é ressaltar que a teoria psicanalítica permitiu que fosse realizada uma releitura dessa associação histórica, da qual depreendemos que, realmente, não se trata de um útero

⁴² Ver p. 23 desta dissertação.

animal que passeia pelo corpo da mulher, mas sim, de um caráter enigmático que toca o feminino.

Para abordarmos esse ponto nos detivemos inicialmente no caso de Dora, dando uma ênfase especial para a contribuição de Lacan, que ressalta uma vertente do caso que o próprio Freud assume ter ficado em segundo plano. Segundo Lacan, o interesse de Dora pela Sra K não revela um interesse homossexual, mas o mistério que é, para Dora, que a Sra K. aceite estar nesse lugar de objeto de desejo de um homem.

A função simbólica do falo, como regulador e referente a partir do qual se medem os valores, inclusive a diferença sexual, e as contribuições de Joan Riviere nos permitiram situar a feminilidade como sendo a própria máscara que tem a função de anteparo para proteger o sujeito de se deparar com o nada, não-nomeável, da feminilidade. Não-nomeável pois, como elaborou Lacan, não há simbolização do sexo da mulher como tal; essa simbolização será sempre mediada pelo falo.

A cena do lago nos remete ao momento preciso no qual Dora se percebe sendo, ela mesma, o objeto de desejo de um homem. O Sr. K. diz que sua mulher não é nada para ele, ela não é objeto de seu desejo. Dora lhe dá uma bofetada e se afasta, com a intenção de voltar do passeio a pé, margeando o lago. Por meio do relacionamento com os K., Dora havia vislumbrado a possibilidade de acessar o mistério da feminilidade, mas as palavras do Sr. K. mostram que ela estava enganada. Dora fica perdida; tenta, em vão, contornar o lago.

As imagens de Dora à beira do lago, tentando regressar à casa e de Elizabeth, que sente a *solidez de seu ser derreter*, podem ser tomadas como

metáforas da situação, do sujeito quando este se depara com o horror da feminilidade.

Seguindo ainda os elementos trabalhados por Freud no relato clínico do caso de Dora, é interessante notar que, nove meses após a cena do lago, Dora teve uma vivência que foi entendida por Freud como uma gravidez fantasiada. Nesse ponto, localizamos um sintoma que expressa um signo do feminino na cultura, ou seja, o tema da gravidez é imediatamente associado ao universo feminino e é uma ilustração do campo que denominamos de *atravessamentos do feminino*.

Freud (1900[1899]/1993), em *A interpretação do sonho*, considera que entre o conteúdo manifesto do sonho e as conclusões que sua investigação chega há o conteúdo *latente* do sonho, ou *pensamentos do sonho*. “É desses, e não do conteúdo manifesto, que desenvolvemos a solução do sonho” (p. 285). Os “atravessamentos do feminino” se reportariam ao conteúdo manifesto, mas, como alerta Freud, o sentido do conteúdo manifesto deve ser buscado no conteúdo latente, que nos remete a uma outra cena.

Assim, partimos da *gravidez fantasiada* de Dora e chegamos, com Freud, na cena do lago e no interesse de Dora pela Sra K., que nos conduziram, com Lacan, ao mistério da feminilidade.

Mas a *gravidez fantasiada* também nos revela que, se para Dora é assustador se ver no lugar de objeto de desejo de um homem e se isto, como demonstramos, tem um efeito de desorientação para ela, a gravidez, ou seja, gerar um filho, possibilitaria que ela também tivesse seu objeto de desejo. Assim como um homem tem seu objeto na mulher, a mãe o tem em seu filho. O

sintoma aparece como uma tentativa, não de resolver o enigma, mas de possibilitar que o sujeito refaça a *solidez* de seu ser.

Os *atravessamentos do feminino* seriam respostas, embora não as únicas possíveis, colhidas na clínica de sujeitos que se depararam com esta problemática, ou seja, com o feminino em sua dimensão de enigma.

Ao abordar o caso de Schreber fomos imbuídos dessas formulações com o intuito de verificar se, também aí, seria possível afirmar que sua transformação em mulher era uma resposta ao enigma da feminilidade.

O texto de Lacan (1959[1957-58]/1998) *Uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses* nos ajudou, no sentido de localizar justamente esse ponto fundador e, por isso, preliminar, a ser levado em conta quando se trata de uma psicose. A forclusão do significante Nome-do-Pai tem como consequência a ausência da significação fálica na psicose. Sem este referente comum, a situação do sujeito diante da partilha entre os sexos não será mediada pelo simbólico. O paciente ao qual nos referimos no início destas *Considerações Finais* é um exemplo claro do que isto significa: ele toma por modelo o comportamento de alguns homossexuais e, ao reproduzi-los, pode ele, também, afirmar ser um homossexual. É no nível da identificação imediata com o outro que a questão se coloca.

O desencadeamento de uma psicose se dá quando há uma solicitação simbólica deste significante foracluído. No caso de Schreber, podemos supor que isto ocorreu quando ele foi nomeado presidente da Corte de Apelação de Dresden, conforme salientou Quinet, cargo que remete ao lugar simbólico da função paterna, daquele que faz as leis. Se nesse momento há um chamado do Nome-do-Pai, em oposição simbólica ao sujeito, é bom lembrar que “desde

antes abrisse-se para ele, no campo do imaginário, a hiância que correspondia à falta da metáfora simbólica” (LACAN, 1959[1957-1958]/1998, p. 570). A idéia de ser uma mulher se submetendo ao coito abre esta hiância para Schreber, daí Lacan afirmar, na continuação do texto, que Schreber só poderia encontrar meios de resolvê-la “na efetivação da *Entmannung* (emasculação)” (p. 570).

Se não há a significação fálica, o sujeito não terá um referente a partir do qual se situar na partilha dos sexos, ou, dito de outra forma, não poderá dar uma significação viril ao seu pênis. A metáfora delirante “ser a mulher de Deus” dá um novo sentido para as vivências do paciente. O efeito de empuxo-à-mulher possibilita um novo ordenamento de seu mundo: ser a mulher de Deus e dar origem a uma nova raça de homens.

Antes do surto, a realidade é sustentada por bengalas imaginárias, quando do surto, há uma dissolução imaginária e uma catástrofe subjetiva equivalente ao fim do mundo; e, finalmente, há uma recomposição da realidade com a reconstrução do mundo a partir do trabalho do delírio (QUINET, 2003, p. 54)

Como salienta Cabas (1988), o livro de Schreber fala mais da solução de reconciliação, ou seja, da metáfora delirante, que é construída e tem o efeito de ponto-de-basta, do que do impasse que inaugura o surto psicótico. O livro conta o percurso de Schreber, mas a obra já é um atestado desta metáfora que faz suplência à metáfora paterna. Seria um testemunho de que o delírio é uma “uma tentativa de cura ou reconstrução” (FREUD, 1924[1923]/1993, p. 157). Vale ressaltar que o paciente conta uma série de vivências, nas quais sente seu corpo se esfacelar, se sente morto ou ainda impelido a cometer suicídio. A estruturação do delírio, a escrita do livro, que testemunha o percurso

transcorrido até o estabelecimento de uma metáfora delirante, permite que Schreber tenha alta do sanatório e recupere o direito de viver em sociedade.

Schreber teve seu mundo abalado por um pensamento que abriu, para ele, a dimensão do feminino como diferença, diferença esta que não pode ser significada, dado o fato de estrutura que é a forclusão do Nome-do-Pai. Dora teve seu ser abalado ao se ver como objeto de desejo de um homem. A experiência do feminino, nua e crua, a deixou perdida e fora de controle. Esse momento de encontro com o feminino em sua dimensão de enigma, não-nomeável, pura diferença, também aparece no caso de Elizabeth Von R, e ela sente a *solidez de seu ser derreter*. Esta expressão nos parece a mais apropriada para expressar as vivências desses sujeitos: eles sentem, cada qual à sua maneira, sua *solidez derreter*.

O delírio ou o sintoma já apontam para um segundo tempo, no qual eles podem reconstruir alguma solidez. Esta reconstrução não resolve a questão do feminino como enigma, mas possibilita que a questão seja posta em cena e atualizada de uma maneira suportável. E suportável, aqui, não quer dizer sem sofrimento.

Tanto no efeito de empuxo-à-mulher como na mascarada, os sujeitos se submeteriam à uma feminização: na psicose, como produção de um novo sentido que permita ao psicótico se situar na partilha dos sexos, e, na histeria, no mostrar-se mulher para se defender da castração.

Retomamos agora a questão que deu origem à nossa pesquisa: haveria uma articulação entre feminilidade e loucura? A partir do material obtido, é possível afirmar que o sujeito pode ter sua *solidez abalada* fortemente ao se deparar com o enigma da feminilidade, e isto pode ter como efeito uma

vivência de desestruturação ou enlouquecimento. Sabemos que a questão está longe de ser esgotada, mas podemos demonstrar sua pertinência e abordar, pelo menos, um aspecto desta articulação.

Para que a investigação avance, será necessário contar com as contribuições do ensino de Lacan, formuladas a partir da década de 1970, acerca das fórmulas da sexualização e das modalidades de inscrição do gozo: gozo fálico e gozo Outro. Este é um caminho a ser percorrido.

Referências

Anderson, O. *Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise*. Tradução de Luiz Carlos Uchoa Junqueira Fo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 362 p.

André, S. *O que quer uma mulher?* Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998. 295 p.

Amaral, N. A feminilidade é uma máscara: histeria e feminino na clínica psicanalítica. *A clínica lacaniana: a histeria*. Rj: Companhia de Freud, nº 2, 1998. 109-118 p.

Bercherie, P. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1980. 332 p.

Birman, J. Ensaio sobre o estilo em psicanálise: uma leitura de “Fragmentos de uma análise de histeria” de S. Freud. In: Katz, C. S. (Org) *A histeria, o caso Dora*: Freud, Melanie Klein, Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Imago, 1992. 101-127 p.

Birman, J. A psicose e a feminilidade: uma releitura do caso Schreber de S. Freud. In: _____ (Org). *Sobre a psicose*. Rio de Janeiro: Contra capa, 1999. 11-27 p.

Breuer, J. e Freud, S. Estúdios sobre la histeria (1893-95). In: Sigmund Freud. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Vol. 2, 1993. 232 p.

Cabas, A. G. *A função do falo na loucura*. Tradução Cláudia Berliner. Campinas: Papyrus, 1988. 186 p.

Calligaris, C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, 125 p.

Carone, Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura. In: Schreber, D. P. *Memórias de um doente dos nervos*. Tradução de Marilene Carone. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 9-19 p.

Charcot, J-M. A grande histeria ou hístero-epilepsia (1887-1888). *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. Tradução de Maria Vera Pompeu de Camargo Pacheco. São Paulo: vol II, nº. 3, set/1999. 166-172 p.

_____. Acerca de la hístero-epilepsia. In: Saurí J. J. (Org.). *Las histerias*. Tradução de Laura Quinteros. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1984. 125 – 129 p.

Dunker, C. I. L. Clínica, linguagem e subjetividade. In: *Distúrbios da comunicação*, São Paulo, dez/2000, V. 12, nº 1. 39-60 p.

Faria, M. R. *Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo de Freud a Lacan*. SP: Cabral Editora e Livraria, 2003, p.

Freud, S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993. A seguir os títulos utilizados, seguidos das datas e volumes correspondentes:

_____ Histeria (1888) vol 1. p. 41-66.

_____ Prólogo a la traducción de H. Bernheim, *De la sugestion* (1888 [1888-89]). Vol.1. p. 77-94.

_____ Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1893 [1888-93]). Vol 1. p. 193-210.

_____ Charcot (1893). Vol. 3. p. 13-24.

_____ Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). (1894). Vol 3. p. 47-61.

_____ Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. (1895 [1894]). Vol 3. p. 91-115.

_____ A propósito de las críticas a la ‘neurosis de angustia’. (1895). Vol 3 p. 123-138.

_____ La sexualidad en la etiología de las neurosis (1898). Vol 3. p. 257-276.

_____ La interpretación de los sueños (1900). Vol. 4. p. 29-343.

_____ Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905[1901]). Vol 7. 1-107 p.

- _____ Tres ensayos de teoría sexual (1905). Vol.7. 109-224 p.
- _____ El esclarecimiento sexual del niño (carta abierta al doctor M. Fürst), (1907). Vol. 9. 115-122 p.
- _____ Sobre las teorías sexuales infantiles (1908). Vol. 9. 187-202 p.
- _____ Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909). Vol. 10. 7-118 p.
- _____ Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrita autobiográficamente. (1911[1910]). Vol 12. 11-76 p.
- _____ Sobre la dinámica de la transferencia (1912). Vol. 12. 93-103 p.
- _____ Tótem y tabú : Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos (1913[1912-13]). Vol. 13, 1-63 p.
- _____ Recordar repetir y reelaborar (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914). Vol 12. 145-158 p.
- _____ Duelo y melancolía (1917[1915]). Vol. 14, 241-255 p.
- _____ 22ª conferencia: Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología. (1917[1916-17]a). Vol 16, 309-325 p.
- _____ 23ª conferencia. Los caminos de la formación del síntoma. (1917 [1916/1917]b). Vol 16. 326-343 p.
- _____ Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal (1917). Vol 17.113-124 p.
- _____ Más allá del principio de placer (1920). Vol 18. 1-64 p.
- _____ El yo y el ello (1923a). Vol. 19. 1-66 p.
- _____ La organización genital infantil (una interpolación en la teoría de la sexualidad) (1923b). Vol. 19. 145-150 p.
- _____ Neurosis y psicosis (1924 [1923]). Vol 19. 155-160 p.
- _____ El sepultamiento del complejo de Edipo (1924a). Vol. 19. 181-188 p.

_____ La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis (1924b). Vol 19. 193-198 p.

_____ Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos (1925). Vol. 19. 267-276 p.

_____ ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos com um juiz imparcial (1926). Vol.20. 165-234 p.

_____ Fetichismo (1927). Vol. 21. 147-152 p.

_____ Sobre la sexualidad femenina (1931). Vol 21. 227-244 p.

_____ Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 33ª conferencia, La feminidad (1933 [1932]). Vol 22. 104-125 p.

_____ Esquema del psicoanálisis (1940 [1938]). Vol. 23. 139-208 p.

Freud, S. À guisa de introdução ao narcisismo (1914). In: _____ *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. RJ: Imago Ed., 2004. 95-131 p.

_____ O recalque (1915). In: _____ *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004. 175-193 p.

Garcia-Roza, L. A. *Artigos de metapsicologia 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente*. 5 ed. RJ: Jorge Zahar, 2000. 295 p.

Goshen, C. E. The original case material of psychoanalysis. *American Journal of*

psychiatry, CVIII, may/1952. 829-834 p.

Houaiss, A.; Villar, M. S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 593 e p. 2633-2634.

Janet, P. El estado mental histérico. In: Saurí, J. (Org.). *Las histerias*. Tradução de M. Artilles. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1984. 169-191 p.

Katz, C. S. Freud, o “caso Dora” e a histeria. In: _____ (Org.) *A histeria, o caso Dora*: Freud, Melanie Klein, Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Imago, 1992. 11-100 p.

Kehl, M. R. *Deslocamentos do feminino*: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago, 1998. 344 p.

Lacan, J. Intervenção sobre a transferência (1952 [1951]). In: _____ *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998. 214-225 p.

_____ *O seminário livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Tradução de Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986. 336 p.

_____ *O seminário livro 3: as psicoses (1955-56)*. 2 ed. Tradução de Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1997. 365 p.

_____ *O seminário livro 5: as formações do inconsciente (1957-58)*. Tradução de Vera Ribeiro. RJ: Jorge Zahar Ed., 1999. 532 p.

_____ *A significação do falo (Die Bedeutung des Phallus) (1958)*. In: _____ *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. RJ: Jorge Zahar Ed., 1998. 692-703 p.

_____ De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1959[1957-58]). In _____ *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rj: Jorge Zahar Ed., 1998. 537-590 p.

_____ O aturdido (1973). In _____ *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. RJ: Jorge Zahar Ed., 2003. 448-497 p.

Laplanche, J.; Pontalis J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. 2 ed. Tradução Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 552 p.

Lima, G. G. *Da mãe a mulher*: os circuitos do amor, desejo e gozo. Tese (doutorado em psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. 435 p.

Maleval J-C. *Loucuras histericas y psicosis dissociativas*. Tradução de Jorge Piatigorsky. Buenos Aires: Paidós, 1987. 317 p.

Masson, J. M. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess: 1887-1904*. Tradução de Vera Ribeiro. R. J.: Imago, 1986. 538 p.

Miller, J-A. A psicose In: _____ *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. 59-75 p.

Monzani, L. R. *Freud: o movimento de um pensamento*. 2ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1989. 340 p.

Morrentin, A. V. Algumas reflexões a respeito da oralidade na histeria feminina. In: Alonso, S. L.; Gurfunkel, A. C.; Breyton, D. M. *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2002. 299-311 p.

Pereira, M. E. C. C'est toujours la même chose: Charcot a e descrição do grande ataque histérico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo. Vol II, nº. 3, set/1999. 158-165 p.

Prates, A. L. *Feminilidade e experiência psicanalítica*. São Paulo: Hacker Editores, FAPESP, 2001. 132 p.

Quinet, A. *Teoria e Clínica da psicose*. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 238 p.

Reichard S. A re-examination of 'Studies in hysteria'. *Psychoanalytic Quarterly*, 25, 1956. 155-177 p.

Riviere, J. A feminilidade como máscara (1929). Tradução de Ana Cecília Carvalho e Esther Carvalho. *Psychê*. Ano IX, n 16, São Paulo, 2005. 13-24 p.

Roudinesco, E.; Plon, M. *Dicionário de psicanálise*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 875 p.

Schreber, D. P. *Memórias de um doente dos nervos* (1903). Tradução de Marilene Carone. SP, Editora Paz e terra: 1995. 371 p.

Simanke, R. T. *A formação da teoria freudiana das psicoses*. RJ: Editora 34, 1994. 247 p.

Soler, C. *Artigos clínicos*. Tradução de Elena Lopes Cólib. Salvador: Fator, 1991. 152 p.

Souza, P. C. *As palavras de Freud*. SP: Editora Ática, 1998. 288 p.

Strachey, J. Nota introductoria. In: Freud, S. Histeria (1888). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993. 43-44 P.

_____ Nota introductoria. In: Freud, S. Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905[1901]). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993 p.

Sydenham, T. La afección histérica. In: Saurí, J. (Org.). *Las histerias*. Tradução de Jorge Saurí. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1984. 87-92 p.

Trillat, E. *História da histeria*. Tradução de Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991. 290 p.

Weber. Laudo médico-legal (1899). In: Schreber, D. P. *Memórias de um doente dos nervos* (1903). SP: Editora Paz e terra, 1995. 285-291 p.