PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Douglas Félix de Oliveira

A HISTERIA EM FREUD E SUAS RELAÇÕES COM A PSIQUIATRIA:
rupturas epistemológicas

Belo Horizonte
2020

Douglas Félix de Oliveira

A HISTERIA EM FREUD E SUAS RELAÇÕES COM A PSIQUIATRIA:
rupturas epistemológicas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto

Belo Horizonte
2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Oliveira, Douglas Félix de
O48h A histeria em Freud e suas relações com a psiquiatria: rupturas epistemológicas / Douglas Félix de Oliveira. Belo Horizonte, 2020.
171 f.

Orientador: Luis Flávio Silva Couto
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Freud, Sigmund, 1856-1939. - Crítica e interpretação. 2. Histeria. 3. Psiquiatria - Crítica e interpretação. 4. Neuroses. 5. Psicofarmacologia. 6. Interpretação psicanalítica. I. Couto, Luis Flávio Silva. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.
SIB PUC MINAS
CDU: 159.964.26
Ficha catalográfica elaborada por Elizângela Ribeiro de Azevedo – CRB 6/3393

Douglas Félix de Oliveira

A HISTERIA EM FREUD E SUAS RELAÇÕES COM A PSIQUIATRIA:
rupturas epistemológicas

Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais

Área de concentração: Processos de Subjetivação

Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto – PUC Minas (Orientador)

Prof.ª. Dra. Ilka Franco Ferrari – Departamento de Psicologia PUC Minas (Examinadora)

Prof. Dr. Oswaldo França Neto – Departamento de Psicologia da UFMG (Examinador)

Belo Horizonte, 11 de março de 2020

AGRADECIMENTOS

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

Ao orientador Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto, por acolher meu desejo de pesquisa e orientá-lo com mestria.

À PUC Minas e à Coordenadora do Programa de Pós-graduação Prof.ª. Dra. Luciana Kind, pela atenção e orientação dispensadas.

Aos avaliadores da Banca de Qualificação do Projeto de Pesquisa, Prof.ª. Dra. Ilka Franco Ferrari e Prof. Dr. Oswaldo França Neto, pela leitura, pelas contribuições significativas, e pela participação na Banca de Defesa desta Dissertação.

Aos professores que contribuíram com meu aprendizado: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto, Prof.ª. Dra. Cristina Moreira Marcos, Prof.ª. Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira, Prof.ª. Dra. Ilka Franco Ferrari e Prof.ª. Dra. Márcia Stengel.

Aos Srs. Marcelo Araújo e Diego Eduardo, da Secretaria do Programa de Mestrado, pela atenção, solicitude e profissionalismo.

Aos colegas de Mestrado, pelos diálogos e pelas interlocuções que enriqueceram minha pesquisa e meu percurso acadêmico no Programa de Mestrado. Em especial Adriana Oliveira Paiva e Erilda Silva.

Aos amigos e colegas do CAPS-AD de Pará de Minas, por me incentivarem na busca deste objetivo. Em especial Alexandra Maria, Érika Morais, Jéssica Galvão e Viviane Carvalho.

Aos membros do Parlêtre: Psicanálise, Pesquisa e Transmissão, de Divinópolis/MG, e aos membros do GEP: Grupo de Estudos em Psicanálise – Itaúna/MG, por proporcionarem interlocução da prática psicanalítica que contribuiu com meu processo de pesquisa.

Ao meu amigo Ricardo Luiz Alves Pimenta, pela amizade edificada no percurso do Mestrado e por caminhar comigo em pontos significativos do meu processo de pesquisa.

À minha analista, por escutar o pesquisa-dor.

Aos meus irmãos Bárbara, Ketlen e Wallace, por acreditarem em mim e por sustentarem nossos laços de família! Aos meus pais, meus mestres da vida! Amo vocês!

Aos meus parentes, amigos e colegas, pelas orações, incentivo e apoio.

À minha esposa Elisângela, por me ensinar lições sobre o amor-doação e por estar sempre ao meu lado! Ao meu filho Francisco, pela chegada tão recente, com vivências fecundas! Palavras não são capazes de expressar meu amor por vocês!

Ao Senhor Deus! *"Pois de sua plenitude todos nós recebemos graça por graça"* (Jo 1, 16). Pela graça da conclusão do Mestrado!

“[. . .] a histeria é a mãe da psicanálise, seu lugar de origem. ”

(MAURANO, 2010, p. 16)

RESUMO

Trata-se neste trabalho de uma pesquisa teórica em psicanálise que averiguou a etiologia da histeria e como esta se efetivou como ruptura epistemológica freudiana com a psiquiatria e com a medicina no final do século XIX e início do século XX. Pesquisou-se também a natureza do sintoma biológico e suas implicações na clínica da psiquiatria biológica contemporânea. Utilizou-se de metodologia de revisão bibliográfica a fim de dissertar sobre a seguinte problematização: Quais elementos teórico-clínicos proporcionaram à histeria sua configuração como ruptura epistemológica freudiana? Atestou-se com esta pesquisa que a histeria, tal qual concebida por Freud, foi dissolvida em uma série de grupamentos de transtornos na clínica da psiquiatria biológica, do final do século XX aos dias atuais. Como se deu essa dissolução? Para análise e discussão dessa questão buscou-se pesquisar os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana, a saber, a clínica da histeria. Essa clínica elucidou a concepção psíquica do sintoma, em oposição ao método anatomoclínico, estabelecido na medicina e almejado pela psiquiatria, no final do século XIX. Pesquisou-se também elementos da clínica freudiana da histeria extraídos de dois casos clínicos: Emmy von N. e Elisabeth von R. Destacou-se nesses casos a mudança da posição clínica de Freud, inaugurando outro modo de clinicar: a inclusão do saber do paciente no tratamento, estabelecendo a clínica da "cura pela palavra" (*talking cure*) iniciada por Breuer no tratamento de Anna O. Analisou-se, em seguida, a constituição da psiquiatria biológica na segunda metade do século XX, bem como o significado do sintoma biológico nesse campo de saber e seu *modus operandi*, sustentado pelo uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Posteriormente, buscou-se o entendimento do conceito de neurose de transferência para a compreensão do manejo da transferência – enquanto operador clínico – pelo psicanalista e pelo psiquiatra, em suas conduções clínicas, ou da recusa desse manejo, pelo psiquiatra. A compreensão desse conceito revelou diferenças radicais entre as direções do tratamento na psiquiatria biológica e na psicanálise freudiana. Esta pesquisa confirmou o posicionamento do analista em favor da causa da clínica da histeria, pois esta, ainda que estabeleça relações com a psiquiatria biológica, permanece como uma ruptura epistemológica.

Palavras-chave: Histeria. Clínica. Freud. Psiquiatria biológica.

ABSTRACT

This paper regards in theoretical research in psychoanalysis that investigated the etiology of hysteria and how it became effective as a Freudian epistemological break with psychiatry and medicine in the late 19th and early 20th centuries. The nature of the biological symptom and its implications for the clinic of contemporary biological psychiatry were also researched. A bibliographic review methodology was used in order to discuss the following problematization: What theoretical-clinical elements provided hysteria with its configuration as a Freudian epistemological rupture? It was attested with this research that hysteria, as originated by Freud, was dissolved in a series of clusters of disorders in the clinic of biological psychiatry, from the end of the 20th century to the present day. How did this dissolution take place? In order to analyze and discuss this question, we had sought to research the rudiments of the Freudian epistemological rupture, namely, the hysteria clinic. This clinic elucidated the psychic conception of the symptom, in opposition to the anatomo-clinical method, established in medicine and pursued in psychiatry, at the end of the 19th century. Elements of the Freudian hysteria clinic extracted from two clinical cases were also researched: Emmy von N. and Elisabeth von R. In these cases, the change in Freud's clinical position stood out, established another way of practicing: the inclusion of the patient's knowledge in the treatment, establishing the talking cure initiated by Breuer in the treatment of Anna O. Then, the constitution of biological psychiatry in the second half of the 20th century was analyzed, as well as the meaning of the biological symptom in this field of knowledge and its *modus operandi*, supported by the use of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Subsequently, the psychoanalyst and the psychiatrist researched the concept of transference neurosis to understand the transference management - as a clinical operator - in their clinical conducts, or the psychiatrist's refusal of this management. Understanding this concept revealed radical differences between the treatment directions in biological psychiatry and in Freudian psychoanalysis. This research ratified the analyst's position in favor of the cause of hysteria clinic, as this, even though it establishes relations with biological psychiatry, remains as an epistemological rupture.

Keywords: Hysteria. Clinical. Freud. Biological psychiatry.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
2 DO MÉTODO ANATOMOCLÍNICO À CONCEPÇÃO PSÍQUICA DO SINTOMA NEURÓTICO: A HISTERIA COMO RUPTURA EPISTEMOLÓGICA FREUDIANA E SUAS CONSEQUÊNCIAS TEÓRICO-CLÍNICAS 23
2.1 Sintoma neurótico e histeria 23
2.1.1 O sintoma neurótico 24
2.1.2 Histeria: de onde vem isso? 24
2.2 Charcot e a Grande Histeria 30
2.3 Freud com Charcot e Breuer: o que Freud aprendeu com esses médicos sobre o sintoma neurótico? 33
2.3.1 Freud com Charcot: aprendendo com o mestre da Salpêtrière 33
2.3.2 Freud com Breuer: aprendendo com o amigo vienense 36
2.4 A inserção da medicina e da psiquiatria no método científico: terreno fértil para a criação da psicanálise 42
2.4.1 A medicina científica: método clínico, método anatomoclínico e a primazia da razão 43
2.4.1.1 Philippe Pinel e o método clínico 44
2.4.1.2 Marie François Xavier Bichat e o método anatomoclínico 46
2.4.2 A psiquiatria na era científica: avanços e (im)possibilidades 48
2.5 Josef Breuer: os rudimentos de uma ruptura epistemológica 50
2.5.1 A posição clínica de Breuer e o tratamento dos sintomas no Caso 1 – Srta. Anna O. 54
2.6 Os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana 59
2.6.1 Caso 2 – Sra. Emmy von N.: a primeira tentativa de trabalho com a hipnose 62
2.6.2 Caso 5 – Srta. Elisabeth von R.: a primeira análise integral de uma histeria 68
2.7 A concepção de histeria em Freud nos rudimentos da psicanálise 74
2.7.1 A nosografia freudiana no final do século XIX 79
3 A NATUREZA DO SINTOMA BIOLÓGICO E SUAS IMPLICAÇÕES NA CLÍNICA DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA 85
3.1 A psiquiatria no século XX: do início do século até a década de 70 85
3.2 A constituição da psiquiatria biológica 90
3.3 O sintoma biológico e a genética psiquiátrica 93

3.3.1 Os sistemas cerebrais anatômico, funcional e neuroquímico: o sintoma estritamente biológico *95*

3.3.2 A genética psiquiátrica: o sintoma genético *98*

3.4 A concepção de sintoma no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) **102**

3.4.1 Considerações sobre as gerações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) *102*

3.4.2 O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (DSM-5): criação, definição, objetivos e intenções *105*

3.4.3 A concepção de sintoma no DSM-5 e suas implicações teórico-clínicas *106*

3.5 Do DSM-1 ao DSM-5: valorização, rechaço e dissolução da histeria **110**

3.5.1 DSM-1 e DSM-2: valorização da neurose e histeria presente *110*

3.5.2 DSM-3 e DSM-4: rechaço da neurose e dissolução da histeria *112*

3.5.3 Há histeria no DSM-5? *115*

3.6 A psicofarmacologia da histeria **117**

3.6.1 Transtornos de Ansiedade *117*

3.6.2 Transtornos Dissociativos *119*

3.6.3 Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados *120*

4 PSICOTERAPIA DA HISTERIA E PSICOFARMACOLOGIA DA HISTERIA: A TRANSFERÊNCIA EM QUESTÃO **125**

4.1 A neurose de transferência na psicoterapia da histeria e na psicofarmacologia da histeria **126**

4.1.1 Psicoterapia da histeria versus psicofarmacologia da histeria *138*

4.2 O psiquiatra, o analista e suas causas **140**

4.2.1 O psiquiatra e a causa da psicofarmacologia *141*

4.2.2 Analista: por causa da transferência *146*

4.2.3 Analista: pela causa da clínica da histeria *151*

5 CONCLUSÃO **155**

REFERÊNCIAS **161**

ANEXO A – Critérios diagnósticos do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) **169**

ANEXO B – Critérios diagnósticos do Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) **170**

ANEXO C – Critérios diagnósticos do Transtorno Conversivo (TC). (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais) **171**

1 INTRODUÇÃO

A clínica dos sintomas – neuróticos ou psicóticos –, em diferentes épocas e em diversos *settings* terapêuticos, sempre apresentou questões que desafiam o clínico – seja ele médico, psiquiatra, psicólogo, psicanalista, entre outros. As manifestações sintomáticas variam em cada época, o que convoca o saber clínico em suas formas de intervenção, possibilitando o avanço da ciência. Qualquer ambiência clínica nas áreas da medicina, da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise implica a compreensão do significado do sintoma para a definição do método de intervenção e das direções do tratamento.

Pesquiso questões que envolvem a temática "sintoma", a partir da "psicanálise" e suas relações com a "psiquiatria", desde a graduação em Psicologia, na Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG (2008-2012). Naquela ocasião, produzi o artigo "O Homem-Comprimido"[1] como trabalho de conclusão de curso. Posteriormente, na Especialização em Saúde Mental cursada na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/PUC Minas (2013-2014), continuei pesquisando essa temática, concluindo a especialização com o artigo "O que pode a psicanálise na clínica do transtorno?"[2].

Trabalhei em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPS-AD, numa cidade do interior de Minas Gerais (2014-2018). Observei que a prática da psiquiatria biológica, em muitas ocasiões, se apresenta de forma generalista, desconsiderando a historicidade do sintoma. Dessa forma, a narrativa do paciente frequentemente é silenciada pelo foco nas manifestações fenomenológicas, desconsiderando o sentido dos sintomas, o saber dos pacientes sobre o próprio adoecimento e sobre as compulsões que sustentam seus usos abusivos de drogas.

Meu interesse por tal temática se articula também com a prática clínica da psicanálise em consultório particular, desde 2013, no município de Itaúna/MG. Em minha condução clínica, percebo, com frequência, que pacientes que também estão em tratamento psiquiátrico fazem o uso de medicalização contínua, estritamente justificada em questões biológicas, o que por vezes favorece a fixação do paciente à sua nomeação diagnóstica. Apesar de haver casos em que a medicação favorece a fala, percebo que a medicalização contínua pode dificultar a elaboração de questões psíquicas, quando o psiquiatra não considera o saber do paciente sobre seu sofrimento no tratamento; como se as manifestações sintomáticas fossem alheias à subjetividade.

---

[1] Artigo apresentado por Douglas Félix de Oliveira, na Universidade Estadual de Minas Gerais/UEMG, em dezembro de 2012, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

[2] Artigo apresentado por Douglas Félix de Oliveira, na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/PUC Minas, em junho de 2014, como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde Mental.

O desejo de continuar essas pesquisas proporcionou meu retorno à PUC Minas, no ano de 2017. Na oportunidade, o vínculo com a instituição foi na modalidade de estudante de Disciplina Isolada. Em março de 2018 iniciei o Mestrado regular no Programa de Pós-Graduação em Psicologia. As disciplinas cursadas e as orientações de pesquisa com o professor orientador se configuraram como espaços de refinamento do tema e problematizações da pesquisa.

No decorrer de 2018 desenvolvemos o projeto de pesquisa intitulado "O sintoma na direção do tratamento na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica: uma reflexão ética". O problema dessa pesquisa consistia em compreender as diferenças, tanto na direção do tratamento do sintoma quanto nas éticas que regem as clínicas da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica. Esse projeto foi qualificado no dia 06 de dezembro de 2018. As considerações apontadas pela Banca de Qualificação tiveram significativa importância para a pesquisa. Elas demonstraram a necessidade de delimitação da proposta de pesquisa em razão do tempo para a escrita da dissertação e a necessidade de repensar o problema de pesquisa, dada a complexidade de se dissertar de forma comparativa sobre campos de saber com matrizes epistemológicas distintas. Assim, no início do ano letivo de 2019, apresentei ao professor orientador Dr. Luis Flávio Silva Couto o projeto de pesquisa reformulado, cujo problema de pesquisa era: Quais as consequências do significado do sintoma nas clínicas da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica? Iniciamos esta pesquisa em fevereiro de 2019.

Ao pesquisar as consequências do significado do sintoma nas clínicas da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica, me deparei com a história da histeria. A pesquisa apontou os rudimentos da clínica da histeria, em Freud. O desejo de pesquisa tomou outros contornos quando compreendi que a clínica da histeria se configurou em ruptura epistemológica com o discurso médico-psiquiátrico no final do século XIX e início do século XX. Demarcou-se aí um aprofundamento da pesquisa. Para além de pesquisar o significado do sintoma, interessei-me pela constituição do sintoma psíquico, inerente à clínica da histeria. Em outras palavras, na pesquisa do sintoma biológico e do sintoma psíquico, me deparei com a clínica da histeria como ruptura epistemológica com o discurso médico-psiquiátrico. Repetiu-se comigo o que aconteceu com Freud: a clínica da histeria me colocou a trabalho de pesquisa.

A partir desse refinamento, outras indagações surgiram: Como a histeria é tratada na psiquiatria biológica? Há histeria no "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (DSM-5) "? De que maneira o sintoma histérico é tratado na psiquiatria contemporânea? Partimos dessas indagações para reformular nosso problema de pesquisa e o

circunscrevemos em duas questões que se complementam: Quais elementos teórico-clínicos proporcionaram à histeria sua configuração como ruptura epistemológica freudiana? E como ela é concebida pela psiquiatria biológica?

A reformulação do problema de pesquisa exigiu a adequação de seus objetivos específicos, que foram assim redefinidos:

1. Investigar a constituição do sintoma psíquico na clínica da histeria e os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana no final do século XIX e início do século XX;
2. Identificar elementos da clínica da histeria que culminaram na ruptura epistemológica freudiana com o discurso médico-psiquiátrico no final do século XIX e início do século XX;
3. Pesquisar a constituição do sintoma biológico e a constituição da psiquiatria biológica no final do século XX;
4. Analisar a concepção de sintoma no Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5)[3];
5. Compreender o conceito de neurose de transferência para distinguir o uso da transferência como operador clínico na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica.

A partir dos objetivos produzidos, escolheu-se a metodologia de revisão bibliográfica para pesquisar: os elementos teórico-clínicos que proporcionaram à histeria sua configuração como ruptura epistemológica freudiana e o modo como a histeria foi concebida pela psiquiatria biológica.

Esta dissertação é importante, pois demonstra a continuidade da pesquisa sobre o sintoma, a partir da psicanálise e suas relações com a psiquiatria (iniciada em 2012), uma vez que o sintoma histérico persiste e se apresenta com novas roupagens na clínica contemporânea. Por isso indaga-se: Como a histeria é concebida pela psiquiatria biológica? Qual é a sua terminologia no DSM-5?

Nossa pesquisa visa a aprofundar as discussões sobre a histeria como ruptura epistemológica freudiana e suas relações com a psiquiatria: Qual é o lugar que a clínica da histeria ocupa nesses campos de saberes? Acredita-se que o resultado desta pesquisa contribuirá na formação e na atuação de profissionais da saúde como psicólogos, médicos, psiquiatras e outros profissionais, bem como psicanalistas que atuam nos campos psicossocial e clínico.

---

[3] Esta pesquisa enfatizou a lógica classificatória do DSM. Entretanto, tal lógica é a mesma da Classificação Internacional das Doenças (CID), manual de classificação que está em sua 11ª edição (CID-11). A CID é utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em alguns momentos desta pesquisa recorremos à CID para elucidar questões pertinentes à tal lógica classificatória.

Para tratarmos desta temática nossa dissertação de mestrado foi intitulada “A histeria em Freud e suas relações com a psiquiatria: rupturas epistemológicas” e dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo é este, denominado “Introdução”. Aqui se apresentou a importância deste tema tanto para o fazer psicossocial quanto para o clínico, com seus desafios e problematizações; a metodologia de trabalho utilizada e o cerne das motivações que me levaram a realizá-la.

O segundo capítulo foi intitulado “Do método anatomoclínico à concepção psíquica do sintoma neurótico: a histeria como ruptura epistemológica freudiana e suas consequências teórico-clínicas”. Objetivou-se nesse capítulo destacar pontos do percurso histórico e teórico da concepção psíquica do sintoma neurótico elucidado por Freud nos rudimentos da psicanálise e discorrer sobre questões pertinentes à maneira como a clínica da histeria se efetivou como ruptura epistemológica freudiana com os campos de saber medicina e psiquiatria, no final do século XIX e início do século XX. Para essa finalidade optou-se por fazer, inicialmente, uma circunscrição do significado do sintoma neurótico e um percurso histórico da forma clínica “histeria”, que data de cerca de três mil anos. Em seguida discorreu-se sobre as produções de Charcot relacionadas à Grande Histeria, para compreender em que medida seus estudos despertaram o interesse de Freud para a clínica da histeria. Posteriormente, destacou-se o aprendizado de Freud sobre as questões pertinentes ao sintoma neurótico. Elucidou-se, nessa perspectiva, o aprendizado de Freud com figuras emblemáticas dos rudimentos da psicanálise: Breuer e Charcot. Em seguida, discorreu-se sobre o contexto histórico-clínico dos rudimentos da psicanálise. Buscou-se pesquisar elementos históricos da medicina científica: o método clínico e o método anatomoclínico, para compreender o modo como a histeria era tratada na medicina e na psiquiatria, e de que maneira esses campos se tornaram terrenos férteis para a ruptura epistemológica freudiana, culminando na criação da psicanálise. Após esse percurso pesquisou-se os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana a partir da condução clínica de Breuer no tratamento de Anna O. Especificamente, interessou-se pela mudança da posição clínica de Breuer na condução desse caso. Subsequentemente pesquisou-se os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana a partir da posição clínica de Freud na condução do tratamento de dois casos de histeria: Emmy von N. e Elisabeth von R. Concluindo o segundo capítulo, realizou-se uma investigação sistemática das concepções freudianas da histeria no final do século XIX, especificamente de 1888 a 1901, a fim de compreender como Freud reformulou sua concepção de histeria nesse período. No propósito de pesquisar essas questões, o segundo capítulo foi dividido em sete seções assim intituladas: 2.1 Sintoma neurótico e histeria; 2.2 Charcot e a Grande Histeria; 2.3 Freud com

Charcot e Breuer: o que Freud aprendeu com esses médicos sobre o sintoma neurótico?; 2.4 A inserção da medicina e da psiquiatria no método científico: terreno fértil para a criação da psicanálise; 2.5 Josef Breuer: os rudimentos de uma ruptura epistemológica; 2.6 Os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana; e 2.7 A concepção de histeria em Freud nos rudimentos da psicanálise.

O terceiro capítulo foi intitulado "A natureza do sintoma biológico e suas implicações na clínica da psiquiatria biológica". Esse capítulo objetivou a pesquisa das implicações do sintoma biológico na psiquiatria biológica e na clínica contemporânea. Também objetivou a pesquisa de aspectos teórico-clínicos que possibilitaram à psiquiatria biológica sua constituição como vertente hegemônica da psiquiatria do final do século XX à contemporaneidade. Para essa finalidade traçou-se um panorama da clínica psiquiátrica do início do século XX até a década de 70. Em seguida pesquisou-se elementos teórico-clínicos que possibilitaram a constituição da psiquiatria biológica, a partir da década de 80, e fatores que contribuíram para que essa vertente psiquiátrica assumisse a hegemonia do saber psiquiátrico contemporâneo. Posteriormente, examinou-se o significado do sintoma biológico na psiquiatria biológica, a partir dos sistemas cerebrais – anatômico, funcional e neuroquímico – e da genética psiquiátrica. Logo após, discutiu-se a concepção de sintoma nos DSM e suas implicações teórico-clínicas na clínica contemporânea. Subsequentemente, realizou-se uma pesquisa teórica nas gerações de DSM, a partir de comentadores que tratam desse tema, para responder à questão: Há histeria no DSM-5? Concluindo o terceiro capítulo, especificou-se a psicofarmacologia da histeria a partir de três grupamentos de transtornos do DSM-5: Transtornos de Ansiedade; Transtornos Dissociativos; e Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. No propósito de pesquisar essas questões, o terceiro capítulo foi dividido em seis seções assim intituladas: 3.1 A psiquiatria no século XX: do início do século até a década de 70; 3.2 A constituição da psiquiatria biológica; 3.3 O sintoma biológico e a genética psiquiátrica; 3.4 A concepção de sintoma no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5); 3.5 Do DSM-1 ao DSM-5: valorização, rechaço e dissolução da histeria; e 3.6 A psicofarmacologia da histeria.

O quarto capítulo foi intitulado "Psicoterapia da histeria e psicofarmacologia da histeria: a transferência em questão". Objetivou-se nesse capítulo discorrer sobre a transferência como operador analítico e sobre a neurose de transferência, bem como diferenciar o uso da transferência na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica. Objetivou-se também a elucidação de aspectos dos posicionamentos teórico-clínicos do psiquiatra e do analista. Para essa finalidade, pesquisou-se o entendimento do conceito de

neurose de transferência para a compreensão do manejo da transferência – enquanto operador clínico – pelo psicanalista e pelo psiquiatra, em suas conduções clínicas, ou da recusa desse manejo, pelo psiquiatra. Em seguida, analisou-se as divergências entre os campos de saber psicanálise freudiana e psiquiatria biológica. No propósito de pesquisar essas questões, o quarto capítulo foi dividido em duas seções assim intituladas: 4.1 A neurose de transferência na psicoterapia da histeria e na psicofarmacologia da histeria e 4.2 O psiquiatra, o analista e suas causas. Acredita-se que esse capítulo culminou na elucidação das posições teórico-clínicas do psiquiatra e do analista em suas práticas clínicas, considerando suas causas e seus posicionamentos éticos na clínica da histeria na contemporaneidade.

O quinto capítulo foi intitulado “Conclusão”. Nele buscamos retornar, de maneira conclusiva, aos objetivos traçados por esta pesquisa, ressaltando os elementos teórico-clínicos extraídos de cada capítulo desta dissertação.

2 DO MÉTODO ANATOMOCLÍNICO À CONCEPÇÃO PSÍQUICA DO SINTOMA NEURÓTICO: A HISTERIA COMO RUPTURA EPISTEMOLÓGICA FREUDIANA E SUAS CONSEQUÊNCIAS TEÓRICO-CLÍNICAS

Este capítulo apresenta os resultados de nossa pesquisa no que se refere à histeria como ruptura epistemológica freudiana. Ao pesquisarmos a histeria desde a sua origem, interessou-nos localizar elementos que possibilitaram que a clínica da histeria, no final do século XIX e início do século XX, se tornasse uma ruptura epistemológica a ponto de modificar as práticas clínicas no século XX. Interessou-nos, de forma particular, pesquisar as relações da histeria em Freud com a psiquiatria do final do século XIX e com a psiquiatria biológica, vertente hegemônica da psiquiatria na contemporaneidade.

Iniciamos nossa pesquisa circunscrevendo o significado de sintoma neurótico e fizemos um percurso histórico sobre a histeria. Logo depois pesquisamos os estudos de Charcot sobre a histeria e o aprendizado de Freud com Charcot e Breuer no que se refere aos sintomas neuróticos e à própria histeria. Em seguida pesquisamos elementos do surgimento da psiquiatria e sua relação com o método clínico, com o método anatomoclínico e com o método científico que embasam a medicina, extraindo elementos que possibilitaram a ruptura epistemológica freudiana e a criação da psicanálise. Posteriormente pesquisamos a mudança de posição clínica de Breuer no Caso Anna O. Logo após, pesquisamos os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana, a partir da condução clínica de Freud nos Casos Emmy von N. e Elisabeth von R. Para finalizar o capítulo, discorremos sobre o conceito de histeria em Freud no final do século XIX.

2.1 Sintoma neurótico e histeria

Pesquisamos as consequências extraídas da diferença de significado do sintoma neurótico na histeria sob as perspectivas das clínicas da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica. Para tal, fez-se necessário delimitar o que nesta pesquisa nomeamos por “sintoma neurótico”, tendo em vista que as palavras sintoma e neurose têm significados amplos nos diversos campos teóricos. Realizamos também um percurso histórico sobre a histeria, a fim de extrair elementos que possibilitaram sua constituição como forma clínica passível de tratamento.

2.1.1 O sintoma neurótico

O sintoma tem sido analisado sob diversos aspectos, tanto na medicina e na psiquiatria quanto na psicologia e na psicanálise. Ferreira (2009) compreende sintoma como “qualquer fenômeno de caráter subjetivo provocado no organismo por uma doença, e que, descrito pelo paciente, auxilia, em grau maior ou menor, a estabelecer um diagnóstico” (p. 1854). Em sentido figurado a palavra sintoma também indica sinal, indício, traço. Um sintoma denota que algo não vai bem, que necessita ser tratado. Os tratamentos dados ao sintoma se diferenciam nos diversos campos teóricos. Daí a necessidade de circunscrever o que nomeamos nesta pesquisa como “sintoma neurótico”.

Privilegiamos a pesquisa do sintoma neurótico, ou seja, constituído na neurose. O termo neurose também é abrangente e amplamente utilizado na medicina e na psiquiatria. Sendo assim, delimitamos nossa pesquisa a partir da concepção de neurose proposta por Laplanche e Pontalis (2016). Segundo esses autores, “a extensão do termo neurose tem variado bastante; atualmente tende-se a reservá-lo, quando isolado, para as formas clínicas que podem ser ligadas à neurose obsessiva, à histeria e à neurose fóbica” (p. 296). Nesse sentido a nosografia distingue as neuroses das psicoses, das perversões e das afecções psicossomáticas (Laplanche & Pontalis, 2016).

Pesquisamos aspectos relacionados aos rudimentos da ruptura epistemológica da psicanálise com a medicina e com a psiquiatria. Iniciamos esta pesquisa pelo estudo da histeria. Por que pela histeria? Porque, com Maurano (2010), entendemos que “a histeria é a mãe da psicanálise, seu lugar de origem” (p. 16). Freud, ao trocar as pesquisas laboratoriais pelos atendimentos clínicos em hospitais, interessou-se pela histeria. Ao buscar responder ao enigma da origem e do funcionamento dos sujeitos histéricos Freud “inventa um novo saber, ou um novo método de relação com o saber: a psicanálise” (Maurano, 2010, p. 16). Nessa direção, discorremos sobre alguns aspectos históricos da histeria a fim de compreender como ela foi conceituada e tratada até o final do século XIX. Assim, elucidamos aspectos que nos ajudaram a compreender os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana na instauração e na conceituação da psicanálise.

2.1.2 Histeria: de onde vem isso?

A histeria, enquanto categoria descritiva, foi empregada de diversas maneiras, em períodos históricos e culturais variados. Percorremos aspectos históricos da histeria para compreender suas concepções até o século XX. Demos maior ênfase às concepções de histeria do século XIX, período que antecede os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana com

o saber médico psiquiátrico vigente naquele momento. Utilizamos nesse percurso os livros de Bercherie (1989), Borossa (2005), Maurano (2010), Quinet (2005), Ramadam (1985) e Trillat (1991) e os artigos de Matos e Passos (1996) e de Villari (2001). O livro de Etienne Trillat "História da histeria" (1991) foi o que mais nos forneceu subsídios para esse assunto.

No antigo Egito, há cerca de 2000 anos a.C., prevalecia a ideia de que a matriz (útero) era um organismo vivo, análogo a um animal, dotado de autonomia e possibilidade de deslocamento. Papiros que tratam de medicina foram encontrados e relatam distúrbios somáticos ou do comportamento observados em mulheres (Villari, 2001). Visto que numerosas perturbações eram atribuídas às migrações do útero, a direção do tratamento consistia em fazê-lo descer "atraindo-o para baixo através de agradáveis odores aplicados sobre a vulva e repelindo-o pela inalação de odores desagradáveis" (Trillat, 1991, p. 17).

Na Grécia antiga, destacam-se as formas como Hipócrates (460-377 a.C.) e Platão (428/427-348/347 a.C.) lidavam com a histeria. O termo histeria deriva de útero (*hysteron*). Hipócrates remetia sua etiologia às migrações uterinas (Matos & Passos, 1996). Ele introduziu o qualificativo "histérico" para assinalar um distúrbio ligado ao útero: *globus hystericus*. "O útero inchar-se-ia [. . .] ao modo de um globo que poderia deslocar-se no interior do corpo feminino, produzindo diferentes complicações" (Villari, 2001). Devido à privação de relações sexuais, o útero se dessecaria, perdendo peso e se movimentaria pelo corpo à procura de humidade. Se subia para o hipocôndrio, perturbava a respiração. Se parava na cavidade abdominal, provocava convulsões semelhantes à epilepsia. Se subisse até o coração, causaria ansiedade, opressão e vômitos (Ramadam, 1985). O tratamento preventivo era simples: "para as moças, o casamento; para a mulher casada, o coito para umedecer e manter a matriz em seu lugar; para a viúva, a gravidez" (Trillat, 1991, p. 21).

Platão segue a linha de Hipócrates no que se refere à direção do tratamento, sugerindo a intensificação da atividade sexual. Uma passagem extraída de "Timeu-Crítias" (2011) elucida sua concepção de histeria: "[. . .] aquilo a que nas mulheres se chama 'matriz' ou 'útero', um ser vivo ávido de criação, quando está infrutífero durante muito tempo além da época, torna-se irritado – um estado em que sofre terrivelmente" (p. 209). Ele acreditava que o útero bloqueava as vias de saída do sopro respiratório e provocava doenças de toda espécie.

No século I destacamos alguns personagens que exemplificam a compreensão e o tratamento da histeria. Celso (30 a.C.-38 d.C.), erudito romano, afirmava que a matriz é sujeita a uma doença violenta que provoca quedas. Diferenciava-a da epilepsia por não haver reviravolta dos olhos, espuma na boca e convulsões, mas somente adormecimento profundo (Trillat, 1991). Areteu da Capadócia (120-180), médico romano, retomou a teoria hipocrática

aperfeiçoando-a. Afirmava que a matriz gosta de odores agradáveis e evita os desagradáveis. O tratamento era à base de substâncias odoríferas: odores fétidos nas narinas, para o útero descer, e perfumes suaves na vulva, para atraí-lo (Trillat, 1991). Soranos de Éfeso (98-138), também médico romano, ao escrever "O tratado das doenças da mulher" acrescenta que após a crise de sufocação muitas mulheres "falam como se estivessem delirando" e "se dão conta daquilo que ocorreu com elas". A doença seria causada por abortos, partos prematuros e viuvez prolongada. O tratamento consistia em isolamento, banhos, cataplasmas e, em seguida, passeios, leituras e viagens. Ter relações sexuais não era condição da cura. A histeria para Soranos era ligada principalmente ao desejo de ter filhos (Trillat, 1991).

No século II, Galeno (131-201), anatomista e médico oficial dos imperadores romanos, associava o termo "histeria" à sufocação uterina. Inovou a teoria da causalidade da histeria ao abandonar a ideia de deslocamento do útero. Acreditava que ela era causada pela retenção da semente feminina (semelhante ao esperma masculino). Os estados histéricos seriam provocados pela ausência de escoamento da semente que ocorreria durante o coito. As mulheres privadas de relação sexual seriam as mais afetadas. Abriu-se assim a possibilidade de se pensar na histeria masculina, pois Galeno acreditava que a retenção do esperma provocava torpor, melancolia e distúrbios orgânicos funcionais, que posteriormente serão classificados como hipocondria (Trillat, 1991).

A partir do século III, com a ascensão do cristianismo, a histeria ficou sob o domínio do discurso religioso. Por cerca de mil anos não houve outras formas de compreender a histeria: "Todas as manifestações outrora atribuídas ao útero e suas mazelas são interpretadas como efeitos de alguma intervenção divina ou possessão demoníaca" (Quinet, 2005, p. 93). O exorcismo, por muitas vezes, foi a maneira de lidar com as manifestações histéricas. O desdobramento dessas ideias culminou com a caça às bruxas no período da Inquisição, período em que as histéricas "[. . .] eram castigadas por seu 'extravio' religioso pelos defensores da Inquisição que se lançavam à sua caça" (Matos & Passos, 1996, p. 20). Segundo Maurano (2010), "Martelo das feiticeiras" (1487) foi o manual oficial para a identificação das bruxas que teriam feito pacto com o demônio e que estavam possuídas por ele: "Mandá-las para a fogueira foi o 'tratamento' que a Igreja lhes impôs, valendo-se do poder purificador do fogo, a fim de regenerar suas almas" (Maurano, 2010, p. 20-21). A purificação pelo fogo separava o espírito da carne (mundana), possibilitando que ele retornasse a Deus.

No século XVII a histeria voltou a ter um caráter médico, a partir de novas teorias. Algumas delas eram ligadas às antigas concepções sobre a histeria, enquanto outras

propunham que ela tinha etiologia cerebral. Segundo Trillat (1991), Lange (16??-17??), em seu “Tratado dos vapores” (1689), propunha que os fermentos seminais liberavam os vapores histéricos. Devido ao acúmulo da semente por falta do exercício da sexualidade, se os vapores fossem para o cérebro, provocavam convulsões, delírio e mania. Quando iam para os pulmões produziam asma convulsiva, quando subiam, provocam sufocação e, no coração, causavam pulsação convulsiva e palpitação (Trillat, 1991). Thomas Willis (1621-1675), por sua vez, era adepto da teoria dos espíritos animais, segundo a qual esses espíritos eram “transmitidos ao cérebro via o sangue, após terem fermentado no coração” (Maurano, 2010, p. 21).

Ainda no século XVII Thomas Sydenham (1624-1689) posicionou-se contrário à teoria uterina. Propunha que a histeria tinha sede cerebral. Sua definição de histeria se constituiu como uma negação de definição. Considerou-a uma doença enganadora e o sujeito histérico um burlador. Ele comparou a histeria a um proteu, que toma uma infinidade de formas diferentes, e também a um camaleão, que varia sem fim suas cores. Sobre os sintomas da histeria, ele destacou que, além de muitos e variados, “não seguem nenhuma regra, nem nenhum tipo uniforme, e não são senão um ajuntamento confuso e irregular” (Sydenham apud Trillat, 1991, p. 73).

No século XVIII, Philippe Pinel (1745-1826), alienista e médico do Hospital Salpêtrière, na França, foi o primeiro a libertar os loucos das correntes para tratá-los pela medicina. Ele desconsiderou a tese da sede cerebral da histeria. Retomou as teorias antigas, atribuindo a histeria a uma “continência austera”. Distinguiu-a da ninfomania e a classificou como neurose (Trillat, 1991, p. 115). Em meados do século XIX a histeria já era considerada doença. Segundo Borossa (2005), o quadro clínico central – de sintomas físicos mutáveis sem uma causa orgânica evidente – continuou vigente, entretanto,

> [. . .] o coquetismo, a falsidade, a gesticulação exagerada, as demonstrações impróprias de emoções, os desejos ou as aversões excessivas, o comportamento sexual explícito ou a rejeição ostentosa de relações sexuais tornaram-se parte de uma proliferação de discursos – médicos ou populares – em torno do histérico (p. 14-15).

Wilhelm Griesinger (1817-1868), fundador da psiquiatria alemã, supunha que havia grave comprometimento psíquico na histeria. Nos casos “leves”, observava que os histéricos são de extrema sensibilidade: “a menor crítica os afeta, são facilmente irritáveis, trocam de humor pelo mínimo motivo ou mesmo sem motivo algum...; alguns são mentirosos, ciumentos, desordenados, adoram fazer maldades” (Griesinger apud Quinet, 2005, p. 96). Também considerou os histéricos “seres insuportáveis para o meio em que vivem”. A ele é atribuída a designação da histeria como “doença detestável” (Quinet, 2005, p. 96).

Benedict-Augustin Morel (1809-1873), médico francês, retomou a linha de desqualificação da histeria, proposta por Griesinger. Nessa perspectiva, considerava características peculiares às histéricas as suposições bizarras, falsas, ridículas e injustas:

> Como o amor pela verdade não é uma virtude predominante de seu caráter, elas jamais expõem os fatos dentro da realidade deles e enganam seus maridos, seus pais, seus amigos assim como seus padres confessores e seus médicos (Morel apud Quinet, 2005, p. 96-97).

Já para o alienista francês Charles Lasègue (1816-1883) a histeria não era uma doença como as outras. Não cabia definição para essa doença, uma vez que os sintomas não são constantes, nem semelhantes, nem iguais para que um mesmo tipo possa compreender todas as variedades. Tratava-se, antes, de um fenômeno impalpável e caótico, pois as leis que predominavam nas evoluções patológicas não se aplicavam à histeria (Trillat, 1991).

Em 1890 o médico alienista Jules Falret (1824-1902) destacou os traços do caráter histérico: "versatilidade emotiva, ciclotimia, espírito de contradição sistemático, tendência à mitomania e à mentira, impulsividade, gosto pelo devaneio romanesco, propensões eróticas ou ciumentas, tirania familiar e excentricidades" (Bercherie, 1989, p. 102). Segundo ele, as histéricas "podem chegar à 'loucura raciocinante dos histéricos': ninfomania, ciúme malsão e tirânico, sendo perversas na vingança" (Falret apud Quinet, 2005, p. 97).

O médico francês Paul Briquet (1796-1881) conferiu dignidade à histeria, concebendo-a como uma doença das paixões, a ser levada a sério. A histeria se devia "à existência, na mulher, dos sentimentos mais nobres e mais dignos de admiração, sentimentos que somente ela é capaz de experimentar" (Briquet apud Trillat, 1991, p. 120). As manifestações histéricas seriam a reprodução de cenas e sentimentos vivenciados, a repetição desses atos, aumentados, enfraquecidos ou pervertidos. "Considere-se um sintoma qualquer e reencontrar-se-á sempre seu modelo num dos atos que constituem as manifestações passionais" (Briquet apud Trillat, 1991, p. 121). Por sua vez, James Braid (1795-1860), médico inglês, inventou o termo "hipnose" que substituiria o "magnetismo animal" de Mesmer. Ele observou que a hipnose permitia reproduzir sintomas próprios da histeria e descobriu os efeitos da sugestão no tratamento dos fenômenos histéricos (Trillat, 1991).

Jean-Martin Charcot (1825-1893), neurologista do hospital Salpêtrière, divergiu de Lasègue – para o qual a histeria não era uma doença – ao afirmar que a histeria é uma doença como as outras, porque ela "tem suas leis". Ele foi o primeiro a fazer da histeria uma entidade clínica respeitável. As duas próximas seções desta pesquisa tratarão de Charcot, de sua Grande Histeria e do aprendizado de Freud com esse grande mestre da Salpêtrière.

O médico neurologista francês Hyppolite Bernheim (1837-1919), da Escola de Nancy, foi opositor ferrenho de Charcot. Ele criticava o que acontecia no Hospital Salpêtrière, pois considerava os estudos exibicionistas de Charcot uma “cultura da histeria”. Nesse sentido, as manifestações da histeria eram produto da sugestão, fabricadas artificialmente (Bercherie, 1989). As críticas à Charcot se constituíram críticas à própria histeria. Posteriormente, Joseph Babinski (1857-1933), médico neurologista francês e aluno de Charcot no Hospital Salpêtrière, demoliu o conceito de histeria propondo sua substituição por “pitiatismo”, por entender que a histeria é uma simulação (Bercherie, 1989). Esse termo deu origem ao termo “piti”, usado naquele momento – e por muitos clínicos, ainda hoje – para desqualificar as manifestações histéricas. O pitiatismo era, então, aquilo que é curável pela persuasão: “Para mim não existe nenhum critério que permita distinguir os fenômenos sugeridos dos fenômenos simulados” (Babinski apud Quinet, 2005, p. 99).

Na mesma época, Pierre Janet (1859-1947), filósofo, médico, psicólogo e discípulo de Charcot, teceu críticas a este pelo método neurológico no estudo da histeria e a Berheim pela redução da histeria à sugestão. Propôs a teoria segundo a qual haveria na histeria um “estreitamento da consciência”, sendo que os fenômenos aí encontrados estariam presentes no “subconsciente”, aparecendo durante a hipnose. Janet não explorou o para-além da consciência, apelando para a noção de déficit ou de uma fraqueza na histeria (Quinet, 2005).

Sigmund Freud (1856-1958) foi médico, neurologista e o criador da psicanálise. Ao procurar investigar e responder a pergunta sobre a etiologia da histeria, criou a psicanálise como um novo saber sobre os fenômenos histéricos, diferente de toda concepção de histeria circunscrita pela medicina e pela psiquiatria até o século XIX. Freud já se dedicava ao estudo da histeria juntamente com Breuer. Aproximou-se também da investigação do inconsciente, objeto de estudos de Jean-Martin Charcot e Pierre Janet. Em sua atuação clínica Freud descobriu que os sintomas têm uma significação sexual, apresentam um valor simbólico e expressam a realização de um desejo. Também observou que os sintomas se desfaziam em decorrência do método analítico, no momento em que o inconsciente era tornado consciente. A psicanálise promoveu uma ruptura epistemológica com a medicina e com a psiquiatria de sua época. Na seção 2.6 de nossa pesquisa, intitulada “Os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana”, dissertamos sobre alguns pontos dos rudimentos dessa ruptura.

O século XX foi marcado por dois momentos distintos após a ruptura epistemológica promovida por Freud com a inauguração da psicanálise. No primeiro momento (primeira metade do século), a psicanálise passou a ser considerada a “ciência básica” da psiquiatria. Dois fatores foram preponderantes para tal: a psicobiologia de Adolf Meyer (1866-1950), que

considerava que os eventos da história de vida dos pacientes eram elementos importantes na etiologia dos transtornos mentais, e os excelentes resultados obtidos pelas técnicas psicanalíticas no tratamento de soldados de guerra.

Entretanto, no segundo momento (segunda metade do século), alguns fatores contribuíram para uma mudança de cenário que culminou com e exclusão da psicanálise do discurso psiquiátrico. Dentre eles citamos o percurso histórico de lançamento dos Manuais Diagnósticos de Transtornos Mentais. Em 1952 a Associação Psiquiátrica Americana criou sua própria classificação – o DSM[4]. Na terceira versão do DSM (1980) houve uma reformulação das classificações psiquiátricas que se propunha ser a-teórica, a-histórica e a-doutrinária, deixando de lado as considerações sobre a causalidade psíquica. Nessa direção, os termos "neurose" e "histeria" foram abolidos em detrimento do uso do termo "transtorno". A psiquiatria biológica surgiu assim, como teoria que desconsidera a histeria como forma clínica e concede outro estatuto aos sintomas neuróticos, justificando-os em fundamentações biológicas a serem tratadas exclusivamente com medicamentos. Registramos no Capítulo 3 desta pesquisa o resultado de nossas pesquisas relativas a essas questões.

Situamos o percurso histórico do significado da histeria visando a localizar o estatuto do sintoma neurótico para melhor compreender os rudimentos da ruptura epistemológica da psicanálise com o discurso médico-psiquiátrico no final do século XIX e início do século XX. Observamos que a etiologia da histeria varia de acordo com o *Zeitgeist* de cada época. Extraímos daí uma questão cara à nossa pesquisa: em toda sua história a histeria foi falada, descrita, classificada, criticada e depreciada, mas só com Freud ela foi "escutada". Prosseguimos nossa pesquisa circunscrevendo o modo como Jean-Martin Charcot lidou com a histeria e, posteriormente, o que Freud aprendeu com ele.

2.2 Charcot e a Grande Histeria

A menção ao nome de Jean-Martin Charcot (1825-1893) é o bastante para associá-lo à histeria, à hipnose, ao Hospital Salpêtrière e às origens da psicanálise. É praticamente impossível abordar esses temas sem considerar as relações de Charcot com eles. Por que retornar a Charcot? Porque seus estudos fundamentam nossa compreensão de aspectos relacionados ao sintoma neurótico.

Charcot constituiu a histeria como forma clínica, retirando-a do rótulo de doença inclassificável, possibilitando, assim, nova compreensão dos sintomas neuróticos. O horizonte

---

[4] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

do fenômeno histérico foi ampliado de tal maneira que é indiscutível a contribuição de Charcot para que Freud criasse a psicanálise. A histeria pós Charcot não foi mais a mesma. Se em Babinski lemos sua dissolução e a prevalência dos estudos pela neurologia, em Freud temos sua valorização e a prevalência da constituição psíquica do sintoma.

Charcot nasceu em Paris. Trilhou os caminhos da medicina e se tornou chefe do Hospital Salpêtrière em 1862, onde estudou doenças neurológicas. Era herdeiro do método anatomoclínico – que tem por objetivo verificar a existência de um estado mórbido pelo exame anatômico – e, por meio dele, descreveu a Atrofia Muscular Progressiva (AMP), que posteriormente levaria o nome de Esclerose Lateral Amiotrófica. Por seus trabalhos foi nomeado professor de clínica de doenças nervosas. Em 1881, uma cátedra de Neuropatologia, no Hospital Salpêtrière, foi instituída e confiada a ele. Charcot inaugurou o período científico da histeria. Foi o primeiro a estudar a histeria em laboratório, tanto por meio da hipnose quanto por meio de correntes elétricas. Ele modernizou La Salpêtrière transformando o velho asilo em um hospital mundialmente famoso. "A partir de sua concepção 'neurológica' (e, portanto, considerada científica e séria), possibilitou a generalização da histeria para os dois sexos [. . .]" (Quinet, 2005, p. 80).

Em 1870 Charcot interessou-se pela histeria. Tendo o hospital sofrido uma reorganização em seus setores, Charcot observou que epilépticos e histéricas apresentavam sinais convulsivos idênticos, fato que o instigou. Pelo método anatomoclínico inaugurou um modelo de classificação que distinguia as crises histéricas e epilépticas. Assim, fez da histeria uma doença nervosa e funcional, de origem hereditária e orgânica. Quinet (2005) ressalta que Charcot rompeu com a visita ritual dos médicos aos doentes no leito. Ele fazia-os vir a seu gabinete e os examinava diante de um público de assistentes – médicos e, posteriormente, também leigos. Houve uma mudança técnica que possibilitou Charcot isolar a histeria como forma clínica específica: "Utilizando a hipnose, ele cria e desfaz sintomas dos pacientes para diferenciar a histeria das doenças neurológicas e conferir-lhe o status de uma moléstia específica com suas próprias leis e manifestações" (Quinet, 2005, p. 11).

Charcot estabeleceu uma ruptura com a psiquiatria da época ao definir a Grande Histeria como doença com sintomatologia bem definida e regras precisas: "Esse reparo é importante, porque lhe permite afastar a hipótese de simulação, o grande fantasma da psiquiatria do século XIX" (Garcia-Roza, 2009, p. 32). A existência – ou não – de lesão anatômica relativa a determinados sintomas era extremamente importante para a psiquiatria do século XIX, tendo em vista que a anatomia patológica era a única forma de inclusão da medicina no campo das ciências exatas. Na época de Charcot havia dois grupos de doenças:

as que tinham uma sintomatologia regular e remetiam a lesões orgânicas identificáveis pela anatomia patológica e as neuroses, que eram perturbações sem lesão e com sintomatologia irregular. Inicialmente Charcot acreditava que a histeria seria o correlato orgânico das manifestações histéricas. Posteriormente modificou seu ponto de vista reconhecendo que a histeria escapava às investigações anatômicas.

Bercherie (1989), ao mencionar as contribuições de Charcot para a história da estruturação do saber psiquiátrico, afirmou que ele procurou constituir um "tipo clínico" completo, reunindo a maioria dos sintomas conhecidos, do qual os casos correntes não passariam de "formas frustras" ou mistas. Em sua leitura, o objetivo de Charcot era precisar sintomas típicos "que não pudessem ser confundidos com os de outra doença, e assim pôr termo à concepção da histeria como 'protéia inapreensível' que tudo podia imitar" (p. 158). Bercherie (1989) assinala que a nosografia charcotiana contrastou na histeria: os estigmas permanentes, os acidentes paroxísticos e o estado mental permanente dos histéricos. Dentre os acidentes paroxísticos, a ênfase foi, principalmente, na grande crise histérica com seus quatro períodos:

> [. . .] primeiro período, epileptoide; segundo período, de contorção e movimentos amplos (clownismo); terceiro período, de atitudes passionais; e quarto período, de delírio; a introdução dos fenômenos do "grande hipnotismo" (letargia, sonambulismo e catalepsia) completaria, a seguir, a descrição das crises (p. 149-150).

Na tentativa de se buscar uma sintomatologia regular para a histeria, duas questões se colocavam: se a histeria apresentasse sintomatologia regular, ela seria incluída no campo das doenças neurológicas; caso a sintomatologia fosse irregular, a histeria seria identificada com a loucura. Charcot, utilizando-se da hipnose, passa a comprovar a regularidade do quadro histérico, levando a histeria para ser tratada em hospital (histeria = doença), retirando-a do asilo (histeria = loucura) (Garcia-Roza, 2009).

As apresentações clínicas de Charcot passaram a demonstrar muito mais que a regularidade dos sintomas histéricos. Elas demonstram o "poder" que as histéricas têm sobre o médico. As histéricas passam a oferecer a Charcot muito mais que sintomas, mas a capacidade de promoverem a constituição da especialidade médica: se elas apresentassem um conjunto de sintomas definido e regular, elas constituíam o médico como neurologista; se esses sintomas variavam em número e qualidade, rompendo dessa maneira a regularidade das

crises, o médico era, então, transformado em psiquiatra (Garcia-Roza, 2009). Buscamos em Foucault (1973-1974/2006)[5] os fundamentos dessa assertiva:

> O direito de não ser louco, mas de ser doente é adquirido pelo histérico graças à constância e à regularidade dos seus sintomas. [. . .] o funcionamento neurológico do médico depende do histérico, que de fato lhe fornece seus sintomas regulares; e, nessa medida, o que é oferecido ao psiquiatra é não apenas aquilo que vai garantir seu próprio estatuto de neurologista, mas aquilo que vai garantir ao doente o domínio que ele tem sobre o médico, pois é lhe fornecendo seus sintomas que pode ter uma ascendência sobre ele, já que o consagra assim como médico, e não mais como psiquiatra (p. 404).

Recorremos a Foucault (1973-1974), pois, em nossa leitura, desde Charcot pode-se afirmar que há um saber no sintoma e isso nos será fundamental para diferenciarmos o sintoma na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica. Acreditamos que Freud, ao observar as apresentações clínicas de Charcot, valorizou os sintomas neuróticos de maneira diferente de outros teóricos de sua época. As histéricas ensinaram a Freud muitas coisas sobre a histeria e, dentre elas, que há sempre algo a mais no sintoma neurótico.

2.3 Freud com Charcot e Breuer: o que Freud aprendeu com esses médicos sobre o sintoma neurótico?

Nossas pesquisas apontaram que a clínica da histeria em Freud se constituiu a partir de uma série de fatores históricos, teóricos e clínicos. Delimitamos nesta seção o aprendizado que Freud teve com Charcot e Breuer, no que se refere ao sintoma neurótico e à própria histeria. Extraímos elementos que sustentam tanto o aprendizado de Freud com esses médicos quanto a originalidade da clínica freudiana da histeria.

2.3.1 Freud com Charcot: aprendendo com o mestre da Salpêtrière

Já sinalizamos que Charcot foi um estudioso da histeria, elevando-a a um novo estatuto. Nesse sentido, a relação de Freud com Charcot foi essencial para que Freud mudasse o rumo de suas pesquisas e de sua especialidade médica. A influência de Charcot sobre Freud suscitou desdobramentos que culminaram na ruptura epistemológica freudiana com a medicina e com a psiquiatria vigentes em seu tempo.

Em 1885 Freud ganhou uma bolsa de estudos do Fundo do Jubileu Universitário quando era docente de Neuropatologia na Universidade de Viena. No texto “Relatório sobre

[5] A primeira data indica o ano de publicação original da obra consultada e a segunda data indica a edição consultada pelo autor; que só será pontuada na primeira citação da obra no texto. Nas seguintes será registrada apenas a data de publicação original.

meus estudos em Paris e Berlim" (1956 [1886]/1977)[6], Freud cita dois motivos principais que o levaram a demonstrar seu desejo de realizar os estudos no Hospital Salpêtrière, em Paris: a certeza de encontrar reunido na Salpêtrière um grande acervo de material clínico e, "[. . .] o grande renome de J. M. Charcot, que há dezessete anos vem trabalhando e lecionando em seu hospital" (Freud, v. 1, 1956, p. 35).

Freud estava em busca de "algo novo" em seus estudos. "A escola francesa de neuropatologia [. . .] parecia-me prometer algo diferente e característico por sua maneira de trabalhar" (Freud, v. 1, 1956, p. 35-36). De fato, Freud aprendeu muitas coisas novas a partir do encontro com Charcot. Esse encontro foi fecundo não só pelo aprendizado, mas também pela relação transferencial entre Freud e o mestre da Salpêtrière. As palavras de Freud que fazem menção a Charcot no seu relatório sobre os estudos na Salpêtrière nos demonstram a maneira que Freud foi envolvido por essa relação: "A atração exercida por semelhante personalidade logo me levou a limitar minhas visitas a um único hospital e a buscar o ensinamento de um único homem" (Freud, v. 1, 1956, p. 38).

Freud escreveu um obituário – intitulado "Charcot" – em razão da morte deste, em 1893. A escrita freudiana nesse documento é recheada de elogios ao "grande mestre" da Salpêtrière e de detalhes sobre o legado deixado por Jean-Martin Charcot. Na "Nota do Editor", que precede o obituário, encontra-se a menção de uma carta que o próprio Freud escreveu à sua futura esposa, logo após ter chegado a Paris (em 24 de novembro de 1885):

> Acho que estou mudando muito. Vou dizer-lhe detalhadamente o que me está afetando. Charcot, que é um dos maiores médicos e um homem cujo senso comum tem um toque de gênio, está simplesmente abalando minhas metas e opiniões. Algumas vezes saio de suas aulas como se estivesse saindo de Notre Dame, com uma nova ideia de perfeição (Freud apud Strachey, 1976b, p. 34).

A influência de Charcot sobre Freud foi essencial para que este mudasse seu percurso de investigação; tanto na Salpêtrière quanto no seu retorno à Viena, e por toda a sua vida. Esse encontro é o germe de uma prática que culminaria numa posterior ruptura epistemológica. Strachey (1977) sintetiza a mudança do objeto de estudo freudiano:

> Quando chegou em Paris, o 'interesse eleito' por ele era pela anatomia do sistema nervoso: ao partir, sua mente estava povoada com os problemas da histeria e do hipnotismo. Voltara suas costas à neurologia e se deslocara em direção da psicopatologia (p. 34).

---

[6] A primeira data indica o ano de publicação original da obra consultada, a data entre colchetes refere-se à data da escrita da obra e a última data indica a edição consultada pelo autor; que só serão pontuadas na primeira citação da obra no texto. Nas seguintes será registrada apenas a data de publicação original.

O que Freud aprendeu com Charcot? Quais foram os elementos essenciais que o impulsionaram a mudar o interesse de seus estudos? Quais as questões que contribuíram para que Freud investigasse o sintoma neurótico? Sinalizamos alguns elementos do estágio de Freud com Charcot que contribuíram para a ruptura epistemológica freudiana com a medicina e com a psiquiatria vigentes naquele momento.

Charcot trabalhava com a hipnose, técnica que permitia obter um conjunto de sintomas histéricos bem definido e regular. O impasse era que, nesse sentido, a histeria estaria ligada ao desejo do médico. Charcot desenvolveu a teoria do trauma. Segundo ele, o sistema nervoso possui uma predisposição hereditária que, em decorrência do trauma psíquico, produz um estado hipnótico que torna o indivíduo sujeito à sugestão. "O trauma formaria uma injunção permanente, um estado hipnótico permanente, que poderia ser objetivado corporalmente por uma paralisia, uma cegueira ou qualquer outro tipo de sintoma" (Garzia-Roza, 2009, p. 36). A hipnose seria então uma injunção temporária, enquanto no trauma seria permanente.

À medida que Charcot compreende que o trauma não é físico, mas psíquico, ele passa a solicitar que as pacientes narrem sua história pessoal para localizar o momento traumático responsável pela histeria. Percebemos aqui os rudimentos da primeira direção do tratamento freudiano: a remoção das causas psíquicas dos sintomas histéricos. Garcia-Roza (2009) recupera um fragmento de um artigo que Freud escreveu em 1888 para a Enciclopédia *Villaret*, em que ele propõe a remoção do distúrbio como tratamento da histeria: "Como essas causas são inconscientes para o paciente, o método para eliminar os sintomas consiste em dar ao paciente, sob hipnose, uma sugestão que remova o distúrbio" (Garcia-Roza, 2009, p. 35).

Freud aprende e apreende de Charcot outra concepção do sintoma histérico: não da ordem da lesão anatomopatológica, como na medicina da época, e nem da ordem da loucura, pela irregularidade dos sintomas. Para a constituição da psicanálise Freud leva para Viena, dentre outros aprendizados: a constituição do trauma psíquico (deslocamento da lesão anatômica para o psíquico), a necessidade de ouvir a história do paciente para localizar o acontecimento traumático que originou o distúrbio, a consideração de que a histeria é vinculada à noção de ideias inconscientes que podem ser despertadas e a importância da hipnose como técnica de tratamento.

Para além dessas questões, Freud retornou à Viena às voltas com algo que se passa entre o psíquico e o corpo; questão extraordinária naquele momento histórico. Se até então a anatomopatologia era o único meio da medicina – e, tentando segui-la, a psiquiatria – ser considerada científica, a constituição da histeria como tipo clínico específico e a etiologia psíquica do sintoma configuram um outro corpo: não mais portador de lesões orgânicas, mas

palco da histeria. O corpo, marcado pelas especificidades do sintoma histérico, será investigado por Freud na constituição da psicanálise.

Charcot se preocupava com a nosografia da histeria, não com seu tratamento. Em sua estadia na Salpêtrière Freud mencionou a Charcot que o Dr. Breuer havia tratado de uma paciente – Anna O. – entre 1880 e 1882. Freud informou a Charcot que Breuer havia conseguido penetrar profundamente na causação e no significado dos sintomas histéricos dessa paciente. Entretanto, o mestre da Salpêtrière não achou as informações relevantes às suas pesquisas sobre a histeria: "Mas o grande homem não teve qualquer interesse pelo meu primeiro esboço do assunto, de modo que nunca mais voltei ao mesmo e deixei que fugisse de minha mente" (Freud, v. 20, 1925 [1924]/1976, p. 32).

Coube a Freud se ocupar das causas da histeria. Ele quis investigar o trauma, descobrir suas causas, propor tratamento: quis clinicar! O sintoma neurótico na histeria convocou Freud à clínica. O contato com Charcot fecundou o espírito investigativo de Freud e a histeria passou a ter uma concepção diferente do que tinha até então na história da psiquiatria e da medicina: passou a ter um significado psíquico ao invés de anatômico. Eis aí o cerne do que se constituiria posteriormente uma ruptura epistemológica.

Ao pesquisarmos o aprendizado de Freud na Salpêtrière entendemos que o pai da psicanálise aprendeu – muito – tanto com Jean-Martin Charcot quanto com as histéricas. Freud em vários textos, do início ao fim de sua obra, faz menção às contribuições de Charcot na instituição e no desenvolvimento da psicanálise. Quanto às histéricas, Freud aprendeu com elas até o fim de sua vida.

Avancemos, agora, nos resultados de nossa pesquisa quanto ao que Freud aprendeu com Breuer no que se refere ao sintoma neurótico na histeria.

2.3.2 Freud com Breuer: aprendendo com o amigo vienense

Freud é o pai da psicanálise. Entretanto, os rudimentos da psicanálise só foram possíveis a partir dos estudos de Breuer sobre a histeria, o que leva algumas pessoas ainda hoje a questionarem a paternidade da psicanálise. O próprio Freud pareceu reconhecer o feito de Breuer nas duas primeiras conferências – das cinco que ele realizou – na Clark University, em Massachusetts/EUA (em 1909), publicadas no "*American Journal of Psychology*"[7] no início de 2010 (Freud, 1910 [1909]/1970). Contudo, no texto "A história do movimento psicanalítico" (Freud, 1914a/1974) ele repensa suas afirmações de agradecimento a Breuer feitas na Clark University:

[7] Jornal Americano de Psicologia

> Depois que fiz aquelas conferências, entretanto, alguns amigos bem-intencionados suscitaram em mim uma dúvida: não teria eu, naquela oportunidade, manifestado minha gratidão de uma maneira exagerada? Na opinião deles, devia ter feito o que já estava acostumado a fazer: encarado o "método catártico" de Breuer como um estágio preliminar da psicanálise, e a psicanálise em si como tendo tido início quando deixei de usar a técnica hipnótica e introduzi as associações livres. [. . .]. Como há muito já reconheci que provocar oposição e despertar rancor é o destino inevitável da psicanálise, cheguei à conclusão de que devo ser eu o verdadeiro criador do que lhe é mais característico (v. 14, p. 17).

Josef Breuer (1842-1925) foi um notável médico clínico vienense que se destacava por sua atuação clínica e por suas pesquisas científicas. Ele é um personagem fundamental tanto na fundação da psicanálise quanto na vida de Freud, pois eram amigos e partilhavam interesses médicos em comum. Além de incentivar Freud no início de sua carreira médica, Breuer ajudou-o financeiramente. Ele ensinou a Freud o método catártico para o tratamento da histeria e escreveu com ele a primeira publicação da história da psicanálise, "Estudos sobre a histeria" (Breuer & Freud, 1893-1895/1974). Breuer foi médico de Bertha Pappenheim (1860-1936), que recebeu o pseudônimo de Anna O. e foi o primeiro caso clínico psicanalítico.

Extraímos, nesta pesquisa, aprendizados de Freud advindos de seu contato e de seu trabalho com Breuer, pertinentes à histeria e principalmente ao caso clínico Anna O., para compreender como os trabalhos de Breuer contribuíram para o estatuto do sintoma neurótico na histeria. Não temos a intenção de esgotar o assunto referente a essa parceria.

Não podemos perder de vista as investigações sobre a histeria no momento histórico de produção de Breuer e de Freud. Enquanto eles estudavam a histeria em Viena, Charcot traçava a nosografia da Grande Histeria na França, em um momento em que a histeria era uma patologia de difícil descrição por soar como simulação. Quando Freud retorna dos estudos com Charcot, ele retoma as conversas com Breuer, pois se interessa não apenas pela remoção dos sintomas, mas pela identificação da causa deles.

Os "Estudos sobre a histeria" (Breuer & Freud,1893-1895) registram as concepções de sintoma e direção do tratamento que nos interessam nesta pesquisa. Nesse texto os autores sinalizam que a relação causal entre o trauma psíquico determinante e o fenômeno histérico é dinâmica. Em outras palavras, o trauma não é um simples acontecimento que gera um sintoma e este passa a ter existência independente. Eles presumem que a lembrança do trauma atua "como um corpo estranho que muito depois de sua entrada deve continuar a ser considerado como um agente que ainda se acha em ação" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 46). A partir dessa questão esses autores sinalizaram suas descobertas clínicas:

> [. . .] **cada sintoma histérico individual desaparecia imediata e permanentemente quando conseguíamos evocar, nitidamente, a lembrança do fato que o provocou e despertar a emoção que o acompanhava, e quando o paciente havia descrito aquele fato com os maiores detalhes possíveis e traduzira a emoção em palavras** (v. 2, p. 47, destaque dos autores).

Essa direção do tratamento ficou conhecida como "método catártico". Esse método foi criado por Breuer, entre 1880 e 1885, período em que a terapia psicanalítica se definia por tratamento que se utilizava da hipnose. Freud o aprendeu e começou a utilizá-lo com seus pacientes. Laplanche e Pontalis (2016) definem o método catártico como método de psicoterapia no qual "o efeito terapêutico visado é uma 'purgação' (*catharsis*), uma descarga adequada dos afetos patogênicos. O tratamento permite ao sujeito evocar e até reviver os acontecimentos traumáticos a que esses afetos estão ligados, e ab-reagi-los" (p. 60).

Breuer e Freud compreenderam que "os histéricos sofrem principalmente de reminiscências" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 48). Eles entenderam que o esmaecimento ou a perda de uma emoção dependia de vários fatores e, assim, era essencial localizar se houve uma reação energética ao fato que provocou uma emoção. Se a reação foi reprimida, a emoção permaneceu vinculada à lembrança. Nesse sentido, "a reação da pessoa agravada em relação ao trauma somente exerce um efeito inteiramente 'catártico' se for uma reação adequada" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 49). Nessa direção, a linguagem serve de substituto para a ação de maneira que ela permite que a emoção possa ser "ab-reagida" quase com a mesma eficácia. Buscamos definição do conceito de "ab-reação" proposto por Laplanche e Pontalis (2016), visto ser esse um conceito fundamental à criação da psicanálise. Esses autores conceituam a ab-reação como: "Descarga emocional pela qual um sujeito se liberta do afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo assim que ele não se torne ou não continue sendo patogênico" (p. 1).

Notamos que Breuer e Freud estão interessados pelo modo como o sujeito reagiu a um determinado acontecimento. Tal reação pode se dar por reflexos voluntários ou involuntários. Pode ser por lágrimas, grito, vingança ou outras diversas formas. Se a reação for suficientemente importante – devidamente vinculada à recordação do acontecimento traumático – grande parte do afeto ligado ao acontecimento desaparece. Se ela não for suficiente, ou seja, se for reprimida, o afeto se conserva ligado à recordação podendo se constituir uma forma patogênica, ou seja, sintomática.

Breuer e Freud (1893-1895) afirmam que a ab-reação não é o único meio de uma pessoa lidar com um trauma psíquico. Assim, uma lembrança de um trauma não ab-reagido pode entrar no complexo de associações e em confronto com outras experiências que podem

contradizê-la, ficando assim sujeita a uma retificação por outras ideias. Contudo, as lembranças determinantes de manifestações histéricas persistem por longo tempo, com surpreendente vigor e com o seu colorido afetivo preservado. Todavia, elas não se acham à disposição do paciente. Pelo contrário:

> [. . .] **essas experiências estão inteiramente ausentes da lembrança dos pacientes quando num estado psíquico normal, ou presentes apenas numa forma bastante sumária.** Somente quando o paciente é inquirido sob hipnose, é que essas lembranças emergem com a vivacidade inalterada de um fato recente (v. 2, p. 50, destaque dos autores).

As experiências ausentes da lembrança dos pacientes são entendidas por Breuer e por Freud como traumas não ab-reagidos. Eles apresentam dois grupos de condições sob as quais a reação ao trauma deixa de ocorrer: no primeiro grupo estão os casos nos quais os pacientes não reagiram a um trauma psíquico porque a natureza do trauma excluía uma reação. São coisas aflitivas que, sob hipnose, eram as bases das manifestações histéricas. O segundo grupo é determinado não pelo conteúdo das lembranças, mas pelos estados psíquicos nos quais o paciente vivenciou as experiências, ideias que não são por si mesmas significativas, mas que persistiram por se originarem durante a prevalência de emoções paralisantes:

> **Pode-se, portanto, dizer que as ideias que se tornaram patológicas persistiram com tanto vigor emocional porque lhes foram negados os processos de desgaste normais por meio de ab-reação e reprodução em estados de associação não inibida** (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 52, destaque dos autores).

Se para a psiquiatria do final do século XIX a histeria era indefinida, e considerada simulação, para Charcot ela se tornou uma forma clínica. Para Breuer e Freud, entretanto, ela se constituiu forma clínica caracterizada por fenômenos que acontecem fora do âmbito da consciência; fenômenos investigáveis, passíveis de modificação e tratáveis pela palavra. O estigma de simulação perdeu seu efeito, pois há algo que o paciente não sabe, que escapa de sua consciência. Freud vislumbrou nesse ponto algo que posteriormente conceituará "inconsciente". Breuer e Freud (1893-1895) sintetizam o efeito curativo do método psicoterapêutico de tratamento da histeria:

> **Elimina a eficácia (patogênica) da ideia que não fora abreagida [sic], por ocasião da experiência traumática, permitindo que sua emoção estrangulada encontre uma saída através da fala; e submete essa ideia à correção associativa, introduzindo-a na consciência normal (sob a hipnose leve) ou eliminando-a por sugestão do médico** [. . .] (v. 2, p. 58, destaque dos autores).

Freud também aprendeu com Breuer questões referentes ao fenômeno da "dupla-consciência", inerente à histeria. Essa expressão, por vezes, aparece nos escritos de Freud e de Breuer na expressão francesa *double conscience*. Breuer considera que existem estados anormais da consciência nos quais surgem as ideias patogênicas e que a lembrança do trauma psíquico não se encontra na recordação normal do paciente, mas em sua memória, sendo possível o acesso pela hipnose. Segundo Breuer e Freud (1893-1895),

> Quanto mais nos ocupamos dessas manifestações, mais nos tornamos convencidos de que **a divisão da consciência, que é tão marcante nos casos clássicos conhecidos sob a forma de '*double conscience*', se acha presente num grau rudimentar em toda a histeria, e que a tendência para tal dissociação, e com ela o surgimento de estados anormais de consciência (que reuniremos sob a designação de 'hipnoides'), constitui a manifestação básica desta neurose** (v. 2, p. 53, destaque dos autores).

A dupla-consciência só pôde encontrar embasamento na existência e conceituação dos "estados hipnoides". Esse conceito foi introduzido por Breuer. Laplanche e Pontalis (2016) o definem como um estado de consciência semelhante ao criado pela hipnose, no qual os conteúdos da consciência não têm ligação associativa com o restante da vida mental, formando grupos de associações separados. Para Breuer, o estado hipnoide, ainda que separado, é carregado de afeto e suscetível a outros grupos que aparecem em estados análogos:

> Assim se constitui uma clivagem no seio da vida mental, particularmente manifesta nos casos de desdobramento da personalidade, em que se ilustra a dissociação do psiquismo em consciente e inconsciente (Laplanche & Pontalis, 2016, p. 161).

Breuer viu no estado hipnoide a condição fundamental da histeria.

O caso clínico que deu origem aos "Estudos sobre a histeria" (Breuer & Freud, 1893-1895) foi o tratamento de Anna O., entre 1880 e 1882. Naquele momento, Breuer se destacava na medicina e também por suas realizações científicas, enquanto Freud estava ainda se habilitando como médico. O tratamento terminou no início de junho de 1882 e em novembro Breuer relatou a história a Freud, que ficou muito impressionado.

Freud não atendeu Anna O., mas aprendeu muito com a condução clínica de Breuer nesse caso. Foi a partir da experiência de Breuer no tratamento de Anna O. que Freud iniciou seus atendimentos pela hipnose, utilizando-se do método catártico. Freud também aprendeu questões relacionadas à dupla-consciência na histeria e sobre a importância da narrativa dos pacientes para localização do trauma, a fim de possibilitar a ab-reação dos sintomas. Foi Anna O. quem batizou o método utilizado por Breuer de *talking cure* (cura pela palavra) e se referia

ao mesmo, em tom de brincadeira, como *chimney-sweeping* (limpeza de chaminé), o que alertou Freud sobre a importância da palavra no surgimento da psicanálise.

Entretanto, os passos de Freud e de Breuer começaram a tomar trajetórias diferentes. Sinalizamos aqui dois pontos importantes que contribuíram para a nossa discussão sobre a ruptura epistemológica freudiana e sobre o significado de sintoma na histeria, para a psicanálise. Esses dois pontos foram mencionados por Freud no texto "A história do movimento psicanalítico" (1914a). O primeiro ponto se refere à divergência teórica com Breuer no que diz respeito aos estados hipnoides. Freud considera que Breuer deu preferência a uma teoria que se poderia dizer fisiológica, em que este tentava explicar a divisão mental na histeria pela ausência de comunicação entre vários estados mentais de consciência. Na teoria breueriana, os produtos dos estados hipnoides se supunham penetrar na "consciência desperta" como corpos estranhos não assimilados (Freud, 1914a). Freud tem outra posição, constituindo assim uma ruptura com o próprio Breuer:

> Eu via a questão de forma menos científica; parecia discernir por toda parte tendências e motivos análogos aos da vida cotidiana, e encarava a própria divisão psíquica como o efeito de um processo de repulsão que naquela época denominei de "defesa", e depois de "repressão". Fiz uma tentativa efêmera de permitir que os dois mecanismos existissem lado a lado separados um do outro, mas como a observação me mostrava sempre uma única e mesma coisa, dentro de pouco tempo minha teoria da "defesa" passou a se opor à teoria "hipnoide" de Breuer (Freud, v. 14, 1914a, p. 20).

Freud passa a valorizar as questões psíquicas em detrimento de seu interesse inicial pela fisiologia. A clínica da histeria elucida a Freud questões psíquicas que não haviam sido consideradas pela psiquiatria. O significado do sintoma histérico que até então era de ordem mental, justificado por lesões anatomopatológicas, afecções e desordens mentais, é, a partir da psicanálise, entendido como fundamentalmente psíquico. A compreensão da defesa psíquica na vida mental dos pacientes configurou-se como ruptura epistemológica com as concepções de Breuer e possibilitou outro estatuto para o sintoma neurótico na histeria.

O outro ponto de divergência mencionado por Freud em "A história do movimento psicanalítico" (1914a) – e a principal divergência entre Breuer e Freud – diz respeito ao papel desempenhado pelos impulsos sexuais na etiologia da histeria. Nesse texto, Freud expõe questões ligadas ao fato de Breuer ter omitido informações relacionadas à sexualidade da paciente Anna O., quando ele contou a Freud sua condução clínica naquele tratamento. Numa releitura daquele caso, Freud identifica elementos da etiologia sexual dos sintomas não percebidos por Breuer. Também não mencionou a ligação intensa de afeto estabelecida entre eles; fato que culminou com o afastamento de Breuer do caso, como maneira de evitar

problemas em seu casamento. Esses fatos foram importantes para Freud desenvolver a teoria da transferência e reconhecer, numa releitura do tratamento de Anna O., questões relacionadas à etiologia sexual dos sintomas dessa paciente. No trecho a seguir, destaca-se a percepção freudiana da etiologia sexual dos sintomas e a maneira pela qual Freud se debruça sobre essa investigação:

> De início não percebi a natureza peculiar do que descobrira. Sem hesitar, sacrifiquei minha crescente popularidade como médico, e restringi o número de clientes nas minhas horas de consulta, para poder proceder a uma investigação sistemática dos fatores sexuais em jogo na causação das neuroses de meus pacientes; e isso me trouxe um grande número de fatos novos que finalmente confirmavam minha convicção quanto à importância prática do fator sexual (Freud, v. 14, 1914a, p. 31).

Outro acontecimento histórico que elucida a ruptura epistemológica de Freud com Breuer, em razão da etiologia sexual dos sintomas, foi extraído de uma correspondência de Freud a Fliess. Nessa carta, Freud percebe Breuer como um homem inseguro em suas conclusões. Masson (1986) nos apresenta um fragmento dessa correspondência (Carta 35, de 08 de novembro de 1895) – no livro "A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904":

> Sinto agora um vazio. Recentemente, no Colégio de Medicina, Breuer fez um grande discurso em homenagem a mim e se apresentou como um adepto **convertido** da etiologia sexual. Quando lhe agradeci por isso em particular, ele estragou meu prazer, dizendo: "Mas, ainda assim, não acredito nela". Você entende isso? Eu, não. (Freud apud Masson, 1986, p. 152, destaque do autor).

As divergências teóricas aqui comentadas nos auxiliam na compreensão dos rudimentos da ruptura epistemológica freudiana já sinalizados na própria ruptura com Breuer. O rompimento epistemológico freudiano só foi possível porque Freud se dispôs a aprender: com Charcot, com as histéricas da Salpêtrière, com Breuer, com Anna O. e com suas pacientes histéricas, transformando esse aprendizado no que viria a ser chamado posteriormente de ruptura epistemológica freudiana.

2.4 A inserção da medicina e da psiquiatria no método científico: terreno fértil para a criação da psicanálise

Após pesquisarmos questões pertinentes ao modo como a histeria foi tratada até o final do século XIX, e sinalizarmos alguns elementos que possibilitaram a ruptura epistemológica freudiana a partir do que o pai da psicanálise apreendeu com Breuer e com Charcot, circunscrevemos elementos pertinentes à ruptura epistemológica da psicanálise com a medicina e com a psiquiatria do final do século XIX.

Utilizamos o termo ruptura porque a criação da psicanálise estabelece um corte epistemológico, ou seja, uma maneira de pensar as patologias de forma diferente do que se tinha constituído na medicina e na psiquiatria até aquele momento. O fundamento da psicanálise estabelece uma quebra de paradigma que se desdobrou em importantes questões clínicas, filosóficas e sociais, modificando diversas áreas do conhecimento, de forma que o mundo não foi o mesmo após sua criação.

Abordamos questões pertinentes aos rudimentos da ruptura epistemológica com a psiquiatria. Entretanto, nossas pesquisas constataram que a história da psiquiatria não se desvincula da história da medicina na constituição do método científico. A psiquiatria em seu caráter científico surge com Philippe Pinel (1745-1826). Atrelada à medicina, a estruturação do saber psiquiátrico comporta proximidade tal com o saber médico que a psiquiatria passou a ser considerada como especialidade médica. Dessa forma, circunscrevemos pontos convergentes entre o saber médico e o saber psiquiátrico para posteriormente discorrermos sobre o modo como a medicina e a psiquiatria, ao se estabelecerem como disciplinas científicas, se tornaram terreno fértil para a criação da psicanálise. Elucidamos questões relativas ao modo como o sintoma é compreendido nesses campos de saber.

2.4.1 A medicina científica: método clínico, método anatomoclínico e a primazia da razão

Estima-se que a medicina tenha surgido há mais de três milênios. É um campo de conhecimento vasto, com história riquíssima. Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.) é considerado o pai da medicina por ter promovido um corte entre a medicina e as concepções mitológicas e religiosas, tornando-se o precursor do pensamento científico. Ele procurava avaliar detalhes das doenças dos pacientes para chegar a um diagnóstico.

Entretanto, a introdução da medicina no método científico demorou séculos para se estabelecer. Barreto (2017) afirma que o ingresso da medicina no método científico teve início na segunda metade do século XVIII e foi concluída na primeira metade do século XX. Tal estabelecimento foi dinâmico e progressivo, o que proporcionou que a medicina fosse estabelecendo um corpo de saber mais consistente. A partir de nossas pesquisas, selecionamos dois teóricos que contribuíram conosco na elucidação do estabelecimento da psiquiatria e da medicina no método científico: o psiquiatra francês Pinel, já citado nesta pesquisa, e o anatomista e fisiologista francês Marie François Xavier Bichat (1771-1802).

2.4.1.1 Philippe Pinel e o método clínico

Retomar os rudimentos da prática psiquiátrica foi importante para a compreensão do significado do sintoma no surgimento desse campo de saber. A partir dos séculos XVII e XVIII foram criados mosteiros, hospitais e hospícios que se tornaram célebres tanto por serem refúgio de doentes quanto por possibilitarem o início do trato científico dos doentes mentais. São exemplos clássicos os hospitais franceses Bicêtre, Salpêtrière e Charenton. Houve, nessa época, nova consciência dos problemas psiquiátricos e empenho para que doentes mentais fossem abrigados e tratados.

O interesse pelo estudo científico da psiquiatria e a preocupação com bem-estar e proteção dos doentes mentais proporcionaram terreno fecundo para uma reforma psiquiátrica. Em setembro de 1793, Pinel foi nomeado médico do Hospital de Bicêtre. Seu clássico gesto de romper os grilhões e outras formas de contenção dos loucos inaugurou, do ponto de vista humanístico e científico, o início da psiquiatria como ciência. Pinel é conhecido como "pai da psiquiatria". Sua principal obra foi o "*Traité Philosophique sur l'Aliénation Mentale*" (1801)[8], obra inaugural da psiquiatria. Nele, Pinel advoga o tratamento humano do doente mental, visando a transformar a atitude brutal e repressiva aplicada aos doentes mentais em uma atitude compreensiva (tratamento moral). Esse método foi aplicado inicialmente no Hospital de Bicêtre e, dois anos depois, na Clínica de Salpêtrière. Pesquisar o surgimento da prática psiquiátrica foi essencial para compreender as direções de tratamento dos primeiros alienistas.

No século XIX iniciou-se a psiquiatria clínica, buscando os fatores etiológicos da doença mental, pela observação dos pacientes, e propondo métodos terapêuticos que suprimissem o sofrimento deles. Todavia, no livro "Doença mental e psicologia", Foucault (1975) faz outra leitura do gesto humanitário de Pinel, entendendo que é a partir daí que a loucura passa a ser tratada como doença. Ao definir loucura como "doença" e "erro" – no sentido moral – Pinel teria encerrado o louco num discurso médico e moralista:

> O que se descobre na qualidade de "psicologia" da loucura é apenas o resultado das operações com as quais se a investiu. Toda esta psicologia não existiria sem o sadismo moralizador no qual a "filantropia" do século XIX enclausurou-a, sob os modos hipócritas de uma "liberação" (p. 58-59).

Foucault (1975) assinala que houve um investimento na loucura para separá-la de outros fenômenos que se apresentavam nos hospitais e asilos no século XIX. A loucura, que até então convivia bem com o cenário social, foi separada para ser estudada e tratada como

[8] "Tratado Filosófico sobre Alienação Mental" (1801).

doença. Subsequentemente, o louco passou a ser categorizado como doente mental, portanto, paciente a ser tratado. Notamos que a psiquiatria, em sua vertente clínica, surge sinalizando relações de poder e saber. Pinel detém, naquele momento, o saber sobre a loucura. Consequentemente, as terapêuticas criadas propõem que os doentes e loucos não possuem saber. Estão "errados" em seus juízos e precisam de uma intervenção do psiquiatra – naquele momento chamado alienista – para "melhorarem" ou serem "curados".

Pinel foi o principal artífice das bases epistemológicas da clínica ao estruturá-la como método (análise), experiência (olhar) e linguagem (signo), formalizando assim o método clínico (Barreto, 2010). Ele herdou a concepção nominalista de Condillac, que criticava a realidade substancial dos seres abstratos e gerais: "[. . .] tudo o que se pode construir acima dos seres singulares não é nada mais que nomes" (Barreto, 2017, p. 30). Nessa perspectiva, "todos os sintomas poderiam se tornar signos, todas as manifestações patológicas falariam uma linguagem clara e ordenada" (Foucault, 1977, p. 107). Dessa forma, Pinel se dedicava a agrupar os fenômenos percebidos e a classificá-los em função de suas analogias e diferenças, constituindo classes, gêneros e espécies. Barreto (1999) lembra que, ao introduzir o método da análise, Pinel estruturou a clínica: "experiência que privilegia o olhar que observa e que procura traduzir o visível no enunciável" (p. 102). A clínica se configurou como um caminho de observação consciente e sistemático, que resultou em sua célebre "Nosografia".

Pinel concebia a loucura como "desarranjo das faculdades cerebrais", tendo como hipóteses para tal o distúrbio funcional do Sistema Nervoso Central (SNC), a hereditariedade e as causas morais (paixões intensas e muito contrariadas ou prolongadas, excessos de todos os tipos, irregularidades dos costumes e dos hábitos de vida e educação perniciosa, por brandura ou dureza excessivas) (Bercherie, 1989).

A direção do tratamento pineliana enfatizava o tratamento moral, uma vez que ele considerava as causas morais como as mais numerosas e mais importantes na produção da alienação mental. O significado do sintoma psiquiátrico em Pinel era da ordem da moralidade. Para ele, os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações e, modificando-as pelas paixões e pela afetividade, modificava-se o estado mental. O isolamento era necessário para retirar o alienado de suas percepções habituais, que haviam gerado a doença, e para controlar suas condições de vida. Bercherie (1989) nos fornece uma síntese da proposta de tratamento pineliana que elucida a direção do tratamento moral aplicado ao alienado, correspondente à hipótese etiológica circunscrita no princípio da psiquiatria clínica:

> Ali, ele era submetido a uma disciplina severa e paternal, num mundo inteiramente regido pela lei médica. Pela ação dosada de ameaças, recompensas e consolações, e pela demonstração simultânea de uma grande solicitude e de uma grande firmeza, era progressivamente assujeitado à tutela médica e à lei coletiva da instituição, ao "trabalho mecânico" e ao policiamento interno que a regiam (p. 42).

Destacamos a primazia da razão, da clínica de Pinel, para pensar os desdobramentos dessa primazia que possibilitaram, posteriormente, a ruptura epistemológica freudiana. A razão é soberana por parte do alienista. O paciente não é portador de saber. Há uma lógica teórica e intervenções práticas que desqualificam a possibilidade de levar em consideração o saber do sujeito sobre seu sofrimento e isso sinaliza questões essenciais para abordarmos em breve as peculiaridades do modo de clinicar freudiano que possibilitou a criação da psicanálise. Ademais, como nosso intuito também é pesquisar questões pertinentes à prática da psiquiatria biológica, indagamos: há espaço para se considerar o saber do paciente nessa clínica? O determinismo biológico não desvaloriza (ou exclui) essa possibilidade?

E como o sintoma era compreendido? Verificamos que o sintoma psiquiátrico, a partir de Pinel, tem um significado cambiante entre sua circunscrição no corpo (distúrbios funcionais e hereditariedade) e as causas morais, contingências de vida e comportamento dos indivíduos. De antemão essas questões já nos colocam a pensar a atuação das origens da psiquiatria, bem como da psiquiatria biológica na contemporaneidade. Ainda hoje, haveria um reducionismo na consideração dos sintomas neuróticos determinados por fatores biológicos e por disfunções cerebrais? Essas questões foram abordadas no Capítulo 3 desta pesquisa. São questões complexas, que não podem ser respondidas de maneira reducionista. Nossa pesquisa possibilitou a problematização dessas e de outras questões da clínica contemporânea. Avancemos para a compreensão do método anatomoclínico, que suplantou o método clínico de Pinel e serviu de base para que a medicina se tornasse, de fato, científica.

2.4.1.2 Marie François Xavier Bichat e o método anatomoclínico

Bichat foi um anatomista e fisiologista francês; um dos fundadores da anatomia patológica. Suas descobertas suplantaram o método clínico de Pinel. Entretanto, ele caminhou em outra direção. Enraizou a epistemologia clínica na anatomia patológica constituindo assim o método anatomoclínico. Seu método seria amplamente hegemônico na medicina científica. Permaneceu fiel ao método de análise, mas conferiu prestígio ao olhar. "O olho de Bichat é um olho de clínico, porque concede um absoluto privilégio epistemológico ao **olhar de superfície**" (Foucault, 1977, p. 147, destaque do autor).

Por se fundar na anatomia patológica, Bichat se diferencia de Pinel ao estabelecer um fundamento objetivo e real da descrição das doenças. Passou da análise nominalista, que se apoiava em palavras e em percepções passíveis de serem transcritas, para uma percepção de análises reais concebidas em estatuto de discurso (Foucault, 1977). Foi a partir de Bichat que começaram a abrir cadáveres para o estudo da anatomia dos tecidos, o que possibilitou melhor compreensão das patologias. Barreto (1999) discorreu sobre essa questão:

> "Abram alguns cadáveres" – foi a exortação de Bichat aos médicos de sua época. Foi possível a transformação porque soube reconhecer o cadáver no estatuto de fenômeno real e de texto; objeto de análise e livro aberto à leitura dos processos da vida, da doença e da morte. Somente então nossa cultura enunciou o primeiro discurso científico sobre o indivíduo (p. 104).

As contribuições de Bichat enfatizam o significado do sintoma engendrado no corpo de maneira mais radical que Pinel. A abertura dos cadáveres e o exame minucioso dos tecidos possibilitou que muitas patologias fossem descobertas, estudadas e compreendidas. O cadáver, como "texto a ser lido", ensinou muitos médicos. No entanto, a racionalidade científica, centrada na lógica anatomista, exigia cada vez mais a exclusão da subjetividade – tanto do médico quanto do paciente. Cadáveres não falam; portanto, o médico é quem observa, estuda, compreende e tem a razão. Essas questões não podem ser lidas de maneira simplista, mas, aproveitamos a oportunidade para sinalizar esse ponto de singular importância para a criação da psicanálise: Freud deixou que o paciente falasse, com todas as consequências que isso traria para sua clínica. Discorreremos sobre esse ponto específico, com o aprofundamento que merece, na seção 2.6 desta pesquisa, intitulada "Os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana".

O ingresso da medicina no método científico foi gradual. Barreto (2017) afirma que outro capítulo importante para o estabelecimento da racionalidade científica foi o estabelecimento das bases fisiológicas. Ele cita como principais contribuições os estudos do médico e fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878), sobre as constantes do meio interno, e do fisiologista e médico estadunidense Walter Bradford Cannon (1871-1945), sobre o conceito de homeostasia. Apesar da complexidade dos conceitos de "normal" e "patológico" enunciados por esses teóricos, Barreto (2017) afirma que "[. . .] **a introdução da medicina no método científico se realizou a partir da consideração do normal e do patológico em sólidas bases biológicas, ou seja, clínicas, anatômicas e fisiológicas**" (p. 32, destaque do autor).

O significado do sintoma para a medicina se sustenta exclusivamente em bases biológicas. Sinalizamos alguns desdobramentos dessas questões na clínica contemporânea: o

discurso generalista, a tecnificação da prática médica (os médicos passam a ser técnicos específicos de “uma parte do corpo”), a exclusão da subjetividade, a desconsideração da fala, da narrativa e do saber do paciente sobre seu próprio adoecimento e sofrimento.

Em nossas pesquisas concluímos que o predomínio da razão e a etiologia do sintoma estritamente demarcada no corpo não se sustentaram de maneira hegemônica, tendo em vista que a obra freudiana subverteu esse cenário. Freud percebeu que a razão não tem a supremacia almejada pelo ideal iluminista – haja vista a descoberta do inconsciente. Ele descobriu que os sintomas, apesar de se manifestarem no corpo, têm sua constituição no psiquismo, o que desembocou no fundamento da psicanálise e na modificação radical da clínica, no século XX.

Passaremos agora à pesquisa da psiquiatria, especialmente em seus desdobramentos teóricos a partir da sedimentação do método clínico e do método anatomoclínico.

2.4.2 A psiquiatria na era científica: avanços e (im)possibilidades

Discorremos sobre elementos do processo de introdução da medicina no método científico. O fizemos também com a psiquiatria. Nosso recorte partiu dos desdobramentos do método clínico e do método anatomoclínico, abordados na seção anterior, uma vez que, em se tratando de estruturação do saber psiquiátrico, diversas leituras já foram realizadas. Ademais, interessa-nos extrair desta pesquisa questões pertinentes ao sintoma, à racionalidade científica, aos pontos em que é possível fazer uma leitura dos rudimentos da ruptura epistemológica freudiana na criação da psicanálise e suas consequências teórico-clínicas.

Pinel é o pai da psiquiatria, mas por que foi incluído, nesta pesquisa, na seção sobre medicina? Pela criação do método clínico. Pinel era médico e fundou a psiquiatria. Os saberes médico e psiquiátrico estão imbricados na história. Barreto (2017) acredita que Pinel não é tão considerado pela medicina devido a seu método clínico ter sido suplantado pelo método anatomoclínico. Entretanto, seu método não desapareceu. O psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) foi discípulo de Pinel e herdou dele a posição funcionalista, a nosologia e a ênfase nas causas morais e no tratamento moral. Esquirol, por sua vez, teve vários discípulos que contribuíram para a estruturação do saber psiquiátrico.

Em 1822 o médico francês Antoine Laurent Bayle (1799-1858) apresentou uma tese que provocaria significativos desdobramentos nos saberes médico e psiquiátrico. Nessa tese, descreveu uma forma de alienação mental acompanhada de perturbações motoras e que evoluía em três fases: 1. Delírio monomaníaco com exaltação; 2. Delírio maníaco geral; e 3. Demência com amnésia (Bercherie, 1989). Em 1826 publicou seu “Tratado das Doenças do

Cérebro” totalmente dedicado à paralisia geral. Registramos a seguir a descoberta de Bayle nas palavras de Bercherie (1989).

> [. . .] o que Bayle efetivamente descreveu, e pela primeira vez na história da psiquiatria, foi uma entidade mórbida que se apresentava como um processo sequencial, desenrolando no tempo diversos quadros clínicos sucessivos que alguns pequenos sinais diferenciavam de outros quadros semelhantes, associando sinais psíquicos e físicos simultâneos e repousando numa base anatomopatológica unívoca (p. 87).

Esquirol e seus discípulos criticaram as descobertas de Bayle, pois o critério era clínico-evolutivo, ou seja, a doença foi considerada num processo diacrônico, em que as categorias pinel-esquirolianas eram apenas subelementos. Ademais, o critério era anatomoclínico – relacionava o quadro clínico com substrato anatômico (Barreto, 2017).

Os desdobramentos dessa descoberta chegaram a Wilhelm Griesinger (1817-1868), neurologista e psiquiatra alemão – que veio a se tornar o pai da psiquiatria alemã. Publicou em 1843 o “Tratado das Doenças Mentais”, considerado o primeiro verdadeiro tratado de psiquiatria por superar, em qualidade, os já publicados. Griesinger foi considerado o primeiro dos organicistas. É dele a célebre frase: “Devemos ver sempre nas doenças mentais, antes de mais nada, uma afecção do cérebro” (Bercherie, 1989, p. 72). Assumiu, assim, uma posição anatomista radical que posteriormente modificou toda a psiquiatria. Após a morte de Esquirol toda a psiquiatria se tornou anatomista: “Para ser mais preciso: toda a psiquiatria clássica, tendo como paradigma a paralisia geral, passa a sonhar com a inserção da psiquiatria no método anatomoclínico próprio da medicina” (Barreto, 2017, p. 38).

Nos perguntamos se esse sonho da psiquiatria – de inserção no método anatomoclínico, próprio da medicina – se restringe àquele momento histórico. Nossas pesquisas apontam que o sonho permanece. A psiquiatria biológica, por exemplo, é questionada – por diversas áreas do conhecimento – na atualidade por sustentar prerrogativas parecidas com a dos anatomistas, porém, localizando os sintomas nas funções/disfunções cerebrais. Esses postulados, por vezes, correm o risco de desconsiderar outras possibilidades de compreensão dos sintomas. Barreto (2017) sintetiza o ideal da psiquiatria organicista:

> [. . .] uma doença mental com quadro clínico bem definido, ao qual correspondem estruturas anatomopatológicas bem determinadas, causadas por agente etiológico bem conhecido e que tem tratamento específico, eficaz e inócuo! (Barreto, 2017, p. 38).

Retomando o ideal de Griesinger, de uma psiquiatria inscrita especificamente no método anatomoclínico, percebe-se que essa ambição não se realizou por não apresentar demonstrações consistentes. O ideal de Griesinger passou a ser, por muito tempo, o ideal da

psiquiatria. Barreto (1999), ao afirmar que a psiquiatria nunca conseguiu se inserir no método anatomoclínico – pertinente à medicina – relembra que os psiquiatras clássicos acreditavam que essa possibilidade dependeria do avanço científico. Entretanto, “Karl Jaspers desfez de forma categórica tal equívoco, demonstrando que, mesmo com todo o progresso da ciência, a psiquiatria jamais será redutível à medicina, dada a natureza de seu objeto” (p. 106).

Em outro momento, Barreto (2017) comenta que “ironicamente, a psiquiatria sobreviveu à medida que esse sonho não se realizou: uma identificação plena com a clínica médica representaria sua absorção pela neurologia” (p. 39). Esse comentário coaduna com algumas indagações que nos levaram a empreender esta pesquisa e que foram aprofundadas no Capítulo 3. Não seria a psiquiatria biológica contemporânea um campo de saber que caminha para ser absorvida pela neurologia ao fundar-se estritamente nas funções/disfunções cerebrais? E se assim for, não estaria decretando o fim da clínica psiquiátrica ao ser absorvida por uma especialidade médica?

Podemos perceber que o método anatomoclínico resguardaria o psiquiatra das vicissitudes que o sintoma apresenta e de questionamentos quanto à falta de cientificidade desse campo de saber. O psiquiatra teria, assim, a supremacia do saber. Aqui também se evidencia a possibilidade de uma ruptura freudiana. Freud cria a psicanálise de forma que ela subverte essa lógica, ao considerar o sintoma – neurótico, perverso ou mesmo psicótico – oriundo de processos psíquicos. Ele também se depara com a impossibilidade de saber tudo sobre o sintoma e de tratá-lo com a pretensa eficácia científica.

O que permaneceu da medicina na psiquiatria clássica? A razão enquanto supremacia do fazer clínico. Se o psiquiatra localizasse a patologia no corpo, haveria um saber cientificamente estruturado. O paciente, por sua vez, permaneceu silencioso. Seu corpo – e de forma especial, o cérebro – foi investigado à procura de afecções e disfunções que explicassem os sintomas e as patologias. Permaneceram as teorias, as explicações, os diagnósticos e as fundamentações. Esse foi o cenário propício para que algo novo surgisse. Breuer e Freud, médicos, vislumbraram que algo na medicina poderia ser diferente. Avançaremos nessa discussão nas próximas seções.

2.5 Josef Breuer: os rudimentos de uma ruptura epistemológica

Já dissertamos sobre o aprendizado que Freud teve com o Dr. Josef Breuer no que se refere ao sintoma neurótico na histeria. Destacamos o Caso 1 – Srta. Anna O. como fonte de aprendizado sobre o modo como Breuer passou a compreender e a tratar as manifestações histéricas. Na presente seção, retornamos a Breuer a fim de pesquisar sua mudança de posição

clínica no tratamento da histeria a partir do Caso 1 – Srta. Anna O., escrito pelo médico vienense nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895).

Inevitavelmente tocamos no nome de Sigmund Freud nesta seção, tendo em vista que nossa pesquisa também tem como fonte o capítulo “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar”, dos “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), escrito por Breuer e Freud, conjuntamente. Em princípio situamos o contexto clínico em que Breuer realizou o tratamento de Anna O., o que nos auxiliou na compreensão da mudança de posição clínica de Breuer no tratamento dos sintomas neuróticos na histeria em relação à medicina de sua época.

Breuer era um médico que gozava de alta reputação em Viena, por sua competência. Ele tinha 38 anos quando iniciou o tratamento de Anna O., em 1880. Apesar de a histeria ser, naquele momento, uma patologia desprezível, era tratada pela medicina. Os tratamentos de pacientes histéricos, no final do século XIX, incidiam diretamente nos sintomas físicos, de maneira individualizada. Para cada sintoma específico considerava-se uma terapêutica, de maneira que o paciente poderia se beneficiar de variadas prescrições durante seu tratamento. O modelo médico era fisicalista e as intervenções levavam em consideração a fisiologia do corpo, objetivando a cura do sintoma. Era comum a prescrição de massagens, hidroterapia, banhos de farelo de trigo, faradização[9], cloralose[10] e as curas de repouso.

As massagens visavam a melhora da circulação sanguínea e o restabelecimento de contraturas, paralisias, câimbras e outros sintomas físicos. A hidroterapia era prescrita para melhora de circulação sanguínea e exploração dos benefícios curativos da água. Eram indicados banhos quentes, mornos ou frios, de acordo com as particularidades do sintoma apresentado[11]. Os banhos de farelo de trigo tinham a finalidade de relaxamento, contando com os benefícios terapêuticos do farelo de trigo. A faradização tinha intuito de estimular músculos e nervos por meio de correntes elétricas e a cloralose (ou cloral) tinha como objetivo anestesiar ou sedar em caso de crises nervosas ou ansiedades intensas. As curas de repouso foram propostas pelo médico estadunidense Silas Weir Mitchell (1829-1914): trata-se de um método de tratamento que consiste na combinação de isolamento em absoluta tranquilidade com aplicação sistemática de massagens e faradização, bem como assistência de uma enfermeira experiente e influência constante do médico.

---

[9] Terapêutica que utiliza a corrente elétrica como indutor ou estimulador de músculos e nervos.

[10] Composto cristalino amargo produzido pelo aquecimento de cloral junto com dextrose. Utilizado como anestésico, sedativo e hipnótico.

[11] Ainda hoje os banhos nas fontes termais são indicados. São famosos os centros termais em diversos lugares do mundo, tais como as fontes termais de Tbilisi, na Geórgia; o Spa Termal *Blue Lagoon* de Grindavík, na Islândia; e as piscinas termais de Pamukkale, na Turquia.

Apesar de Breuer ter recorrido a alguns desses métodos convencionais no tratamento de Anna O., observamos que ele foi tomando outra posição clínica na condução desse caso. Tendo em vista que a medicina e a psiquiatria da época primavam por descrever os sintomas da histeria, Breuer – e posteriormente Freud – se debruçou sobre esta "com vistas a descobrir a sua causa desencadeante – o fato que provocou a primeira ocorrência, amiúde muitos anos antes, do fenômeno em questão" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 43). A investigação da etiologia da histeria já demarca uma modificação no tratamento: para além de dar fim ao sintoma, querer saber da causa implica o médico de outra forma. É necessária a investigação do sintoma para além do desejo de curá-lo.

Movidos por "querer saber um pouco mais", Breuer e Freud descobriram que os fatos externos, ou seja, vivenciados pelo paciente, determinam a patologia da histeria numa medida muito maior que a medicina e a psiquiatria tinham suposto até então. Esse fato era concebido apenas em casos de "histeria traumática", visto que, obviamente, o que a provocava era o acidente. Ficou clara, para Breuer e Freud, a conexão causal das vivências subjetivas do paciente com os sintomas histéricos. Segundo eles,

> A ligação é frequentemente tão nítida que se torna bem evidente como foi que o fato desencadeante produziu esse fenômeno específico de preferência a qualquer outro. Nesse caso, o sintoma foi claramente determinado pela causa desencadeante (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 44).

Em outros casos, Breuer e Freud perceberam que essa ligação não era tão simples: "Consiste somente no que poderia ser denominado uma relação 'simbólica' entre a causa precipitante e o fenômeno patológico" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 45). Essas descobertas demarcaram outro estatuto para o sintoma e para a própria histeria. A descoberta da causalidade implicava o médico e o sintoma não era apenas uma manifestação fenomenológica, mas o resultado da vivência de um fator acidental exterior. E, no caso de o sintoma ser oriundo de uma relação "simbólica" entre a causa precipitante e o fenômeno patológico, o trabalho de identificar essa relação modificaria por certo o método de tratamento; exigiria do clínico mais que uma simples prescrição de banho, cloralose, massagem, ou de uma indicação de terapia de repouso.

Ao modificar sua posição clínica, buscando identificar a etiologia da histeria, Breuer lançou mão da técnica da hipnose, já usada por outros médicos. A referência da época era Hippolyte Bernheim (1837-1919), neurologista francês, que desenvolvia notável estudo sobre a prática da hipnose. Breuer utilizou-se dessa técnica para trazer à luz elementos que estavam ocultos à mente consciente de Anna O. Ele percebeu que a parte manifesta da mente da

paciente não correspondia à sua totalidade, pois jazia por trás dela uma “mente inconsciente”. O que depois será conceituado por Freud como “inconsciente” foi vislumbrado por Breuer como “dupla-consciência”. Ele utilizou a hipnose para acessar o material inconsciente da paciente, uma vez que não havia outra forma de acesso naquele tempo.

Assinalamos uma mudança de posição significativa de Breuer: se o sintoma histérico até então, na medicina e na psiquiatria, apenas compunha o quadro histérico e a direção do tratamento visava a sua extirpação, em Breuer o sintoma tem outro estatuto, outro “valor”. Ele é resultado de alguma vivência do paciente que por algum motivo não teve a emoção ab-reagida. O médico, que pautava sua prática na identificação de sintomas e prescrição de tratamentos, assume uma posição de investigação da causa etiológica do sintoma. Advertido de que a histeria não se trata de simulação, o médico tem de lidar com uma “mente inconsciente”, constitutiva do quadro histérico. Breuer inicia a transição de uma postura clínica que se baseava numa lógica de tratamento objetiva (massagem para paralisias, cloral para crises nervosas, etc.) para uma clínica subjetiva, que considera a vivência traumática do paciente.

Já assinalamos a descoberta de Breuer e Freud no que se refere aos pacientes histéricos. Nesses pacientes, a emoção permanece “estrangulada” e a lembrança da experiência à qual ela está ligada é isolada da consciência. Essa lembrança emotiva é manifesta em sintomas histéricos como símbolos da lembrança reprimida (Breuer & Freud, 1893-1895). Nesse sentido, o método psicoterapêutico criado por Breuer e Freud tem um efeito curativo incluindo um elemento que será de fundamental importância para nossa pesquisa: a fala. Observemos a síntese do método psicoterapêutico proposto por eles:

> Elimina a eficácia (patogênica) da ideia que não fora abreagida [sic], por ocasião da experiência traumática, **permitindo que sua emoção estrangulada encontre uma saída através da fala**; e submete essa ideia à correção associativa, introduzindo-a na consciência normal (sob hipnose leve) ou eliminando-a por sugestão do médico, como se faz no sonambulismo acompanhado de amnésia (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 58, destaque nosso).

Ao modificar sua posição clínica, Breuer – e posteriormente Freud – desenvolve um método terapêutico em que a palavra do paciente tem valor. A histeria, até então considerada simulação, se apresenta como forma clínica de características peculiares, em que a atuação do clínico demanda uma precisão: considerar a palavra do paciente. Tornou-se preciso ao médico escutar a histérica para identificar em que medida os seus sintomas são símbolos de vivências traumáticas. Tornou-se necessário se ater ao discurso do paciente, ainda que, inicialmente, em

hipnose, para se conhecer os conteúdos da “mente inconsciente”. Tornou-se de fato um trabalho clínico em que as palavras e a narrativa fundamentaram a clínica da histeria.

Breuer e Freud (1893-1895) deram à fala outro patamar na clínica, ao conceder a palavra às histéricas. Não é mais o saber do médico e sua decisão sobre a conduta terapêutica que definem o tratamento, mas a participação ativa do paciente. É necessário que ele fale para que haja tratamento. Verificamos nesse breve trecho do capítulo “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar” (Breuer & Freud, 1893-1895) o lugar privilegiado da linguagem no método psicoterapêutico de Breuer e Freud:

> A reação da pessoa agravada em relação ao trauma somente exerce um efeito inteiramente ‘catártico’ se for uma reação adequada – como, por exemplo, a vingança. **Mas a linguagem serve de substituto para a ação; com sua ajuda, uma emoção pode ser ‘abreagida’ [sic] quase com a mesma eficácia** (v. 2, p. 49, destaque nosso).

Registramos que a posição clínica de escutar, de dar valor à fala do paciente, subverte a clínica a partir de seu período científico. Essa posição se contrapõe ao método anatomoclínico, cujo privilégio estava no olhar; olhar o corpo como base de patologias, em suas bases clínicas, anatômicas e fisiológicas. A mudança de posição clínica de Breuer inaugurou a passagem da ênfase radical do sintoma demarcado no corpo à concepção psíquica do sintoma. O olhar foi cedendo lugar ao escutar. O foco integral na doença foi concedendo lugar à escuta do doente; posição clínica que se constitui também posição ética, no caso clínico.

Passaremos a considerar a mudança da posição clínica de Breuer no tratamento dos sintomas histéricos a partir do Caso 1 – Srta. Anna O. descrito nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-1895).

2.5.1 A posição clínica de Breuer e o tratamento dos sintomas no Caso 1 – Srta. Anna O.

Elucidamos a mudança de posição clínica de Breuer no Caso 1 – Srta. Anna O., registrado nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud 1893-1895). Também pesquisamos as direções do tratamento dos sintomas dessa paciente e articulamos trechos desse texto com questões discutidas por nós até este ponto de nossa pesquisa.

Breuer iniciou a descrição do Caso 1 – Srta. Anna O. fornecendo ao leitor uma riquíssima descrição do curso da doença da paciente. Descreveu com pormenores o período de incubação latente, a doença manifesta, os sintomas vivenciados por Anna O. nesses períodos e ainda detalhou sua personalidade. Na segunda página do texto referente a esse caso clínico, Breuer registra um aspecto importante de sua relação com Anna O.: “A paciente, cuja

vida se tornou conhecida de mim numa medida em que a vida de uma pessoa é raras vezes conhecida de outra [. . .]" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 64). É comum psicanalistas lançarem mão desse fragmento do texto para elucidar o que Freud nomeou como "transferência". Entretanto, nos chama atenção a posição de Breuer na condução desse caso, destoando do tratamento que a medicina do final do século XIX oferecia às histéricas: Breuer escutou Anna O., não só na intenção de registrar impressões, informações e curiosidades; escutou-a numa outra perspectiva, de maneira singular. Sua relação com Anna O. possibilitou o início de uma nova condução clínica.

Ao escutar Anna O., de maneira singular, Breuer se tornou uma pessoa distinta para ela, em quem ela podia confiar. Essa condição possibilitou que Breuer compreendesse o caso de Anna O. não somente como "mais uma histeria", mas como caso clínico único, o que o instigou à pesquisa. Por exemplo: ao descrever uma série de novos sintomas que a paciente apresentava, Breuer afirmou ter reconhecido a gravidade da perturbação psíquica da paciente e nos forneceu um detalhe de sua percepção: "Havia dois estados de consciência inteiramente distintos que se alternavam com muita frequência e abruptamente, e que se tornaram cada vez mais diferenciados no curso da doença" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 66). Essas considerações permitiram a Breuer entender os estados hipnoides e a dupla-consciência (*double consciense*), termos já elucidados nesta pesquisa.

Breuer percebeu que através da fala de Anna O. era possível compreender "a mente inconsciente" que se descortinava a cada sessão do tratamento. Estava interessado no funcionamento dessa mente inconsciente quando a paciente se queixava "de ter dois eus, um real e um mau, que a forçava a comportar-se mal [. . .]" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 67). A fala de Anna O. era tomada por Breuer como reveladora de processos inconscientes. Em outro momento ele observou que os produtos do "mau eu" de Anna O. afetavam seu sentido ético e que a própria paciente dizia que "um observador esclarecido e calmo ficava sentado [. . .], num canto do seu cérebro e contemplava toda aquela loucura ao seu redor" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 89).

Breuer inicia uma nova clínica da histeria. Ele retirou da histeria o rótulo da simulação, investigando sua etiologia, a partir da constatação de que há vivências cujas emoções não foram ab-reagidas. O sintoma, evidenciado no corpo, tem significado psíquico e é passível de investigação. Breuer percebeu a ligação das contraturas, das alucinações e de uma série de sintomas com a história de vida de Anna O. Tal ligação tinha relações com o contexto familiar da paciente e, principalmente, com a morte de seu pai.

Breuer percebeu que os produtos espontâneos da imaginação de Anna O. e os fatos assimilados por sua mente persistiam como estímulo psíquico até que fossem narrados em hipnose; quando narrados, desapareciam. No desenvolvimento do seu método terapêutico ele percebeu a importância de investigar o momento de surgimento dos sintomas, as cenas traumáticas que os ocasionaram. Recorremos a um exemplo – dentre vários que o caso clínico nos apresenta – que ilustra a mudança de posição clínica de Breuer na clínica da histeria. Em uma época de calor intenso, Anna O. sofria de uma sede horrível e viu-se impossibilitada de beber água. Ela segurava o copo, mas ao tocar os lábios o repelia. Após seis semanas em que não tomava água – alimentando-se de frutas nesse período – falou em hipnose de uma situação vivenciada com sua dama de companhia inglesa, de quem não gostava:

> [. . .] contou então, com demonstrações da maior repugnância, que, tendo ido ao quarto dessa senhora, viu, bebendo num copo, o seu cãozinho, um animal nojento. Nada disse, por polidez. Depois de exteriorizar energicamente a cólera retida, pediu de beber, bebeu sem embaraço grande quantidade de água e despertou da hipnose com o copo nos lábios (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p.77-78).

Muitos caprichos extremamente obstinados foram eliminados dessa maneira, inclusive a contratura da perna direita. Breuer considerou um “achado” a percepção de que as manifestações histéricas desapareciam logo que o fato que os havia provocado era narrado em sua hipnose. Assim, ele elaborou um método terapêutico com coerência lógica e aplicação sistemática. “Dessa forma, suas paralisias espásticas e anestesias, diferentes perturbações da visão e da audição, neuralgias, tosses, tremores, etc., e finalmente suas perturbações da fala, foram removidos ‘pela conversa’ ” (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 78).

Entendemos que Breuer, ao mudar de posição clínica, promove o início de uma prática terapêutica que desembocará na ruptura epistemológica freudiana. Breuer começa a abrir mão de seu saber médico acumulado para que surja o saber de Anna O. sobre seu próprio sofrimento e sobre seus sintomas. Um saber inconsciente, que é incipiente, mas que demonstra os rudimentos de uma virada clínica que culminará na constituição da psicanálise.

Ao abrir mão do conhecimento acumulado pela medicina de sua época para deixar surgir o saber de Anna O. sobre seus sintomas, dores e sofrimentos, Breuer assume uma posição de não saber tudo e de escutar para compreender; o que subverte os paradigmas médico e psiquiátrico vigentes naquele momento. Breuer sabe muitas coisas sobre a histeria, mas, na condução do caso de Anna O., reconhece a necessidade de escutar singularidades daquele caso clínico. A atenção à narrativa de Anna O. sobre suas vivências, pensamentos e comentários possibilitou a Breuer a compreensão de seu funcionamento psíquico. A técnica

incipiente era atrelada à hipnose e a direção do tratamento tomada por Breuer foi a de remover todos os sintomas, o que será modificado por Freud posteriormente.

A utilização da hipnose foi fundamental para que Breuer constituísse seu método de tratamento. Ele hipnotizava Anna O. após o pôr do sol, depois de seu estado sonolento. "Se durante esta [hipnose] fosse capaz de narrar as alucinações que tivera no decorrer do dia, despertava com a mente desanuviada, calma e alegre" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 70). Breuer foi percebendo as ligações entre as alucinações da paciente e os efeitos terapêuticos oriundos da fala, em hipnose. É frequente, em todo caso, a afirmação de que os sintomas "deixavam de atuar" após terem sido narrados durante a hipnose, ou que os sintomas foram "removidos pela conversa" durante o uso dessa técnica (Breuer & Freud, 1893-1895).

Reafirmamos o valor da fala e da narrativa no método terapêutico constituído por Breuer. Na medida em que Anna O. vai se dando conta da possibilidade de falar e de ser "compreendida" pelo médico ela inventa duas expressões caras aos rudimentos da psicanálise. A primeira delas é a maneira que se refere ao estado de profunda hipnose: a nomeia como *clouds* (nuvens, em inglês). Se Anna O. conseguia narrar as alucinações que tinha no decorrer do dia, despertava com a mente "desanuviada". Demonstra, assim, os indícios do efeito terapêutico de falar, ainda que em estado de hipnose. A segunda expressão, famosa no meio psicanalítico, é a "cura pela fala". Essa expressão ressalta tanto os efeitos terapêuticos do método proposto por Breuer quanto a importância da palavra e da narrativa para a psicanálise. "Ela descrevia de modo apropriado esse método, falando a sério, como uma '*talking cure*', ao mesmo tempo em que se referia a ele, em tom de brincadeira, como '*chimney-sweeping*' "[12] (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 73).

A posição clínica de Breuer subverte o discurso médico-psiquiátrico de seu tempo. Contudo, essa mudança se dá de maneira gradativa. Dessa forma, Breuer mantém práticas médicas conservadoras na condução do caso de Anna O. Como exemplo citamos essa passagem: "Nas noites em que não tinha sido acalmada pela expressão verbal, era necessário recorrer novamente ao cloral" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 73). Ressaltamos que "expressão verbal" e "uso do cloral" são direções do tratamento distintas, com consequências também distintas. Apesar de sua primazia pela direção clínica da "expressão verbal", Breuer considera recorrer ao cloral em determinadas circunstâncias. Observamos também que a direção do tratamento tomada por Breuer contrapõe o uso de narcóticos. "Eu fora capaz de

[12] [Essas duas expressões se encontram em inglês no original alemão] (*Talking cure* = cura pela conversa. *Chimney-sweeping* = limpeza de chaminé). (Nota do Tradutor da Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 1974, p. 73).

evitar o uso de narcóticos, visto que a expressão verbal de suas alucinações a tranquilizava [. . .]" (v. 2, p. 73).

A pesquisa dos fragmentos extraídos do Caso Anna O. nos permitiu pensar na ética da condução do caso clínico. Na condução de um caso clínico deve-se primar pela "expressão verbal" em detrimento de medicamentos? Estas direções do tratamento são convergentes? Uma direção do tratamento é melhor que outra? Quais as implicações éticas dessas direções do tratamento? Respondemos essas questões no Capítulo 4 de nossa pesquisa.

Apesar da mudança de posição clínica, Breuer permanece com um ideal de cura absoluto, acreditando ser possível dar fim a todos os sintomas histéricos. O fator "quantidade" tinha relevância tanto para ele quanto para Anna O. Ao comentar sobre a impossibilidade de a paciente narrar a ele suas histórias durante a hipnose noturna, Breuer afirma que Anna O. "não conseguia acalmar-se depois, e no dia seguinte tinha que contar-me **duas** histórias a fim de que isso acontecesse" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 72, destaque do autor). Um exemplo do ideal de cura absoluto de Breuer (1893-1895) é a passagem sobre quando ele retorna ao trabalho, após várias semanas de férias. Nesse período, Anna O. estava em uma casa de campo nos arredores de Viena. Ele a encontrou "num estado moral deplorável, inerte, intratável, mal-humorada, até mesmo maliciosa" (v. 2, p. 74). Segundo Breuer,

> [. . .] a situação somente ficou tolerável depois de eu haver providenciado no sentido de que a paciente fosse trazida de volta a Viena por uma semana, e noite após noite fiz com que ela me narrasse de três a cinco histórias. Quando realizei isso, tudo que se acumulara durante semanas de minha ausência tinha desaparecido pela elaboração (v. 2, p. 74).

Breuer sustentou esse ideal de eliminação dos sintomas pela crença de que os produtos espontâneos da imaginação da paciente e todos os fatos assimilados pela parte patológica de sua mente "persistiam como estímulo psíquico até que tivessem sido narrados em sua hipnose, após o que deixavam inteiramente de atuar" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 74). Apesar disso, o desenrolar do caso clínico foi descortinando elementos que desapontaram o ideal de Breuer: "Eu tinha esperança em uma melhora contínua e crescente, desde que a carga permanente de sua mente com novos estímulos pudesse ser evitada através da expressão verbal a eles. Mas de início, fiquei desapontado" (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 75). Todavia, no final da exposição do caso clínico de Anna O., Breuer descreve seu método nomeando-o "técnica terapêutica", deixando prevalecer a possibilidade absoluta de remoção de todos os sintomas em um tratamento pautado em sua técnica.

> Já revelei o fato surpreendente de que, do começo ao fim da doença, todos os estímulos decorrentes do estado secundário, juntamente com suas consequências, eram permanentemente removidos através da expressão verbal na hipnose, e apenas tenho de

> acrescentar a certeza de que isto não foi uma invenção minha que impus à paciente por sugestão. Fui inteiramente apanhado de surpresa, e não foi senão até que todos os sintomas fossem assim eliminados, numa série completa de exemplos, que a partir dessa experiência, desenvolvi uma técnica terapêutica (Breuer & Freud, v. 2, 1893-1895, p. 90).

Percorremos o Caso 1 – Srta. Anna O. e constatamos detalhes teórico-clínicos que proporcionaram uma mudança de posição clínica de Breuer em relação à medicina e à psiquiatria de sua época. Consideramos que tal mudança só foi possível pelo fato de Breuer abrir mão de seu saber acumulado e permitir que o saber da paciente pudesse advir no tratamento. Entretanto, nossas pesquisas apontaram que a ruptura epistemológica da psicanálise com a psiquiatria e com a medicina se deu pela clínica freudiana da histeria, e não pela clínica breueriana. Passaremos a pesquisar em que medida Freud se diferenciou de Breuer em sua condução clínica para entender como essa diferença proporcionou tal ruptura.

2.6 Os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana

A expressão "ruptura epistemológica" vem percorrendo esta pesquisa. Para justificar este percurso buscamos o significado da palavra "epistemologia" em Ferreira (2009):

> [Do gr. ***epistéme***, 'ciência'; 'conhecimento', + -o- + ***-logia***.] *S. f.* Conjunto de conhecimentos que têm por objeto o conhecimento científico, visando a explicar os seus condicionamentos (sejam eles técnicos, históricos, ou sociais, sejam lógicos, matemáticos ou linguísticos), sistematizar as suas relações, esclarecer os seus vínculos, e avaliar os seus resultados e aplicações. [Cf. **teoria do conhecimento e metodologia**.] (Ferreira, 2009, p. 774, destaques do autor).

Mora (2001), no seu "Dicionário de Filosofia", explica que os termos "gnosiologia" e "epistemologia" são frequentemente considerados sinônimos, tratando ambos como "teoria do conhecimento". Contudo, chama atenção para o fato de que se tendeu a usar gnosiologia no sentido geral de teoria do conhecimento, sem definição de que conhecimento se tratava, e o termo epistemologia foi introduzido "para teoria do conhecimento científico, ou para elucidar problemas relativos ao conhecimento cujos principais exemplos eram extraídos das ciências" (Mora, 2001, p. 852). Em resumo, a epistemologia é a disciplina que lida com a origem e com a legitimação do conhecimento.

Existem variadas abordagens epistemológicas. Nesta pesquisa foi privilegiada a demarcação dos rudimentos da ruptura epistemológica da psicanálise com a medicina e com a psiquiatria no final do século XIX. Sinalizamos anteriormente que a medicina do século XIX se pautava no método anatomoclínico, tendo por objeto a verificação da existência de um estado mórbido pelo exame anatômico. Nesse segmento, a medicina tem pressupostos

racionalistas, positivistas e mecanicistas que sustentam o saber médico nas definições do que é normal e do que é patológico.

O racionalismo é um modo de pensar que atribui o valor somente à razão, ao pensamento lógico. Dessa forma, a medicina deseja buscar os mecanismos biológicos dos processos patológicos. Pauta-se numa atuação positivista, considerando o conhecimento científico como o único verdadeiro e sustentando um imaginário mecanicista, em que o todo é a soma das partes. Assim, as doenças são concebidas como

> [. . .] coisas, de existência concreta, fixa e imutável, [. . .]; elas se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (Camargos Jr., 1993, p. 12-13).

Nesse sentido, a posição clínica do médico é de resolver o enigma da doença: "De cada doente só se teria que resolver o enigma de descobrir qual a entidade doença que nele se apresenta, e eliminá-la" (Tesser, 1999, p. 80). Nessa lógica, para a medicina o sintoma é sempre algo a ser extirpado. Essa lógica suscita inúmeras discussões de ordem ética em razão da tendência à tecnificação em detrimento da humanização. Ainda assim, independentemente dos dilemas éticos, a medicina científica se sustenta por constituir sua prática diagnóstica em marcadores biológicos definidos.

A medicina identifica e isola sinais patognomônicos específicos de uma doença, que permitem distingui-la de outras que tenham os mesmos sintomas. Aguiar (2004), ao avaliar a crescente instrumentalização da medicina a partir do século XIX, comenta que os médicos "passaram a apoiar sua prática em marcadores que lhes permitam 'ver' objetivamente a doença, sem depender da narrativa particular e 'subjetiva' do paciente. A tecnologia tomou o lugar do relato do paciente como base epistemológica do conceito de doença" (p. 75). Na epistemologia médica se conhece o sintoma no corpo e se trata extirpando-o por meios técnicos, mecânicos ou químicos.

No caso da psiquiatria, a análise de sua epistemologia não pode ser feita de forma linear. Autores como Aguiar (2004), Barreto (1999), Berrios (2015) e Birman (2011) problematizam questões relacionadas ao fato de a psiquiatria objetivar ser uma especialidade da medicina, porém, esbarrar na dificuldade imposta pela complexidade de seu objeto de estudo. Podemos citar, por exemplo, a comparação do objeto de estudo na psiquiatria do século XIX e na psiquiatria atual. No século XIX a disciplina da psiquiatria foi construída para lidar com a compreensão e com o manejo de categorias de comportamento desviantes. Nessa direção, "o comportamento anormal era considerado equivalente à identificação de uma ligação entre o tal comportamento e uma anomalia no corpo" (Berrios, 2015, p. 15).

Atualmente, a psiquiatria hegemônica (psiquiatria biológica) pauta seus estudos nas disfunções cerebrais. Por esse ângulo, “as correlações são limitadas pelo fato de seus correlatos serem transitórios, isto é, tanto os critérios de seleção social de comportamentos anormais quanto as inscrições cerebrais identificadas por eles mudam ao longo do tempo” (Berrios, 2015, p. 17).

A construção da psiquiatria durante o século XIX ocorreu sob a égide da medicina. Sua estrutura conceitual e seus aportes epistemológicos foram feitos a partir de fragmentos retirados das ciências naturais e humanas daquele século (Berrios, 2015). Dessa forma, as ciências naturais subsidiaram a psiquiatria com as prerrogativas de que os comportamentos-alvo – posteriormente nomeados sintomas – estavam inscritos no corpo e as ciências humanas têm a primazia epistemológica de estabelecimento de critérios para sua seleção e configuração: o ato social de “diagnóstico” (Berrios, 2015). Para Berrios (2015) o diagnóstico “é o resultado de uma parceria emocional e epistemológica entre aquele que auxilia e aquele que sofre” (p. 16). Abordaremos questões peculiares à clínica psiquiátrica no Capítulo 3.

Em nossa pesquisa, verificamos que medicina e psiquiatria têm pressupostos epistemológicos diferentes. Todavia, ambos campos de saber, no século XIX, têm por objeto a localização de sintomas no corpo. Dito de outra forma, o corpo é o cenário de atuação do sintoma, seja ele nomeado como patologia, doença, disfunção, degeneração, afecção, lesão, distúrbio, entre outros qualificativos. Por esse ângulo entendemos que a fundação da psicanálise estabelece uma ruptura epistemológica ao compreender o sintoma enquanto formação psíquica. Freud percebeu que, apesar das manifestações sintomáticas se darem no corpo, a constituição do sintoma era de ordem psíquica e essa é a diferença radical da psicanálise para a medicina e para a psiquiatria: “O forte da psicanálise é ter desembocado em algo totalmente diferente que é a lógica do inconsciente” (Foucault, 1979, p. 261).

Não abordamos nesta pesquisa todo o desenvolvimento da ruptura epistemológica freudiana. Entendemos que uma ruptura epistemológica não é linear, além de ser impossível abarcar todos os detalhes e os variados aspectos que a determinam em uma única pesquisa. Nesse sentido, analisamos os rudimentos dessa ruptura, sinalizando nuances na posição clínica de Freud na condução do tratamento de dois casos clínicos – narrados nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-1895): Caso 2 – Sra. Emmy von N. e Caso 5 – Srta. Elisabeth von R. Recorremos também aos textos “Cinco lições de psicanálise” (1910), “A história do movimento psicanalítico” (1914a) e “Um estudo autobiográfico” (1925), uma vez que Freud, nesses textos, expõe detalhes do surgimento da psicanálise que contribuíram para o aprofundamento de nossa pesquisa.

Conforme discorrido na seção anterior, o fazer clínico de Breuer engendrou elementos que subsidiariam posteriormente a ruptura epistemológica freudiana. Entretanto, diferenciamos particularidades da clínica freudiana que possibilitaram a fundação da psicanálise e a consequente ruptura epistemológica. Tendo em vista que esse rompimento foi gradual, também sinalizamos, nos casos clínicos pesquisados, elementos que apontam as alternâncias nas direções do tratamento freudianas: ora pela prática da medicina, ora pelo novo método de tratamento dos sintomas psíquicos. Além disso, dissertamos sobre algumas mudanças de direções do tratamento na condução desses casos. Lançamos mão da riqueza de detalhes da escrita freudiana no que diz respeito à modificação da técnica a partir do caso clínico, o que proporcionou o fundamento da psicanálise enquanto método de investigação do inconsciente.

Os casos clínicos escolhidos foram analisados separadamente por motivos estratégicos: primeiramente, a ordem cronológica de tratamento nos servirá de base para analisar as modificações da posição clínica de Freud de um tratamento para outro. Em segundo lugar, por considerarmos a técnica da hipnose uma das balizas para Freud fundar a psicanálise – tanto pelo seu uso quanto pelo seu abandono –, extraímos considerações do Caso 2 – Sra. Emmy von N., cujo tratamento se deu pelo uso da técnica da hipnose, e também do Caso 5 – Srta. Elisabeth von R., realizado sem o uso dessa técnica.

2.6.1 Caso 2 – Sra. Emmy von N.: a primeira tentativa de trabalho com a hipnose

Emmy von N. é o pseudônimo da baronesa Fanny Moser (1848-1925). Nascida Fanny Louise von Sulzer-Wart, recebeu o sobrenome Moser por ter se casado com o relojoeiro e industrial suíço Heinrich Moser. Freud registra, no início da descrição desse caso clínico, que iniciou o tratamento de Emmy von N. em 1º de maio de 1889[13], quando a paciente tinha cerca de quarenta anos de idade.

Freud demonstra apreço por atender essa paciente "cujos sintomas e personalidade me interessaram de tal forma que dediquei-lhe grande parte do meu tempo e decidi fazer tudo que estivesse ao meu alcance para recuperá-la" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 91). Ele afirmou que a paciente era histérica e podia ser posta em estado de sonambulismo com facilidade. Por isso resolveu fazer uso da técnica de investigação sob hipnose, que aprendeu com Breuer no relato que este fez sobre o tratamento bem-sucedido de sua primeira paciente: Anna O.

---

[13] Em relação a essa data, alertamos o leitor sobre a nota de rodapé inserida por James Strachey na Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: "A cronologia desta história clínica é contraditória, havendo clara possibilidade de que o tratamento se tenha iniciado em 1888, e não em 1889" (Strachey, 1974b, p. 91).

Freud iniciou um novo percurso de sua carreira profissional ao resolver fazer uso da hipnose no tratamento de Emmy von N.: “Essa foi minha primeira tentativa de lidar com aquele método terapêutico. [. . .] estava ainda longe de manejá-lo com perfeição [. . .]” (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 91). É importante situar que Freud nem sempre foi psicoterapeuta. Era neurologista e somente em 1882 abandonou o laboratório de fisiologia e começou a trabalhar na clínica geral no Hospital Geral de Viena. Dessa forma, o uso da hipnose já era, para Freud, uma ruptura com seu próprio fazer clínico.

Faremos uma breve digressão para compreender o contexto em que Freud inicia o uso da hipnose em sua atuação clínica. “Hipnose” é um termo derivado do grego *hupnos* (sono). Foi sistematizado entre 1870 e 1878 para designar um estado alterado de consciência provocado pela sugestão de uma pessoa a outra. Segundo Roudinesco e Plon (1998), hipnotismo é um “termo cunhado em 1843 pelo médico escocês James Braid (1795-1860), para definir o conjunto das técnicas que permitiam provocar um estado de hipnose num sujeito, com finalidades terapêuticas” (p. 335). A hipnose foi utilizada com diferentes finalidades.

Em 1884 Ambroise-Auguste Liébault (1823-1904) retoma os ensinamentos de Braid e, juntamente com Hyppolyte Bernheim (1840-1919), funda a escola de Nancy, que viria a ser uma escola de pensamento rival à Escola da Salpêtrière, dirigida por Charcot. Roudinesco e Plon (1998) registram a divergência dessas escolas e contribuem para compreendermos as influências simultâneas de Charcot e Bernheim nesse momento clínico de Freud:

> Enquanto Charcot assimilava a hipnose a um estado patológico, a uma crise convulsiva, e utilizava o hipnotismo para retirar a histeria da simulação e lhe conferir o estatuto de neurose, Bernheim a considerava um processo normal. Assim, via no hipnotismo uma técnica de sugestão que permitia tratar dos pacientes (p. 336).

Freud esteve com Charcot (de 1885 a 1886) e com Bernheim (em 1889). O aprendizado com eles foi determinante para que começasse a utilizar a técnica da hipnose. Influenciado pelos estudos desses médicos, Freud via na hipnose uma nova esperança de cura “muito embora a nosografia psiquiátrica do fim do século XIX se esgotasse no niilismo terapêutico, de tanto preconizar tratamentos inúteis – camisas-de-força, banhos, eletricidade etc. [. . .]” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 336).

Retornamos ao tratamento de Emmy von N. Freud a recebe com diversos sintomas que o levaram a diagnosticá-la como histérica. No primeiro atendimento a paciente tinha expressão tensa e penosa, pálpebras repuxadas e olhos baixos, profundas rugas na testa e dobras naso-labiais acentuadas. Falava em voz baixa, com dificuldade, e a fala ficava sujeita a

interrupções espásticas e a frequente gagueira. Os dedos apresentavam-se entrelaçados e com agitação incessante. Apresentava frequentes movimentos convulsivos, semelhantes a tiques, no rosto e nos músculos do pescoço. Interrompia com frequência suas observações emitindo um "estalido" com a boca (Freud, 1893-1895). Outros sintomas – alucinações, depressão e insônia acompanhada por fortes dores – surgiram no decorrer do tratamento. Os sintomas, para Freud, baseavam-se em cenas do passado dos pacientes que lhes causaram grande impressão, mas que foram esquecidas (traumas). A direção do tratamento consistia em

> [. . .] fazê-los lembrar e reproduzir essas experiências num estado de hipnose (catarse); e o fragmento de teoria disto inferido, segundo o qual esses sintomas representavam um emprego anormal de doses de excitação que não haviam sido descarregadas (conversão) (Freud, v. 14, 1914a, p. 17).

Freud observou que os histéricos recordavam acontecimentos dolorosos que se deram há muito tempo, estando emocionalmente presos a esses acontecimentos. A ligação a esses acontecimentos ocasionava o sofrimento sintomático no presente. Ao reproduzir essas cenas diante do médico, a energia afetiva então inibida manifestava-se intensamente, como se estivesse represada. Assim, o sintoma "atingia a máxima intensidade quando durante o tratamento ia-se chegando à sua causa, para desaparecer completamente quando esta se aclarava inteiramente" (Freud, v. 11, 1910, p. 20). Por esse ângulo Freud situa a importância da utilização da hipnose: "Sob hipnose era possível, depois de considerável esforço, trazer tais cenas à memória, e por este trabalho de evocação os sintomas eram removidos" (Freud, v. 11, 1910, p. 21).

Freud observa que Emmy von N. era uma excelente paciente para ser hipnotizada: "Bastava levantar um dedo diante dela e ordenar-lhe que dormisse, para que se reclinasse com uma expressão atordoada e confusa" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 94). Influenciado por Bernheim – com quem aprendeu questões referentes às técnicas da hipnose e da sugestão – Freud associou, no tratamento de Emmy von N., o uso dessas técnicas. Em "Um estudo autobiográfico" (Freud, 1925) ele registra sua predileção inicial pela hipnose:

> Ocorreu assim, como algo natural, que, nos primeiros anos de minha atividade como médico, meu principal instrumento de trabalho, afora os métodos psicoterapêuticos aleatórios e não sistemáticos, tenha sido a sugestão hipnótica (v. 20, p. 28).

Ainda nesse texto ele afirma que "havia algo de positivamente sedutor em trabalhar com o hipnotismo" (v. 20, p. 29).

Entretanto, registramos que Freud utiliza a hipnose de forma diferente de Breuer. Este a utilizava para remeter o paciente a seu passado, de modo a encontrar o fato traumático para

que se produzisse assim a ab-reação (liberação da carga de afeto). Todavia, Breuer escutava de maneira passiva, sem influenciar a narrativa da paciente. Freud, por sua vez, acrescentou uma novidade à técnica: passou a empregar a sugestão diretamente como meio terapêutico. Assim, ele utilizava a hipnose para se chegar aos fatos traumáticos, como Breuer, "mas, uma vez esses fatos tendo sido identificados, Freud fazia uso da sugestão para eliminá-los ou pelo menos para debilitá-los em sua força patogênica" (Garcia-Roza, 2009, p. 36).

A modificação da posição clínica de Freud intencionava o conhecimento da etiologia do sintoma. Ao descrever o trabalho terapêutico realizado em Emmy von N., ele afirma que lutou contra as ideias patológicas da paciente por meio de garantias e proibições e apresentou ideias opostas de toda espécie. Contudo, foi enfático em bancar sua mudança de posição clínica: "não me contentei com isso. Investiguei a gênese dos sintomas individuais a fim de poder combater as premissas nas quais se basearam suas ideias patológicas" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 147). A reivindicação dessa posição clínica inédita pode ser demonstrada no fragmento do texto "Um estudo autobiográfico" (Freud, 1925), em que trata o conhecimento da etiologia do sintoma como "direito" do médico:

> [. . .] bem desde o início fiz uso da hipnose de **outra** maneira, independente da sugestão hipnótica. Empreguei-a para fazer perguntas ao paciente sobre a origem de seus sintomas, que em seu estado de vigília ele podia descrever só muito imperfeitamente, ou de modo algum. Não somente esse método pareceu mais eficaz do que meras ordens ou proibições sugestivas, como também satisfazia a curiosidade do médico, que afinal de contas, tinha o direito de aprender algo sobre a origem da manifestação que ele vinha lutando para eliminar pelo processo monótono da sugestão (v. 20, p. 31, destaque do autor).

Freud associa o uso da hipnose com as sugestões durante todo o tratamento de Emmy von N. Tendo em vista que Bernheim já utilizava as sugestões como direção do tratamento na França, Freud assinala que, naquela época, "estava inteiramente sob o domínio do livro de Bernheim sobre sugestão[14]" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 121). Entretanto, apesar de ter conseguido remover alguns sintomas pelo uso da sugestão, estando a paciente hipnotizada, o desenrolar do caso clínico foi demonstrando a Freud a ineficácia dessa técnica, o que foi exigindo adaptações à direção do tratamento.

No dia 11 de maio pela manhã, por exemplo, Freud hipnotiza Emmy von N. na intenção de remover resíduos da excitação provocada pela visita do "Dr. N." à paciente. Durante a hipnose, tentou convencê-la de que "não é preciso ter medo do novo, que também contém o que é bom" (Freud, v. 2, 1983-1895, p. 104). Contudo, registra na nota de rodapé

[14] [O próprio Freud traduziu este livro (Bernheim, 1866), tradução essa que apareceu em 1888-9]. (Strachey, 1974b p. 121).

que “sugestões didáticas dessa espécie sempre falharam no caso de Frau Emmy [. . .]” (p.104). Freud percebeu que por mais que o efeito da sugestão fosse aparentemente eficaz, muitos sintomas retornavam posteriormente, abalando sua confiança na eficácia desse método.

Ele também percebeu falhas no uso da técnica da hipnose. Em algumas tentativas, observou que a hipnose não havia produzido nada absolutamente. Freud (1893-1895) destaca sua mudança de posição clínica que culminou nas hipnoses improfícuas:

> Visto que não tomei a iniciativa de procurar os sintomas e a sua base, mas esperei que surgisse algo na paciente, ou que ela me revelasse algum pensamento que lhe vinha causando ansiedade, suas hipnoses logo deixaram de produzir material (v. 2, p. 121).

Verificamos que Freud passou a aguardar que algo proviesse da fala da paciente, sem o uso da hipnose. O fato de deixar que “surgisse algo na paciente” ou que ela revelasse “algum pensamento que lhe vinha causando ansiedade” é indício dos rudimentos de uma mudança na relação médico-paciente. Se até então as ordens, os direcionamentos e o saber provinham do médico, Freud inaugura uma posição clínica em que a direção do tratamento exclusivamente orientada pelo médico abre espaço para a consideração da palavra do paciente. Registramos o início de um fazer clínico diferenciado e observamos uma ruptura da condução clínica de Freud com a de Breuer.

As modificações na posição clínica de Freud culminaram na ruptura epistemológica freudiana com as práticas médico-psiquiátricas de seu tempo. Entretanto, elas se deram de forma gradativa e sutil, sustentadas a partir de seu fazer clínico. Nessa perspectiva, verificamos que Freud utilizou-se das seguintes direções de tratamento: massagens (prescritas e realizadas com muita frequência), banhos (quentes, mornos e frios), banho de farelo e pincel farádico (Freud, 1893-1895). Todavia, Freud imprime nessas direções de tratamento algo de si e sua posição clínica singular permite que ele extraia algo dessa modificação para a fundação da psicanálise. Como exemplo podemos citar a posição clínica de Freud no ato de fazer massagens em Emmy von N. Freud conversava com Emmy enquanto fazia as massagens:

> [. . .] mesmo enquanto a massageio, minha influência já tem começado a fazer sentir seus efeitos; fica mais tranquila e lúcida, e mesmo sem perguntas sob a hipnose posso descobrir a causa de seu mau humor naquele dia. Nem sua conversa durante a massagem é sem objetivo, como poderia parecer (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 99).

Os efeitos da influência de Freud na paciente se desdobrarão posteriormente na formulação do conceito de “transferência”. Contudo, tal registro já constitui uma modificação importante na posição clínica de Freud, uma vez que, ao perceber a influência do médico no

tratamento a ponto de modificar as manifestações sintomáticas, deveria haver algo do sintoma – e no sintoma – passível de sofrer essa influência.

A "conversa" durante a massagem, que não era sem objetivo, ressalta o valor que a palavra do paciente foi tomando na clínica freudiana da histeria. Freud, atento às vicissitudes do caso clínico, percebe que o efeito de sua presença – efeito posteriormente conceituado "transferência" – possibilita que surjam lembranças na paciente sem que fosse necessário hipnotizá-la. As conversas com Emmy, durante a massagem, a levavam a lembranças patogênicas sobre as quais desabafava sem que Freud pedisse: "É como se tivesse adotado meu método e estivesse fazendo uso de nossa conversação, aparentemente não coagida e orientada pelo acaso, como suplemento à sua hipnose" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 100).

Strachey (1974b) assinala, na nota de rodapé referente a essa passagem do caso clínico, que "talvez seja este o primeiro aparecimento do que depois se tornou o método de livre associação" (p. 100). Laplanche e Pontalis (2016) nos ajudam a compreender esse método. Segundo eles, "associação livre" é o "método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea" (p. 38).

O caso Emmy von N. nos apresenta também uma passagem que se tornou célebre na transmissão do saber psicanalítico, no que se refere à valorização da escuta. Trata-se da reivindicação de Emmy de falar sem ser interrompida. Tal passagem se deu no dia 12 de maio. Na ocasião, a paciente relatou a Freud que teve sonhos de horror: disse que os pés e os braços das cadeiras se transformavam em serpentes e que um monstro com bico de abutre despedaçava e comia seu corpo. A partir desses sonhos Freud interrogou sua paciente sobre o porquê de seu sofrimento com dores gástricas e de onde provinham, pois eles acompanhavam seus acessos de zoopsia (alucinações com animais). Freud assim descreve o episódio:

> Sua resposta, dada a contragosto, foi que não sabia. Pedi-lhe que se lembrasse até amanhã. Disse-me então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer. Concordei com isso e ela prosseguiu, sem nenhum preâmbulo (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 107).

Emmy von N. sinaliza a Freud a importância de seu próprio discurso frente às demandas e ordens médicas. O episódio parece prosseguir sem tanta importância, mas seus desdobramentos constituem mudança significativa na posição clínica de Freud, culminando, posteriormente, em sua ruptura epistemológica: o silenciar do médico diante do discurso do paciente. O inédito da clínica freudiana é a valorização do discurso do paciente, do saber dele

sobre si mesmo e sobre seus sintomas e da narrativa de seu adoecimento. Freud não se cala numa postura passiva, mas começa a considerar que o médico não deve saber tudo! Aposta numa posição clínica de escuta, em que a posição de não deter toda sabedoria e toda verdade possibilita que advenha algo da verdade do paciente. Afirmamos que aí estão os rudimentos da clínica em que o analista se cala para que o paciente fale e, assim, advenha o saber do paciente sobre seu "desejo", conceito formulado por Freud ao longo de sua teoria.

A reivindicação de Emmy foi fundamental para desdobramentos que culminaram na ruptura epistemológica freudiana: "concordei com isso, e ela prosseguiu [. . .]" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 107). A "concordância" de Freud frente à reivindicação de Emmy von N. engendra mudanças significativas na posição clínica do analista. Enquanto o médico e o psiquiatra, no final do século XIX, tomariam essa exigência como uma afronta própria da atuação histérica, o "concordar" de Freud demonstra uma posição de "não saber tudo" na condução do caso. Em outras palavras, verificamos que Freud inicia sua clínica com uma posição de "não saber tudo" necessária para que o fazer clínico se constitua na relação clínico-paciente. Se Emmy "prosseguiu" foi porque Freud deixou de prosseguir em sua posição de tudo saber e de ordenar.

É certo que Freud continuou utilizando a hipnose e a sugestão, tanto com Emmy von N. quanto com outros pacientes, tendo em vista que as mudanças teórico-clínicas aconteceram de maneira gradativa. Entretanto, esse caso clínico foi o solo fértil para a semeadura da ruptura epistemológica que trataria o sintoma, na histeria, não mais pela valorização de sua expressão no corpo, mas pela articulação da fala. Foi lidando com as vicissitudes da clínica que Freud avançou, promovendo uma ruptura com o discurso médico psiquiátrico de seu tempo.

Passaremos à pesquisa de outro caso clínico, o Caso 5 – Srta. Elisabeth von R. Extraímos, também nesse caso, elementos da mudança de posição clínica de Freud e questões pertinentes à clínica da histeria a partir da constituição psíquica do sintoma.

2.6.2 Caso 5 – Srta. Elisabeth von R.: a primeira análise integral de uma histeria

Elisabeth von R. é o pseudônimo que Freud deu a Ilona Weiss, jovem de origem húngara, cujo caso é descrito em "Estudos sobre a histeria" (Freud, 1893-1895), e a quem ele tratou no outono de 1892 e em julho de 1893. Elisabeth é a terceira filha de uma abastada família húngara. Elucidamos na pesquisa desse caso aspectos relacionados ao sintoma neurótico na histeria e à modificação na posição clínica de Freud, conforme fizemos na seção anterior. Esse caso clínico apresenta nuances importantes para diferenciar a prática clínica de

Freud da prática de Breuer e dos discursos médico-psiquiátricos de seu tempo. Ademais, a sinalização de Freud (1893-1895) de que essa foi “a primeira análise integral de uma histeria” (v. 2, p. 188) empreendida por ele já se constitui material importantíssimo para a pesquisa dos rudimentos da clínica psicanalítica.

No ano de 1892 um médico conhecido de Freud lhe pediu que examinasse Elisabeth von R., jovem de 24 anos que vinha sofrendo há mais de dois anos de dores nas pernas e dificuldades para andar. O médico havia alertado Freud que se tratava de um caso de histeria. Disse também que conhecia a família e que nos últimos anos a paciente em questão havia se defrontado com muitos infortúnios, e pouca felicidade. Sua vida infeliz se devia à morte do pai. Posteriormente, a mãe se submeteu a uma séria operação da vista e, em seguida, uma irmã casada faleceu devido a uma afecção cardíaca de longa duração. Freud sintetiza os sintomas observados na primeira entrevista dessa paciente assim:

> Andava com a parte superior do corpo inclinada para a frente, mas sem fazer uso de qualquer apoio. Sua marcha não era de nenhum tipo patológico reconhecido e, além disso, de modo algum era notavelmente mau. Tudo o que se observava era que ela se queixava de grande dor ao andar e de se cansar rapidamente ao andar e ao ficar de pé, e que depois de curto intervalo tinha de descansar, o que diminuía as dores, mas não as eliminava inteiramente. A dor era de caráter indefinido [. . .] (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 184-185).

Vale lembrar que Freud iniciou o tratamento de Elisabeth von R. cerca de três anos após ter tratado Emmy von N. Nessa direção, sinalizamos nuances da posição clínica de Freud e do significado do sintoma de um caso para o outro. A ordem cronológica dos casos clínicos foi escolhida estrategicamente para favorecer nossa análise. Percebemos que Freud começa a modificar a técnica de tratamento pelo abandono da hipnose.

Na condução clínica do Caso Emmy von N. Freud fez uso da técnica da hipnose durante todo o tratamento, visto que ela era uma “excelente paciente para ser hipnotizada”. Elisabeth von R., entretanto, não tinha essa característica. No espaço de três anos entre o tratamento de Emmy von N. e o de Elisabeth von R., Freud já havia modificado sua implicação no caso clínico, sua técnica de trabalho e, consequentemente, a direção do tratamento. Ao receber Elisabeth, a hipnose não era mais a principal técnica de tratamento dos sintomas utilizada por Freud: “fui capaz de agir sem a hipnose, com a reserva, contudo, de que poderia fazer uso dela posteriormente, se no curso de sua confissão surgisse material para cuja elucidação sua memória não fosse tão eficaz” (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 188). Extraímos um fragmento da direção do tratamento empreendida por Freud naquele momento:

> Eu começava por fazer com que a paciente me contasse o que sabia e anotava cuidadosamente os pontos em que alguma sequência de pensamentos permanecia obscura ou em que algum elo

> da cadeia causal parecia estar faltando. E depois penetrava em camadas mais profundas de suas lembranças nesses pontos, realizando uma investigação sob hipnose ou utilizando alguma técnica semelhante (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 188).

Constatamos, aí também, que Freud passa a considerar a fala do paciente. Privilegia o discurso, a narrativa, os detalhes do relato. A fala da paciente começou a tomar lugar de forma privilegiada no tratamento analítico, tornando o recurso à hipnose – inicialmente imprescindível – uma técnica dentre outras. Quando tentou pôr Elisabeth em profunda hipnose, não escondeu sua frustração ao descrever a tentativa sem êxito: "infelizmente, não pude deixar de observar que meu método não a colocava em qualquer outro estado senão aquele no qual ela fizera seu relato" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 194). A tentativa veio acompanhada da advertência da paciente: "Não estou dormindo, o senhor sabe, não posso ser hipnotizada" (p. 194).

A impossibilidade da hipnose fez com que Freud modificasse sua técnica de tratamento. Todavia, ele continuou fazendo uso do método catártico. Freud passou então a aplicar a mão na cabeça de Elisabeth, pressionando-a. "Realizei isso instruindo a paciente para que me informasse fielmente tudo que aparecesse em sua imaginação ou se lembrasse, no momento da pressão" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 194). Freud já havia utilizado essa técnica com outros pacientes. Ele a criou a partir do que aprendeu com Bernheim, a saber, os fatos lembrados durante o sonambulismo são apenas aparentemente esquecidos no estado de vigília e podem ser revividos por uma palavra de comando e uma pressão com a mão, indicando assim um novo estado de consciência. (Freud, 1893-1895).

Em "Um estudo autobiográfico" (1925) Freud afirma que abandonou o hipnotismo para não ficar restrito ao tratamento de condições histeriformes. Nesse mesmo texto fez um comentário que condensa os rudimentos do que depois iria conceituar como "transferência": "a relação emocional entre médico e paciente era, afinal de contas, mais forte que todo o processo catártico, e foi precisamente esse fator que escapava a todos os esforços de controle" (v. 20, p. 40).

Freud conta que, em certa ocasião, uma paciente lançou os braços em torno de seu pescoço ao despertar da hipnose. Desconsiderando a hipótese de que o motivo fossem seus atrativos pessoais, ele compreendeu melhor a "transferência", que posteriormente modificaria a direção do tratamento. A transferência é um elemento importantíssimo no processo de ruptura epistemológica, uma vez que, ao considerar seus efeitos no tratamento, a psicanálise se diferencia da lógica objetiva do discurso médico-psiquiátrico, pois se fundamenta numa relação subjetiva, sujeita a desdobramentos complexos. Sobre essa cena, Freud (1925) assim

se expressou: "[. . .] senti que então havia apreendido a natureza do misterioso elemento que se achava em ação por trás do hipnotismo. A fim de excluí-lo, ou de qualquer maneira isolá-lo, foi necessário abandonar o hipnotismo" (v. 20, p. 40).

No texto "A história do movimento psicanalítico" (1914a), Freud considerou que a psicanálise só teve início quando ele abandonou a hipnose, tendo em vista que essa técnica ocultava o fenômeno da "resistência", considerado por Freud, nesse mesmo texto, "a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise" (v. 14, p. 26). Já em "Cinco lições de psicanálise" (1910), ele considerou que o hipnotismo se tornou "enfadonho, como recurso incerto e algo místico" (v. 11, p. 24) e por isso tornou o processo catártico independente dessa técnica, traçando assim uma nova direção do tratamento:

> Como não podia modificar à vontade o estado psíquico dos doentes, procurei agir mantendo-os em estado **normal**. Parecia isto a princípio empresa insensata e sem probabilidade de êxito. Tratava-se de fazer o doente contar aquilo que ninguém, nem ele mesmo, sabia (v. 11, p. 24, destaque do autor).

O abandono da hipnose possibilitou a Freud significativo avanço teórico-clínico nos rudimentos de sua ruptura epistemológica. Ele colocou em evidência a relação transferencial com o paciente, inaugurando sua clínica da histeria a partir de novos elementos, dentre eles, o que considerava o principal: a resistência.

Ao manter os pacientes em estado "normal" (não hipnotizados) Freud prioriza o discurso do paciente. Quer ouvir o que "nem mesmo o paciente sabia". Ele comenta que ao prescindir do hipnotismo pôde "conseguir que os doentes revelassem tudo quanto fosse preciso para estabelecer os liames existentes entre as cenas patogênicas olvidadas e os seus resíduos – os sintomas" (Freud, v. 11, 1910, p. 24). É pelo discurso do paciente que Freud tem acesso aos sintomas. Prevalece o método catártico, porém, desvinculado do hipnotismo. O abandono da hipnose foi o que possibilitou os princípios do método de associação livre, que posteriormente seria considerada por Freud a "regra fundamental da psicanálise".

Se a clínica médico-psiquiátrica privilegiava o olhar, Freud inaugura a clínica que privilegia o escutar. O significado do sintoma psíquico estabelece a valoração do discurso e da narrativa no propósito de compreensão da etiologia do sintoma. Percebemos Freud em outra posição clínica: há uma redução das ordens e certezas médico-psiquiátricas, possibilitando que o paciente entre em cena com o saber sobre si mesmo.

No tratamento de Elisabeth von R., Freud ainda faz uso de algumas direções de tratamento médico-psiquiátricas. Lançou mão de massagens, faradização e tratamento com correntes elétricas. Porém, um fato novo pode ser observado: a importância que Freud dá à

relação com a paciente durante a realização desses procedimentos. Ao recomendar a continuação da massagem e a faradização dos músculos sensíveis, por exemplo, ele comenta: "[. . .] reservei para mim o tratamento das pernas com correntes elétricas de alta tensão, a fim de poder manter-me em contato com ela" (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 187). O contato com a paciente é privilegiado – como no Caso Emmy von N. – para que Freud estabeleça uma relação propícia aos desenvolvimentos teórico-clínicos psicanalíticos.

O comentário de Freud sobre a dificuldade de estabelecer a etiologia da histeria de Elisabeth von R. elucida um elemento essencial para sua ruptura epistemológica. Diante da falta de explicação sobre a etiologia da histeria, ou sobre o motivo pelo qual ela assume a forma de uma abasia dolorosa, Freud comentou que os médicos não se interessavam por essas questões, visto que a ênfase estava nas manifestações sintomáticas:

> Contentávamo-nos, de modo geral, com a declaração de que a paciente era constitucionalmente histérica, sujeita a desenvolver sintomas histéricos sob a pressão de intensas excitações de **qualquer natureza** (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 193-194, destaque do autor).

É Freud quem inaugura a busca pela compreensão da etiologia da histeria e investiga o processo de formação dos sintomas no psiquismo; o que só é possível pelas palavras, pela narrativa do paciente que revelava os momentos singulares do surgimento dos sintomas. A busca da etiologia da histeria demonstra que as certezas médicas passam – gradativamente – a ceder lugar às perguntas. O caso Elisabeth von R. elucida-nos um Freud questionador, investigador. As perguntas sobre as relações de Elisabeth com seu pai, sobre os detalhes dos cuidados dela para com o pai no período de adoecimento, e sobre a relação de Elisabeth com seu cunhado são importantíssimas para que Freud compreenda o processo singular de formação dos sintomas dela. Fica claro que os sintomas são singulares e que têm relação com a história de vida dos pacientes. Nessa direção, a singularidade do sintoma também é elemento fundamental para a ruptura epistemológica, fazendo frente à generalização do discurso médico.

A escuta atenta dos relatos (discurso) de Elisabeth von R., fragmento por fragmento, e a observação das vicissitudes de seu comportamento durante o período de tratamento forneceram a Freud elementos para a compreensão da gênese dos sintomas histéricos. De certa forma, Freud observa que as abasias das histéricas podem se manifestar de forma igual, em termos de sintomas físicos, entretanto, a gênese desses sintomas é singular e tem a ver com as vivências – singulares – do paciente. Nas palavras de Freud (1893-1895):

> Os esforços do analista foram ricamente recompensados. Os conceitos de ‘desvio’ de uma ideia incompatível, da gênese dos sintomas histéricos através da conversão de excitações psíquicas em algo físico e a formação de um grupo psíquico separado, através da vontade que conduziu ao desvio – todas essas coisas, naquele momento, apareceram diante dos meus olhos de forma concreta. [. . .]. Essa moça sentiu pelo seu cunhado uma ternura cuja aceitação consciente encontrou a resistência de todo o seu ser moral (v. 2, p. 206).

Dessa maneira, foi a mudança de posição clínica para uma posição de não-saber, de não saber tudo, que possibilitou a Freud perguntar, investigar, e fez um giro no cenário clínico trazendo à tona o saber de Elisabeth von R. sobre seu adoecimento, sobre seu sintoma e sobre sua posição a partir de seu psiquismo. Assim, tanto Freud como Elisabeth puderam compreender que o sentimento dela, de que “não podia dar um único passo à frente”, era uma expressão simbólica de seus pensamentos dolorosos, condensados na expressão física do sintoma, no caso, a abasia dolorosa. “Essa dor, que era reumática na sua origem, tornou-se então um símbolo mnêmico das suas excitações psíquicas penosas [. . .]” (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 224). Essas questões deram base para Freud compreender a simbolização do sintoma de Elisabeth von R.:

> [. . .] ela encontrara na astasia-abasia uma expressão somática para o fato de não ter uma posição independente e a sua incapacidade de modificar suas circunstâncias, e que frases tais como ‘não ser capaz de dar um único passo à frente’, ‘não ter nada em que se apoiar’, serviram de ponte para esse novo ato de conversão (Freud, v. 2, 1893-1895, p. 225).

A busca das causas e determinantes específicos dos sintomas histéricos de Elisabeth von R. exigiram de Freud mudanças em sua posição clínica. Ele lançou nova luz sobre a teoria da histeria ao buscar a compreensão da etiologia dos sintomas, ao invés de concentrar-se na tentativa de eliminá-los. A mudança de posição clínica para uma posição de não saber tudo possibilitou que o sintoma fosse compreendido por sua constituição psíquica.

A mudança de posição clínica de Freud culminou em uma ruptura epistemológica, concebeu novas implicações para o médico e um novo estatuto para o sintoma na histeria. Nesse sentido, sob a ótica da psicanálise, o sintoma na histeria adquire um significado diferente do que tinha no discurso médico-psiquiátrico do final do século XIX e também no século XX. Pesquisamos as implicações teórico-clínicas dessa diferenciação no Capítulo 3 desta pesquisa. Na próxima seção, pesquisamos a concepção de histeria em Freud nos rudimentos da psicanálise e circunscrevemos a nosografia freudiana nesse recorte histórico.

2.7 A concepção de histeria em Freud nos rudimentos da psicanálise

No início deste capítulo fizemos um percurso histórico da histeria, forma clínica cujos registros mais antigos datam de cerca de três mil anos. Na presente seção, pesquisamos a concepção de histeria em Freud nos rudimentos da psicanálise. Tomando como ponto de partida a data de publicação dos casos clínicos atendidos por Freud, registrados nos "Estudos sobre a histeria" (Breuer & Freud 1893-1895), verificamos que ocorreram entre 1888 e 1892. Nesse aspecto, verificamos a evolução da concepção de histeria em Freud, formalizada a partir de sua clínica com as histéricas. Nosso recorte parte do ano 1888 até a virada do século (1901), período que condensa a gênese teórica que embasou Freud em sua ruptura epistemológica com a medicina e com a psiquiatria. Para realizar nosso objetivo, pesquisamos seis textos escritos no período de nosso recorte. Notamos que a cada publicação Freud formula e reformula sua concepção de histeria. Os textos pesquisados foram: "Histeria" (1888/1977), "Estudos sobre a histeria" (1893-1895), "As neuropsicoses de defesa" (1894/1976), "Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa" (1896a/1976), "Carta 69" (1950 [1892-1899]/1977) e "Fragmento da análise de um caso de histeria" (1905 [1901]/1972).

No final do século XIX, nos rudimentos da clínica freudiana, a concepção de histeria contemporânea era a de Charcot. Em 1888 Freud escreveu um artigo sobre o verbete "Histeria" como contribuição à Enciclopédia *Villaret*, obra publicada em dois volumes (1888 e 1891). O artigo em questão mostra Freud seguindo fielmente as doutrinas de Charcot na descrição da histeria. Freud (1888) registra a opinião de Charcot, de que a histeria é um quadro clínico bem definido, "que pode ser reconhecido com bastante clareza nos casos extremos daquilo que se conhece como "***grande hystérie***" [grande histeria] [. . .]" (v. 1, p. 80, destaque do autor).

Nesse artigo, Freud (1888) discorre sobre a sintomatologia da histeria. Segundo ele, apesar de sua sintomatologia ser variada, era possível destacar uma série de sintomas que incluem: ataques convulsivos, zonas histerógenas, distúrbios da sensibilidade, distúrbios da atividade sensorial, paralisias, contraturas e algumas características gerais da histeria. Nesse momento, Freud considera a histeria uma anomalia constitucional e discorre sobre os seguintes métodos de tratamento: remoção do paciente de suas condições habituais e isolamento do círculo em que ocorreu o ataque; estadia temporária em um estabelecimento que proporcione cuidados médicos; massagens, faradização geral, hidroterapias, ginásticas, melhoramento do sangue por arsenicais e medicação ferrosa e também as curas de repouso de Weir Mitchell, já citadas nesta pesquisa (Freud 1888, v. 1).

Ainda no texto “Histeria” (1888), Freud menciona também o tratamento direto que consiste na remoção das causas psíquicas que estimulam os sintomas. Esse método consiste em dar ao paciente, sob hipnose, uma “sugestão” que contém a remoção do distúrbio em questão. Freud (1888) se refere ao método utilizado por Breuer como o mais apropriado para tratar a histeria, uma vez que os sintomas histéricos – que resistiram a todos os outros tratamentos – desaparecem espontaneamente sob a influência de um motivo psíquico suficiente. Freud considera que, apesar de ser um método novo, produz curas bem-sucedidas, que não são alcançadas por outro meio. No final do artigo “Histeria”, Freud (1888) faz um resumo dessa forma clínica:

> [. . .] podemos dizer que a histeria é uma anomalia do sistema nervoso que se fundamenta na distribuição diferente das excitações, provavelmente acompanhada de excesso de estímulos no órgão da mente. Sua sintomatologia mostra que esse excesso é distribuído por meio de ideias conscientes ou inconscientes. Tudo o que modifica a distribuição das excitações no sistema nervoso pode curar os distúrbios histéricos: esses efeitos são, em parte, de natureza física e, em parte, de natureza diretamente psíquica (v. 1, p. 99-100).

Cinco anos depois, nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-1895), Breuer e Freud propõem que os sintomas histéricos se desenvolvem a partir de uma sequência de eventos traumáticos, sendo possível encontrar no sintoma a repetição do evento causador. Suas experiências demonstraram que os variados sintomas, característicos da histeria, **“estão tão estritamente relacionados com o trauma desencadeador [. . .] que exibem a conexão causal de maneira bem clara”** (v. 2, p. 44, destaque dos autores). Eles definem o trauma psíquico como qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física (Breuer & Freud, 1893-1895). A lembrança do trauma – e não o trauma em si – “age como um corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação” (v. 2, p. 46).

Nessa lógica, como já sinalizamos nesta pesquisa, a direção do tratamento era o método catártico. Os sintomas desapareciam quando o médico conseguia que se desse com o paciente, ao mesmo tempo, a recordação do fato traumático e a descarga do estado afetivo ou emocional ocasionado pelo trauma. Dito de outro modo, quando o paciente descrevia o fato traumático com detalhes e traduzia a emoção em palavras. (Breuer & Freud, 1893-1895).

Em 1894 Freud publica o texto “As neuropsicoses de defesa”, introduzindo, pela primeira vez em sua teoria, os termos “defesa” e “conversão”, que se tornariam conceitos importantíssimos para a psicanálise freudiana. Freud afirma ter modificado a teoria da histeria a partir da observação de pacientes. Essa modificação contrapõe as concepções de Breuer de que a base da histeria era a ocorrência dos “estados hipnoides”. Freud propõe a “histeria de

defesa", contrapondo-a às formas clínicas até então delimitadas, a saber, "histeria hipnoide" e "histeria de retenção". Ele afirma também que a histeria de defesa é uma histeria adquirida, visto que não se tratava de grave tara hereditária ou de atrofia degenerativa individual.

Freud verificou que os pacientes gozavam de boa saúde até o momento de uma "ocorrência de incompatibilidade" na vida afetiva. O ego foi confrontado com uma experiência, ideia ou sentimento que suscitava um afeto tão aflitivo que o sujeito decidia esquecê-lo, por não conseguir resolver essa contradição – entre ego e ideia incompatível. Tendo em vista que a tarefa defensiva do ego, de desconsiderar a representação incompatível, não pode ser cumprida, e que tanto os traços de memória quanto o afeto não podem ser erradicados, Freud (1894) propõe a saída que o ego encontra diante desse impasse:

> Mas uma realização aproximada da tarefa se dá quando o eu **transforma essa representação poderosa numa representação fraca**, retirando-lhe o afeto – a soma de excitação – do qual está carregada. A representação fraca não tem então praticamente nenhuma exigência a fazer ao trabalho da associação (v. 3, p. 61, destaque do autor).

Entretanto, a soma de excitação desvinculada da representação tem que ser utilizada de alguma outra forma. Tal utilização adquire especificidades nas histerias, fobias e nas obsessões. Dessa forma Freud (1894) estabelece que "Na histeria, a representação incompatível é tornada inócua pela **transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática**. Para isso eu gostaria de propor o nome de **conversão**" (v. 3, p. 61, destaques do autor). A conversão pode ser total ou parcial. Ela opera na inervação motora ou sensória relacionada à experiência traumática. Freud (1894), então, reformula a teoria da histeria:

> Assim, vemos que o fator característico da histeria não é a divisão da consciência, **mas a capacidade de conversão**, e podemos aduzir, como parte importante da predisposição para a histeria – predisposição ainda desconhecida em outros aspectos –, uma aptidão psicofísica para transpor enormes somas de excitação para a inervação somática (v. 3, p. 63, destaque do autor).

Notamos que nesse texto – "As neuropsicoses de defesa"– Freud (1894) já enfatiza questões relativas à sexualidade na histeria. Em certo momento propõe que, "Nas mulheres, esse tipo de representações incompatíveis assoma principalmente no campo da experiência e das sensações sexuais" (v. 3, p. 60). Em outro momento, afirma que "é fácil verificar que é precisamente a vida sexual que traz em si as mais numerosas oportunidades para o surgimento de representações incompatíveis" (v. 3, p. 65).

Em 1895 Breuer e Freud publicaram os “Estudos sobre a histeria” (1893-1895)[15]. O último capítulo desse texto, intitulado “A psicoterapia da histeria”, foi escrito exclusivamente por Freud. Nele, Freud retoma aspectos teóricos sobre o conceito de defesa e também reconhece a etiologia sexual das neuroses. Ele afirma que, partindo do método de Breuer – método catártico – chegou a resultados úteis: “Em primeiro lugar, fui obrigado a reconhecer que, na medida em que se possa falar em causas determinantes que levam à **aquisição** de neuroses, sua etiologia deve ser buscada em fatores **sexuais**” (v. 2, p. 313, destaques do autor). No ano seguinte, Freud publicou o texto “Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa” (1896a). Nesse texto, faz um exame detalhado daquilo contra o que a defesa se manifesta, culminando na ideia de que o fator responsável é uma experiência sexual de caráter traumático. Segundo Freud (1896a),

> Para causar a histeria, não basta ocorrer em algum período da vida do sujeito um evento relacionado com sua vida sexual e que se torne patogênico pela liberação e supressão de um afeto aflitivo. Pelo contrário, **tais traumas sexuais devem ter ocorrido na tenra infância, antes da puberdade, e seu conteúdo deve consistir numa irritação real dos órgãos genitais (por processos semelhantes à copulação)** (v. 3, p. 188, destaque do autor).

Essa teoria – que atribui à lembrança de cenas reais de sedução o papel determinante na etiologia das neuroses – recebeu o nome de “teoria da sedução” (Laplanche & Pontalis, 2016). Freud (1896a) considera que a passividade sexual durante o período pré-sexual é uma determinante específica da histeria. Ademais, afirma que “não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como **lembrança** depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (p. 189, destaque do autor).

Nessa perspectiva, as experiências e excitações que no período posterior à puberdade precipitam a eclosão da histeria operam “por despertarem o traço mnêmico desses traumas de infância, que não se tornam conscientes de imediato, mas levam a uma descarga de afeto e ao recalcamento” (p. 191). Para Freud, os abusos sexuais se davam por parte de babás, governantas, empregadas domésticas, professores e também entre as próprias crianças, antes de oito a dez anos de idade. O limite mínimo de idade recua na medida do que seus pacientes lembravam (chegando a um ou dois anos). Na maioria dos casos que investigou, o trauma ocorreu no terceiro ou quarto ano de vida (Freud, 1896a).

Uma grande reviravolta na teoria das neuroses teve seu marco na “Carta 69” de Freud a Fliess, seu amigo otorrinolaringologista. Essa carta data de 21 de setembro de 1897. Nela, Freud escreve: “[. . .] Confiar-lhe-ei de imediato o grande segredo que lentamente comecei a

---

[15] “Os *Estudos sobre a Histeria* parecem ter sido efetivamente publicados em maio de 1895, embora a data exata não seja mencionada” (Strachey, 1974c, p. 20).

compreender nos últimos meses. Não acredito mais em minha **neurótica** [teoria das neuroses]" (Freud, v. 1, 1950, p. 350, destaque do autor). Nessa carta Freud repensa sua teoria das neuroses, uma vez que seria improvável que houvesse tantos casos de abusos de crianças para gerar tantos casos de neurose existentes.

A "Carta 69" apresenta um argumento que fundamentará a reviravolta na teoria das neuroses: "no inconsciente, não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção que é catexizada com o afeto" (Freud, v. 1, 1950, p. 351). Tal argumento abriu caminho para se pensar em outra causalidade para as neuroses, dentre elas a histeria: se os traumas sexuais não provinham exclusivamente de relações sexuais reais, elas poderiam ser fantasias. Dessa forma, é em torno da noção de "fantasia" que Freud demarcará a etiologia da histeria. Segundo Laplanche e Pontalis (2016),

> O modo como Freud descobriu a importância das fantasias na etiologia das neuroses é também invocado muitas vezes no mesmo sentido: Freud, que tinha começado por admitir a realidade das cenas infantis patogênicas encontradas no decorrer da análise, teria abandonado definitivamente esta convicção inicial, denunciando seu "erro"; a realidade aparentemente material dessas cenas não passava de realidade psíquica (p. 169).

Em "Fragmento da análise de um caso de histeria" Freud (1905) reformula sua concepção de histeria. Na seção referente ao quadro clínico de Dora, sua paciente, Freud afirma, quanto ao estabelecimento do diagnóstico de histeria, que tomaria por histérica, sem hesitar, "qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderante ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos" (Freud, v. 7, 1905, p. 26).

O Caso Dora, em nossa leitura, é um marco na psicanálise freudiana no que se refere à etiologia da histeria. Não nos aprofundamos no estudo desse caso por não ser nosso objetivo nesta pesquisa. Entretanto, verificamos que, ao escrever o Caso Dora, a sexualidade, enquanto etiologia da histeria, já havia ganhado volume na teoria freudiana, bem como as noções de "fantasia" e de "realidade psíquica". Também nesse caso, a partir dos elementos dos sonhos de Dora, Freud passa a considerar a interpretação do Complexo de Édipo e da cena primitiva como ponto de partida dos sintomas neuróticos. Ademais, foi no Caso Dora que Freud realizou a primeira teorização do conceito de transferência, operador analítico que direcionou nossa pesquisa, cujos resultados serão verificados no Capítulo 4.

Assim, concluímos que a pesquisa dos textos freudianos escritos na virada do século XIX nos apontou que Freud formula e reformula sua concepção de histeria sempre a partir da clínica. Dito de outro modo, a teoria sobre a histeria se desenvolve a partir do que Freud

aprende na condução do tratamento das histéricas. Por esse motivo, a ruptura epistemológica freudiana se dá a partir da clínica da histeria. A psicanálise nasceu da tentativa de Freud de compreender a etiologia da histeria, de forma que seria impossível pensar uma sem a outra.

2.7.1 A nosografia freudiana no final do século XIX

A mudança de posição clínica de Freud na criação da psicanálise culminou na reformulação teórica das entidades clínicas médico-psiquiátricas do final do século XIX. Ao se deparar com diversas manifestações sintomáticas em seu percurso clínico, Freud diferenciou tais patologias a fim de possibilitar leituras diagnósticas e práticas terapêuticas mais coerentes com os quadros clínicos que seus pacientes apresentavam. A clínica impôs a Freud dificuldades que exigiram leituras e intervenções diferentes, o que deu consistência à posterior ruptura epistemológica.

Nesta seção, discorremos sobre a nosografia freudiana no final do século XIX, especificamente do ano de 1888 a 1898. Esse recorte nos permitiu verificar o contexto clínico em que Freud foi formulando e reformulando o conceito de histeria a partir de sua prática clínica. Para tal, pesquisamos textos específicos dessa década, nos quais Freud discrimina algumas formas clínicas a partir da percepção de especificidades das manifestações sintomáticas em sua prática clínica. Os textos pesquisados foram: “Histeria” (1888), “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-1895), “As neuropsicoses de defesa” (1894), “Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada ‘neurose de angústia’” (1895 [1894]/1976), “Hereditariedade e etiologia das neuroses” (1896b/1976), “Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa” (1896a), “A etiologia da histeria” (1896c/1976) e “A sexualidade na etiologia das neuroses” (1898/1976). Utilizamos também o “Vocabulário da Psicanálise” de Laplanche e Pontalis (2016), para a compreensão de alguns conceitos freudianos.

Entre 1888 e 1898, a principal preocupação de Freud é definir a noção de defesa e descobrir suas modalidades nas diversas formas clínicas. Do ponto de vista nosográfico, a distinção principal se dá entre as “psiconeuroses” e as “neuroses atuais”. Durante toda a década Freud utilizará esses termos como referência para a distinção das afecções psíquicas.

Freud introduz o termo “psiconeurose” no texto “As neuropsicoses de defesa” (1894). Nesse texto, ele se propõe a apresentar “uma tentativa de teoria psicológica da histeria adquirida, de muitas fobias e obsessões e de certas psicoses alucinatórias” (v. 3, p. 57). Freud utiliza esse termo em oposição às “neuroses atuais”. Ele caracteriza como psiconeuroses “as

afecções psíquicas em que os sintomas são a expressão simbólica dos conflitos infantis, isto é, as neuroses de transferência e as neuroses narcísicas" (Laplanche & Pontalis, 2016, p. 389).

A categoria neurose de transferência abarca as formas clínicas histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva: "Em comparação com as neuroses narcísicas, elas [neuroses de transferência] se caracterizam pelo fato de a libido ser sempre deslocada para objetos reais ou imaginários, em lugar de se retirar sobre o ego" (Laplanche & Pontalis, 2016, p. 308). Nessa perspectiva, elas são mais acessíveis ao tratamento psicanalítico por possibilitarem a neurose de transferência enquanto neurose artificial em que se organizam as manifestações de transferência, tema que desenvolvemos no Capítulo 4 desta pesquisa.

Já as neuroses narcísicas designam as formas clínicas caracterizadas pela retirada da libido sobre o ego. De acordo com Laplanche e Pontalis (2016), "Do ponto de vista nosográfico, o grupamento das neuroses narcísicas abrange o conjunto de psicoses funcionais (cujos sintomas não são efeitos de uma lesão somática) " (p. 312). Nos textos pesquisados, encontramos referências de Freud às seguintes formas clínicas: psicose alucinatória (1894, v. 3), psicose de defesa (1894 e 1896a, v. 3), psicose histérica (1895, v. 2), psicose de esmagamento (1894, v. 3) e paranoia crônica (1896a, v. 3). Freud também utiliza, com frequência, a expressão "estados psicóticos".

No final do século XIX Freud considera duas formas clínicas como neuroses atuais (*Aktuelle Neurose*)[16]: a neurastenia e a neurose de angústia[17]. Ele caracteriza a etiologia da neurastenia a partir de um funcionamento sexual incapaz de resolver de forma adequada a tensão libidinal. Freud faz um alerta quanto à especificidade da etiologia da neurastenia, contrapondo-a às psiconeuroses: "Assim, em todo caso há uma etiologia sexual; mas na neurastenia é uma etiologia contemporânea, enquanto nas psiconeuroses os fatores são de natureza infantil. Esse é o primeiro grande contraste na etiologia das neuroses" (v. 3, p. 294).

Já a neurose de angústia foi isolada por Freud da neurastenia, do ponto de vista somático, "pela predominância da angústia (espera ansiosa crônica, acessos de angústia ou equivalentes somáticos desta) " (Laplanche & Pontalis, 2016, p. 302). No texto "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia' " Freud (1895) supõe que "o mecanismo da neurose de angústia deva ser procurado em uma deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica, com um consequente emprego

[16] Literalmente "neurose do momento presente" (Strachey, 1976a, v. 3, p. 296, nota de rodapé).

[17] Freud (1895) considerou as relações entre hipocondria, neurastenia e neurose de angústia no texto "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'". Entretanto, se manifestará de forma mais direta sobre essa questão no texto "Contribuições a um debate sobre a masturbação" (Freud, 1912a/1974) ao considerar a hipocondria como terceira neurose atual. Também no texto "Sobre o narcisismo: uma introdução" Freud (1914b/1974) retomará essa ideia.

anormal dessa excitação" (v. 3, p. 126). De acordo com Freud (1895), a neurose de angústia partilha com a neurastenia uma característica principal: "[. . .] a fonte de excitação, a causa precipitante do distúrbio, repousa no campo somático em vez de no psíquico, tal como é o caso da histeria e da neurose obsessiva" (v. 3, p. 133-134).

Tendo em vista que o recorte de nossa pesquisa se restringiu ao estudo da histeria, também circunscrevemos os tipos de histeria referenciados por Freud no final do século XIX. No texto "Histeria" Freud (1888) diferencia duas formas de apresentação da histeria que se contrapõem: histeria crônica (sucessão ininterrupta de distúrbios relativamente leves) e histeria aguda (diversos surtos graves). Também nesse texto, menciona a histeria local, forma de apresentação da histeria que pode acompanhar doenças locais nos órgãos. Essas formas de apresentação da histeria não se tornaram conceitos na obra freudiana.

As formas clínicas que se tornaram conceitos, no período definido para nossa pesquisa (1888-1898), foram: histeria hipnoide, histeria de conversão, histeria de defesa e histeria de retenção. Recorremos à Laplanche e Pontalis (2016) para compreensão do conceito de histeria hipnoide:

> Expressão utilizada por Breuer e Freud nos anos de 1894-95. Forma de histeria que teria origem nos estados hipnoides; o sujeito não pode integrar na sua pessoa e na sua história as representações que surgem no decorrer desses estados. Estas formam, então, um grupo psíquico separado, inconsciente, suscetível de provocar efeitos patogênicos (p. 216).

A histeria de conversão é a "Forma de histeria que se caracteriza pela predominância de sintomas de conversão" (Laplanche & Pontalis, 2016, p. 213). No final do século XIX Freud utilizou esse conceito poucas vezes, já que o mecanismo de conversão caracterizava a histeria de forma geral[18].

A histeria de defesa, por vezes, é também chamada por Freud de "histeria adquirida". No texto "As neuropsicoses de defesa", Freud (1894), propõe a histeria de defesa distinguindo-a da histeria hipnoide e da histeria de retenção. Essa forma clínica "Especifica-se pela atividade de defesa que o sujeito exerce contra representações suscetíveis de provocarem afetos desagradáveis" (Laplanche & Pontalis, 2016, p. 214).

A histeria de retenção é uma forma de histeria diferenciada por Breuer e Freud, nos anos 1894-1895, da histeria hipnoide e da histeria de defesa. Essa forma clínica foi assim denominada pelo fato de os afetos, sob a ação de circunstâncias exteriores desfavoráveis, não

---

[18] Freud (1909/1976) discriminará histeria de conversão e histeria de angústia em "Análise de uma fobia em um menino de cinco anos": "Existem casos de pura histeria de conversão sem nenhum traço de ansiedade, assim como há casos de simples histeria de angústia que exibem sentimentos de ansiedade e de fobias, mas não têm mistura de conversão" (v. 10, p. 123).

serem ab-reagidos. De acordo com Laplanche e Pontalis (2016), nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-1895)

> [. . .] a noção de retenção estava presente para designar uma série de condições etiológicas em que, por oposição ao estado hipnoide, é a **natureza** do trauma que torna impossível a ab-reação; o trauma esbarra, quer em condições sociais que impedem a sua ab-reação, quer numa defesa do próprio sujeito (v. 2, p. 215, destaque dos autores).

Vale lembrar que Freud privilegia o uso do conceito de histeria de defesa em detrimento dos conceitos de histeria hipnoide e de histeria de retenção. Nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-1895) Freud chega a colocar em dúvida a existência dessas formas clínicas. Ele comenta que “Estranhamente, em minha própria experiência, nunca deparei com uma histeria hipnoide autêntica. Todas as que aceitei para tratamento transformaram-se em histerias de defesa” (v. 2, p. 342). Pouco adiante, afirma que seu julgamento é igualmente incerto quanto à histeria de retenção e suspeita que “na base da histeria de retenção também haja um elemento de defesa que tenha forçado todo o processo na direção da histeria” (v. 2, p. 343). A terminologia histeria de defesa passa a se tornar inútil e sem sentido após Freud estender o modelo de conflito defensivo também às outras neuroses.

Por que Freud isolava e diferenciava as formas clínicas? Porque, ao clinicar, ele se deparava com variadas manifestações sintomáticas e o tratamento era mais eficaz à medida que ele se orientava pelo diagnóstico correto da forma clínica que se manifestava, justificando tal isolamento e diferenciação. É nesse sentido que se justifica esta pesquisa, pois, conforme apontado, é fundamental a concepção do sintoma para a definição da direção do tratamento. Quais as implicações éticas no exercício da concepção do sintoma? E do tratamento sem a fundamentação dessa concepção?

Aprendendo com Freud, ainda é necessário isolar e diferenciar as formas clínicas, pois, a partir dessa tarefa complexa, a psicanálise permanece realizando suas rupturas radicais, efetivando consequências teórico-clínicas e éticas na direção do tratamento. Assim, a clínica psicanalítica constituiu-se pela nosografia freudiana que embasou a ruptura epistemológica com as clínicas médico-psiquiátricas vigentes então. De acordo com Freud (1898),

> As principais dificuldades que ainda persistem no caminho do método terapêutico psicanalítico não são devidas a ele próprio, mas à falta de compreensão, entre médicos e leigos, da natureza das psiconeuroses (v. 3, p. 310).

Assim finalizamos o Capítulo 2 desta pesquisa. Discorremos sobre aspectos pertinentes aos rudimentos da ruptura epistemológica freudiana, tendo a clínica da histeria como ponto fundamental para essa ruptura; e registramos a formulação do significado do

sintoma psíquico e suas implicações teórico-clínicas, no final do século XIX e início do século XX. Passaremos agora a aprofundar questões referentes à constituição da psiquiatria biológica, principalmente no que se refere ao significado do sintoma biológico e suas implicações na clínica contemporânea.

3 A NATUREZA DO SINTOMA BIOLÓGICO E SUAS IMPLICAÇÕES NA CLÍNICA DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

Neste capítulo pesquisamos a natureza do sintoma biológico e os aspectos teórico-clínicos que possibilitaram que a psiquiatria biológica se tornasse a vertente hegemônica da psiquiatria do final do século XX à contemporaneidade. Também analisamos as implicações do significado do sintoma biológico, tanto na psiquiatria biológica quanto na clínica contemporânea.

Para essa finalidade traçamos um panorama da clínica psiquiátrica do início do século XX até a década de 70. Em seguida, pesquisamos elementos teórico-clínicos que possibilitaram a constituição da psiquiatria biológica, a partir da década de 80, e fatores que contribuíram para que essa vertente psiquiátrica assumisse a hegemonia do saber psiquiátrico contemporâneo. Posteriormente, examinamos o significado do sintoma biológico na psiquiatria biológica a partir dos sistemas cerebrais – anatômico, funcional e neuroquímico – e da genética psiquiátrica.

Logo após, discutimos a concepção de sintoma no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e suas implicações teórico-clínicas na clínica contemporânea. Subsequentemente, realizamos uma pesquisa teórica nas gerações de DSM, a partir de comentadores que tratam desse tema, para responder à questão: Há histeria no DSM-5? Concluindo este capítulo, especificamos a psicofarmacologia da histeria a partir de três grupamentos de transtornos do DSM-5: Transtornos de Ansiedade; Transtornos Dissociativos; e Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados.

3.1 A psiquiatria no século XX: do início do século até a década de 70

Nos propomos a delinear a constituição da psiquiatria biológica e a abordar questões relacionadas ao sintoma biológico e a suas implicações na clínica contemporânea. Contudo, tendo em vista que a psiquiatria biológica se constitui a partir da década de 1980, iniciamos nossas reflexões sinalizando vicissitudes da clínica psiquiátrica que possibilitaram a constituição da vertente biológica da psiquiatria. Ressaltamos o significado do sintoma para a psiquiatria do século XX e, sempre que possível, articulamos nossa discussão contrapondo as ideias com a ruptura epistemológica freudiana, que se deu na virada do século XIX para o século XX, conforme elucidamos no Capítulo 2 desta pesquisa.

O alvorecer do século XX marcou acentuada tendência do afastamento entre psiquiatria e medicina. No século XIX, a psiquiatria clássica apresentou uma posição anatomista, inserindo-se no método anatomoclínico, próprio da medicina. Todavia, no século

XX a medicina se introduziu no método científico, o que lhe exigiu a exclusão da subjetividade – do observador e do observado. No caso da psiquiatria foi o contrário: no início do século XX ela buscou a instrumentalização epistemológica para o estudo e investigação da subjetividade. Barreto (2010) recorre à "Psicopatologia Geral" (1913) de Karl Jaspers (1883-1969) para extrair o cerne dessa diferenciação, pois, segundo Barreto, por mais que a ciência avance, a psiquiatria nunca se reduzirá à medicina, dada a natureza de seu objeto. Barreto (2017) afirma que três fontes principais foram utilizadas para tal: a psicanálise freudiana, a fenomenologia husserliana e o existencialismo heideggeriano. Tal mudança deu origem à passagem da psiquiatria clássica para a psiquiatria das grandes escolas, que marcaram a primeira metade do século XX.

Segundo Barreto (2010) as grandes escolas foram divididas em "dinâmicas" e "fenomenológicas". As dinâmicas foram influenciadas pelas contribuições de Freud e as fenomenológicas se inspiraram nos estudos de Jaspers. De modo sumário, Barreto (2010) expõe as subdivisões das principais escolas:

> Entre as dinâmicas: psicodinâmica alemã (Moebius, Bleuler, Kretschmer), psicodinâmica francesa (Claude, Baruk), organodinâmica (Ey), psiquiatria dinâmica inglesa (Maxwell Jones), psiquiatria dinâmica americana (Alexander). Entre as fenomenológicas: fenomenológico-clínica alemã (Grühle, Mayer Gross, Karl Schneider, Kurt Schneider), fenomenológico-clínica francesa (Blondel, Dide, Guiraud, Minkowski), antropológico-fenomenológica (Gebsatel), fenomenológico-existencialista (Binswanger, Kuhn, Strauss) (p. 147).

Se no século XX a psiquiatria afastou-se da medicina, o contrário se deu para com a psicanálise. A teoria e a prática psicanalíticas se tornaram robustas e contribuíram consideravelmente com a prática psiquiátrica desse século. Ao mesmo tempo em que a clínica psicanalítica buscou na psiquiatria sua fundamentação nosológica – que permitiu a construção do conceito de estrutura clínica – a psicanálise contribuiu consideravelmente com o saber psiquiátrico, sustentando-o enquanto discurso clínico e teórico.

No livro "Freud e a experiência psicanalítica" Birman (1989) sinaliza algumas questões históricas que favoreceram a junção da psicanálise com a psiquiatria. Destacamos, dentre elas, a mudança de psicanalistas europeus para os Estados Unidos após o aniquilamento de grande parcela do movimento psicanalítico europeu pelo nazismo.

> O "psicanalismo" conquistou o mundo e, a partir dos anos quarenta e cinquenta, a psiquiatrização do social encontrou na reinterpretação do discurso freudiano um instrumento fundamental para as suas intervenções (p. 77).

Em outro momento Birman (2011) comentou que até a década de 1970 a psiquiatria era "[. . .] essencialmente regulada pelos cânones psicanalíticos" (p. 195). As ideias de

Birman (1989; 2011) coadunam com a afirmação de Aguiar (2004) de que a psicanálise "passou a ser considerada 'a ciência básica' da psiquiatria" (p. 33).

No livro "A psiquiatria no divã – Entre as ciências da vida e a medicalização da existência", Aguiar (2004) registra quatro pontos de virada na história da psiquiatria estadunidense, no século XX. Esses pontos são citados por Melvin Sabshin, ex-diretor da *American Psychiatric Association*[19] (APA). Concentramos nossa pesquisa fazendo referências constantes à psiquiatria estadunidense, pois ela foi o berço da psiquiatria biológica, modificando a psiquiatria mundial após as décadas de 1970 e 1980. Os pontos citados por Melvin Sabshin nos ajudaram a compreender algumas vicissitudes do significado do sintoma psiquiátrico nesse século. São eles:

> [. . .] o desenvolvimento da psicobiologia de Adolf Meyer, cujo maior impacto ocorreu no segundo quarto do século; o forte impacto da psicanálise na psiquiatria americana após a Segunda Guerra Mundial; o desenvolvimento da psiquiatria biológica a partir dos anos 1970 e 1980; e uma quarta virada no século XXI, quando ele presume que surgirá uma "nova psiquiatria clínica" [. . .] (Aguiar, 2004, p. 31)

No primeiro ponto de virada temos a psicobiologia de Adolf Meyer (1866-1950). Meyer foi um psiquiatra suíço que emigrou para os Estados Unidos em 1892. Exerceu forte influência sobre os psiquiatras que se tornariam lideranças em psiquiatria após a Segunda Guerra Mundial. Sua concepção de transtornos mentais envolvia fatores biológicos, psicológicos e sociais. Aguiar (2004) demarca que Meyer se opunha ao modelo nosológico de Emil Kraepelin (1856-1926) "por considerar que os eventos da história dos pacientes eram os elementos mais importantes na etiologia dos transtornos mentais" (p. 32).

Meyer foi influenciado pelas ideias freudianas. Chama-nos a atenção que a posição clínica de Meyer já demonstra os efeitos da ruptura epistemológica freudiana no que se refere à clínica: os eventos da história dos pacientes deveriam ser escutados, pois eram os elementos mais importantes na etiologia, ou seja, era necessária uma mudança de posição clínica para se escutar o saber do paciente. A psiquiatria trazia aqui os efeitos da ruptura epistemológica freudiana; e a posição clínica que valorizava a palavra do paciente era necessária na prática clínica. Meyer se concentrava em uma abordagem etiológica "buscando identificar os processos psíquicos dinâmicos de base envolvidos na origem dos sintomas psiquiátricos" (Aguiar, 2004, p. 32).

Segundo Aguiar (2004), Meyer privilegiava uma condução de tratamento singularizada, de acordo com a história clínica de cada paciente:

---

[19] Associação Psiquiátrica Americana.

> Meyer exigia de seus discípulos estudos atentos da personalidade e dos antecedentes pessoais de seus pacientes, entendendo o processo de adoecimento como uma **reação**, que envolvia aspectos físicos e mentais (p. 32, destaque do autor).

Percebemos que Meyer privilegiava o caso clínico, dando pouca importância às abordagens descritivas e classificações. Interessava-se pelo caso singular, pela construção do caso, e tinha uma proposta de clínica ampliada, no sentido de não se ater a uma única etiologia dos sintomas, mas de considerar os aspectos biopsicossociais que os determinavam. De antemão já sinalizamos que a psiquiatria biológica contrapôs todas essas prerrogativas de Meyer em seus desdobramentos clínicos e teóricos.

O segundo ponto de virada citado por Melvin Sabshin refere-se ao forte impacto da psicanálise na psiquiatria estadunidense após a Segunda Guerra Mundial. Muitos psiquiatras que serviram no Exército, na guerra, se impressionaram com os resultados das técnicas psicanalíticas no tratamento dos soldados durante a guerra, o que promoveu o interesse pelas novas técnicas no tratamento das neuroses traumáticas.

> A psicanálise ganhou enorme poder nas instituições acadêmicas, influenciando importantes hospitais e associações psiquiátricas. No início dos anos 60, mais da metade dos chefes de departamento de psiquiatria das universidades americanas eram membros de sociedades psicanalíticas (Aguiar, 2004, p. 33).

A psiquiatria de orientação psicanalítica nos Estados Unidos recebeu o nome de "psiquiatria psicodinâmica". Ela tinha por ênfase desvendar o sentido dos sintomas e sua relação com o desenvolvimento da história psicológica dos pacientes, ao invés de manipulá-los com medicamentos e sugestões. Por esse ângulo, era uma prática que dava pouco valor aos diagnósticos, ao considerar a doença como processo, ao invés de uma entidade universal. Dessa forma, "a psiquiatria se afastava cada vez mais da nosologia, tornando praticamente irrelevante para a prática clínica essa categoria típica do modelo médico" (Aguiar, 2004, p. 34). Esse movimento ficou marcado por diversos teóricos como processo de "desmedicalização da psiquiatria". Tal processo incidia tanto no plano teórico quanto nas técnicas de investigação dos transtornos mentais.

O processo de desmedicalização da psiquiatria trouxe alguns riscos para a profissão, o que acarretou a ruína do modelo psicanalítico na psiquiatria. Aguiar (2004) cita, por exemplo, a indefinição de fronteiras entre as concepções de saúde e doença mental, que culminou em grande variedade de práticas sociais dentro do campo de intervenção da psiquiatria. Assim, uma série de terapias de qualidade duvidosa ganhou terreno na sociedade estadunidense. Esses desdobramentos resultaram, na década de 60, no movimento denominado

Antipsiquiatria[20], que criticava a prática psiquiátrica principalmente no estabelecimento de suas fronteiras fluidas entre a saúde mental e a doença. Tais críticas colocavam em evidência as fragilidades que o modelo psiquiátrico vigente expunha. As críticas dirigidas à psiquiatria incidiam diretamente no prestígio social dos psiquiatras.

Aguiar (2004) discorre sobre determinantes político-sociais que contribuíram para a exclusão do discurso psicanalítico da psiquiatria e para a demanda de uma nova psiquiatria – a biológica – a partir da década de 1980. Não aprofundaremos cada determinante, mas mencionaremos alguns para favorecer a compreensão do alvorecer da "nova psiquiatria". Aguiar (2004) cita, por exemplo, as críticas e questionamentos às instituições asilares devido às suas péssimas condições e aos seus efeitos iatrogênicos – principalmente na década de 1950; e à falta de confiabilidade nos diagnósticos psiquiátricos, ressaltando o perigo deles na prática clínica – haja vista o estudo de Rosenham, relembrado por Dunker (2013):

> Em 1973, veio à luz o experimento de Rosenham, no qual diversos pesquisadores simularam a existência de um único sintoma psiquiátrico, dizendo que ouviam vozes, mas não muito claras (alucinação). Eles se apresentaram a hospitais psiquiátricos norte-americanos e, após 60 dias, a ampla maioria dos hospitais não detectou a fraude. Indignados, os psiquiatras desafiaram Rosenham a enviar falsos pacientes a seus hospitais, com a certeza de que estes agora seriam apanhados. De 193 pacientes, 41 foram dados por impostores e 42 foram qualificados como suspeitos, apesar de Rosenham não ter enviado nenhum falso paciente (p. 33).

Todavia, um dos determinantes que mais influenciou a necessidade de uma nova psiquiatria passou pela via financeira. Por um lado, houve severa restrição financeira aos centros de pesquisa e ao reembolso dos tratamentos psiquiátricos na década de 1970, principalmente pela inexistência de dados epidemiológicos adequados. Por outro lado, as grandes seguradoras de saúde também impuseram fortes restrições financeiras à cobertura dos procedimentos psiquiátricos, pois, comparados a outros serviços médicos, a psiquiatria oferecia menos clareza e uniformidade na terminologia que concerne aos diagnósticos mentais e às modalidades de tratamento (Aguiar, 2004). Segundo Melvin Sabshin, uma confluência de fatores vinha à tona no final da década de 1960, colocando a psiquiatria estadunidense em uma situação de vulnerabilidade:

---

[20] Embora o termo antipsiquiatria tenha sido inventado por David Cooper num contexto muito preciso, ele serviu para designar um movimento político de contestação radical do saber psiquiátrico, desenvolvido entre 1955 e 1975 na maioria dos grandes países em que se haviam implantado a psiquiatria e a psicanálise. [. . .] a antipsiquiatria visou a extinguir os manicômios e eliminar a própria ideia de doença mental [. . .]. Ela foi uma espécie de utopia: a da possível transformação da loucura num estilo de vida, numa viagem, num modo de ser diferente e de estar do outro lado da razão, como a haviam definido Arthur Rimbaud (1854-1891) e, depois dele, o movimento surrealista (Roudinesco & Plon, 1998, p. 25-26).

> A **desmedicalização**, a ausência de uma fronteira clara de atuação da psiquiatria e as disputas ideológicas no campo faziam com que os políticos e os financiadores do sistema de saúde manifestassem seu ceticismo quanto à capacidade dos psiquiatras de diagnosticar e tratar seus pacientes (Aguiar, 2004, p. 41, destaque do autor).

Em nossas pesquisas percebemos que a demanda pela reformulação da psiquiatria, tornando-a uma prática de cunho biologicista, passou pela necessidade de adequação da prática psiquiátrica aos ideais de quantificação de dados e à generalização de procedimentos de tratamento, o que incidiu diretamente nas formas de significar e de tratar os sintomas. Nessa nova perspectiva, foi possível assegurar os investimentos de seguradoras e a confiabilidade diagnóstica já alcançada pela medicina. A psiquiatria biológica, em sua constituição, se tornou uma prática que atende os requisitos de quantificação e de generalização de procedimentos de tratamento.

O terceiro e o quarto pontos de virada da psiquiatria no século XX, citados por Melvin Sabshin, referem-se à constituição da psiquiatria biológica e ao surgimento de uma nova psiquiatria clínica. Discorremos sobre esses pontos na próxima seção desta pesquisa, encaminhando algumas questões concernentes ao nosso objeto de estudo: o sintoma na histeria. A psiquiatria biológica se constituiu por uma prática orientada pelo sintoma na clínica? Ou é um meio de alcançar o sonho de se tornar uma prática médica? Foram os desdobramentos clínicos que fomentaram a constituição de uma psiquiatria com viés biologicista? Ou foram as determinantes político-sociais que exigiram (e favoreceram) a constituição de uma psiquiatria alinhada ao modelo médico?

3.2 A constituição da psiquiatria biológica

A psiquiatria biológica se tornou hegemônica nos Estados Unidos, na década de 1980, e rapidamente essa hegemonia se estabeleceu mundialmente. Observamos que essa vertente psiquiátrica não é um campo de saber já constituído, mas em constituição contínua desde o final da década de 1970 até os dias atuais. Aguiar (2004) assim define a psiquiatria biológica:

> A psiquiatria biológica traz como pressuposto central a ideia de que “o cérebro é o órgão da mente” e tem como característica principal a afirmação dos métodos e do vocabulário médico como os únicos legítimos na investigação e descrição dos transtornos mentais, de modo que, segundo Tissot não haveria mesmo nenhuma outra psiquiatria possível: “a adição de ‘biológico’ à psiquiatria deveria constituir um pleonasmo” (p. 20).

Na mesma direção, Serpa Júnior (1998) sintetiza a proposta da psiquiatria biológica: “Tal movimento aposta, de uma maneira geral, na redução de qualquer descrição de acontecimentos mentais a descrições obtidas através do emprego de vocabulários fisicalistas e biológicos” (p. 239). Dentre as várias possibilidades de estudarmos questões referentes à

psiquiatria biológica, optamos por pesquisar sua constituição a partir do sintoma biológico, procurando extrair as implicações dessa mudança na clínica contemporânea.

Na psiquiatria biológica o cérebro tem lugar central na compreensão das perturbações psíquicas. No livro “Introdução à psiquiatria”, Andreasen e Black (2009) afirmam que “os psiquiatras são especialistas que se dedicam ao órgão mais interessante do corpo humano: o cérebro” (p. 6). Nesse mesmo livro eles reivindicam a especialidade médica da psiquiatria e definem o termo “psiquiatra”:

> Assim foi criada uma nova especialidade da medicina, formada por aqueles médicos que optavam por especializar-se no cuidado aos doentes mentais. Eles se tornaram conhecidos como “psiquiatras”, cujo significado literal é “médicos que curam a mente” (p. 10).

Esses autores ainda nos possibilitam constatar que o cérebro é o campo de atuação da prática da psiquiatria biológica, quando comentam os avanços da vertente biológica da psiquiatria:

> A psiquiatria recebeu grande suporte nos últimos anos pela efervescência das neurociências, que forneceram aos psiquiatras as ferramentas para a compreensão da anatomia, da química e da fisiologia do cérebro desenvolvendo assim, de forma gradual, uma base científica que permitirá compreender a emoção e o comportamento humanos e desenvolver métodos para tratar anormalidades nesses domínios (Andreasen & Black, 2009, p. 6).

Vale lembrar que a mudança da psiquiatria de base psicanalítica e social para a psiquiatria biológica se deu gradativamente e contou com desdobramentos clínicos, políticos, científicos e sociais. Na perspectiva clínica, por exemplo, verifica-se que os psicanalistas e os psiquiatras sociais, que até a década de 70 detinham a hegemonia das intervenções e práticas psiquiátricas, se afastaram do modelo médico pelo pouco interesse na nosologia, na farmacoterapia e na investigação etiológica orgânica. Alguns autores tendem a ver a mudança teórico-prática para a psiquiatria biológica como um processo de remedicalização da psiquiatria. Autores como Aguiar (2004) e Serpa Júnior (1998) consideram que a psiquiatria biológica quer afirmar definitivamente a prática psiquiátrica como uma prática médica, buscando diferenciá-la, pelo seu caráter biológico, da psiquiatria e da psicanálise.

Segundo Aguiar (2004), a passagem de uma psiquiatria fundamentada no modelo psicanalítico para uma psiquiatria biológica demarcou um deslocamento conceitual em que a ênfase no processo de adoecimento e a relação deste com a história de vida singular do sujeito foram substituídas por uma prática que prioriza a investigação objetiva das doenças. Dessa forma, “a eficácia dos tratamentos psiquiátricos passa a ser avaliada através de critérios objetivos que favorecem as intervenções que atuem diretamente na redução e controle dos

sintomas” (p. 23). Notamos que o interesse pela etiologia do sintoma, a ser escutado e tratado de maneira singular, passa a não ter importância. Privilegia-se a eliminação, ou a redução, e o controle dos sintomas.

Autores como Aguiar (2004), Barreto (2010), Birman (2011) e Serpa Júnior (1998) já haviam assinalado a tentativa histórica da psiquiatria em se tornar uma especialidade médica. Nesse sentido, esses autores concordam que as mudanças teórico-práticas da psiquiatria biológica visam – por diversos caminhos – a constituí-la como especialidade médica. Serpa Júnior (1998) assim se refere à psiquiatria biológica: “Este movimento acredita que o recurso à ‘biologia’, [. . .] redimirá de uma vez por todas a psiquiatria dos seus aspectos imprecisos e vagos, que são expressos numa linguagem psicológica” (p. 249). Dessa maneira, a psiquiatria biológica prima por usar os conceitos da medicina geral na prática clínica e na pesquisa, e seu discurso tende a reduzir as abordagens psicológicas e psicossociais ao vocabulário e à metodologia da medicina.

Nessa direção, desde a década de 1980 uma série de avanços biotecnológicos trouxe novas perspectivas para o estudo, a compreensão e o tratamento das doenças psíquicas. Citamos, por exemplo, as técnicas de produção de imagens cerebrais (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, tomografia por emissão de pósitrons e outras), o mapeamento das atividades elétricas cerebrais, as pesquisas em bioquímica cerebral e os estudos dos neurotransmissores cerebrais, dentre outros. Serpa Júnior (1998) salienta que houve também avanço significativo das técnicas de pesquisa, bem como dos resultados:

> [. . .] eletroneurofisiologia, neuroquímica, psicofarmacoterapia, neurobiologia do desenvolvimento, genética, psicoendocrinologia, epidemiologia, enfim, toda uma série de campos de pesquisa, nos quais os resultados podem ser quantificáveis e oferecer sustentação biologizante que esta versão *fin-de-siécle* da psiquiatria procura (p. 239-240).

Observamos que “calcular”, “quantificar” e “objetivar” são verbos que começam a fazer parte da linguagem psiquiátrica de forma a circunscrever os interesses da psiquiatria biológica. O desenvolvimento de instrumentos de medidas e observação visam tanto à adequação ao modelo médico quanto ao aumento de créditos em pesquisas e contratos com seguradoras. Por esse ângulo, a psiquiatria biológica contrapõe-se às práticas psiquiátricas anteriores, na tentativa de manter-se viva em um momento específico de descrédito de sua prática.

Segundo Serpa Júnior (1998), os principais campos de referência da psiquiatria biológica são a genética e as neurociências. Em seu livro, “Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria”, discorre sobre os avanços das

pesquisas em genética e em neurociências que fomentaram o desenvolvimento da psiquiatria biológica. Esse autor faz um levantamento de diversas especialidades que contribuem com o campo de saber da vertente biológica da psiquiatria. Podemos citar as pesquisas em biologia molecular, neuromorfologia, neurofisiologia, neurobiologia, neuroquímica, endocrinologia e embriologia. Ao fazer o que chamou de "voo de pássaro" sobre a psiquiatria biológica, Serpa Júnior (1998) contribuiu com nossa pesquisa elucidando as diversas "paisagens" que compõem esse campo: genética, neuroimagem, neuropatologia, imunologia, eletrofisiologia, psicoendocrinologia, cronobiologia, epidemiologia, dentre outras.

Apesar de a psiquiatria biológica ser um campo bastante diversificado, constituído por várias áreas de pesquisa, o recurso à biologia demarca uma mudança fundamental dessa vertente psiquiátrica para a psiquiatria do primeiro terço do século XX, no que diz respeito ao significado do sintoma: o sintoma é estritamente localizado no corpo. Seu significado é biológico e o cérebro é ator principal nesse cenário. Passaremos agora a abordar questões específicas do sintoma biológico.

3.3 O sintoma biológico e a genética psiquiátrica

O alto impacto socioeconômico produzido pelos transtornos mentais na década de 1980 e o avanço promissor em pesquisas em neurociências contribuíram significativamente para a constituição da psiquiatria biológica nos Estados Unidos. Para incentivar as pesquisas nessa área, o governo estadunidense batizou a década que se iniciava em 1º de janeiro de 1990 como a "Década do Cérebro". A seguir transcrevemos um trecho da "Proclamação Presidencial 6158", realizada pelo então presidente George Bush:

> Para aumentar a consciência pública dos benefícios provenientes de pesquisas sobre o funcionamento do cérebro, o Congresso, por meio da resolução 174 conjunta da Câmara, designou a década que se inicia em 1º de janeiro de 1990 de a "Década do Cérebro", autorizando e requerendo do presidente que ele decrete que essa ocasião seja amplamente comemorada. Portanto, eu, George Bush, presidente dos Estados Unidos da América, proclamo a década começando em 1º de janeiro de 1990, como a Década do Cérebro. Eu solicito a todos os funcionários públicos e ao povo dos Estados Unidos da América que celebrem essa década com programas, cerimônias e atividades condizentes (Bush, 1990, tradução nossa).[21]

[21] *To enhance public awareness of the benefits to be derived from brain research, the Congress, by House Joint Resolution 174, has designated the decade beginning January 1, 1990, as the "Decade of the Brain" and has authorized and requested the President to issue a proclamation in observance of this occasion. Now, Therefore, I, George Bush, President of the United States of America, do hereby proclaim the decade beginning January 1, 1990, as the Decade of the Brain. I call upon all public officials and the people of the United States to observe that decade with appropriate programs, ceremonies, and activities.* Recuperado a partir de https://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html.

A “Proclamação Presidencial 6158” reflete uma série de desdobramentos no campo da psiquiatria, bem como o estabelecimento do cérebro como órgão estritamente vinculado às disfunções responsáveis pelos transtornos mentais. A partir de então, o campo de saber psiquiatria não fez mais distinção entre mente e cérebro. Costa (1994) preconiza “um tempo especial da Psiquiatria, a década do cérebro, quando finalmente a mente e cérebro se tornam constitutivos” (p. 81). Essas ideias sustentam a afirmação de Andreasen e Black (2009) de que um dos motivos para as pessoas estudarem psiquiatria e se tornarem psiquiatras é “porque são fascinadas pelo cérebro – o órgão mais complexo e interessante do corpo humano” (p. X).

O cérebro humano adulto pesa cerca de 1,4 quilos e possui cerca de 100 bilhões de neurônios. Apesar de sua natureza “biológica”, dá origem a todos os mistérios e talentos da mente humana. A mecânica de seu sistema de transmissão é bem conhecida e pode ser encontrada em diversos livros de psiquiatria: “O corpo celular de um neurônio ‘típico’ recebe informações de uma vasta rede de dendritos e envia sinais por um único axônio, que pode se projetar para uma área cerebral distante (ou descer pela medula espinhal) ” (Whitaker, 2017, p. 81). O axônio se ramifica em numerosos terminais pelos quais os mensageiros químicos – dopamina, serotonina e outros – são liberados na fenda sináptica. “Um único neurônio tem entre mil e dez mil conexões sinápticas, e o cérebro adulto tem ao todo uns 150 trilhões de sinapses” (Whitaker, 2017, p. 81).

Nesta pesquisa não aprofundamos questões pertinentes à complexidade do funcionamento do cérebro. Nossa intenção é situar, basicamente, os sistemas anatômicos e funcionais do cérebro, tendo em vista que eles constituem o cerne das pesquisas, teorias e intervenções da psiquiatria de vertente biológica. Para a psiquiatria biológica esses sistemas servem de base para a compreensão do significado do sintoma, justificando sua natureza estrita no funcionamento cerebral.

Considerando-se que enfatizamos a hegemonia atual da psiquiatria biológica, lançamos mão de publicações recentes (de 2009 a 2017) sobre psiquiatria, psicopatologia e neurociências para compreensão dos sistemas anatômico, funcional e neuroquímico do cérebro. Utilizamos para tal as seguintes publicações: “Introdução à psiquiatria”, de Andreasen e Black (2009); “Tratado de psiquiatria clínica”, de Hales, Yudofsky e Gabbard (2012); “Neuropsicologia: teoria e prática”, de Fuentes, Malloy-Diniz, Camargo e Cosenza (2014); “Manual de psicopatologia”, de Cheniaux (2015); “Neuropsicologia hoje”, de Santos, Andrade e Bueno (2015); “Neuropsicologia: aplicações clínicas”, de Malloy-Diniz, Mattos, Abreu e Fuentes (2016) e “Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica” Sadock, Sadock e Ruiz (2017).

3.3.1 Os sistemas cerebrais anatômico, funcional e neuroquímico: o sintoma estritamente biológico

O cérebro humano pode ser dividido em uma variedade de sistemas responsáveis por mediar muitas funções cognitivas, emocionais e perceptivas diferentes, como o sistema motor, o visual, o auditivo e o cortical somatossensorial (Andreasen & Black, 2009). Tendo em vista a complexidade do ser humano, recorremos às considerações sumárias de Andreasen e Black (2009) sobre os sistemas cerebrais anatômicos e funcionais:

> Os sistemas que são de especial interesse para a psiquiatria são aqueles que representam os circuitos ou funções particularmente perturbadas nas doenças mentais. Eles representam algumas das "últimas fronteiras" no estudo do cérebro humano. Três sistemas anatômicos importantes são o pré-frontal, o límbico e o dos gânglios da base. Sistemas funcionais importantes incluem a memória, a linguagem, a atenção e as funções executivas (p. 76).

Os três sistemas anatômicos são interconectados e trabalham de forma interativa. Os sistemas funcionais também são interdependentes. Destaca-se no cérebro, ainda, o sistema neuroquímico. Vale lembrar que essas simplificações em sistemas são introduzidas por conveniência conceitual, a fim de reduzir a imensa complexidade do Sistema Nervoso Central (SNC) a um nível que possibilite considerações e análises. Nessa lógica, Andreasen e Black (2009) chamam atenção para a atual ignorância científica perante a complexidade do cérebro: "No presente momento, ainda não temos um mapa completo do cérebro humano que resuma com precisão seus vários circuitos neurais, sua anatomia química e sua especialização ou interação funcional" (p. 77).

Em relação aos sistemas funcionais fizemos breves considerações. "O tema da memória é fundamental para a disciplina da psiquiatria. A memória é a cola que une nossa vida mental, o andaime para nossa história pessoal" (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p. 110). O sistema da memória é um dos principais sistemas funcionais do cérebro, e tem grande interesse clínico, uma vez que transtornos de memória e queixas sobre ela são comuns em doenças psiquiátricas.

A linguagem também é um sistema cerebral. De acordo com Cheniaux (2015), linguagem "é um sistema até certo ponto arbitrário de signos – fonéticos e gráficos (as palavras) –, que funciona como um processo intermediário entre o pensamento e o mundo externo" (p. 91). Nessa direção, Abreu, Wyzykowski, Canário, Guimarães e Reis (2016) afirmam que a linguagem "é uma função cortical superior de grande complexidade e relevância para o ser humano, uma vez que permite a adaptação das pessoas ao ambiente em que vivem via comunicação e socialização" (p. 121).

Em relação ao sistema da atenção, consideramos a definição de Xavier (2015). Esse autor afirma que atenção se refere “a um conjunto de processos que permitem controlar a atividade nervosa relacionada a eventos externos e/ou internos, de modo a selecionar aspectos que receberão processamento prioritário” (p. 142). Outras regiões cerebrais parecem desempenhar funções importantes na atenção, por exemplo: o giro do cíngulo, o hipotálamo, o hipocampo e a amígdala, o córtex pré-frontal e os córtices temporal, parietal e occipital. Todas essas regiões estão interconectadas. Um exemplo disso é que a atenção fica comprometida em doenças mentais como a esquizofrenia, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e os transtornos do humor (Andreasen & Black, 2009). Autores como Sadock, Sadock e Ruiz (2017) afirmam que o TDAH, condição neuropsiquiátrica que afeta pré-escolares, crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo, tem como característica “um padrão de redução sustentada no nível de atenção e uma intensificação na impulsividade ou hiperatividade” (p. 1170).

Além dos sistemas funcionais e anatômicos descritos, o cérebro consiste em um agrupamento de sistemas neuroquímicos. Estes fornecem a “química” que permite o desempenho dos sistemas funcionais e anatômicos, que podem ser “deficientes” quando há ocorrência de anormalidades. Os sistemas neuroquímicos são interligados com e interdependentes dos sistemas anatômicos e funcionais:

> Qualquer subsistema anatômico no cérebro geralmente utiliza múltiplas classes de neurotransmissores. Essa complexidade de organização anatômica e neuroquímica permite uma sintonia muito mais fina do sistema como um todo (Andreasen & Black, 2009, p. 87).

Nos sistemas neuroquímicos acontecem as sinapses. O termo sinapse designa um sítio de comunicação entre um neurônio e outra célula excitável. Sholl-Franco (2015) define sinapse como “uma região especializada em troca de informações com outras células excitáveis, como os músculos, as glândulas ou outros neurônios. Assim, é por meio das sinapses que o neurônio transmite e recebe informações” (p. 67). Segundo ele, há vários tipos de mensageiros utilizados nas sinapses químicas. Estes podem ser agrupados em classes como aminas (dopamina, noradrenalina, adrenalina, acetilcolina, 5-hidroxitriptamina), aminoácidos (glutamato, glicina, ácido gama-aminobutírico) e polipeptídeos (endorfinas, substância P, vasopressina), entre outros.

Os principais sistemas neuroquímicos são: o dopaminérgico, o noradrenérgico, o serotonérgico, o colinérgico, o GABA e o glutamatérgico. É nesses sistemas que a psiquiatria biológica circunscreve o sintoma e realiza suas intervenções pela via de psicofármacos.

Pesquisar esses sistemas nos permitiu compreender a mudança de significado do sintoma psiquiátrico, com ênfase na dimensão biológica cerebral. A psiquiatria biológica estabeleceu uma ruptura com os demais discursos que sustentaram a psiquiatria até a década de 1970.

O delineamento de aspectos básicos dos sistemas anatômicos (pré-frontal, límbico e gânglios da base), dos sistemas funcionais (memória, linguagem e atenção) e dos sistemas neuroquímicos (dopaminérgico, noradrenérgico, serotonérgico, colinérgico, GABA e glutamatérgico) nos permitiu compreender que a estrutura e a função cerebrais estão no centro do sistema conceitual da psiquiatria biológica; e que o significado do sintoma para esse campo de saber não admite outra possibilidade que não a vertente biológica.

A consequência teórico-prática dessa compreensão de sintoma – estritamente biológico – modificou a compreensão da patogênese das doenças mentais. Dessa forma, na maioria das vezes há uma redução dos fenômenos psicopatológicos a índices biológicos. Ademais, a complexificação do domínio da neuroquímica cerebral identificou subtipos de receptores pré e pós-sinápticos nas diversas vias cerebrais, podendo estes desempenhar papel específico na fisiologia das perturbações neuropsiquiátricas.

Serpa Júnior (1998) nos ajuda a compreender a relação dos receptores pré e pós-sinápticos com a fisiopatologia de perturbações neuropsiquiátricas. A serotonina, por exemplo, conhecida como “a garota da moda” da psiquiatria biológica, tem sido relacionada à patogênese de perturbações mentais como ansiedade, pânico, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão, comportamento suicida, bulimia, anorexia nervosa, algumas formas de esquizofrenia, abuso do álcool, transtorno de personalidade *borderline*, transtorno de personalidade antissocial, disforia da fase lútea tardia e algumas formas de retardo, dentre outras.

Nessa mesma lógica, a noradrenalina tem sido relacionada a transtorno do pânico, ansiedade, depressão, anorexia nervosa e bulimia. A acetilcolina tem sido pensada em termos de envolvimento com a patogênese de sintomas negativos da esquizofrenia. A dopamina tem sido relacionada com a fisiopatologia da esquizofrenia. Já o receptor GABA, parece estar relacionado com esquizofrenia, depressão, ansiedade e abuso de substâncias.

Este ponto de nossa pesquisa nos permite algumas indagações: Esse modo de leitura das perturbações mentais descritas em sintomas estritamente biológicos reduz a subjetividade a termos neuronais? Permanecendo essa forma de leitura, de sintomas estritamente biológicos, não estaria a psiquiatria fadada a se tornar uma neurologia cerebral? Nesse modo de ler e significar o sintoma, qual seria a relação do sujeito com seu processo de adoecimento? A experiência subjetiva do sofrimento não seria silenciada pelas bases biológicas da perturbação

mental? Problematizamos essas questões na conclusão de nossa pesquisa, quando defendemos a consideração da dimensão subjetiva da constituição do sintoma e as implicações dessa leitura. Passaremos ao resultado de nossa pesquisa de outra influência significativa na psiquiatria biológica e nas neurociências: a genética.

3.3.2 A genética psiquiátrica: o sintoma genético

Nesta seção abordamos questões pertinentes à significativa influência da genética na psiquiatria biológica. Se na seção anterior sinalizamos que o sintoma na psiquiatria biológica pode ser lido em termos neuronais, o avanço em pesquisas genéticas tem proporcionado, também, a compreensão do sintoma em termos genéticos. Vale lembrar que os conhecimentos neuropsiquiátricos não se opõem às descobertas neurogenéticas. Pelo contrário, se combinam e fortalecem o imperativo do sintoma estritamente biológico.

O sequenciamento do genoma humano foi uma das grandes conquistas científicas do século XX. Para Choudary e Knowles (2012) a sequência do genoma humano é um "Livro da Vida" no qual os cromossomos constituem um "capítulo". Estudos genéticos e moleculares melhoraram a compreensão de aspectos neuropsicológicos e possibilitaram avanços teórico-clínicos à psiquiatria.

Apesar de não haver conclusões referentes à correspondência precisa de determinados genes com os diversos quesitos neuropsicológicos, os avanços promissores na genética apontam que em breve isso será possível. Nicolato, Alvarenga, Romano-Silva e Corrêa (2014) alertam que os genes definem tendências, mas essas são moduladas pelas experiências individuais. "Qualquer gene precisa, para uma expressão adequada, de determinadas circunstâncias externas, sejam elas bioquímicas, físicas ou fisiológicas" (p. 47).

Andreasen e Black (2009) afirmam que os médicos estão vivendo a "Era do Genoma", tempo em que serão descobertos os mecanismos dos transtornos mentais em nível molecular, ou seja, serão compreendidos os produtos genéticos que resultam na manifestação de doenças mentais. Dito de outro modo, a psiquiatria caminha para a afirmação de uma etiologia genética dos sintomas e dos transtornos mentais. Transcrevemos a seguir um trecho que resume a esperança da psiquiatria biológica. Verificamos que a compreensão do sintoma de forma exclusivamente biológica tende a não considerar as possibilidades de outras formas de compreensão do sintoma:

> A oportunidade de compreender doenças em níveis genético e genômico oferece grandes promessas para o futuro. Entender seus mecanismos contribui para que possamos intervir antecipadamente e talvez, em última análise, implementar medidas preventivas para modificar

> a expressão e os produtos genéticos. Esse é o "cálice sagrado" da genética psiquiátrica (Andreasen & Black, 2009, p. 95).

Nessa direção Choudary e Knowles (2012) concluem que o objetivo da genética psiquiátrica é "identificar genes de suscetibilidade e esclarecer os mecanismos neurais pelos quais a variação genética determina o risco de uma doença mental em um indivíduo" (p. 208). Esses autores sugerem também que a pesquisa genética psiquiátrica pode contribuir para facilitar o desenvolvimento de novos medicamentos por meio de achados etiológicos genéticos. Como nosso intuito é abordar de forma sumária questões pertinentes à genética psiquiátrica, pesquisamos conceitos básicos de genética.

Não se fala em genética sem usar a sigla DNA. Essa é a sigla do ácido desoxirribonucleico. "O DNA é uma estrutura celular que contém as informações genéticas de um indivíduo, as quais estão codificadas. Essas informações são decodificadas na formação de proteínas responsáveis pelas funções vitais dos seres humanos" (Nicolato, Alvarenga, Romano-Silva & Corrêa, 2014, p. 48). A estrutura do DNA foi descoberta em 07 de março de 1953 por dois cientistas: James Watson (nascido em 1928), estadunidense, e Francis Crick (1916-2004), britânico. Por essa descoberta, Watson e Crick receberam o Prêmio Nobel de Medicina em 1962, juntamente com o neozelandês Maurice Wilkins (1916-2004). Wilkins recebeu o prêmio por suas contribuições na descoberta da estrutura em dupla hélice do DNA.

A descoberta da estrutura do DNA foi um dos maiores acontecimentos científicos do século XX, em decorrência de suas significativas implicações biológicas. Tal estrutura tem o formato de uma dupla hélice, como uma escada enrolada em si mesma, de forma antiparalela, e apresenta duas fitas complementares de nucleotídeos dispostas paralelamente. Denomina-se genoma o conteúdo do DNA de um organismo.

Nicolato, Alvarenga, Romano-Silva e Corrêa (2014) nos esclarecem que, nos seres humanos, o material genético está localizado em 23 pares de cromossomos: "[. . .] dos 23 pares de cromossomos, 22 são autossomos (são numerados do número 1 ao número 22), e o par restante refere-se aos cromossomos sexuais" (p. 48). Esses mesmos autores nos auxiliam na compreensão de aspectos funcionais do DNA:

> A molécula de DNA está organizada em porções de sequências denominadas **gene**, que são sequências de informações necessárias para a síntese de moléculas de ácido ribonucleico (RNA) e, posteriormente, de proteínas. Toda a informação contida no DNA precisa ser decodificada para ser transformada em proteínas (p. 48, destaque dos autores).

Segundo Andreasen e Black (2009), o genoma humano é composto de aproximadamente 30.000 genes e mais da metade deles são expressos no cérebro. Sadock et

al. (2017), ao comentarem as evoluções da neurogenética, manifestam a crença de que as descobertas sobre as relações entre genótipos (composições genéticas do indivíduo) e fenótipos (manifestações detectáveis dos genótipos) revolucionem o entendimento de "por que" e de "como" alguns indivíduos – e não outros – desenvolvem doenças.

Uma vez que as doenças mentais têm componente genético significativo, muitos pesquisadores se utilizaram de ferramentas da epidemiologia psiquiátrica para atestar que as doenças mentais tendem a se reproduzir nas famílias. Encontramos em Andreasen e Black (2009), Choudary e Knowles (2012) e Sadock et al. (2017) três amplos grupos de estudo: "estudos de família", "estudos de gêmeos" e "estudos de adoção". Esses estudos são complexos e se diferem na exposição de cada autor. Suas particularidades não foram abordadas nesta pesquisa.

Diversos autores relatam pesquisas que demonstram a fundamentação genética das perturbações mentais. Andreasen e Black (2009), por exemplo, afirmam ter sido constatado que os seguintes transtornos são "familiares", ou seja, são transmitidos geneticamente: "depressão maior, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno da personalidade antissocial, transtorno da personalidade *borderline*, transtorno autístico, TDAH e provavelmente diversos outros" (p. 96).

Choudary e Knowles (2012) asseguram que os genes são múltiplos, mas cada um, com um efeito pequeno, contribui para um transtorno psiquiátrico. Acreditam também que um transtorno psiquiátrico é resultado da interação entre influências ambientais e fatores genéticos. Nessa lógica, esses autores afirmam que há genes que são "candidatos promissores" para cada patologia. Citamos três exemplos apontados por esses autores:

> DISC1, NRG1, OLIG2, COMT, G72, agrupamento de APOL e SELENBP1 são fortes genes candidatos para a esquizofrenia. SLC6A4, BDNF e NMDAR são genes candidatos promissores para o transtorno bipolar. O sistema de fator de crescimento de fibroblasto (FGF) e o sistema de GABA-glutamato parecem estar envolvidos na etiologia genética do transtorno depressivo maior (p. 250).

Encontramos vários autores que citam pesquisas referentes aos fundamentos genéticos dos transtornos mentais. Citaremos um dado de pesquisa de cada transtorno mencionado por Nicolato et al. (2014), para exemplificação, uma vez que a análise desses estudos não foi o objetivo de nossa pesquisa. Nicolato et al. (2014) mencionam algumas características genéticas de transtornos psiquiátricos como depressão maior, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. Essas características

elucidam a maneira de compreensão da etiologia do sintoma na psiquiatria atualmente hegemônica, a saber, o sintoma tem fundamentação estritamente biológica.

No caso da depressão maior, “O polimorfismo na região 5’ promotora (5-HTTLPR) de SLC6A4 que apresenta expressão variável 5-HTT ocorre em duas variantes alélicas [. . .]” (Nicolato et al., 2014, p. 52). Dessa forma, o alelo ‘S’ foi associado com ansiedade relacionada às características temperamentais, constituindo um fator de risco potencial para o transtorno de depressão maior na presença de adversidades ambientais.

Em relação ao transtorno bipolar, Nicolato et al. (2014) afirmam que os cinco genes candidatos com maior evidência nesse transtorno são: 1. Transportador de serotonina – SLC6A3; 2. Ativador da D-aminoxidase (G72) DAOA; 3. BDNF; 4. *Disrupted-in-schizophrenia* – 1DISC1; e 5. Triptofano hidroxilase 2 – TPH-2. No que se refere à esquizofrenia, as pesquisas de Nicolato et al. (2014) privilegiam os estudos familiares. Esses autores afirmam que a esquizofrenia é um transtorno familiar e demonstram que o risco de esquizofrenia aumenta de maneira proporcional ao parentesco genético.

Com relação ao transtorno de pânico, Nicolato et al. (2014) citam os sete genes candidatos que apresentam maior possibilidade de associação com esse transtorno: 1. COMT; 2. Receptor 2A de adenosina; 3. CCK; 4. Receptor CCK tipo B; 5. Receptor 5HT2A; 6. MAO A.; e 7. Polimorfismos de SLC6A4. Por fim, citamos também a compreensão biológica do sintoma descrita por Nicolato et al. (2014) no transtorno obsessivo-compulsivo. Considerando que a tomada de decisão é uma característica determinante nesse transtorno, esses autores fundamentam em termos biológicos sua etiologia: “O gene do BDNF tem uma ligação importante com os sistemas de neurotransmissores, incluindo a serotonina, e parece desempenhar um papel fundamental no processo de decisão emocional” (p. 54).

Realizamos esse breve percurso pela genética por perceber, em nossos estudos, que essa tem sido a esperança consistente e a aposta da psiquiatria biológica: encontrar no gene a etiologia dos sintomas e das perturbações mentais, para tratamento e prevenção. Entretanto nos perguntamos: Considerar a etiologia das perturbações mentais priorizando o significado genético não seria uma forma de desimplicar o sujeito de seu processo de adoecimento? Não estaria o sujeito refém de suas determinações exclusivamente genéticas? Teremos oportunidade de discutir essas questões no próximo capítulo de nossa pesquisa.

3.4 A concepção de sintoma no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)

Nesta seção nos propusemos a dissertar sobre a concepção de sintoma no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Para tal, consideramos importante a compreensão do surgimento do DSM, bem como os motivos de sua criação, os objetivos e a intenção desse instrumento de classificação fundamental para a prática da psiquiatria biológica. Pretendemos também circunscrever a concepção de sintoma no DSM-5 e as consequências teórico-clínicas que a concepção do sintoma biológico produz na clínica contemporânea.

3.4.1 Considerações sobre as gerações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

De acordo com Aguiar (2004), a primeira tentativa oficial de estabelecimento de uma classificação de transtornos mentais foi em 1840, nos Estados Unidos, e levava em consideração uma única oposição: idiotice ou insanidade. Em 1880 o governo ampliou o sistema classificatório para sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia.

Aguiar (2004) esclarece que em 1948 a Classificação Internacional de Doenças, 6ª edição (CID-6) foi publicada. Essa foi a primeira edição da CID a apresentar uma seção para os transtornos mentais. Tendo em vista que ela não incluía síndromes cerebrais crônicas, nem vários transtornos de personalidade, a Associação Médico-Psicológica Americana – depois chamada Associação Psiquiátrica Americana (APA) – "decidiu elaborar uma classificação própria, alternativa à CID-6, para uso nos Estados Unidos, publicando a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-1) em 1952" (Aguiar, 2004, p. 27).

Conforme explica Aguiar (2004), a principal marca do DSM-1 é a noção de "reação", que teve origem na psicobiologia de Adolf Meyer. A psiquiatria estadunidense entendia nessa época que a doença mental era uma reação aos problemas da vida e às situações difíceis vivenciadas pelos indivíduos. Nessa lógica, a concepção de sintoma estava atrelada às vivências dos pacientes. A psicanálise se fez presente no DSM-1, fato evidenciado pela frequência de expressões como "mecanismos de defesa", "neurose" e "conflito neurótico" (Aguiar, 2004).

O DSM-2 foi publicado em 1968. Introduziu algumas diferenças em relação ao DSM-1, mas manteve a ideia básica de que os transtornos mentais são a expressão simbólica de

realidades psicológicas (ou psicossociais). “O DSM-II abandona a noção de reação e a concepção biopsicossocial dos transtornos mentais, enfatizando mais os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico” (Aguiar, 2004, p. 28). Dito de outra forma, os sintomas psiquiátricos não eram mais compreendidos como vivências biopsicossociais, mas inerentes ao indivíduo. A influência da psicanálise no DSM-2 é ainda maior, exemplo disso é que a neurose é a maior classe de perturbações presente naquele manual (Aguiar, 2004).

Conforme descrito por Dunker e Kyrillos Neto (2011a), os sintomas no DSM-2 eram enraizados em três grupos: oposição entre neurose ou psicose; oposição entre ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios; e oposição entre quadros largamente em contato com a realidade e quadros que denotam significativa perda da realidade. “As três oposições eram contrabalançadas pela assimilação de teses biológicas e sociológicas que matizam a clareza do limite entre normalidade e anormalidade” (Dunker & Kyrillos Neto, 2011a, p. 614). De acordo com Dunker e Kyrillos Neto (2011a), o DSM-2 celebrou o compromisso diagnóstico entre psicanálise e psiquiatria.

Realizando uma contextualização do lançamento do DSM-3, Aguiar (2004) registra que, em 1974, Robert Spitzer foi nomeado pela APA para chefiar uma força tarefa na elaboração de um novo DSM. Para tal, Spitzer selecionou um grupo de profissionais mais comprometidos com a pesquisa que com a prática clínica. Esse grupo era contrário aos interesses da prática e da teoria da tradição psicanalítica. A intenção desse comitê era elaborar um manual com embasamento empírico que aumentasse a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, tendo critérios objetivos e claramente definidos, atendendo assim aos princípios da verificabilidade e da experimentação científicas. Esse comitê determinou que no DSM-3 seria adotada uma perspectiva descritiva e ateórica. Nesse seguimento, desconhecendo-se a etiologia e o processo de adoecimento, “a classificação dever-se-ia basear em fenômenos puramente fenomenológicos e facilmente observáveis na clínica, que seriam descritos sem fazer referência a nenhum sistema teórico específico” (Aguiar, 2004, p. 29).

Para Aguiar (2004) o DSM-3 – publicado em 1980 – foi a solução encontrada para tirar a psiquiatria do buraco em que se encontrava, pois, ao padronizar os diagnósticos psiquiátricos, possibilitou a adequação da psiquiatria a métodos regulamentares necessários à sobrevivência da profissão. Esse autor esclarece que o DSM-3 não surgiu como efeito de progresso científico: “Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes

seguradoras de saúde" (p. 42). Dunker e Kyrillos Neto (2011a), de maneira sumária, acrescentam que

> [. . .] o DSM-III tem sido considerado uma profunda transformação da psiquiatria. Propondo-se como um sistema classificatório ateórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental (Dunker & Kyrillos Neto, 2011a, p. 616).

Os autores Dunker e Kyrillos Neto (2011b) consideram que o DSM-3 promoveu um expurgo psicanalítico em suas novas classificações. Eles citam, por exemplo, a supressão do conceito de "neurose", considerado pelos reformadores do DSM-3 como conceito com noção vaga e não científica. "Um compromisso político de reutilização do termo foi assumido e inserido entre parênteses, em alguns casos, depois da palavra 'desordem' (*disorder*) " (p. 9).

O DSM-4 foi lançado em 1994 listando 297 desordens e contando com 886 páginas. Foi revisado no ano 2000. Dunker e Kyrillos Neto (2011b) consideram que o DSM-4 demarca o rompimento do casamento entre a psicanálise e a psiquiatria. Segundo esses autores o DSM-4 rompeu com a tradição em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental faziam-se acompanhar da fundamentação ou da crítica diagnóstica. Esses autores também consideram que existe uma desarticulação entre história e estrutura na racionalidade diagnóstica do DSM-4:

> A psiquiatria em curso no DSM não pretende constituir-se como uma psicopatologia estrutural, pois as classes não são definidas por regras de formação estáveis (princípio da convencionalidade operacional) e as ordens não se conectam com lógicas causais (princípio da exclusão etiológica). Daí as crônicas dificuldades classificatórias de elevadas consequências clínicas (Dunker & Kyrillos Neto, 2011b, p. 11).

De acordo com Dunker e Kyrillos Neto (2011b), no modo de classificação do DSM-4 há um "crescimento desmesurado do número de categorias diagnósticas que responde a uma demanda não apenas de medicamento e alívio, mas de sentido" (p. 11). Ademais, o modo de classificação dos transtornos mentais no DSM-4 não fornece uma explicação para a universidade das formas do patológico, ou seja, uma explicação para a existência de regularidades clínicas que permanecem no tempo e no espaço. Tais questões nos fazem compreender o significado do sintoma no DSM-4, pois "É no interior desse problema que vemos emergir a posição biológica ou organicista, que advogará a universalidade biológica das modalidades do patológico baseada em perturbações genéticas, endócrinas, neuroquímicas, anatômicas" (Dunker & Kyrillos Neto, 2011a, p. 617).

Destacamos que a evolução do DSM demonstra a maneira com que o sintoma, na psiquiatria do século XX, foi ganhando, a cada geração de DSM, (in) consistência teórica que possibilitou que o significado do sintoma se restringisse à sua fundamentação biológica.

3.4.2 O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (DSM-5): criação, definição, objetivos e intenções

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) está na sua quinta edição. Trata-se de um dispositivo oficial para traçar diagnósticos psiquiátricos utilizado em grande escala no mundo inteiro. Sua importância é tamanha para a psiquiatria, que exerce significativa influência sobre a Classificação Internacional de Transtornos Mentais da Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com a APA, nessa assertiva extraída do DSM-5, esse manual "é uma classificação de transtornos mentais e critérios associados elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos" (APA, 2014, p. xli). Sendo assim, tornou-se uma referência para a prática clínica na área da saúde mental.

O DSM-5 considera a impossibilidade de uma descrição completa dos processos subjacentes à maioria dos transtornos mentais. Dessa forma, os critérios diagnósticos nele contidos constituem a melhor descrição possível de como os transtornos mentais se expressam e podem ser reconhecidos por clínicos: "O DSM se propõe a servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais. Trata-se de uma ferramenta para clínicos [. . .]" (APA, 2014, p. xli).

O DSM-5 tem sido utilizado em uma ampla gama de contextos e por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações. Segundo a APA (2014), os critérios do DSM-5 são concisos, claros e sua intenção é "facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos [. . .], bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais" (APA, 2014, p. xli).

De acordo com a APA (2014), a classificação dos transtornos está harmonizada com a Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS. Dessa forma, os critérios do DSM definem transtornos identificados pela denominação diagnóstica e pela codificação alfanumérica da CID: "No DSM-5, as codificações da CID-9-MC e da CID-10-MC [. . .] estão vinculadas aos transtornos relevantes na classificação" (APA, 2014, p. xli).

A APA (2014) afirma que os critérios diagnósticos do DSM-5 "identificam sintomas, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, sinais físicos, combinações de

síndromes e durações [. . .]" (p. 5). Nesse intuito, o objetivo principal do DSM-5 é auxiliar os clínicos na formulação de caso como parte de uma avaliação que conduz a um plano de tratamento para cada indivíduo (APA, 2014, p. 19). Passaremos agora à pesquisa da concepção de sintoma no DSM-5 e suas implicações teórico-clínicas.

3.4.3 A concepção de sintoma no DSM-5 e suas implicações teórico-clínicas

Consideramos importante destacar do DSM-5 o trecho que explica seu modo operacional de classificação dos sintomas:

> Os sintomas que constam nos conjuntos de critérios diagnósticos não constituem definições abrangentes de transtornos subjacentes, que englobam processos cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos que são muito mais complexos do que pode ser descrito nesses breves resumos. Sua intenção é, ao contrário, resumir síndromes características de sinais e sintomas que indicam um transtorno subjacente [. . .] (APA, 2014, p. 19).

Percebe-se que o que importa no DSM-5 são as síndromes – conjuntos de sinais e sintomas – que fundamentam os diagnósticos. Segundo Aguiar (2004), os diagnósticos psiquiátricos nos DSM são diagnósticos sindrômicos e, por não terem marcadores biológicos específicos, guardam sempre certo grau de indeterminação. Nesse sentido, o diagnóstico psiquiátrico "é sempre um nome que designa determinado agrupamento de sintomas, não se podendo falar propriamente em doenças, como nas outras áreas da medicina" (p. 79).

Tendo em vista que o DSM-5 utiliza o termo "transtorno" em toda a sua lógica de classificação, exploramos em nossa pesquisa as consequências clínicas da utilização desse termo pela psiquiatria biológica. O DSM-5 apresenta uma definição de transtorno mental em duas frases. Extraímos dele a primeira assertiva dessa definição:

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (APA, 2014, p. 20).

Autores como Barreto (2010) e Resende e Calazans (2013) destacam a imprecisão da definição do termo "transtorno". Para Resende e Calazans (2013), a escolha desse termo implica várias questões. Em primeiro lugar, evita as implicações do termo "doença". Assim, a psiquiatria não tem de se haver com a determinação causal, com a etiologia do transtorno. Esses autores também afirmam que a utilização do termo "transtorno" visa a adequar-se a uma prática científica e, para isso, descreve apenas sinais e sintomas observáveis, deixando de lado dois aspectos: primeiro, "tende a afastar por completo toda e qualquer explicação psicológica, pedagógica ou sociológica desse mal-estar, em sua busca por cientificidade" (p.

165). Assim, as explicações desses campos de saber são desconsideradas por não se pautarem na dimensão observável dos transtornos. Em segundo lugar, o conceito de transtorno "aponta para uma nosografia que privilegia a descrição empírica das categorias catalogadas e de um abandono total da divisão clássica entre psíquico e orgânico, antes presente na psiquiatria" (p. 165).

Resende e Calazans (2013) afirmam que a lógica classificatória dos DSM abandona tanto a discussão psicopatológica quanto a história da psicopatologia, que sempre foram caras à psiquiatria. Nessa perspectiva, esses autores afirmam que a noção de transtorno não deixa de reportar a três características:

> 1. O transtorno é uma perturbação da ordem a ser seguida; 2. Se há uma ordem a ser seguida, há a necessidade de adaptar-se a essa ordem; 3. O transtornado é alguém que sofre de um déficit de competências em relação aos outros sujeitos que se adaptaram a essa ordem (p. 166).

A leitura de Resende e Calazans (2013) aponta para uma lógica normalizadora regida pelo uso dos DSM. Essa lógica fica explicitada na segunda assertiva do conceito de transtorno preconizado pelo DSM-5: "Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes" (APA, 2014, p. 20). Essas ideias coadunam com as de Barreto (2017) quando ele afirma que, a partir da orientação do DSM, os tratamentos "voltaram-se essencialmente para a eliminação de sintomas (função normalizadora) e para o reforço de vínculos com a realidade social (função adaptativa), ficando menosprezada qualquer outra perspectiva" (p. 60). Se o transtorno é constituído de sintomas, o objetivo do tratamento é, exclusivamente, a eliminação de sintomas. Barreto (2010) salienta dois aspectos da lógica normalizadora do DSM relativos ao significado do sintoma para a psiquiatria biológica:

> 1. que o sintoma está associado a sofrimento e indica que algo no sujeito não está funcionando, que algo vai mal; 2. que o sintoma afasta o sujeito do que está preconizado pelo discurso de seu tempo, ou seja, afasta-o da norma social. A abolição do sintoma, sendo assim, além de alívio e reabilitação funcional do sujeito, está a serviço da restituição da normalidade, da conformidade e da adaptação sociais (p. 173).

As considerações sobre a função normalizadora dos DSM – a partir do uso do termo "transtorno" – apontam para uma reflexão sobre a ética que rege a prática da psiquiatria biológica: a busca pela normalização se contrapõe ao mal-estar inerente ao sujeito. Enquanto na psicanálise freudiana o mal-estar do sintoma está em questão, na psiquiatria biológica ele deve ser eliminado ou pelo menos regulado. Dito de outra forma, enquanto na psicanálise

freudiana qualquer prática só é possível a partir do sintoma, na psiquiatria biológica os sintomas têm que ser eliminados.

Outra questão apontada por autores como Safatle (2013), Iannini e Teixeira (2013) é o aumento vertiginoso do número de classificações a cada edição do DSM, o que favorece a psiquiatrização da vida cotidiana. De acordo com Safatle (2013), o DSM-5 apresenta 450 categorias diagnósticas; o DSM-2, lançado em 1968, apresentava 182 categorias; e o DSM-3, lançado em 1980, 265 categorias. Safatle (2013) afirma que na estratégia clínica dos DSM, negando as perspectivas etiológicas, "há a tentativa equivocada de transformar toda experiência de sofrimento em uma patologia a ser tratada" (p. 23).

Autores como Barreto (2017), Iannini e Teixeira (2013) entendem que o excesso de categorias diagnósticas dos DSM visa a favorecer as práticas de medicamentalização da vida cotidiana. Iannini e Teixeira (2013) propõem que cada transtorno do DSM é vinculado a uma pílula terapêutica, promessa de bem-estar mental sustentada pelas estratégias de *marketing* de laboratórios farmacêuticos. "Associações tais como TDH-Ritalina ou Distimia crônica-Venlafaxina são emblemáticas nesse sentido" (p. 27).

Barreto (2017) critica essa perspectiva de medicalização de maneira incisiva, apontando a proposta da psiquiatria biológica pela via do DSM. Ele acredita que o advento dos psicofármacos e o surgimento do DSM não são questão de casualidade. Assim, o DSM foi desenvolvido para a era dos psicofármacos: "Os diagnósticos são simplificados e os sintomas explicitados como alvos, numa perspectiva sintonizada com as pesquisas e apropriada para o emprego clínico de tais medicamentos" (Barreto, 2017, p. 60). Dessa forma, cada transtorno tem um psicofármaco específico para seu tratamento. Nessa lógica de junção sintoma-tratamento farmacológico, Barreto (2017) expõe de forma sumária o esquema da psiquiatria biológica:

> (1) Identifica-se um sintoma, ou no máximo, uma síndrome (um grupo de sintomas). (2) Dá-se a esse sintoma, ou a essa síndrome, um nome. (3) Transpõe-se esse nome para uma sigla. (4) Postula-se, para o transtorno assim isolado, um substrato neurobiológico. (5) Atribui-se a ele uma etiologia genética. (6) Associa-se a ele um tratamento medicamentoso específico (p. 64).

Percebemos que o uso do DSM envolve vários discursos e ideologias, além de interesses diversos. A maneira de lidar com o sintoma pode ficar restrita, basicamente, à sua observação, identificação, classificação e medicamentalização. Considerando essa prática podemos nos perguntar: Há clínica no uso do DSM? Não podemos negar que haja elementos da clínica nessa proposta de trabalho, entretanto, levando em conta a importância do contexto dessa indagação, baseamo-nos em autores que consideram as implicações da prática da

psiquiatria biológica e do uso do DSM na clínica para questionar se essa prática pode, de fato, ser considerada clínica.

Aguiar (2004) percebe que a abstração do DSM – pela consideração de síndrome como doença, sem marcador biológico – traz o risco de se assumir um caráter reducionista na clínica. Ao tomar a síndrome como doença, o psiquiatra, no encontro com o paciente, se interessará em identificar sintomas, preencher critérios diagnósticos e eliminá-los de maneira mais breve possível. A relação do sintoma com a experiência subjetiva do paciente pode ficar de lado. Dessa maneira, "A intervenção terapêutica passa a ser definida em função da tradução do sintoma em sinal de doença, e não de sua relação com as singularidades do sujeito" (Aguiar, 2004, p. 81).

Por sua vez, Barreto (2010) é mais radical ao considerar que já se fala em "fim da clínica" na psiquiatria biológica: "Estabelece-se uma relação direta entre, de um lado, o examinador e, de outro, o substrato anatômico ou anatomopatológico e os índices fisiológicos ou fisiopatológicos, situação que, aparentemente, dispensa a mediação da clínica" (p. 169). Dunker (2009), ao abordar questões relativas ao risco do uso exclusivo de medicamentos, toca em uma perspectiva da ética clínica: a anulação do trabalho que o sujeito deveria fazer diante de seus sintomas e de seu sofrimento:

> Todo medicamento só é eficaz porque realiza "por outras vias" um trabalho ou função que o organismo ou o sujeito pode fazer em condições normais. Ao introduzir o medicamento sem fornecer meios para que o sujeito recupere a possibilidade de realizar esse trabalho, produzimos uma espécie de "efeito colateral", uma "atrofia" das já debilitadas funções psicológicas [. . .] (p. 59-60).

Por fim, mencionamos também o fato de a psicanálise ter sido excluída dos DSM. Contrapondo as justificativas dos construtores do DSM – de que a psicanálise não atende aos critérios de validação científica propostos pelo manual –, Resende e Calazans (2013) entendem que a exclusão da psicanálise é intencional. Dentre os argumentos apresentados por esses autores, ressaltamos a estratégia de uso da palavra "transtorno" para fugir ao debate etiológico e favorecer a medicalização do psíquico. A noção de transtorno, nesse sentido, "evita que o sujeito possa produzir um saber sobre seu sofrimento" (p. 167). O sujeito se torna, então, vítima da causalidade biológica.

Esta seção destacou as modificações teórico-clínicas que favoreceram excluir a psicanálise dos DSM e, como consequência, nota-se que o sujeito não é implicado em seu processo de adoecimento. Como mencionado, na maioria das vezes o encontro entre

psiquiatra e paciente tem como objetivo identificar sintomas, classificar diagnósticos e fundamentar os sintomas em uma base estritamente biológica.

Por esse motivo indagamos: A exclusão da psicanálise dos DSM revela consequentemente a exclusão da histeria? Se afirmamos a exclusão da psicanálise, como localizar a histeria nos DSM? Há histeria no DSM-5? Para responder a essas questões pesquisamos se há histeria, enquanto forma clínica, nos DSM. Acredita-se que tal indagação é pertinente, pois sabemos, como elucidado no Capítulo 2 desta pesquisa, que a histeria fundou a psicanálise.

3.5 Do DSM-1 ao DSM-5: valorização, rechaço e dissolução da histeria

No Capítulo 2 desta pesquisa privilegiamos a pesquisa da histeria como ruptura epistemológica freudiana e suas consequências teórico-clínicas nos séculos XIX e XX. Na oportunidade, abordamos questões pertinentes à clínica freudiana da histeria e circunscrevemos elementos significativos de casos clínicos que possibilitaram a Freud promover uma ruptura epistemológica pela concepção psíquica do sintoma neurótico.

Tendo em vista que a psiquiatria biológica contemporânea desconsidera a concepção psíquica do sintoma neurótico e que a lógica diagnóstica do DSM aponta para a consideração do sintoma estritamente biológico, resultando em intervenções farmacológicas, nos perguntamos: Há histeria no DSM-5? Pela mudança na lógica de compreensão do sintoma – de causalidade psíquica para natureza biológica – a histeria, enquanto forma clínica, deixou de existir?

Para responder essas questões, realizamos uma pesquisa em produções de comentadores que pesquisaram as cinco gerações de DSM – DSM-1, DSM-2, DSM-3, DSM-4 e DSM-5 –, incluindo as edições de revisão – DSM-3-R e DSM-4-TR –, a fim de localizar as modificações no conceito de neurose que culminaram na modificação da concepção de histeria na contemporaneidade. Nesse sentido, esta pesquisa parte do conceito de neurose porque a histeria, como vimos na nosografia da psicanálise freudiana, é uma das entidades clínicas da neurose. Observamos que a história da modificação do conceito de neurose nas gerações do DSM não se desvincula da própria história das gerações do DSM. Entretanto, constatamos em nossas pesquisas que, enquanto o DSM se solidificou, a histeria se dissolveu.

3.5.1 DSM-1 e DSM-2: valorização da neurose e histeria presente

O DSM-1 foi lançado em 1952 contendo 22 diagnósticos, tendo como marca principal a noção de “reação”, oriunda da psicobiologia de Adolf Meyer. Nessa lógica, a psiquiatria

estadunidense compreendia a doença mental como “reação a problemas da vida e situações difíceis encontradas pelos indivíduos” (Aguiar, 2004, p. 27): uma compreensão psicossocial da doença. Roudinesco (2000) explica que o DSM-1 mesclava uma abordagem tríplice: cultural (ou social), existencial e patológica. A noção de causalidade orgânica não era desprezada e a psicofarmacologia era utilizada em associação com tratamentos pela fala e terapias dinâmicas (p. 47).

Como vimos anteriormente, a psicanálise estava presente no DSM-1, haja vista o uso frequente de expressões como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”. De acordo com Dunker e Kyrillos Neto (2011b) o DSM-1 conservava a oposição entre neurose e psicose e possuía uma racionalidade diagnóstica “centrada em tipos de reação e no pressuposto sintético da história de vida e das moções determinantes das doenças mentais” (p. 6). O DSM-1 apresenta – no tocante à teoria psicanalítica – no quadro das Desordens Psiconeuróticas as seguintes reações: “reação psiconeurótica, reação **ansiosa**, reação **dissociativa**, reação **conversiva**, reação **fóbica**, reação **obsessivo compulsiva**, reação depressiva” (p. 5, destaques dos autores). Observamos que os qualificativos destacados pelos autores estão presentes nos transtornos do DSM-5, compondo outra lógica diagnóstica, como mencionaremos em breve.

O DSM-2 foi lançado em 1968, contendo 180 categorias diagnósticas. Russo e Venâncio (2006) consideram que nessa edição o modo psicanalítico de compreender a doença mental se tornou mais evidente. No DSM-2 foram abandonadas tanto a noção de reação quanto a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais (Aguiar, 2004). A concepção de doença mental correspondia, assim, a “níveis de desorganização psicológica do indivíduo”. “A perturbação mental passa a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento” (Russo & Venâncio, 2006, p. 464).

As categorias do DSM-2 são de extração psicodinâmica, fortemente marcadas pela oposição neurose-psicose de Adolf Meyer. Nessa edição, apesar da exclusão da noção de reação, manteve-se o termo “neurose”. Nesse manual os sintomas não eram especificados com detalhes em distúrbios específicos, mas compreendidos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações inadequadas aos problemas da vida. Eles foram enraizados em três grupos fundamentais: “oposição entre neurose e psicose; oposição entre ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios; oposição entre quadros largamente em contato com a realidade e quadros denotando significativa perda da realidade” (Dunker & Kyrillos Neto,

2011a, p. 614). Em outro texto esses autores sintetizaram a reformulação psicopatológica no DSM-2:

> Oposição entre **neuroses** (fobia, obsessivo-compulsiva, depressiva, neurastênica, hipocondria, despersonalização) e **desordens de personalidade** (paranoide, ciclotímica, esquizoide, explosiva, obsessiva compulsiva, histérica, astênica, antissocial, passivo-agressiva, inadequada) (Dunker & Kyrillos Neto, 2011b, p. 6, destaques dos autores).

Como podemos constatar, tanto no DSM-1 quanto no DSM-2 a teoria psicanalítica orientou os quadros diagnósticos principalmente a partir da oposição entre neurose e psicose. "O termo neurose, por exemplo, é a maior classe de perturbações presente no DSM-2" (Aguiar, 2004, p. 28). A histeria esteve presente em suas diversas manifestações clínicas e subsidiou grande parte da clínica das neuroses no DSM-1 e no DSM-2.

3.5.2 DSM-3 e DSM-4: rechaço da neurose e dissolução da histeria

O DSM-2 sofreu críticas no meio psiquiátrico, principalmente pelo embasamento na teoria psicanalítica, inspiradora da diagnóstica psiquiátrica vigente naquele momento. A partir de 1974 as categorias do DSM-2 começaram a ser revistas para lançamento do DSM-3, que foi lançado em 1980, tendo 295 categorias diagnósticas e o objetivo de melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico. Outro objetivo era a padronização de práticas de diagnóstico, tanto nos Estados Unidos quanto em outros países (Dunker & Kyrillos Neto, 2011a).

Considerando que a psiquiatria não conhecia as causas de muitos transtornos, o comitê responsável pela criação do DSM-3 optou por estabelecer um manual ateórico, privilegiando classificações baseadas em fenômenos puramente fenomenológicos e observáveis, sem referência a nenhum sistema teórico específico. As maiores desavenças foram quanto à utilização do termo "neurose", um dos principais conceitos relativos à teoria psicanalítica. Aguiar (2004) nos fornece o trecho de um relatório dos primeiros encontros da força-tarefa para a elaboração do DSM-3, que demonstra os rudimentos da dissolução do termo neurose – e consequentemente da histeria – no DSM: "Neurose, um termo teórico etiológico, sugere um estado mais ou menos estável, que não categoriza adequadamente o que nós agora vemos como comportamentos primariamente episódicos e transitórios, isto é, dissociações, conversões, fobias" (p. 30).

A manutenção ou a retirada do termo neurose do DSM-3 envolvia uma questão de fundo que era a própria lógica da reformulação diagnóstica em curso, a saber, manter o termo

era manter um ponto nevrálgico da teoria psicanalítica, e retirar o termo era praticamente romper o casamento da psicanálise com a psiquiatria. Para os reformadores do DSM-3 a noção de neurose havia se tornado vaga e não científica e, portanto, corria risco de não ser aprovada pelo Conselho de Administração da APA. Apesar do compromisso político assumido – utilização do termo inserido entre parênteses, em alguns casos, depois da palavra "desordem" – Russo e Venâncio (2006) registram que "A semi-vitória dos psicanalistas não foi de longa duração, já que na revisão do DSM III – conhecida como DSM III R – surgida em 1987, os parênteses (e com eles a categoria "neurose") foram abandonados" (p. 467). O DSM-3 marcou um ponto de virada nas relações entre psicanálise e psiquiatria. Na leitura de Dunker e Kyrillos Neto (2011a),

> Propondo-se como um sistema classificatório ateórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental (p. 616).

Autores como Dunker e Kyrillos Neto (2011b) e Russo e Venâncio (2006) ressaltam o contexto ideológico das divergências entre os psicanalistas e os idealizadores do DSM-3. Os psicanalistas se posicionaram contra os psiquiatras que tinham uma visão fisicalista do transtorno mental. Assim, esses autores entendem que a transformação levada a termo pelo DSM-3 é fruto de uma aliança entre os "psiquiatras biológicos", ligados à pesquisa experimental, e os psiquiatras progressistas. Para os primeiros, a psicanálise era um entrave à neutralidade científica e ao rigor da observação empírica. Já os últimos acusavam a psicanálise de psicologizar problemas de ordem social. A nova versão do DSM foi apresentada aos críticos como a edição responsável pela exclusão dos termos psicanalíticos.

De acordo com Russo e Venâncio (2006), "Na nova 'arquitetura' do DSM III o grupo das 'Neuroses' desapareceu e se dissolveu em pelo menos três agrupamentos, com um total de 18 transtornos" (p. 469). Esses autores colaboraram com nossa pesquisa nos esclarecendo a lógica da dissolução das neuroses em transtornos. Segundo eles, essa modificação tratava de negar que as neuroses tivessem algo em comum que as distinguisse dos demais transtornos e de afirmar que esses transtornos tinham um fator etiológico único (físico) para qualquer desordem. Nessa perspectiva,

> A palavra de ordem era "não existem mais neuroses, o que existem são transtornos psiquiátricos a serem percebidos e tratados como quaisquer outros transtornos". Transtornos antes passíveis de um tratamento diferenciado – psicológico – transformaram-se em distúrbios que, definidos em termos estritamente médicos, deveriam ser tratados como qualquer outra doença, isto é, medicamente (p. 469).

Com Russo e Venâncio (2006) compreendemos que a difusão das novas nomenclaturas presentes no DSM-3 corresponde à ascensão da psiquiatria biológica como vertente hegemônica no panorama psiquiátrico mundial. Dessa forma, o termo neurose foi substituído por uma multiplicidade de categorias classificatórias que favoreciam a designação de "transtornos", culminando no aumento de prescrição de medicamentos.

Já o DSM-4 foi lançado em 1994, contendo 297 desordens, e revisado no ano 2000 (DSM-4-TR), quando foram adicionadas mais 21 desordens. Fica explícito no DSM-4 o menosprezo de seu sistema classificatório pela gênese psíquica dos transtornos somáticos. Na edição lançada em 1994 o DSM-4 excluiu os psicodinamismos da etiologia conversiva e os substituiu pelo enfoque neo-organicista atual, contrapondo o organicismo das edições anteriores: "A histeria é desmembrada em síndromes: dissociação, dismorfismo corporal, ansiedade, depressão, fibromialgia" (Dunker & Kyrillos Neto, 2011b, p. 10).

Tendo em vista que a APA, a partir das gerações e modificações do DSM, assumiu o protagonismo da prática psiquiátrica mundial, há um trabalho conjunto entre as revisões do DSM e as revisões da Classificação Internacional das Doenças, atualmente na sua 11ª edição (CID-11). Os próprios DSM são lançados contendo a transposição de seus códigos para os códigos da CID. Russo e Venâncio (2006), por exemplo, registram que a globalização do DSM-3 é confirmada na reformulação do capítulo relativo às doenças mentais da CID-10, "que incorpora praticamente na íntegra a nomenclatura surgida com o DSM III e seus sucedâneos na sua décima versão (CID-X), lançada em 1993" (p. 465). Nessa perspectiva, algumas considerações sobre a lógica classificatória da CID nos auxiliam na compreensão da dissolução da histeria nos manuais psiquiátricos contemporâneos. Da introdução da CID-10, por exemplo, extraímos a argumentação relativa à dissolução da histeria:

> O termo "histeria" não foi usado no título de nenhum transtorno no Capítulo V (F) da CID-10, por causa de suas muitas e variadas gradações de significados. Ao invés, foi preferido "dissociativo" para agrupar transtornos previamente denominados histeria, de ambos os tipos, dissociativo e conversivo. Isto ocorre amplamente porque pacientes com as variedades dissociativas e conversivas com assiduidade partilham muitas outras características e, em adição, eles frequentemente exibem ambas as variedades no mesmo ou em diferentes períodos. Parece também razoável presumir que os mesmos (ou muito similares) mecanismos psicológicos são comuns a ambos os tipos de sintomas (OMS, 1993, p. 14-15).

Tanto no DSM-4 como na CID-10 a neurose foi dissolvida em vários transtornos e especificada com a presença de alguns sintomas. Observamos uma dissolução das entidades nosográficas. No DSM-4, os grupamentos de transtornos que correspondem às "antigas

neuroses” são: Transtornos de Ansiedade (11 transtornos); Transtornos Somatoformes (9 transtornos); e Transtornos Dissociativos (5 transtornos).

Verificamos que no DSM-3 a neurose foi desqualificada e no DSM-4 ela foi rechaçada. Inferimos que a consideração das especificidades da neurose impõe dificuldades para as pretensões científicas da psiquiatria devido ao caráter de não localização do sintoma no corpo, o que não permite a constatação de uma etiologia biológica. Assim, a histeria foi dissolvida em grupamentos de transtornos.

Passaremos à resposta de nossa indagação sobre a presença da histeria no DSM-5.

3.5.3 Há histeria no DSM-5?

O DSM-5 foi lançado em 2014, contendo 450 categorias diagnósticas. Houve inúmeros movimentos sociais e críticos se opondo aos princípios de sua lógica de classificação. Iannini e Teixeira (2013) tecem duras críticas ao DSM-5. Para eles, essa versão do DSM não consegue mais ocultar “o caráter normativo de suas classificações, fundadas num movimento vertiginoso de psiquiatrização da vida cotidiana e numa psicopatologização do mal-estar subjetivo” (p. 25). Em outra perspectiva, Dunker (2013) sinaliza que muitos psiquiatras questionam as renovações feitas nessa edição por não se apoiarem em descobertas científicas, mas em redefinições nominalistas de sintomas e definições operacionais de síndromes.

No que se refere ao nosso recorte – pesquisa de aspectos relacionados à histeria nos DSM –, extraímos do DSM-5 (edição atual) a principal modificação com relação à edição do DSM-4-TR dentre os transtornos que correspondem às antigas neuroses: “No DSM-5, os transtornos somatoformes são agora referidos como transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados” (APA, 2014, p. 812). Sendo assim, os transtornos do DSM-5 que correspondem às antigas neuroses são: Transtornos de Ansiedade; Transtornos Dissociativos; e Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. Entretanto, podemos encontrar manifestações clínicas da histeria freudiana em pacientes diagnosticados em transtornos dos grupamentos “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”, “Transtorno Bipolar e Outros Transtornos Relacionados”, “Transtornos Depressivos”, “Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados”, ‘Transtornos Alimentares” e outros. Não obstante, nossa pesquisa não contempla esses grupamentos.

Para a escrita desta seção propusemos duas perguntas. Pretendemos respondê-las a partir daqui. A primeira delas foi: Há histeria no DSM-5? Baseando-nos em nossas pesquisas acreditamos que a resposta seja “não e sim”. Se levarmos em conta a terminologia,

percebemos que já não há histeria. A terminologia “transtorno” substituiu os termos “neurose” e “histeria” e as demais terminologias relacionadas a eles. Como vimos, o DSM-3 foi o último DSM a manter o termo neurose – com restrições –, mas sua revisão em 1987 (DSM-3-R) rechaçou a neurose e, com ela, a histeria.

Contudo, podemos dizer que sim, há histeria no DSM-5, a partir da clínica e dos quadros clínicos que se apresentam na contemporaneidade. Se escutarmos os casos clínicos que se nos apresentam é possível identificar que os transtornos são baseados em elementos da neurose – do grupamento das psiconeuroses – e, por assim dizer, da própria histeria, circunscritos outrora no DSM-2 (edição fundamentada na teoria psicanalítica). O grupamento das psiconeuroses era definido pela ansiedade e pelos mecanismos de defesa: depressão, conversão e deslocamento.

Vale destacar que nosso exercício de pesquisa não afirma que os grupamentos de transtornos pesquisados pertencem à histeria, dado que ela já não existe na classificação atual do DSM. Nossa intenção foi imaginar quais, dentre os novos transtornos do DSM-5, poderiam, a partir da ótica antiga, ser classificados como histeria.

A segunda pergunta foi: Pela mudança na lógica de compreensão do sintoma – de causalidade psíquica para natureza biológica – a histeria, enquanto entidade clínica, deixou de existir? A partir da clínica contemporânea afirmamos que não. As modificações terminológicas do DSM não modificam as formas de manifestação dos sintomas. É a maneira de significá-los que se diferencia nos campos de saber psicanálise e psiquiatria. Dunker (2013), por exemplo, afirma que “por trás da luminosa nova ciência psiquiátrica do DSM-5, ainda jaz o cadáver psicanalítico da neurose” (p. 34), e acrescenta que reencontramos no DSM-5 todos os elementos classicamente descritos pela psicanálise a partir de sua tríade diagnóstica formada por angústia, sintomas e inibições neuróticas (Dunker, 2013).

De acordo com Maurano (2010), a supressão da histeria dos DSM e dos CID não a impede de continuar existindo; acrescentando às roupagens antigas outras novas, “como anorexia, bulimia, obesidade, pânico, depressão, mania, aparecendo nas mais variadas versões nas quais operam modos subjetivos de lidar com a falta” (p. 17). Na mesma direção, Quinet (2005) considera que assistimos na contemporaneidade os quadros histéricos descritos por Charcot: “histeroepilepsia, delírio de possessão demoníaca, alucinações visionárias, contraturas, paralisias, paresias, espasmos, cegueiras e também novas formas em que o corpo é o objeto, como a anorexia e a bulimia” (p. 108). Na mesma perspectiva, esse autor retrata a plasticidade e a multiplicidade da histeria, que aparecem em diversas modalidades:

> [. . .] louca, obsessiva, deprimida, autista, catatônica. Isso sem contar com todas as doenças orgânicas que a histeria pode simular, chegando mesmo à mesa do cirurgião. Acrescentemos ainda as formas modernas encontradas nos centros urbanos como, por exemplo, as da **histérica acadêmica**: a que está na academia da universidade e faz do saber um sintoma e a da academia de ginástica (p. 108, destaque do autor).

Verificamos que a histeria resiste! Ela existe e resiste, ainda que renomeada como transtorno no DSM-5. Percebemos que – muitas vezes – ela não tem sido escutada, mas medicada. A psicofarmacologia da histeria leva em consideração a etiologia biológica do sintoma, e a prescrição de psicofármacos tem sido a única terapêutica possível para a ética da psiquiatria contemporânea.

3.6 A psicofarmacologia da histeria

Nesta seção de nossa pesquisa abordamos questões relacionadas à psicofarmacologia da histeria. Se, por um lado, não existe histeria – enquanto terminologia – no DSM-5, por outro lado, fizemos na seção anterior uma leitura dos quadros diagnósticos atuais do DSM que abordam as manifestações clínicas peculiares à histeria freudiana. Nesse ínterim, esta seção elucidou o intuito da intervenção farmacológica. Acreditamos que a compreensão da lógica que perpassa a prescrição do fármaco para o tratamento de um transtorno nos ajudou a compreender o significado do sintoma para a psiquiatria biológica.

Esta seção foi dividida em três subtópicos nomeados segundo a classificação do DSM-5. Tendo em vista a limitação de nossa pesquisa, destacamos um transtorno de cada grupamento de transtornos circunscritos na seção anterior – transtornos que remetem às manifestações clínicas peculiares à histeria freudiana. A partir daí, analisamos a farmacodinâmica de um psicofármaco utilizado para o tratamento do transtorno destacado. Nosso interesse é compreender a lógica de tratamento, uma vez que é impossível, nesta pesquisa, percorrer toda a diversidade de transtornos e psicofármacos do recorte proposto. Restringimos nossa pesquisa à ação farmacodinâmica dos psicofármacos, ou seja, à ação dos medicamentos e substâncias químicas no organismo. Utilizamos em nossa pesquisa o livro “Psicofármacos: consulta rápida” de Cordioli, Gallois e Isolan (2015).

3.6.1 Transtornos de Ansiedade

Compõem o grupamento dos Transtornos de Ansiedade no DSM-5 os seguintes transtornos: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica,

Outro Transtorno de Ansiedade Especificado e Transtorno de Ansiedade Não Especificado (APA, 2014).

Destacamos desse grupamento o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Os critérios diagnósticos do TAG, extraídos do DSM-5, podem ser consultados no final desta pesquisa (ANEXO A). De forma sumária, esses critérios caracterizam a ansiedade e a preocupação excessivas e a expectativa apreensiva, "ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional) " (APA, 2014, p. 222). De acordo com o DSM-5,

> As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão (APA, 2014, p. 223).

Gallois, Moreira, Bins e Ferrão (2015) consideram como tratamento de primeira linha para TAG os Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), os Inibidores seletivos da recaptação de noradrenalina (ISRNs) e a pregabalina. Outros medicamentos utilizados incluem benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, outros antidepressivos e anticonvulsivantes. Esses autores também propõem para tratamento do TAG as psicoterapias, mas se atêm à sugestão das terapias cognitivo-comportamentais.

Analisamos a farmacodinâmica da Paroxetina, psicofármaco ISRS, de tratamento de primeira linha do TAG. A Paroxetina é comercializada com nomenclaturas diferentes, de acordo com os laboratórios que a produzem. Tem sido comercializada com os seguintes nomes: Aropax, Arotin, Cebrilin, Cloridrato de Paroxetina, Deeplin, Depaxan, Moratus, Parox, Paroxiliv, Paxil Cr, Paxtrat, Pondera, Pondix, Praxetina, Roxetin, Sertero e Zyparox (Cordioli, Gallois & Isolan, 2015). Em relação à farmacodinâmica e aos mecanismos de ação desse fármaco, Cordioli, Gallois e Isolan (2015) afirmam que a Paroxetina, como os outros ISRSs,

> [. . .] causa elevação de concentração extracelular de 5HT nas sinapses serotonérgicas, mediada pela inibição de seu transportador. Inicialmente, há diminuição da neurotransmissão de serotonina, em função da ativação da alça de *feedback* negativo que decorre da ligação da serotonina, transitoriamente aumentada, ao seu autorreceptor 5HT1A. Subsequentemente, os receptores 5HT1A são dessensibilizados, e com isso ocorre o pretendido aumento da neurotransmissão serotonérgica (p. 1336).

Depreendemos da farmacodinâmica da Paroxetina que a prescrição desse fármaco visa a uma intervenção exclusivamente biológica relacionada, especificamente, à receptação de serotonina. O aumento da neurotransmissão serotonérgica é o foco da intervenção psiquiátrica. Se esse fármaco não atingir o objetivo, provavelmente haverá uma reavaliação da dosagem, ou a prescrição de outra medicação a ser utilizada em associação, ou a substituição por outra medicação de primeira linha, de segunda linha ou até mesmo por outra medicação; até que se consiga eliminar o sintoma de ansiedade.

3.6.2 Transtornos Dissociativos

Compõem o grupamento dos Transtornos Dissociativos no DSM-5 os seguintes transtornos: Transtorno Dissociativo de Identidade, Amnésia Dissociativa, Transtorno de Despersonalização/Desrealização, Outro Transtorno Dissociativo Especificado e Transtorno Dissociativo Não Especificado (APA, 2014).

Destacamos desse grupamento o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI). Os critérios diagnósticos do TDI, extraídos do DSM-5, podem ser consultados no final desta pesquisa (ANEXO B). Eles assinalam, sumariamente, uma ruptura da identidade caracterizada pela presença de dois ou mais estados de personalidade – fenômeno descrito por algumas culturas como uma experiência de possessão. Essa ruptura de identidade

> [. . .] envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, no comportamento, na consciência, na memória, na percepção, na cognição e/ou no funcionamento sensório-motor (APA, 2014, p. 292).

De acordo com o DSM-5,

> A característica definidora do transtorno dissociativo de identidade é a presença de dois ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão [. . .]. Entretanto, a manifestação ou dissimulação desses estados de personalidade variam em função da motivação psicológica, do nível de estresse, de conflitos e dinâmicas internas e da resiliência emocional (APA, 2014, p. 292).

A literatura contemporânea afirma que não há medicações específicas para o tratamento do TDI. No entanto, encontramos diversos autores que propõe o uso de antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos para atenuar e controlar os sintomas desse transtorno. Andreasen e Black (2009), por exemplo, afirmam que pacientes portadores de TDI têm sintomas de humor e ansiedade que podem responder à terapia medicamentosa. Sadock, Sadock e Ruiz (2017), por sua vez, propõem que

> Os medicamentos antidepressivos costumam ser importantes na redução da depressão e na estabilização do humor. [. . .]. Os neurolépticos atípicos, tais como risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina, podem ser mais efetivos e mais bem tolerados do que os neurolépticos típicos para ansiedade extrema e sintomas intrusivos de TEPT em pacientes com transtorno dissociativo de identidade (p. 461).

Analisamos a farmacodinâmica do antipsicótico Risperidona. A Risperidona é comercializada com nomenclaturas diferentes, de acordo com os laboratórios que a produzem. Tem sido comercializada com os seguintes nomes: Risperac, Esquidon, Respidon, Ripevil, Risleptic, Rispalum, Risperdal, Risperdal Consta, Risperidon, Riss, Viverdal e Zargus. Em relação à farmacodinâmica e aos mecanismos de ação desse fármaco, Cordioli, Gallois e Isolan (2015) afirmam que a Risperidona

> [. . .] tem alta afinidade com receptores 5-HT2A. [. . .]. Bloqueia também os receptores dopaminérgicos do tipo D2 em menor grau do que o haloperidol e em maior grau que a clozapina. O bloqueio dos receptores D2 ocorre preferencialmente na via mesolímbica. [. . .] A risperidona bloqueia ainda outros receptores dopaminérgicos (D1 > D4 > D3), α1 e α2-adrenérgicos e os histaminérgicos H1. Devido aos bloqueios histaminérgico e adrenérgico, produz sedação e hipotensão (p. 1493).

Depreendemos da farmacodinâmica da Risperidona que a prescrição desse fármaco visa a uma intervenção exclusivamente biológica relacionada, especificamente, ao bloqueio de receptores – dopaminérgicos, adrenérgicos e histaminérgicos. A mecânica do funcionamento biológico é o foco da intervenção psiquiátrica. Nessa perspectiva, se esse fármaco não atingir o objetivo, provavelmente haverá – aqui também – reavaliação da dosagem, ou a prescrição de outra medicação a ser utilizada em associação, ou a substituição por outra medicação de primeira linha, de segunda linha ou até mesmo por outra medicação que amenize ou elimine os episódios de dissociação.

3.6.3 Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados

Compõem o grupamento Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados os seguintes transtornos: Transtorno de Sintomas Somáticos; Transtorno de Ansiedade de Doença; Transtorno Conversivo (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais); Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas; Transtorno Factício; Outro Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Especificado; e Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Não Especificado (APA, 2014).

Destacamos desse grupamento o Transtorno Conversivo (TC). É interessante observar que a denominação desse transtorno no DSM-5 vem acompanhada da expressão “Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais” entre parênteses. Assim, sua classificação permite

incluir o tipo de sintoma: com fraqueza ou paralisia, com movimento anormal, com sintomas de deglutição, com sintoma de fala, com ataques ou convulsões, com anestesia ou perda sensorial, com sintoma sensorial especial ou com sintomas mistos. De acordo com Andreasen e Black (2009), a etiologia do TC não é bem entendida, no entanto, "a alta frequência dos sintomas conversivos em pacientes com lesões cerebrais sugere uma etiologia biológica" (p. 232).

Os critérios diagnósticos do TC, extraídos do DSM-5, podem ser consultados no final desta pesquisa (ANEXO C). De forma sumária, esses critérios caracterizam "Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada. [. . .] Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas" (APA, 2014, p. 319). Extraímos do DSM-5 as características diagnósticas do TC:

> Sintomas motores incluem fraqueza ou paralisia; movimentos anormais, como tremor ou movimentos distônicos; anormalidades da marcha; e postura anormal de membro. Sintomas sensoriais incluem sensação cutânea, visão ou audição alteradas, reduzidas ou ausentes. Episódios de tremores generalizados de membros com aparente prejuízo ou perda de consciência podem assemelhar-se a convulsões epiléticas (também denominadas **convulsões psicogênicas** ou **não epiléticas**). Pode haver episódios de ausência de resposta semelhantes a síncope ou coma. Outros sintomas incluem volume da fala reduzido ou ausente (disfonia/afonia), articulação alterada (disartria), uma sensação de "bola" ou caroço na garganta (globus) e diplopia (APA, 2014, p. 223, destaques do autor).

A literatura psiquiátrica propõe uso de antidepressivos e ansiolíticos para o tratamento do sintoma conversivo, apesar de afirmar que não há medicação específica que elimine esse transtorno. Sadock, Sadock e Ruiz (2017) propõem o uso de ansiolíticos, dando ênfase ao Amobarbital e ao Lorazepam.

Analisamos a farmacodinâmica do Lorazepam. O Lorazepam pertence à classe conhecida como benzodiazepinas (BZD), que possuem como principais propriedades a inibição leve de algumas áreas do Sistema Nervoso Central (SNC), diminuindo a geração de estímulos nervosos pelos neurônios e proporcionando relaxamento muscular, sedação e efeito tranquilizante. O Lorazepam é comercializado com nomenclaturas diferentes, de acordo com os laboratórios que o produzem. Tem sido comercializado com os seguintes nomes: Ansirax, Lorapan, Lorax, Lorazefast, Max Pax e Mesmerin. Em relação à farmacodinâmica e aos mecanismos de ação desse fármaco, Cordioli, Gallois e Isolan (2015) afirmam que o Lorazepam

> [. . .] é um BZD que tem efeito sedativo potente, o qual tende a diminuir, na maioria dos pacientes, com o uso contínuo. Potencializa a ação do GABA, que é o principal neurotransmissor inibitório do SNC, modulando a atividade dos receptores GABA A por meio de sua ligação com seu sítio específico (receptores BZDs) (p. 1018).

Depreendemos da farmacodinâmica do Lorazepam que a prescrição desse fármaco visa a uma intervenção exclusivamente biológica relacionada, especificamente, à ação do GABA, a fim de produzir o efeito sedativo. A inibição do SNC é o foco da intervenção psiquiátrica. Conforme descrito na análise dos outros transtornos, se esse fármaco não atingir o objetivo provavelmente haverá uma reavaliação da dosagem, ou a prescrição de outra medicação a ser utilizada em associação, ou a substituição por outra medicação de primeira linha, de segunda linha ou até mesmo por outra medicação, visando exclusivamente ao apaziguamento dos sintomas conversivos.

A compreensão do sintoma como de ordem estritamente biológica, resultando em intervenções psicofarmacológicas que visam, exclusivamente, à eliminação dos sintomas, pode reduzir outras possibilidades clínicas e terapêuticas. Nessa perspectiva não há interesse pela etiologia dos transtornos, nem pelo contexto biopsicossocial do surgimento e da manifestação dos sintomas. Dessa forma, como já sinalizamos em outros momentos nesta pesquisa, a narrativa do paciente é desconsiderada, privilegiando-se assim apenas a homeostase biológica.

Tendo em conta que este capítulo trouxe considerações sobre a natureza do sintoma biológico e suas implicações na clínica da psiquiatria biológica, imaginemos: Como seria hoje a clínica da histeria freudiana na concepção e na abordagem da psiquiatria biológica? Esta pesquisa aponta para a grande possibilidade de que os episódios de distinção de estados de consciência, as paralisias, contraturas, câimbras, os diversos modos de conversão, as alucinações e os inúmeros modos de manifestação do sintoma sejam medicados com antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e demais classes de psicofármacos, sem nenhuma preocupação com a etiologia dos sintomas, ou com o sentido deles para os pacientes. Provavelmente haveria diagnósticos sobrepostos: a uma histérica classificada com transtorno conversivo, se alucinasse, provavelmente seria prescrito um antipsicótico, e assim por diante. Em nome das classificações casadas com prescrições de psicofármacos, os pacientes – nessas *práxis* – correm o risco de serem silenciados, com implicações teórico-clínicas e éticas para a clínica contemporânea. Concordamos com as afirmações de Dunker (2013), pois elas valorizam a escuta da narrativa do sujeito na clínica:

> [. . .] os diferentes sintomas de um sujeito exprimem e se articulam em uma narrativa de sofrimento. Eles se embaralham com a história de vida das pessoas, com seus amores e decepções, com suas carreiras e mudanças, com seus estilos e escolhas da vida, com suas perdas e ganhos. A história da doença confunde-se com a história do doente, sob o qual esta age e reage [. . .] (p. 34).

Assim, finalizamos o Capítulo 3 desta pesquisa. Por meio dos tópicos explorados, a partir dos estudos da lógica classificatória do DSM, foi possível verificar que as intervenções psicofarmacológicas elucidam a compreensão do significado do sintoma estritamente biológico na psiquiatria biológica. Foi possível também compreender que o apreço por classificações e prescrições farmacológicas demarcou, e ainda demarca, rupturas epistemológicas entre a psicanálise e a psiquiatria.

4 PSICOTERAPIA DA HISTERIA E PSICOFARMACOLOGIA DA HISTERIA: A TRANSFERÊNCIA EM QUESTÃO

Neste capítulo de nossa pesquisa discorremos sobre questões relacionadas às divergências entre a psicanálise freudiana e a psiquiatria biológica, no que se refere ao uso teórico-clínico da "transferência". Especificamente, extraímos considerações relativas ao conceito de "neurose de transferência", proposto por Freud como condição *sine qua non* para um tratamento analítico. Este estudo nos possibilitou ver em que medida o tratamento do sintoma se relaciona com o conceito de transferência, nos permitindo extrair luz da diferença radical de significado do sintoma entre os campos de saber psicanálise freudiana e psiquiatria biológica.

Conservamos no título que nomeia este capítulo a expressão "psicoterapia da histeria" em referência ao texto de mesmo nome, escrito por Freud nos "Estudos sobre a histeria" (Breuer & Freud, 1893-1895). A permanência da expressão sinaliza nossa apropriação, já em tom conclusivo desta pesquisa, de que a clínica da histeria, além de ter proporcionado a ruptura epistemológica freudiana, culminando na criação da psicanálise, persiste na contemporaneidade, opondo-se radicalmente à clínica da psiquiatria biológica no que se refere à constituição do sintoma psíquico.

Conservamos também, no título deste capítulo, a expressão "psicofarmacologia da histeria" em referência às *práxis* da psiquiatria biológica atual, centrada na prescrição de medicamentos que incidem nas funções cerebrais e no SNC, a fim de corrigir as disfunções biológicas. Conforme elucidamos no Capítulo 3, a histeria desapareceu enquanto terminologia, mas persiste enquanto forma clínica. Entretanto, já não tem sido escutada, mas sim, medicalizada.

Como já assinalado, abordamos neste capítulo questões pertinentes ao uso da transferência na psicanálise e na psiquiatria biológica. Especificamente, nos interessou o conceito de neurose de transferência, condição para o tratamento psicanalítico das neuroses. Para realizar este estudo, fundamentamos nossa pesquisa em passagens pontuais extraídas dos textos de Freud que tratam diretamente dos conceitos de transferência e de neurose de transferência. Nosso interesse é situar o leitor quanto ao desenvolvimento do conceito de transferência em Freud a fim de compreender como a noção do conceito de neurose de transferência demarca uma diferença fundamental entre o tratamento dos sintomas na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica. Como esses campos de saber creditam a transferência em suas *práxis*?

Para os propósitos desta seção foram pesquisados textos freudianos que fazem referência direta às noções e aos conceitos de transferência e de neurose de transferência. Foram utilizados "Estudos sobre a Histeria" (1893-1895), especificamente o capítulo "A psicoterapia da histeria", e os textos que compõem os artigos técnicos: "A dinâmica da transferência" (1912b/1974), "Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) " (1914c/1974) e "Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) " (1915 [1914]/1974). Utilizamos também a "Conferência XXVII. Transferência" (1917a [1916-1917]/1976); recorremos eventualmente a outros textos freudianos, que não fazem menção direta aos temas da transferência e da neurose de transferência; e a autores que abordaram essa temática.

4.1 A neurose de transferência na psicoterapia da histeria e na psicofarmacologia da histeria

Em nossas pesquisas verificamos que o conceito de transferência passou por reformulações ao longo da obra de Freud. Pimenta (2018) assinalou que foi no texto "Fragmento da análise de um caso de histeria" (1905), conhecido como Caso Dora, que Freud realizou a primeira teorização do conceito de transferência. A partir de então a transferência "configurou-se como uma nova perspectiva de condução clínica no horizonte de Freud e de seu tempo" (p. 72), o que pode ser verificado nos textos que compõem os artigos técnicos utilizados neste capítulo. Nessa perspectiva, extraímos de alguns textos freudianos, citados na introdução deste capítulo, passagens pontuais sobre o conceito de transferência para compreender o que nos interessa neste momento: o uso teórico-clínico do conceito de neurose de transferência.

Entretanto, nos rudimentos da clínica psicanalítica, no texto "Estudos sobre a Histeria" (1893-1895), no capítulo "A psicoterapia da histeria", Freud já mencionava seu interesse pelo tema da transferência. Ao tecer comentários sobre a psicoterapia da histeria, sinaliza que a confiança do paciente no médico é essencial para o tratamento psicoterápico. Para os que, assim, se colocavam nas mãos do médico, com confiança, tornava-se inevitável que a relação pessoal com ele assumisse o primeiro plano: "[. . .] parece que tal influência por parte do médico é uma condição *sine qua non* para a solução do problema" (v. 2, p. 322). Nesse mesmo texto Freud enfatiza a importância da transferência na psicoterapia da histeria:

> Além dos motivos intelectuais que mobilizamos para superar a resistência, há um fator afetivo, a influência pessoal do médico, que raramente podemos dispensar, e em grande número de casos só esse segundo fator está em condições de remover a resistência (v. 2, p. 340).

Ainda no texto “A psicoterapia da histeria”, Freud (1893-1895) enumera alguns obstáculos relativos à relação médico-paciente que podem impedir o tratamento. Esse texto, escrito nos rudimentos da psicanálise, contém a gênese do que se tornaria posteriormente o conceito de transferência. Nele, Freud já demarcava que é possível que a paciente histérica transfira à figura do médico as ideias aflitivas que surgem no conteúdo da análise: “A transferência ao médico verifica-se através de uma **falsa ligação**” (v. 2, p. 360, destaque do autor). Freud explica essa falsa ligação como resultado de o desejo da paciente ser ligado à pessoa do médico pela compulsão por associar, dominante na consciência da paciente. De acordo com Strachey (1974a), essa é a primeira vez que Freud emprega a palavra transferência (*Übertragung*) no sentido psicanalítico.

É importante destacar, nos estudos desta seção, que a transferência não se constituiu conceito desde o início da psicanálise. Bem ao contrário, o fenômeno transferência passou por longa elaboração, desde que surgiu na obra de Freud como fenômeno periférico, até se constituir um fenômeno elementar – uma das condições para o tratamento em psicanálise. Encontramos rudimentos do que se tornaria o conceito de transferência nos “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), conforme sinalizado nos parágrafos anteriores, e nos textos “A interpretação dos sonhos” (1900/1972) e “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905). Em “A interpretação dos sonhos” Freud (1900) utiliza a expressão “transferência de sentido”. De acordo com Laplanche e Pontalis (2016), nesse texto Freud “utiliza a maior parte das vezes a palavra ‘transferência’ para designar na sua generalidade a passagem da energia psíquica de uma representação para outra [. . .]” (p. 117).

Nessa direção, a noção de transferência foi utilizada inicialmente para descrever a dinâmica dos processos do desejo, caracterizada pelo funcionamento do inconsciente. Segundo Miller (1987), trata-se “dos disfarces do desejo que, permanecendo inconsciente, se exprime apoderando-se das representações mais anódinas. Expressa-se ao se deslocar do recalcado para uma representação, cuja própria banalidade a torna aceitável para a consciência” (p. 59).

Já do texto “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905) é possível extrair que no tratamento psicanalítico o analista é um destino pulsional, um representante psíquico. De acordo com Miller (1987), “A transferência, em sentido psicanalítico, se produz quando o desejo se aferra a um elemento muito particular que é a pessoa do terapeuta” (p. 59). O fragmento a seguir foi extraído do Caso Dora, e elucida o fato de Freud ter sido tomado por Dora como representante psíquico, substituto do pai dela:

> Mas Dora me trouxe um adendo ao sonho logo no dia seguinte. Esquecera de contar, disse ela, que cada vez após o despertar sentira cheiro de fumaça. A fumaça, naturalmente, ajustava-se bem ao fogo, mas também demonstrava que o sonho tinha uma relação especial comigo; pois quando ela se asseverava que nada havia de oculto por trás disso ou daquilo, muitas vezes eu dizia à guisa de resposta: 'Não pode haver fumaça sem fogo! ' (Freud, v. 7, 1905, p. 70)

Nessa direção, compreendemos que desde os rudimentos da transferência há um lugar na economia psíquica do paciente que será ocupado pelo analista: "Eu me atreveria a dizer que é impossível fazer teoria da psicanálise se não se admite que o analista é uma formação do inconsciente" (Miller, 1987, p. 60-61). O analista faz parte da economia psíquica do paciente; eis o que Freud testemunhou na clínica, caso a caso, elevando a transferência ao estatuto de conceito.

Em 1912 Freud publica o texto "A dinâmica da transferência" (1912b), no qual formula o conceito de transferência na técnica psicanalítica, denotando sua importância e os desafios de seu manejo. Segundo Freud, apenas uma parte dos impulsos que determinam a vida erótica perfazem o desenvolvimento psíquico. Entretanto, a outra parte desses impulsos libidinais foi detida em seu desenvolvimento e está separada tanto da personalidade consciente quanto da realidade, expandindo-se na fantasia ou permanecendo no inconsciente. Assim, "Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontre com ideias libidinais antecipadas" (v. 12, p. 134). Nessa aproximação, é provável que ambas as partes de sua libido – a que é capaz de tornar-se consciente e a inconsciente – tenham participação nessa atitude.

> Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico (v. 12, p. 134).

Freud explica que essa catexia "[. . .] recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das 'séries' psíquicas que o paciente já formou" (v. 12, p. 134).

Contudo, Freud observa que a transferência aparece na psicanálise como resistência e recorre à teorização da libido para justificar esse processo. Segundo ele, a precondição para o adoecimento neurótico é a introversão da libido. Enquanto diminui a porção de libido capaz de consciência, voltada para a realidade, aumenta a parte afastada da realidade, inconsciente. A libido – no todo ou em parte – tomou a via da regressão e reanimou as imagos infantis. De acordo com Freud (1912b), o tratamento analítico passa então a seguir a libido:

> [. . .] ele procura rastrear a libido, torná-la acessível à consciência e, enfim, útil à realidade. No ponto em que as investigações da análise deparam com a libido retirada em seu esconderijo, está fadado a irromper um combate; todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como 'resistências' ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas (v. 12, p. 137).

Freud (1912b) considera que a libido sempre esteve sob a atração dos complexos inconscientes, de maneira que, para liberá-la, essa atração do inconsciente tem que ser superada. Em outras palavras, "a repressão dos instintos inconscientes e de suas produções, que entrementes estabeleceu no indivíduo, deve ser removida" (v. 12, p. 137). A psicanálise terá que lidar com a resistência, que faz a doença persistir. A resistência acompanha o tratamento passo a passo: cada pensamento, cada ato do analisando deve levar em conta a resistência que representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as que a ela se opõem (Freud, v. 12, 1912b).

Freud (1912b) propõe que se acompanharmos um complexo patogênico desde sua representação no consciente até sua raiz no inconsciente, se chegará a uma região em que a resistência vigora tão claramente que a associação seguinte tem de levá-la em conta e aparecer como compromisso entre as suas exigências e as do trabalho de investigação. É nesse ponto que surge a transferência: "Quando algo no material complexivo [. . .] serve para ser transferido para a figura do médico, essa transferência é realizada; ela produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistências – por uma interrupção, por exemplo" (Freud, v.12, 1912b, p. 138).

Dessa experiência Freud (1912b) infere que essa ideia transferencial irrompeu até a consciência porque satisfez também a resistência, o que se repete inúmeras vezes no curso de uma análise. "Reiteradamente, quando nos aproximamos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada em primeiro lugar para a consciência e defendida com a maior obstinação" (v. 12, p. 138). Com o passar do tempo, o paciente percebe que as deformações do material patogênico não podem oferecer qualquer proteção contra sua revelação, o que chama de "deformação mediante a transferência": "Essas circunstâncias tendem para uma situação na qual, finalmente, todo conflito tem de ser combatido na esfera da transferência" (v. 12, p. 139). Dessa forma, "a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência" (v. 12, p. 139).

Diante do dinamismo da transferência servir como resistência, ainda no texto "A dinâmica da transferência", Freud (1912b) propõe que não se pode pensar apenas em

transferência. É preciso fazer uma distinção entre transferência positiva e transferência negativa. A transferência positiva decompõe-se de sentimentos amigáveis ou ternos que são capazes de consciência e dos prolongamentos destes no inconsciente. Dessa forma, todos os afetos de simpatia, amizade, confiança, etc., ligam-se geneticamente à sexualidade e se desenvolveram por enfraquecimento da meta sexual. Nessa perspectiva, originalmente, só conhecemos objetos sexuais; "e a psicanálise demonstra-nos que pessoas que em nossa vida real são simplesmente admiradas ou respeitadas podem ainda ser objetos sexuais para nosso inconsciente" (v. 12, p. 140). Já a transferência negativa compõe-se de sentimentos hostis e agressivos. E, nesse sentido, Freud defende que a transferência para o médico atua como resistência "apenas na medida em que se tratar de transferência negativa ou de transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos" (v. 12, p. 140).

Percebemos que, para Freud, a transferência foi ganhando importância até se tornar condição preliminar para o tratamento psicanalítico. Dessa forma, se um paciente, por qualquer motivo, não for capaz de fazer um investimento no analista e vivenciar os efeitos deste em sua dimensão afetiva, não haverá tratamento psicanalítico. Maurano (2006) entende que Freud não apenas percebeu nesse impasse relacional o eixo em torno do qual girava toda a organização dos investimentos psíquicos do paciente, como também constatou "que a energia que imantava o sintoma do sujeito neurótico, drenando todos os investimentos de sua vida, poderia, pela transferência, ser dirigida ao analista, para que pudesse ser tratada e então restituída ao paciente" (p. 17).

O uso da transferência como condição para a possibilidade do tratamento analítico não é tido por Freud como de fácil manejo. Inclusive, Freud frequentemente se refere ao manejo da transferência como luta e enfrentamento, evitando dar ao leitor a impressão de que o domínio desse manejo seja de apreensão cumulativa de conhecimento. No texto "Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) ", por exemplo, Freud (1915) comenta que em certo momento o analista principiante percebe que, mais que as dificuldades de interpretar as associações dos pacientes, "as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência" (v. 12, p. 208). Essa perspectiva está alinhavada com a consideração de que nos fenômenos da transferência é travada a luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida pulsional, entre compreensão e procura da ação (Freud, 1912b). Dessa forma, o pai da psicanálise considera que é no campo da transferência que a vitória tem que ser conquistada, e acrescenta:

> Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. Pois, quando tudo está dito e feito, é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effligie* (Freud, v.12, 1912b, p. 143).

De acordo com Pimenta (2018), "a transferência possui uma significativa importância no tratamento pela psicanálise, pois permite constatar o funcionamento de um mecanismo inconsciente na própria atualidade da sessão" (p. 75).

A partir dessas considerações e da importância do conceito da transferência para o tratamento analítico levantamos as seguintes perguntas, que instigaram nossas pesquisas: E na clínica da psiquiatria biológica, há transferência? A psiquiatria biológica pode pautar sua prática a partir da transferência? O psiquiatra pode utilizar-se da transferência em sua atuação? Ele a utiliza? As respostas a essas perguntas virão no decorrer desta seção. Essas indagações desembocaram na importância do conceito teórico-clínico de neurose de transferência.

Afirmamos que há transferência na psiquiatria biológica. Na verdade, há transferência onde existem relações pessoais. A transferência não está restrita às relações no âmbito analítico e Freud atribui as características da transferência não à psicanálise, mas à neurose mesma. A tendência à transferência nos neuróticos é apenas um aumento extraordinário dessa característica universal (Freud, v.16, 1917a). O que ressalta a importância da transferência na psicanálise é o fato de ela ser uma das condições para a efetivação do tratamento psicanalítico. Nesse sentido, o tratamento na psiquiatria biológica – como em todas as relações – está imantado pelos efeitos da transferência. O que diferencia é que o psiquiatra pode (ou não) fazer uso desse operador analítico no tratamento. Leite (2002), por exemplo, afirma que a medicação influi na transferência e que o que interessa é o manejo desta. O que a medicação representa para o analisando? Deve-se observar sempre o efeito que o uso – ou o não uso – da medicação vai ter na condução do tratamento, do ponto de vista da transferência. Leite (2002) considera que

> Existem casos que suportam a medicação, em que a medicação, usada sintomaticamente, pode ser útil, e existem aqueles casos em que empregá-la pode atrapalhar a condução do tratamento. O debate deveria ser sobre isso: como cada um maneja a medicação do ponto de vista da transferência? (p. 40).

Em outra perspectiva, Mandil (2002) considera que é interessante – sem deixar de ser complicada – a maneira que o paciente apreende o uso da medicação. Desse modo, a definição se o medicamento é sintomático (visando a perspectiva da cura do sintoma) ou

etiológico (considerando a causa do sintoma) é dada pelo paciente: “Ele pode atribuir a melhora de seu estado ao fato da medicação estar atuando de um modo causal ou apenas sintomático” (p. 40).

As considerações de Leite (2002) e Mandil (2002) nos levam ao posicionamento a favor de que o analista pode empregar a medicação no tratamento: indicando ele mesmo, se habilitado para tal, ou encaminhando a um profissional habilitado (médico ou psiquiatra). Essa articulação – entre o manejo da transferência e o uso da medicação no tratamento – pode contribuir para a ampliação do manejo da transferência por trazer para o tratamento a discussão sobre os efeitos da medicação e nuances da modificação subjetiva do paciente nessa articulação. Vale lembrar que nossa pesquisa aposta na diferença radical de compreensão do sintoma nos campos de saber psicanálise freudiana e psiquiatria biológica, uma vez que as síndromes são consideradas de formas diferentes nesses campos. Enquanto na psiquiatria as síndromes são uma série de sintomas organizados, na psicanálise freudiana o sintoma é considerado um a um, sem que o analista os articule necessariamente entre si. Dessa maneira, o analista – quando medica ou encaminha para tal – medica o sintoma e não a síndrome.

Posicionamo-nos também a favor do uso da medicação quando esta visa a favorecer o tratamento pela palavra. De fato, há casos em que a palavra fica inviabilizada pelo estado clínico ou psíquico do paciente. Nesses casos, a intervenção medicamentosa pode possibilitar que o paciente volte a falar, o que pode tornar o tratamento psicanalítico possível. Enfim, a opção pelo uso da medicação em transferência será sempre – como sempre é na psicanálise – definida caso a caso, na construção do caso clínico e a partir do saber do paciente.

Então, o que faz o psiquiatra biológico com a transferência? Podemos dizer que ele faz o que ele quiser. Ele pode considerá-la, e exercer seu trabalho de psiquiatra manejando os efeitos dela, ou pode desconsiderá-la. Temos percebido que a prática da psiquiatria biológica contemporânea tende a desconsiderar a transferência, esvaziando a importância de seus efeitos na pragmática das consultas psiquiátricas. Assim, só é importante o que puder ser traduzido em critérios diagnósticos:

> Ao tomar a síndrome como doença, o médico se interessará, no encontro com o paciente, em identificar sintomas que possam preencher os critérios diagnósticos para uma síndrome específica do DSM e tratar de eliminar esses sintomas da maneira mais breve possível (Aguiar, 2004, p. 81).

Um dos exemplos que nos fazem pensar no rechaço dos efeitos da transferência na prática da psiquiatria biológica é a explanação de uma codificação do DSM-5 intitulada “Falta de Aderência ao Tratamento”. Essa classificação não é um transtorno, mas é ressaltada como

foco de atenção clínica. Ela está especificada no grupamento de “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica”. Nas especificações que justificam a falta de aderência ao tratamento há diversas circunstâncias pessoais, psicossociais, ambientais, relacionais e da história pessoal do paciente, mas todas elas se restringem ao paciente, não dando margem para se considerar a não aderência ao tratamento pelos efeitos da relação transferencial com o psiquiatra, o que por vezes acontece.

Extraímos do “Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica”, de Miranda-Sá Jr. (2001), um exemplo em que a transferência é considerada, entretanto, não como condição do tratamento. No capítulo reservado à “Entrevista psiquiátrica” discorre-se sobre vários aspectos da entrevista em psiquiatria. Todavia, na seção reservada à transferência, o autor se limita a afirmar que “Mesmo na entrevista diagnóstica, o entrevistador deve estar atento aos indícios das manifestações afetivas que o entrevistado lhe enderece” (p. 88). Ademais, afirma-se que as emoções e os sentimentos consubstancializados em transferência positiva ou negativa podem comprometer a conclusão de um exame psiquiátrico ou o prosseguimento do atendimento; contudo, não se discorre sobre a relevância clínica e prática dessas questões.

Até aqui pudemos constatar aspectos relacionados à transferência na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica. Se a psicanálise tem a transferência como operador analítico, sendo condição *sine qua non* para o tratamento, a psiquiatria biológica, considerando os sintomas uma disfunção e primando por tratamento farmacológico, não considera a transferência como operador clínico, nem tampouco como uma condição para o tratamento, excluindo-a de seu arcabouço teórico. Fica por conta de cada psiquiatra lançar ou não lançar mão do manejo da transferência no tratamento psiquiátrico. Passaremos às considerações a respeito da neurose de transferência, que, em nossa opinião, realçam as divergências teórico-clínicas nos campos de saber em questão.

Laplanche e Pontalis (2016) encontram na obra freudiana dois sentidos para o conceito de neurose de transferência: 1) “No sentido nosográfico, categoria de neuroses (histeria de angústia, histeria de conversão, neurose obsessiva) que Freud distingue das neuroses narcísicas, no seio do grupo das psiconeuroses” (p. 308). Nessa perspectiva, elas se caracterizam pelo fato de a libido ser sempre deslocada para objetos reais ou imaginários, ao invés de se retirar sobre o ego, como nas neuroses narcísicas; 2) “neurose artificial em que tendem a organizar-se as manifestações de transferência. Constitui-se em torno da relação com o analista; é uma nova edição da neurose clínica. Sua elucidação leva à descoberta da neurose infantil” (p. 309). Esse segundo sentido é o que nos interessa nesta seção.

Freud (1914c) introduz a ideia de neurose de transferência no texto “Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) ”, no qual examina questões sobre a repetição de conflitos infantis na transferência. No tratamento analítico “o paciente não **recorda** coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou **atua-o** (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; **repete-o**, sem, naturalmente, saber que o está repetindo” (v. 12, p. 196, destaques do autor). Considerando que o paciente começa o tratamento com uma repetição desse gênero, e que esse é um modo de o paciente recordar, Freud trabalha nesse texto a articulação entre a compulsão por repetição, a transferência e a resistência. Nesse sentido, considera que “a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual” (v. 12, p. 197). Essas ideias possibilitaram a Freud (1914c) afirmar que o paciente “se submete à compulsão, à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento que podem ocupar sua vida na ocasião [. . .]” (v. 12, p. 197).

Em relação à participação da resistência nesse processo, Freud considera que quanto maior a resistência, tanto mais o recordar será substituído pelo atuar (repetir). E o que o paciente repete? Segundo Freud (1914c), ele repete

> [. . .] tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta – suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no decurso do tratamento (v. 12, p. 198).

O repetir, no tratamento analítico, é a evocação de um fragmento da vida real.

Nesse aspecto, salientamos mais uma vez que a maneira como a psicanálise freudiana compreende os sintomas é radicalmente diferente da psiquiatria biológica. Na psicanálise o sintoma é tomado como uma repetição articulada à transferência. Na psiquiatria biológica ele pode ser extinto pela medicação, pois a transferência não está em questão. A experiência psicanalítica nos mostra o avesso, pois o sintoma na neurose de transferência tem a possibilidade de elaboração, uma vez que o paciente, a partir de sua relação com o analista, pode se implicar no desejo, considerado como base de seu sintoma. Ou seja, com a transferência, a direção do tratamento é a análise do sintoma; sem a transferência, a direção do tratamento é a sua medicação.

Freud (1914c) considera que o manejo da transferência é o principal meio de domar a compulsão por repetição do paciente e transformá-la em motivo para a recordação. Ele chega a comparar a transferência a um campo definido, a um *playground*, onde a compulsão por

repetição pode desenvolver-se com liberdade e nos apresentar as pulsões patogênicas que se ocultaram na vida psíquica do paciente. É nesse ponto que Freud (1914c) introduz a noção de neurose de transferência. Se o paciente se mostra solícito em respeitar as condições básicas do tratamento,

> [. . .] alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma 'neurose de transferência', da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada (v. 12, p. 201).

Freud (1914c) enfatiza que a neurose de transferência assume todas as características da doença, mas representa uma doença artificial que permite intervenção. Nesse aspecto, ao mesmo tempo em que se trata de uma parcela da vida real, tornada possível por condições favoráveis, tem uma natureza provisória. Freud (1917a) aponta como deve ser a condução do analista no que se refere às articulações entre transferência, repetição e recordação:

> Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos (v. 16, p. 517).

Na "Conferência XXVII. Transferência", Freud (1917a) retoma considerações sobre a neurose de transferência, porém nos fornece novos elementos que nos possibilitaram extrair reflexões para nossa pesquisa. Nessa conferência Freud afirma que a doença do paciente não é algo acabado ou rígido, mas algo que está em evolução. E quando o tratamento logra domínio sobre o paciente "ocorre a totalidade da produção de sua doença concentrar-se em um único ponto – sua relação com o médico" (v. 16, p. 517). Freud considera que quando a transferência adquire essa importância, o trabalho com as recordações do paciente retira-se para o fundo da cena e, em consequência, "[. . .] não é incorreto dizer que já não mais nos ocupamos da doença anterior do paciente, e sim de uma neurose recentemente criada e transformada, que assumiu o lugar da anterior" (v. 16, p. 517). Assim, a neurose de transferência mostra que a relação do paciente com o médico não é mera situação clínica, mas condição do tratamento. O analista se torna pivô do tratamento:

> Temos acompanhado essa nova edição do distúrbio antigo desde seu início, temos observado sua origem e seu crescimento e estamos especialmente aptos a nos situar dentro dele, de vez que, por sermos seu objeto, estamos colocados em seu próprio centro (Freud, v. 16, 1917a, p. 517).

O analista passa a ocupar um lugar primordial por ser objeto dessa neurose, o que justifica o nome de neurose de transferência. Os sintomas do paciente, na neurose de transferência, assumem um novo sentido que se refere à transferência. Nesse aspecto, a interpretação da transferência substitui a revelação do desejo por parte do analista. Para Freud (1917a), dominar a neurose de transferência equivale a eliminar a doença inicialmente trazida ao tratamento, "equivale a realizar nossa tarefa terapêutica" (v. 16, p. 518).

Lançamos mão, agora, do que se passa na direção do tratamento da histeria de conversão na psicanálise freudiana. No texto "As neuropsicoses de defesa", Freud (1894), ao tentar explicar a teoria psicológica da histeria adquirida, afirma que o ego não logra êxito em tratar a representação incompatível como inexistente. Entretanto, o que o ego consegue é tornar fraca a ideia poderosa, privando-a do afeto – soma de excitação – do qual está carregada. Assim, a soma de excitação retirada da ideia incompatível deve ser usada de outra forma. "Na histeria a ideia incompatível é tornada inócua **pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática**. Para isto eu gostaria de propor o nome de **conversão**" (Freud, v. 3, 1894, p. 61, destaque do autor). Assim, Freud propõe que

> [. . .] o fator característico da histeria não é a divisão (*splitting*) da consciência, **mas a capacidade de conversão**, e podemos aduzir, como uma parte importante da disposição para a histeria – disposição ainda desconhecida sob outros aspectos –, uma aptidão psicofísica para transpor enormes somas de excitação para a inervação somática (Freud, v. 3, 1894, p. 61, destaque do autor).

Sendo assim, a histeria de conversão, segundo Laplanche e Pontalis (2016), é uma "forma de histeria que se caracteriza pela predominância de sintomas de conversão" (p. 213). Freud discriminou a histeria de conversão da histeria de angústia quando escreveu "Análise de uma fobia em um menino de cinco anos" (1909/1976). A histeria de conversão historicamente é o paradigma da psicanálise. Nela, pelo efeito do recalcamento, "O afeto como excitação psíquica é convertido em excitação somática, ou seja, em sintoma corporal" (Maurano, 2010, p. 74). O que está em jogo nesse processo é o *quantum* de afeto investido. A conversão se define, portanto, como transformação de um excesso constante de energia que passa do estado psíquico para o estado somático: "Justamente, a região afetada pelo sintoma conversivo corresponde à parte do corpo outrora afetada pelo trauma, e assim transformada numa imagem determinada" (Nasio, 1991, p. 31).

Retomando a noção de neurose de transferência, Freud percebe que a histeria, como neurose capaz de transferência, possibilita uma forma de tratamento que suplanta a clínica da interpretação: o investimento da libido no analista. Uma vez estabelecida a neurose de

transferência, a libido, outrora investida no corpo, passou a ter outro destino: o analista, constituindo-o pivô do tratamento. Freud percebia a cessação dos sintomas conversivos das pacientes após a transferência estabelecida. Maurano (2006), de forma sumária, descreve esse processo:

> No contato com o médico, uma série de fantasias é automaticamente despertada e ganha novas versões. O traço característico consiste na substituição do afeto por uma pessoa importante na vida do sujeito, pela pessoa do médico, que funcionará como intérprete disso que está sendo lembrado em ato, ou seja, atuado pelo paciente (p. 16).

A condição do estabelecimento da neurose de transferência para a possibilidade do tratamento da histeria aponta para a diferença radical de significado do sintoma na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica. Na psicanálise freudiana o sintoma assume um novo sentido, em transferência, e só a partir daí o paciente pode se tornar livre da ação dos impulsos instintuais recalcados. Assim, escutar o sintoma, em transferência, é condição para o tratamento. Essa direção do tratamento vai contra a proposta da psiquiatria biológica que não quer relações com o sintoma; quer sua eliminação, seu fim.

De acordo com Maurano (2006), "É o manejo da transferência que distinguirá a posição do médico da do analista" (p. 18). Nessa lógica, o psiquiatra biológico dirige o tratamento visando a eliminação do sintoma, desconsiderando os fenômenos transferenciais ou reduzindo sua importância no tratamento; ele não quer saber se o sintoma do paciente tem alguma significação. Já o analista, analisa: a transferência e o sintoma. É assim nomeado porque analisa a transferência, "lugar onde aparecem as resistências que, se acolhidas, podem ser trabalhadas. Estas podem revelar elementos fundamentais do conflito que deu origem ao recalcamento e o fez retornar como sintoma" (Maurano, 2006, p. 19). O analista analisa também o sintoma, endereçado a si, em transferência. O sintoma tem valor e sua existência é a razão de alguém se tornar analista. Sem análise da transferência e sem análise do sintoma não há analista.

Extraímos da escrita desta seção que um dos pontos radicais que diferenciam a clínica da psicanálise freudiana da clínica da psiquiatria biológica é o manejo da neurose de transferência. A transferência, de antemão, imanta todas as relações. O analista a utiliza, como condição para o tratamento analítico, e a psiquiatria biológica a desconsidera. O psiquiatra, em sua prática, pode lançar mão do manejo da transferência. Entretanto, percebemos que poucos o fazem. Passemos à próxima seção de nossa pesquisa, em que circunscrevemos as divergências entre a psicoterapia da histeria e a psicofarmacologia da histeria.

4.1.1 Psicoterapia da histeria versus *psicofarmacologia da histeria*

No decorrer desta pesquisa abordamos diversos aspectos em que nos posicionamos em defesa do discurso psicanalítico na clínica contemporânea, tendo em vista o predomínio da psiquiatria de vertente biológica e sua forma de consideração do sintoma como estritamente biológico, sem possibilitar outras formas de compreendê-lo. Nesta seção apresentamos, de maneira sumária, as divergências entre as clínicas da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica. Sinalizamos a possibilidade de intervenções simultâneas destes saberes na condução do caso clínico e nos posicionamos em relação ao ideal de completude vislumbrado por alguns autores contemporâneos.

A psicanálise freudiana diverge da psiquiatria biológica: ponto! Diverge porque esta apresenta uma prática generalista, por exemplo, quando pacientes com depressão são tratados de forma igual, por terem sido classificados com o mesmo transtorno, sem se levar em consideração os aspectos subjetivos do sofrimento. Também diverge no momento em que a psiquiatria biológica, ao nomear os sujeitos com diferentes tipos de transtornos – considerando os transtornos numa lógica reducionista de supostas disfunções cerebrais –, encarcera esses sujeitos em uma situação de vítimas de sua própria constituição biológica, desresponsabilizando-os pelos seus sintomas e por seu sofrimento. Há divergências se porventura o cérebro suplantar o “ser”.

Há divergências nas ocasiões em que a psiquiatria biológica se utiliza do DSM, em suas *práxis*, numa lógica classificatória que favorece a psiquiatrização da vida cotidiana, medicamentalizando aspectos inerentes às vivências da humanidade; sempre que há medicamentalização da tristeza, da dor, do luto e do mal-estar, próprios da vivência humana. Há divergências quando essas vivências humanas são transformadas em transtornos passíveis de medicação.

Os campos de saber psicanálise freudiana e psiquiatria biológica divergem também cada vez que a lógica da multiplicação de transtornos e a priorização dos aspectos fenomenológicos suplantam a construção do caso clínico; caso a prescrição de medicamentos seja a única alternativa terapêutica ao sofrimento. Há divergências no momento em que a lógica classificatória do DSM visa a atender os interesses da indústria farmacêutica que financia congressos, carreiras e até as revisões e lançamentos dos próprios DSM.

Há divergências se, na prática da psiquiatria biológica, o sujeito é calado em sua narrativa e na compreensão de seu próprio sofrimento; quando ele só tem que responder perguntas de relatórios psiquiátricos e fazer testes que serão comparados em escalas de avaliação; enquanto o psiquiatra só se interessa pelos seus sintomas a fim de classificá-los e

de medicá-los; e durante o tempo em que o paciente se submete ao saber do psiquiatra sem a possibilidade de falar e de construir novas vivências a partir do que escutou de si mesmo.

Também consideramos que há divergências nas ocasiões em que as técnicas de produção de imagens, a eletroneurofisiologia, a neuroquímica, a psicofarmacoterapia, a neurobiologia do desenvolvimento, a genética, a psiconeuroendocrinologia, a epidemiologia e outros saberes sabem mais que o próprio sujeito, obrigando-o a ficar calado, tornando-se apenas consumidor de pílulas. É importante salientar que não nos opomos a esses campos de saber ou às tecnologias que os sustentam, mas aos discursos que excluem o sujeito.

Identificamos divergências também nos momentos em que a psiquiatria biológica se fecha a outras formas de compreensão do sintoma que não sejam as próprias; desconsiderando a complexidade dos sintomas e as possibilidades de outras formas de compreensão desses fenômenos. E há divergências sempre que a psiquiatria biológica exclui todo discurso que leva em conta a dimensão pulsional do sintoma, pautando seu saber unicamente na dimensão biológica. Por fim, há divergências cada vez que a psiquiatria biológica não considera a dimensão transferencial e quando os sintomas têm que ser eliminados sem uma elaboração, o que denota uma clínica radicalmente diferenciada da clínica psicanalítica.

Entretanto, a condução de um caso clínico pode comportar as intervenções da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica de maneira simultânea. O analista pode recorrer ao saber psiquiátrico em casos agudos; quando a incidência da medicação é a única alternativa em surtos psicóticos e sempre que há necessidade de apaziguamento de neuróticos graves. O uso pontual da medicação pode proporcionar ao sujeito falar e avançar na análise de si mesmo. Na condução do caso clínico os saberes da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica podem caminhar lado a lado se o psicanalista e o psiquiatra se abrirem ao diálogo, à troca, ao encaminhamento, à devolutiva, à construção do caso clínico e à criatividade. Se eles considerarem que sempre é possível aprender com o saber alheio.

Há completude na associação desses campos de saber? Não! Defendemos a ideia de que não há completude. Alguns autores propõem que psicanálise e neurociências se completam e várias produções têm proposto essa bricolagem, numa lógica que visa ao “todo”. Eles procuram legitimar os enunciados da psicanálise com base nos avanços das neurociências. Nossa pesquisa não aponta esse caminho. Defendemos o diálogo entre as clínicas, a construção e a criatividade, contudo, acreditamos que cada campo de saber tem que sustentar suas especificidades.

A psicanálise não se pauta pela lógica do todo, uma vez que o mal-estar é inerente à clínica, e a construção clínica deve ser levada às últimas consequências na lógica do “caso a

caso", como bem nos ensinou Sigmund Freud. Temos que assumir a incompletude, uma das marcas da psicanálise. Segundo Freud (1917b [1916-1917]/1976) "a psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra, estuda sua estruturação em tecidos e células" (v. 16, p. 301). Ou seja, Freud aponta que esses campos de saber não estão na lógica de uma contradição, mas se diferenciam. A psicanálise

> [. . .] enfatiza a importância de estar atento, na prática psiquiátrica, às manifestações do inconsciente, do desejo, da tristeza, da angústia e dos sintomas em geral como manifestações subjetivas, que não se reduzem a um efeito orgânico, e muito menos a um déficit (Quinet, 2001, p. 10).

Dessa forma, nos posicionamos contra a tentativa de bricolagem entre psicanálise e psiquiatria biológica. A clínica comporta saberes distintos. Há divergências? Sim, muitas. Há possibilidade de intervenções simultâneas destes saberes na condução do caso clínico? Sim, e é importante que haja. Há completude? Não! Há diversidade de saberes.

4.2 O psiquiatra, o analista e suas causas

Cada clínico se pauta em um campo de saber para sua atuação. Nesse aspecto, cada um se posiciona de acordo com uma causa. O psiquiatra, por exemplo, na maioria das vezes, se ancora na psicofarmacologia, tendo esse saber como sua causa. Tanto que, na contemporaneidade, é estranho que alguém consulte com um psiquiatra e não lhe seja receitado algum psicofármaco. De certa forma, o campo de saber da psicofarmacologia transpassa a psiquiatria e o psiquiatra.

Quanto ao analista, só se é analista por causa da transferência. Nesta seção nos posicionamos em favor da causa da transferência na clínica contemporânea. Nos fundamentamos nas assertivas de Freud sobre a temática da transferência e em nosso percurso teórico-clínico. Tomamos essa posição em tom conclusivo de nossa pesquisa, que desembocou no aprofundamento desse operador analítico de incomensurável valor à prática clínica analítica. Nesta seção, também assumimos a indissociabilidade entre a clínica da histeria e a psicanálise freudiana. Retomamos questões referentes à exclusão da histeria da psiquiatria biológica para sustentarmos a clínica da histeria na contemporaneidade, uma vez que a dissolução de sua terminologia não anula sua clínica. Ademais, respondemos à questão: O que a psiquiatria biológica rejeita ao desclassificar a histeria?

4.2.1 O psiquiatra e a causa da psicofarmacologia

É inegável a importância da psicofarmacologia para a psicopatologia contemporânea. Os psicofármacos modificaram de forma significativa a clínica, de modo que é inconcebível a desconsideração desse campo de saber. Roudinesco (2000) afirma que os neurolépticos devolveram a fala ao louco, permitindo sua reintegração à cidade: "Graças a eles [neurolépticos], os tratamentos bárbaros e ineficazes foram abandonados. Quanto aos ansiolíticos e aos antidepressivos, trouxeram aos neuróticos e aos deprimidos uma tranquilidade maior" (p. 22). De acordo com Birman (2011), "A psicofarmacologia possibilitou, desde a década de 1950, a construção de outra identidade para a psiquiatria, que pôde assim, se aproximar dos cânones da medicina" (p. 193). Dessa maneira, a psiquiatria realizou seu sonho de se tornar especialidade médica, fundamentando-se no discurso biológico, que alicerça a psicopatologia contemporânea. As neurociências fazem uma leitura do psiquismo de base inteiramente biológica, reduzindo o funcionamento psíquico ao funcionamento cerebral, de maneira que ele pode ser representado em uma linguagem bioquímica: "A psicofarmacologia se transformou no referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica" (Birman, 2011, p. 194).

Uma vez que a terapêutica proposta pela psiquiatria biológica é a prescrição de psicofármacos, fizemos um recorte específico para esta seção: pesquisamos os elementos da "Entrevista Psiquiátrica Inicial" que subsidiam o psiquiatra no estabelecimento da especificidade do diagnóstico e na prescrição de psicofármacos. Há diferenças quando se trata de atendimento em emergências psiquiátricas ou em instituições (Hospital Geral, Centro de Apoio Psicossocial/CAPS, Ambulatório de Psiquiatria, etc.). Também há especificidades na clínica psiquiátrica de acordo com o público (psiquiatria infanto-juvenil, psiquiatria forense, etc.). Assim, nossa pesquisa contempla esse tema de maneira geral, tendo em vista que a investigação das especificidades da clínica psiquiátrica foge às intenções desta pesquisa.

Miranda-Sá Jr. (2001) define a entrevista psiquiátrica como:

> Modalidade de ato profissional que engloba um conjunto de procedimentos semiológicos e psicoterápicos representando um meio para o diagnóstico e o tratamento de doentes psiquiátricos e/ou verificação da higidez psíquica, o que se faz com diversos objetivos (p. 80).

Autores como Cheniaux (2015), Andreasen e Black (2009), Hales, Yudofsky e Gabbard (2012) e Sadock, Sadock e Ruiz (2017) divergem quanto ao número das partes da entrevista psiquiátrica bem como quanto à terminologia de cada parte. A proposta de Sadock

et al. (2017) pareceu-nos mais completa. Segundo esses autores, as partes da entrevista psiquiátrica inicial são:

> I. Dados de identificação; II. Fonte e confiabilidade; III. Queixa principal; IV. História da doença atual; V. História psiquiátrica pregressa; VI. Uso/abuso e adições de substâncias; VII. História médica pregressa; VIII. História familiar; IX. História evolutiva e social; X. Revisão de sistemas; XI. Exame do estado mental; XII. Exame físico; XIII. Formulação; XIV. Diagnósticos do DSM-5 e XV. Plano de tratamento (p. 197).

Tendo em vista que a literatura psiquiátrica é ampla, e em certas temáticas se apresenta divergente, utilizamos o livro "A Entrevista Clínica utilizando o DSM-IV-TR", de Othmer e Othmer (2003), como direcionamento para a compreensão de como o psiquiatra conduz a entrevista inicial em psiquiatria. Esse livro foi fundamental às nossas pesquisas por se tratar de uma referência pautada na lógica classificatória do próprio DSM. Apesar de ser uma produção referente ao DSM-4 – já que, quando de sua publicação, ainda não havia sido lançada a edição do DSM-5 –, consideramos que se trata de uma bibliografia atualizada, posto que a lógica diagnóstica dos DSM 4 e 5 é a mesma, e que o que nos interessa é a metodologia de uma entrevista psiquiátrica inicial.

Othmer e Othmer (2003) propõem que existem dois estilos de entrevista psiquiátrica empregados pelos profissionais de saúde mental: o estilo orientado para o *insight* (psicodinâmico) e o fundamentado na investigação dos sintomas (descritivo). Entretanto, afirmam que a abordagem com base na investigação dos sintomas é muito mais compatível com aquela descritiva, exigida pelos DSM. Segundo eles, a entrevista orientada para os sintomas tem origem no conceito de que as doenças psiquiátricas se manifestam por meio de quatro elementos: "um conjunto característico de sinais, sintomas e comportamentos; uma evolução previsível; uma resposta mais ou menos específica ao tratamento; e, habitualmente, uma ocorrência familiar" (p. 30). Nessa direção, a meta da entrevista orientada para a investigação dos sintomas é classificar as queixas e disfunções do paciente de acordo com as categorias diagnósticas definidas pelo DSM (Othmer & Othmer, 2003).

Para Othmer e Othmer (2003), a ênfase na fenomenologia exige um novo enfoque nas técnicas de entrevista, combinando o método orientado para o objetivo diagnóstico do DSM com a avaliação de sinais e sintomas em uma entrevista de psicodiagnóstico. Dessa forma, o paciente é avaliado em quatro dimensões: na comunicação com o entrevistador (Comunicação), em suas respostas às intervenções técnicas (Técnica), quanto ao seu estado mental (Estado Mental) e aos seus sinais e sintomas que surgirem durante a entrevista

(Diagnóstico). A seguir, especificamos as dimensões, de forma sumária, conforme a proposta de Othmer e Othmer (2003).

Na dimensão da “Comunicação” o psiquiatra deve colocar o paciente e a si mesmo à vontade, identificar o sofrimento (demonstrar compaixão), avaliar a capacidade de *insight*, demonstrar competência, estabelecer liderança e equilibrar os papéis, dele e do paciente, na sessão.

Na dimensão da “Técnica” o psiquiatra utiliza-se de várias técnicas para obter informação a partir do paciente. Em caso de pacientes cooperativos são utilizadas técnicas relativas às Queixas (técnicas para iniciar a entrevista, técnicas de esclarecimento e de técnicas de condução). Em caso de pacientes que escondem do entrevistador uma parte de seus problemas são utilizadas as técnicas relativas às Resistências (expressão da aceitação, confrontação, confrontação com as consequências, deslocamento e substituição, exagero e indução à fanfarronice). Por fim, em caso de pacientes que distorcem a percepção de si mesmos e dos outros são utilizadas técnicas relativas às Defesas (reconhecimento e manejo das defesas).

Na dimensão do “Estado Mental” o psiquiatra deve formar uma opinião a respeito do estado mental do paciente. Essa avaliação é feita observando-se as funções psicológicas do paciente por meio de três métodos: Observação (aparência, estado de consciência e comportamento psicomotor), Conversação (atenção e concentração, fala e pensamento, orientação, memória e afeto) e Investigação (humor, nível de energia, percepção, conteúdo do pensamento, sintomas somáticos sem explicação médica, conversão, dissociação, ataques paroxísmicos, funcionamento executivo, *insight* e juízo crítico).

Na dimensão do “Diagnóstico” o psiquiatra deve seguir cinco passos: 1. Coleta de indícios diagnósticos (desconforto, queixa principal, sinais, expansão x focalização e o diagnóstico diferencial); 2. Verificação dos critérios diagnósticos (segundo o DSM); 3. Avaliação da história psiquiátrica (personalidade pré-mórbida, curso dos transtornos clínicos, curso dos transtornos de personalidade, história do tratamento, história social, história médica e história familiar); 4. Diagnóstico (capacidades e pontos fortes, formulação diagnóstica, diagnóstico segundo o DSM); 5. Prognóstico.

Por fim, Othmer e Othmer (2003) propõem cinco fases da entrevista inicial, nas quais o psiquiatra deverá reunir os quatro componentes descritos (Comunicação, Técnica, Estado Mental e Diagnóstico): Fase 1. Aquecimento e rastreamento do problema; Fase 2. Seguimento das impressões preliminares; Fase 3. História e base de dados; Fase 4. Diagnóstico e *feedback* e Fase 5. Prognóstico e contrato de tratamento.

Dessa maneira, o psiquiatra deverá

> [. . .] conduzir uma entrevista e simultaneamente estabelecer e manter a comunicação, selecionar as técnicas de entrevista mais efetivas, monitorar o estado mental e progredir de maneira ordenada, mas flexível, na avaliação diagnóstica ao longo das diferentes fases da entrevista (p. 193).

O processo de estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico esclarece a intenção do DSM-5: "resumir síndromes características de sinais e sintomas que indicam um transtorno subjacente com uma história característica de desenvolvimento, fatores de risco biológicos e ambientais, correlatos neuropsicológicos e fisiológicos e curso clínico típico" (APA, 2014, p. 19).

Conforme percebemos, a prática do psiquiatra se baseia em uma série de técnicas e procedimentos que visam ao controle e ao direcionamento de toda a entrevista. Vários autores fazem críticas ao pragmatismo e ao tecnicismo da prática psiquiátrica, conforme já discutimos em outros momentos desta pesquisa. Em resumo, as críticas se referem ao interesse maior na identificação dos sintomas, relegando a subjetividade do paciente ao segundo plano.

Aguiar (2004) é um dos autores que critica a lógica diagnóstica pautada no DSM. Ele explica que na psiquiatria biológica os instrumentos diagnósticos são fundados sobre o interrogatório e a observação dos doentes, não havendo marcadores biológicos – como na medicina. O diagnóstico psiquiátrico fica dependente da avaliação subjetiva do médico e do seu encontro com o paciente. Nesse contexto, os diagnósticos só podem ser sindrômicos e não nosológicos (não se descobre a causa), trazendo em si certo grau de indeterminação. Nesse ínterim, o próprio medicamento acaba funcionando como marcador nos diagnósticos psiquiátricos: o transtorno passa a adquirir existência "real" uma vez que surge um novo tratamento, necessitando, assim, de pacientes que respondam ao medicamento.

Aguiar (2004) explica que o psiquiatra, ao utilizar o DSM, pode favorecer a medicamentalização, uma vez que, por apoiar-se em dados objetivos e mensuráveis com o objetivo de eliminar tendenciosidades, o DSM acaba por amputar elementos fundamentais da observação clínica, estabelecendo uma confusão entre o que é facilmente observável e o que é clinicamente pertinente. Nesse aspecto, os sintomas mais concretos e mais fáceis de descrever objetivamente se tornam os principais alvos da avaliação clínica, ao passo que as experiências subjetivas são desqualificadas como "não científicas", por não serem facilmente mensuráveis. "Perde-se assim a dimensão de que os sintomas objetivos e subjetivos são efeitos de um processo e que eles se relacionam e se misturam em diversos níveis" (p. 86). Além disso, o

diagnóstico na lógica do DSM não está isento de efeitos subjetivos. De acordo com Aguiar (2004),

> [. . .] as experiências e sintomas dos pacientes nunca são diretamente observáveis; eles precisam ser **traduzidos** em termos diagnósticos pelo médico. A narrativa dos pacientes sofre a influência constante das escolhas que o médico faz ao ouvi-lo, valorizando certos tipos de relato e descartando outros. Assim, as concepções "subjetivas" prévias do paciente e do médico estão sempre presentes no momento do diagnóstico (p. 86, destaque do autor).

Retornando à "Entrevista Inicial em Psiquiatria", ao terminar o diagnóstico parte-se para o que os autores chamam de tratamento, plano de tratamento, planejamento de tratamento ou conduta terapêutica. Nesse quesito também há divergências entre os autores. Optamos por citar as propostas de Andreasen e Black (2004) e de Hales et al. (2012). Andreasen e Black (2004) propõem como plano de tratamento "uma proposta de regime de medicação, planos para reabilitação vocacional, programa para treinamento de habilidades sociais, aconselhamento conjugal ou outros tratamentos secundários adequados aos problemas específicos do paciente" (p. 42). Já para Hales et al. (2012), "Ao desenvolver um plano terapêutico, o psiquiatra deve incluir recomendações biológicas, psicológicas e sociais de tratamento" (p. 43).

Se por um lado as propostas de tratamento possibilitam ao psiquiatra contar com outros recursos terapêuticos, por outro, percebemos que a maioria das intervenções psiquiátricas tem se pautado na prescrição de psicofármacos. Birman (2011) critica essa posição afirmando que "[. . .] a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, transformando-se num instrumento totalmente secundário face à intervenção psicofarmacológica" (p. 194).

Apesar de o DSM orientar a lógica diagnóstica da psiquiatria biológica, ele não fornece opções de tratamento, ficando estas a cargo do clínico. O objetivo do DSM-5, ao final de uma formulação clínica, é usar as informações contextuais diagnósticas para desenvolver um plano terapêutico abrangente, consonante com o contexto cultural e social do indivíduo, "Contudo, recomendações para a seleção e o uso das opções de tratamento mais adequadas para cada transtorno com base nas evidências fogem ao âmbito deste Manual" (APA, 2014, p. 19). Dessa maneira, a prescrição de medicamentos fica a cargo do psiquiatra, e ele encontra auxílio em diversas produções específicas sobre psicofármacos. Citamos como exemplo o livro "Psicofármacos", de Cordioli et al. (2015), ao qual já recorremos nesta pesquisa. Produções como essa contêm inúmeras informações sobre transtornos e medicamentos psicofarmacológicos correspondentes.

Nossa pesquisa apontou que a atuação do psiquiatra baseada em técnicas, escalas de avaliação, e outros instrumentos de investigação de sintomas, a partir da lógica de classificação do DSM, pode ser transpassada pelo tecnicismo, trazendo consequências para a própria clínica. Assim, ainda que o psiquiatra prime pela consideração da subjetividade do paciente em sua avaliação, a metodologia que orienta uma sessão psiquiátrica tende a forçar o psiquiatra a deixar essa subjetividade para segundo plano, tendo em vista a primazia da classificação de sintomas e síndromes e a prescrição de medicamentos.

Roudinesco (2000), tecendo considerações sobre a prática do psiquiatra, citou uma pesquisa realizada com clínicos franceses que receitavam ansiolíticos e antidepressivos. Tal pesquisa, publicada em 1997 no jornal "*Le Monde*", apontou as consequências dessas práticas na vida desses clínicos:

> Inquietos, insatisfeitos, atormentados pelos laboratórios e impotentes para curar, ou, pelo menos, para escutar uma dor psíquica que os transcende cotidianamente, parecem não ter outra solução senão atender à demanda maciça de psicotrópicos. Quem se atreveria a culpá-los? (p. 31).

Verificamos em nossa pesquisa que a prática psiquiátrica, tão essencial à psicopatologia contemporânea, é solo fértil para discursos e interesses que podem interferir na prática clínica. Limitamo-nos a abordar a metodologia de uma entrevista inicial e seus elementos e verificamos que, pelo seu método, o psiquiatra, a partir do encontro com o paciente, pode ser conduzido a se ocupar mais com a classificação dos sintomas e com sua mitigação ou eliminação pelos medicamentos – sustentando a causa da psicofarmacologia – que com questões pertinentes à subjetividade dos pacientes. Dessa maneira entendemos que cada psiquiatra sustenta sua clínica a partir de sua ética.

4.2.2 Analista: por causa da transferência

A palavra "causa" delineou nossa discussão nesta seção. De Ferreira (2009) extraímos esses significados da palavra causa: "Aquilo [. . .] que faz que uma coisa exista [. . .]. Razão, motivo, origem [. . .]" (p. 428). Nesse sentido, depreendemos dos textos freudianos concernentes à temática da transferência que o analista exerce essa função por causa da transferência.

A transferência se apresenta na escrita e na clínica freudiana como princípio, razão e origem do tratamento analítico. Sem ela não há tratamento pela psicanálise. Sem transferência pode haver conversa, orientação, acolhimento e outras formas de relação e interação, mas não tratamento analítico. É a transferência que faz com que o tratamento exista e aconteça.

Por causa da transferência, Freud sinaliza, nos rudimentos de sua clínica, que a influência do médico é condição para o tratamento. Pela transferência a libido do paciente se volta para o médico e o analista se torna objeto dos impulsos afetivos do paciente. É por ela que o paciente pode incluir o médico em uma das séries e modelos que o próprio paciente já formou no curso de sua vida erótica. Graças à transferência o analista pode se fazer representar ao paciente nas imagos do pai, da mãe ou quaisquer outras que o inconsciente do paciente lhe colocar.

A transferência permite que o paciente reproduza, no tratamento, o que outrora foi recalcado. Ele reproduz o recalcado não como lembrança, mas como atuação. E é por causa da transferência que o analista consegue, pouco a pouco, compreender os motivos e o sentido dessa atuação. O manejo da transferência se apresenta como instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente por repetição e transformá-la num motivo para recordar. É na transferência que o analista conduz o tratamento de maneira a fomentar a recordação e a elaboração, reduzindo o máximo possível a repetição. A transferência se apresenta como lugar propício para acolher a compulsão por repetição, e é por causa dela, e nesse lugar, que se apresentam ao analista as pulsões patogênicas da vida psíquica do paciente.

Em transferência o paciente repete suas inibições, suas atitudes úteis e seus traços patológicos. Só pela transferência o analista consegue lidar com o que provêm do paciente e, diante das pulsões indomadas deste, cabe ao analista tentar colocar as rédeas da transferência nessas pulsões, a fim de preservar o tratamento.

O analista visa a inserir os impulsos do paciente no tratamento e submetê-los ao conhecimento do paciente. Configura-se aí uma luta entre analista e paciente, entre intelecto e vida pulsional. Essa luta só é possível pela transferência. Sem ela não há embate, não há enfrentamento. Sem transferência, a vida pulsional reinaria soberana. O analista não guerreia se não for em transferência e pela transferência. É em razão da transferência que os conflitos são decididos – todos eles. E não se pode esquecer que não há apenas transferência, mas modalidades de transferência: positiva e negativa. É em razão da transferência negativa e da transferência positiva de impulsos eróticos recalcados que esse operador analítico se presta ao analista. A transferência possibilita ao analista ser alvo de impulsos hostis, e seu manejo é que permite ao analista sustentar esse lugar.

Se a transferência é positiva, o analista pode desenterrar as lembranças do paciente. Entretanto, se ela for hostil, o paciente retira do arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento. E é somente pela transferência que o analista pode

arrancar essas armas do paciente, uma a uma. Somente a transferência permite ao analista suportar esse lugar delicado, esse confronto arriscado; implicações éticas desse trabalho.

A transferência permite que os sintomas da doença adquiram um novo significado, que se refere à própria transferência. Dessa forma, a neurose ordinária é substituída por uma neurose de transferência. Assim – e só assim – o trabalho analítico é possível. Por efeito da transferência, uma zona intermediária entre a doença e a vida real é criada, facilitando a transição de uma para a outra. A neurose de transferência assume todas as características da doença, contudo, é uma doença artificial e provisória, acessível à intervenção do analista. O domínio do analista sobre a nova doença equivale à eliminação da doença inicial; tarefa terapêutica do analista.

Em virtude da transferência a clínica psicanalítica avançou no sentido de não se deter na nomeação das resistências para a cessação dos sintomas. É pela transferência que o analista exerce a paciência para esperar o paciente se enfronhar nas resistências que lhe vão se tornando conhecidas, para que as elabore e as supere. Por obra da transferência o analista é revestido de autoridade e, enquanto ela for positiva, o paciente acredita nas concepções e declarações do analista. Não havendo transferência o paciente jamais daria ouvidos ao médico e a seus argumentos.

As únicas dificuldades realmente sérias que o analista tem de enfrentar estão no uso da transferência. Por motivo da transferência, não é raro que o paciente se enamore do analista, exigindo um posicionamento ético deste. Se a causa do enamoramento é a transferência, o analista deve estar ciente de que é a própria transferência que proporciona essa paixão, dada pela situação analítica e não por seus encantos pessoais.

Em caso de enamoramento, o analista atende à demanda de amor ou a rechaça? Nem uma coisa, nem outra. Ele conserva a transferência amorosa tratando-a como algo irreal, como situação a ser atravessada no tratamento e reconduzida às origens inconscientes, o que só pode se realizar pelo motivo da transferência. E pela transferência essa vinculação amorosa por parte do paciente em relação ao analista se repete com regularidade a cada novo caso, como exigência de amor ou sob formas mais moderadas. Ao lidar com o amor transferencial, o analista lida com energias explosivas que necessitam da cautela e da escrupulosidade de um químico. No entanto, é por causa da transferência que o analista consegue manipular os mais perigosos impulsos psíquicos e dominá-los, em prol da vida psíquica do paciente.

É por efeito da transferência que o tratamento pode obter êxito. Ela é a alavanca de sucesso do tratamento, ferramenta necessária para o trabalho do analista. Não se trabalha sem ferramenta e, no trabalho analítico, a ferramenta da transferência necessita ser manejada. É

pela transferência que se pode descobrir as resistências. Aliás, a transferência se torna o mais poderoso meio de resistência. E é isso que faz o tratamento avançar.

Em razão da transferência, o analista não pauta sua função no fornecimento de conselhos e orientações. Evita sempre o papel de mentor, possibilitando que o paciente tome suas decisões por si mesmo. Por causa da transferência o trabalho do analista se pauta na substituição e na tradução do que é inconsciente para o que é consciente. Fazendo isso, suspende as repressões e remove as precondições para a formação de sintomas, transformando o patogênico em conflito normal. Todo esse processo se constitui numa violenta luta travada na mente do paciente ante cada resistência a vencer, e só pela transferência essa luta pode obter êxito.

Causa também significa "interesse" (Ferreira, 2009, p. 428). Nesse sentido, a transferência é a causa de todos os analistas que sustentam a imprescindibilidade de sua operação e manejo. Posicionamo-nos em favor da causa da transferência pois, o que poderia ser feito na psicanálise sem ela? Na verdade, sem ela não haveria psicanálise. Desconsideremos a transferência na clínica psicanalítica e veremos as assertivas supracitadas, erigidas no solo clínico freudiano, desmoronarem em práticas sem sentido e vazias de significação.

Nosso posicionamento em favor da transferência se baseia no fato de ela ser um operador analítico fundamental para o tratamento dos sintomas neuróticos e, principalmente, segundo nossa pesquisa apontou, no tratamento do sintoma histérico. A ruptura epistemológica freudiana a partir da clínica da histeria demarcou uma nova maneira de concepção do sintoma, a saber, sua etiologia psíquica. Daí em diante a clínica foi enriquecida pela busca da etiologia dos sintomas. Ademais, Freud demarcou uma posição clínica diferente da posição dos médicos de seu tempo, abrindo mão do saber acumulado e se colocando numa posição de não saber tudo, para que o saber do paciente pudesse advir. Nessa mudança de posição clínica Freud se deparou com os efeitos da transferência, constituindo-a como operador clínico essencial ao tratamento analítico.

Posicionamo-nos em favor da causa da transferência pois sem ela não há mudança de posição clínica. A transferência permite ao analista mudar de posição clínica de forma a não saber tudo, a valorizar a escuta e a construir com o paciente, a partir de seu dizer, modos diferentes de lidar com seu sintoma. É a transferência que permite a cura pela palavra (*talking cure*), uma vez que as palavras, na condição transferencial, são imantadas de novos sentidos. A associação livre só é possível se a transferência estiver estabelecida, e toda a prática psicanalítica se sustenta no manejo da transferência.

Nosso posicionamento em favor da causa da transferência vai de encontro à clínica da psiquiatria biológica, em razão de este campo de saber desconsiderar muitas vezes esse operador analítico em sua prática. A transferência, em seu sentido teórico e clínico, tem sido esvaziada na prática psiquiátrica. A psiquiatria biológica substitui esse termo por expressões como aliança terapêutica, aliança de trabalho, vínculo de tratamento e outros. Essas expressões se limitam à supérflua relação entre profissional e paciente, desconsiderando o sólido constructo freudiano erigido na clínica, a partir da busca da etiologia do sintoma, que só é possível pela transferência.

Na "Conferência XVIII. Fixação em traumas – o inconsciente", Freud (1917c [1916-1917]/1976), quando discorre sobre especificidades do sintoma neurótico, aponta a limitação da psiquiatria no que se refere à existência do inconsciente, demarcando a divergência entre psicanálise e psiquiatria:

> [. . .] e é precisamente por esta razão que a psiquiatria clínica, que está familiarizada apenas com uma psicologia da consciência, não consegue abordar esses sintomas de nenhuma outra forma que não seja qualificando-os como sinais de um tipo especial de degeneração (v. 16, p. 329).

Essa posição de divergência é confirmada por Freud (1917a) na "Conferência XXVII. Transferência", quando ele demarca a especificidade do conflito patogênico nos neuróticos. Para a psicanálise, os impulsos mentais não estão no mesmo terreno. Trata-se de dois poderes em campos diferentes, um consciente, o outro, inconsciente. Por esse motivo o conflito não pode ser conduzido a um desfecho: "[. . .] os contendores não podem engalfinhar-se mais do que o fariam, vamos comparar assim, um urso polar e uma baleia. Uma verdadeira decisão só pode ser obtida quando ambos se encontrarem no mesmo chão" (v. 16, p. 505-506). Dito de outra forma, os poderes em jogo, na ótica da psicanálise, estão em campos distintos. Assim, a tarefa da psicanálise é tornar possível que eles se encontrem no mesmo terreno, para desfecho do conflito.

O posicionamento em favor da causa da transferência é uma condição ética de todo aquele que foi curado pelos seus efeitos. Se Freud afirma que o neurótico realmente curado se tornou outro homem, apesar de permanecer o mesmo, depreendemos que os efeitos da transferência no próprio analista não são dizíveis nem visíveis, mas testemunháveis em seu desejo de ser analista. Os que experimentam os efeitos da transferência trazem em si uma marca que os transpassa. Marca que muitas vezes se torna causa de trabalho, afinal, foi por causa da transferência que foi possível a construção desta pesquisa.

4.2.3 Analista: pela causa da clínica da histeria

A afirmação de Maurano (2010), de que "[. . .] a histeria é a mãe da psicanálise, seu lugar de origem" (p. 16), nos remete à lembrança as histéricas atendidas por Freud e Breuer na virada do século XIX para o século XX. Onde estão as histéricas de outrora? As Anna O., as Emmy Von N., as Elisabeth, as Dora?... Onde estão essas mulheres interessantíssimas, cujos modos de sofrimento contribuíram para a gestação da psicanálise? Elas não existem mais. Entretanto, a histeria persiste; não mais como terminologia, mas como forma clínica. E será que essas mulheres já não se apresentam com suas atuações espetaculares por estarem constantemente medicadas?

Nossa pesquisa apontou que a histeria não existe mais na psiquiatria biológica, fundamentada na lógica classificatória dos DSM. Ela já não encontra espaço nos manuais de classificação diagnóstica – é uma "desclassificada". Foi dissolvida em grupamentos de síndromes, descaracterizada, considerada uma forma clínica desprezível, sem comprovação orgânica, sem lesão, renegada ao descrédito. Se antes a histeria tinha o estatuto de simulação, nem isso tem mais, pois sua dissolução deixou-a sem lugar na lista dos 450 novos transtornos do DSM-5.

Para a psicanálise freudiana a histeria existe e está presente na clínica, porém não mais sob as formas espetaculares como nas célebres pinturas de exposições de pacientes de Charcot. Ela se apresenta na clínica contemporânea em formas clínicas mais discretas que outrora, que têm outras vestimentas, haja vista a anorexia, a bulimia e demais formas de transtornos alimentares. A histeria atualmente está escondida nas depressões, nas bipolaridades, nas obsessões e até nas psicoses[22]. Assume formas extraordinárias nas síndromes de pânico, nas ansiedades e nas formas *borderlines*.

Entretanto, procurada com escuta clínica, a histeria pode ser encontrada. Basta percebermos os fenômenos frequentemente presenciados na clínica: os somáticos (contraturas musculares, dificuldades na marcha, paralisas nos membros e faciais...), os de sensibilidade (dores localizadas e "não localizadas", enxaquecas, anestesias, distúrbios sensoriais, fibromialgias...), os distúrbios sensoriais (cegueira, surdez, afonia...) e as afecções mais específicas (insônias, desmaios, alterações de consciência, de memória e de inteligência...). Acrescentam-se aqui as inibições sexuais (ejaculação precoce, frigidez, impotência, aversão sexual...) e outros.

---

[22] Haja vista a histeria grave, com episódios de alucinação. Muitas vezes essas manifestações clínicas são tratadas com antipsicóticos e a lógica diagnóstica do DSM-5 tende a considerar as alucinações como manifestações episódicas de psicose.

Ainda que dissolvida em grupamentos de transtornos, no DSM-5, a histeria tem sido tratada pela psiquiatria biológica pela via do tratamento farmacológico: antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor e uma vasta gama de outros psicofármacos. Se o analista ao lidar com a transferência amorosa lida com substâncias altamente explosivas, o psiquiatra contemporâneo tem usado as substâncias para apaziguamento e silenciamento das formas de expressão da histeria. Sua "manipulação" é da ordem da adequação de taxas de serotonina, dopamina, noradrenalina, GABA e outros hormônios neurotransmissores.

Mas o que a psiquiatria biológica rejeita ao desclassificar a histeria? Em tom conclusivo de nossa pesquisa, entendemos que se trata de duas rejeições: 1. a do inconsciente; 2. a da causalidade psíquica dos sintomas. A psiquiatria biológica rejeita essas duas questões pois sua fundamentação teórica não abarca a possibilidade de estruturas clínicas sem lesão localizada no corpo. Questões psíquicas não são cientificamente testadas, comprovadas e medicadas. Nesse aspecto, a rejeição não é da histeria, mas dos discursos que se pautam na etiologia psíquica do sintoma. Se o sintoma não é localizável, ele desmonta o raciocínio biológico e científico dos transtornos orgânicos passíveis de serem tratados com psicofármacos. A histeria se constitui uma ameaça ao raciocínio psiquiátrico-biológico contemporâneo.

Daí nossa expressão: "Analista: pela causa da clínica da histeria". Posicionamo-nos nesta pesquisa em favor da causa da clínica da histeria, para que ela seja escutada na clínica contemporânea. Apostamos na fala como possibilidade de conhecimento da etiologia do sintoma. Dito de outra maneira, apostamos na investigação da causa do sintoma, não na exclusividade de sua eliminação. Posicionamo-nos em favor da clínica da histeria para que suas formas clínicas e estruturais não sejam fatiadas em grupamentos de síndromes.

Sustentar a clínica da histeria é ser freudiano. É reconhecer, como Freud, que os sintomas têm sentido e guardam relações com a vida do paciente. É valorizar a narrativa, a história de vida do sujeito, o seu dizer e o saber sobre si mesmo. Sustentar a clínica da histeria é repetir, a cada encontro com o paciente, a posição clínica de Freud de não saber tudo e querer aprender com cada caso. Sustentar a clínica da histeria é fundamentar a ética da singularidade.

Em nosso posicionamento em favor da causa da clínica da histeria extraímos lições de duas histéricas para o encerramento desta seção e deste capítulo: uma delas foi paciente de Breuer e a outra, de Freud. Anna O., paciente de Breuer, nos ensinou que a psicanálise é a cura pela palavra (*talking cure*). Nesse sentido, que as histéricas possam falar – em

transferência – com seus sintomas e com seus corpos, para serem curadas pelas suas palavras. Emmy Von N., paciente de Freud, nos ensinou que a psicanálise só é possível a partir do saber do paciente. Suas expressões em tom imperativo – “Fique quieto! Não diga nada! Não me toque! ” e “Deixe-me contar do meu jeito. ” – Sinalizam ao analista a necessidade de escutar, exigindo uma mudança de posição clínica. A histérica quer falar: quem pode suportar essa escuta? A psicanálise persiste!

Propomos com a escrita desta pesquisa um acolhimento da clínica da histeria. Acolher essa clínica é acolher o inconsciente e a causalidade psíquica dos sintomas. O acolhimento da clínica da histeria diz de uma posição ética diante dessa forma clínica milenar. Sustentar a clínica da histeria é ser freudiano. É enveredar-se no desafio da clínica, como Freud, tendo mais a aprender do que a afirmar. Se a histeria foi a causa da ruptura epistemológica freudiana com o saber psiquiátrico, acreditamos que ela também é a causa clínica do analista no particular de cada caso.

5 CONCLUSÃO

A pesquisa é viva! Essa foi a frase de meu orientador, professor Dr. Luis Flávio Silva Couto, quando eu lidava com alguns impasses e dificuldades de me lançar ao trabalho de pesquisa de forma a deixar surgir da própria pesquisa a matéria prima a ser trabalhada. Essa frase soou como convite para me lançar ao ofício do pesquisar, pois só assim eu poderia aprender! A vivacidade da pesquisa, outrora nebulosa, tornou-se experiência concreta; aprendi muito neste processo!

Pesquisa significa, de um modo geral, uma atividade que tem por finalidade a descoberta de novos conhecimentos. É uma investigação minuciosa, detalhada. Pesquisar é investigar para descobrir conhecimentos novos. É procurar, sondar, recolher elementos. Concluo esta pesquisa fazendo jus a esses significados. Neste processo de construção, aprendi que aprender é colher os resultados, tanto da pesquisa quanto da ação de pesquisar.

Pesquiso questões que envolvem a temática "sintoma", a partir da "psicanálise" e suas relações com a "psiquiatria", desde a graduação em Psicologia (2008-2012). O processo de Mestrado na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, na Linha de Pesquisa Processos Psicossociais, me possibilitou continuar aprofundando a pesquisa dessas temáticas. Inicialmente eu tinha a intenção de compreender as diferenças, tanto na direção do tratamento do sintoma quanto nas éticas que regem as clínicas da psicanálise freudiana e da psiquiatria biológica. A partir das considerações apontadas na Banca de Qualificação de meu projeto de pesquisa, me propus a pesquisar quais seriam as consequências do significado do sintoma nessas clínicas.

Entretanto, como a pesquisa é viva, ela tomou outros contornos e, dessa forma, interessei-me pela constituição do sintoma psíquico a partir da clínica da histeria, delineando a problemática que norteou esta pesquisa e que culminou nesta dissertação de mestrado, a saber: Quais elementos teórico-clínicos proporcionaram à histeria sua configuração como ruptura epistemológica freudiana? E como ela é concebida pela psiquiatria biológica? Aprendi que essa mudança constituiu um aprofundamento da pesquisa. E não é esse o propósito de uma pesquisa no Programa de Mestrado?

Esta dissertação de mestrado foi intitulada "A histeria em Freud e suas relações com a psiquiatria: rupturas epistemológicas" e dividida em cinco capítulos. O Capítulo 1 é a "Introdução". Nesse capítulo apresentei a relevância do tema desta pesquisa para o fazer psicossocial e clínico, com seus desafios e problematizações. Apresentei também a metodologia de trabalho utilizada, os objetivos da pesquisa, a justificativa de sua realização e o cerne das motivações que me levaram a realizá-la.

O Capítulo 2 foi intitulado “Do método anatomoclínico à concepção psíquica do sintoma neurótico: a histeria como ruptura epistemológica freudiana e suas consequências teórico-clínicas”. O objetivo desse capítulo foi destacar pontos do percurso histórico e teórico da concepção psíquica do sintoma neurótico, elucidada por Freud nos rudimentos da psicanálise. Destaquei também questões pertinentes à maneira como a clínica da histeria se efetivou como ruptura epistemológica freudiana com os campos de saber medicina e psiquiatria, no final do século XIX e início do século XX. Iniciei esse capítulo circunscrevendo o significado do sintoma neurótico e realizando um percurso histórico-teórico da histeria desde sua origem, há cerca de três mil anos. Foi oportuno delimitar o que se entende por sintoma neurótico e por neurose, na perspectiva da psicanálise freudiana e da psiquiatria. Esse percurso me permitiu compreender como a histeria se tornou, no século XIX, uma forma clínica passível de tratamento pelos campos de saber da medicina, da psiquiatria e, posteriormente, da psicanálise. Em seguida, pesquisei os estudos de Charcot sobre sua Grande Histeria para compreender em que medida eles despertaram o interesse de Freud para a clínica da histeria. Essa pesquisa foi apropriada para a compreensão do grande feito de Charcot, no que se refere à histeria, a saber, sua constituição como forma clínica específica; o que possibilitou uma nova compreensão dos sintomas neuróticos. Posteriormente, pude destacar o aprendizado de Freud sobre as questões pertinentes ao sintoma neurótico a partir de seu contato com Charcot e Breuer. Essa pesquisa foi frutífera por me possibilitar compreender elementos do que Freud extraiu de seu estágio com Charcot: o uso da hipnose, a constituição psíquica do sintoma e especificidades das manifestações histéricas, dentre outros. Em relação ao aprendizado de Freud com Breuer destaco: o método catártico, a relação dinâmica entre o trauma psíquico e o fenômeno histérico, o fenômeno da dupla-consciência e a importância da narrativa para a localização do trauma, a fim de possibilitar a ab-reação dos sintomas. Em seguida, discorri sobre o contexto histórico-clínico dos rudimentos da psicanálise, pesquisando elementos anteriores ao estabelecimento da medicina científica: o método clínico e o método anatomoclínico. Compreendi a maneira como a histeria era tratada na medicina e na psiquiatria, bem como o contexto de surgimento da psiquiatria e o significado do sintoma nesse campo de saber, no século XIX. Nessa pesquisa, verifiquei a impossibilidade da inserção da psiquiatria no método anatomoclínico, elemento significativo para a discussão posterior, quando da constituição da psiquiatria biológica. Após esse percurso, pesquisei os rudimentos da ruptura epistemológica freudiana a partir da condução clínica de Breuer no tratamento de Anna O. Percebi que a mudança de posição clínica de Breuer foi fundamental para possibilitar a Freud, posteriormente, criar a psicanálise. Subsequentemente, pesquisei os

rudimentos da ruptura epistemológica freudiana a partir da posição clínica de Freud na condução do tratamento de duas histéricas: Emmy von N. e Elisabeth von R. Posso afirmar que essa pesquisa foi essencial para compreender como a abordagem de Freud, na clínica da histeria, instaurou uma ruptura epistemológica com a medicina e com a psiquiatria a partir de sua mudança de posição clínica. Na conclusão do segundo capítulo, realizei uma pesquisa sistemática das formulações e reformulações da concepção de histeria realizadas por Freud no final do século XIX, sendo possível também circunscrever a nosografia freudiana naquele momento histórico. Em vista do percurso de pesquisa realizado nesse capítulo, testifico o cumprimento do objetivo inicial, uma vez que foram destacados pontos do percurso histórico e teórico da concepção psíquica do sintoma neurótico, elucidada por Freud nos rudimentos da psicanálise. Também foram localizados elementos que proporcionaram à clínica da histeria seu estabelecimento como ruptura epistemológica freudiana com os campos de saber medicina e psiquiatria, no final do século XIX e início do século XX.

O Capítulo 3 foi intitulado "A natureza do sintoma biológico e suas implicações na clínica da psiquiatria biológica". O objetivo principal desse capítulo foi pesquisar as implicações do sintoma biológico na psiquiatria biológica e na clínica contemporânea. Pesquisei também os aspectos teórico-clínicos que possibilitaram à psiquiatria biológica sua constituição como vertente hegemônica da psiquiatria do final do século XX à contemporaneidade. Iniciei esse capítulo traçando um panorama da clínica psiquiátrica do início do século XX até a década de 70. Em seguida, pesquisei elementos teórico-clínicos que possibilitaram a constituição da psiquiatria biológica e seu estabelecimento como vertente hegemônica da psiquiatria a partir da década de 80. A identificação desses elementos teórico-clínicos subsidiou minha argumentação quanto à diferença radical do significado do sintoma na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica. Posteriormente, examinei o significado do sintoma biológico a partir dos sistemas cerebrais – anatômico, funcional e neuroquímico – e da genética psiquiátrica e pude me apropriar de conhecimentos relativos ao sintoma biológico. Logo após, pesquisei a concepção de sintoma no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e discorri sobre as implicações teórico-clínicas do uso desse manual na clínica contemporânea. Recorrer ao DSM foi proveitoso para a compreensão da lógica diagnóstica na psiquiatria biológica. Subsequentemente, realizei uma pesquisa teórica pertinente à valorização, ao rechaço e à dissolução da histeria nas gerações do DSM, a partir de comentadores que trataram desse tema. Essa pesquisa foi realizada no intuito de responder à questão "Há histeria no DSM-5? ". Pude verificar que a histeria, enquanto terminologia, foi rechaçada do DSM, mas, enquanto forma clínica, foi dissolvida nos grupamentos de

transtornos desse manual diagnóstico. Na conclusão do terceiro capítulo, especifiquei a psicofarmacologia da histeria a partir de três grupamentos de transtornos do DSM-5: Transtornos de Ansiedade; Transtornos Dissociativos; e Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. Pude compreender a lógica diagnóstica e a direção do tratamento na psiquiatria biológica: o sintoma é estritamente biológico, constituindo um "déficit", e deve ser eliminado (ou regulado) pela via da medicação. Tendo em vista o itinerário de minha pesquisa nesse capítulo, confirmo a realização do objetivo inicial, uma vez que foram pesquisados tanto as implicações do sintoma biológico na psiquiatria biológica e na clínica contemporânea quanto os aspectos teórico-clínicos que possibilitaram seu estabelecimento como vertente hegemônica da psiquiatria na contemporaneidade.

O Capítulo 4 foi intitulado "Psicoterapia da histeria e psicofarmacologia da histeria: a transferência em questão". Esse capítulo teve como objetivo principal discorrer sobre a transferência como operador analítico e sobre a neurose de transferência – diferenciando o manejo da transferência na psicanálise freudiana e na psiquiatria biológica. Elucidei também aspectos dos posicionamentos teórico-clínicos do psiquiatra e do analista, no intuito de verificar suas divergências e implicações éticas. Iniciei esse capítulo pesquisando o conceito de "transferência", enquanto operador clínico, e de "neurose de transferência". Essa pesquisa foi profícua, uma vez que permitiu o aprofundamento desses conceitos. Possibilitou, ainda, verificar a imprescindibilidade da transferência na condução clínica psicanalítica, já que a transferência se formulou como uma das condições do tratamento pela psicanálise. Foi importante localizar na obra freudiana questões pertinentes ao manejo da transferência – ou sua recusa – nas conduções clínicas do psicanalista freudiano e do psiquiatra biológico. Essa pesquisa possibilitou analisar e estabelecer as divergências radicais entre os campos de saber psicanálise freudiana e psiquiatria biológica. Por meio do cumprimento dos objetivos desse capítulo pude elucidar as posições teórico-clínicas do analista e do psiquiatra em suas práticas clínicas, considerando suas causas e seus posicionamentos éticos na clínica da histeria, na contemporaneidade.

Esta pesquisa colocou frente a frente, a todo momento, as epistemologias dos campos de saber psicanálise freudiana e psiquiatria biológica. Compreendi que: a psicanálise só é possível a partir do sintoma, enquanto a psiquiatria visa a eliminação do sintoma; na psicanálise o sintoma tem sentido; na psiquiatria ele é um déficit; na psicanálise o sintoma é psíquico, podendo se manifestar no corpo; na psiquiatria ele é estritamente biológico; a psicanálise busca a etiologia do sintoma como direção do tratamento; a psiquiatria se pauta

em sua fenomenologia observável; a psicanálise possibilita que o sujeito possa lidar com seu sintoma; a psiquiatria almeja a eliminação dos sintomas, ou seja, um sujeito sem sintomas.

Também foi possível extrair desta pesquisa que: na psicanálise há implicação do sujeito no seu adoecimento; na psiquiatria o sujeito é vítima de sua determinação biológica; a psicanálise visa a singularidade do sujeito – cada caso é um caso; a psiquiatria se pauta na generalização; as palavras, a narrativa e o discurso são essenciais na psicanálise; na psiquiatria, a fala é contingencial, importando mais a classificação de sintomas; na psicanálise, a histeria é uma forma clínica estrutural; na psiquiatria os transtornos podem se modificar a cada revisão do DSM; a psicanálise é possível a partir do que o paciente diz livremente; na psiquiatria há a tentativa do controle e da ordenação das sessões; a psicanálise trata o doente; a psiquiatria classifica e trata o transtorno; na psicanálise a posição clínica passa pelo não saber; na psiquiatria, a posição clínica privilegia o saber acumulado.

Dessa forma, esta pesquisa apontou elementos teórico-clínicos que proporcionaram à histeria sua configuração como ruptura epistemológica freudiana e sua dissolução na psiquiatria biológica. Pudemos verificar a diferença radical do significado do sintoma em ambas as clínicas e testificar as rupturas epistemológicas nas relações entre a psicanálise freudiana e a psiquiatria, do século XIX à contemporaneidade.

O Capítulo 5 é este capítulo: a “Conclusão”. Concluo esta pesquisa considerando-a importantíssima para meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional. Testemunho que ela proporcionou o avanço e o aprofundamento das problematizações sobre a temática “sintoma”, a partir da “psicanálise” e suas relações com a “psiquiatria”, iniciadas em minha graduação em Psicologia (2012). Considero que minha atuação clínica se tornou diferenciada no tocante às direções do tratamento de pacientes que estão em tratamento psiquiátrico; principalmente no que se refere à minha posição clínica na direção do tratamento. Acredito que o resultado desta pesquisa poderá contribuir na formação e na atuação de profissionais da saúde como psicólogos, médicos, psiquiatras e outros profissionais, bem como psicanalistas que atuam nos campos psicossocial e clínico.

Observo o horizonte do meu tempo e penso que é necessário continuar a pesquisa, uma vez que minha prática clínica tem suscitado outras questões sobre a clínica da histeria, por exemplo: Quais elementos teórico-clínicos diferem a histeria em Lacan da histeria em Freud? Nessa direção, será importante pesquisar não apenas a histeria submetida aos ditames do Nome do Pai, mas também a histeria rígida, proposta pelo último ensino de Lacan como uma nova noção de histeria, em que a emergência do sintoma se dá fora da castração freudiana, sem o suporte do amor ao pai. Se na histeria freudiana o sintoma histérico clássico

se sustenta na dimensão simbólica, na histeria rígida o corpo é agenciado pelo real, sendo o sintoma compreendido como acontecimento de corpo. Haveria, nessas propostas de Lacan, uma ruptura epistemológica com a psicanálise freudiana? A partir daí, que diretrizes teóricas podem sustentar a reinvenção do analista nessa clínica?

A pesquisa é viva, assim como a clínica! Pesquisa e clínica me possibilitam aprender a cada indagação, a cada escrita, a cada caso. Prosseguirei aprendendo com as pesquisas e com a clínica.

REFERÊNCIAS

Abreu, N., Wyzykowski, A., Canário, N., Guimarães, P. & Reis, S.P.S. (2016). Como montar uma bateria para avaliação neuropsicológica. In L. F. Malloy-Diniz, P. Mattos, N. Abreu & D. Fuentes (Orgs.), *Neuropsicologia: aplicações clínicas* (pp. 117-133). Porto Alegre: Artmed.

Aguiar, A. A. de. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association Mental Hospital Service.

American Psychiatric Association (APA) (1968). *DSM-II – Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association Mental Hospital Service.

American Psychiatric Association (APA) (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM-III-R*. São Paulo: Manole.

American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2009). *Introdução à psiquiatria*. (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Barreto, F. P. (1999). *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia.

Barreto, F. P. (2010). *Ensaios de psicanálise e saúde mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

Barreto, F. P. (2017). *Psicanálise e psiquiatria: aproximações. Uma introdução aos fundamentos da clínica*. (1a ed.). Curitiba: Editora CRV.

Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica – história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Berrios, G. E. (2015). *Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria*. São Paulo: Escuta.

Birman, J. (1989). *Freud e a experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre editores.

Birman, J. (2011). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. (8a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Borossa, J. (2005). *Histeria*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ediouro; São Paulo: Segmento-Duetto.

Bush, G. Presidential Proclamation 6158 [Proclamação Presidencial 6158]. (1990, 17 julho). *The Decade of Brain 1990-2000. Project on the Decade of Brain*. [A Década do Cérebro 1990-2000. Projeto sobre a Década do Cérebro]. Recuperado a partir de https://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html

Camargos Jr., K. R. (1993, outubro). Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. *Série Estudos em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, *65*, 1-32.

Cheniaux, E. (2015). *Manual de psicopatologia*. (5a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Choudary, P. V. & Knowles, J. A. (2012). Genética. In R. E. Halles, S. C. Yudofsky & G. O. Gabbard (Orgs.), *Tratado de psiquiatria clínica.* (5a ed.). (pp. 208-261). Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V., Gallois, C. B. & Isolan, L. (2015). *Psicofármacos: consulta rápida*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Costa, D. A. da. (1994, novembro). Comentário de Livro – Manual de Psicofarmacologia Clínica. *Psiquiatria biológica. Publicação Oficial Associação Brasileira de Psiquiatria Biológica*, *2*(3), 81.

Dunker, C. I. L. (2009, outubro). O urso-polar e as baleias. As divergências entre a psicanálise e a psiquiatria estão mal focadas. *CULT – Revista Brasileira de Cultura*, (140), 59-62.

Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F. (2011a, dezembro). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *14*(4), 611-626.

Dunker, Christian Ingo Lenz, & Kyrillos Neto, Fuad. (2011b). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, *8*(2), 1-15. Recuperado em 28 de dezembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&tlng=pt.

Dunker, C. (2013, outubro). O sequestro da neurose. *CULT – Revista Brasileira de Cultura*, (184), 32-37.

Ferreira, A. B. de H. (2009). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (4a ed.). Curitiba: Ed. Positivo.

Foucault, M. (1973-1974). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974).* São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Freud, S. (1888). Histeria. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 1, pp. 75-102). Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Publicado originalmente em 1888)

Freud, S. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 2, pp. 11-369). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Publicado originalmente em 1893-1895)

Freud, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 55-82). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1894)

Freud, S. (1895 [1894]). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 103-138). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1895 [1894])

Freud, S. (1896a). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 183-211). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1896)

Freud, S. (1896b). Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 161-180). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1896)

Freud, S. (1896c). A etiologia da histeria. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 213-249). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1896)

Freud, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 287-312). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1898)

Freud, S. (1900). A interpretação de sonhos. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 4, pp. 1-360). Rio de Janeiro: Imago, 1972. (Publicado originalmente em 1900)

Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 7, pp. 1-119). Rio de Janeiro: Imago, 1972. (Publicado originalmente em 1905 [1901])

Freud, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 10, pp. 13-154). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1909)

Freud, S. (1910 [1909]). Cinco lições de psicanálise. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 11, pp. 3-51). Rio de Janeiro: Imago, 1970. (Publicado originalmente em 1910 [1909])

Freud, S. (1912a). Contribuições a um debate sobre a masturbação. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 303-319). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Publicado originalmente em 1912)

Freud, S. (1912b). A dinâmica da transferência. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 129-143). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Publicado originalmente em 1912)

Freud, S. (1914a). A história do movimento psicanalítico. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 13-82). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Publicado originalmente em 1914)

Freud, S. (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 85-119). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Publicado originalmente em 1914)

Freud, S. (1914c). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 189-203). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Publicado originalmente em 1914)

Freud, S. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 205-223). Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Publicado originalmente em 1915 [1914])

Freud, S. (1917a [1916-1917]). Conferência XXVII. Transferência. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 503-521). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1917 [1916-1917])

Freud, S. (1917b [1916-1917]). Conferência XVI. Psicanálise e psiquiatria. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 289-303). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1917 [1916-1917])

Freud, S. (1917c [1916-1917]). Conferência XVIII. Fixação em traumas – o inconsciente. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 323-336). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1917 [1916-1917])

Freud, S. (1925 [1924]). Um estudo autobiográfico. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 20, pp. 13-92). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Publicado originalmente em 1925 [1924])

Freud, S. (1950 [1892-1899]). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 69. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 1, pp. 350-352). Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Publicado originalmente em 1950 [1892-1899])

Freud, S. (1956 [1886]). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 1, pp. 33-47). Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Publicado originalmente em 1956 [1886])

Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P. de & Cosenza, R. M. (2014). *Neuropsicologia: teoria e prática*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Gallois, C. B., Moreira, L. L., Bins, H. D. de C. & Ferrão, Y. A. (2015). Transtorno de Ansiedade Generalizada. In A. V. Cordiolli, C. B. Gallois & L. Isolan (Orgs.), *Psicofármacos: consulta rápida*. (5a ed.). (pp. 2125-2158). Porto Alegre: Artmed.

Garcia-Roza, L. A. (2009). *Freud e o inconsciente*. (24a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Hales, R. E., Yudofsky, S. C. & Gabbard, G. O. (2012). *Tratado de psiquiatria clínica*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Iannini, G. & Teixeira, A. (2013, outubro). O futuro de uma classificação. *CULT – Revista Brasileira de Cultura*, (184), 24-27.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2016). *Vocabulário da psicanálise*. (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Leite, M. P. S. (2002, abril). Instantâneo: palavras e pílulas – Mesa-redonda. *Clique – Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano*. (1), 36-45.

Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Abreu, N. & Fuentes, D. (2016). *Neuropsicologia: aplicações clínicas*. Porto Alegre: Artmed.

Mandil, R. (2002, abril). Instantâneo: palavras e pílulas – Mesa-redonda. *Clique – Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano*. (1), 36-45.

Masson, J. M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.

Matos, A. P. S. & Passos, T. C. R. P. (1996, setembro). O Sintoma Histérico através dos tempos. *Estudos de Psicanálise*, *19*, 19-25.

Maurano, D. (2006). *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Maurano, D. (2010). *A histeria: ontem, hoje e sempre*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Miller, J. A. (1987). *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Miranda-Sá Jr., L. S. de. (2001). *Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Mora, J. F. (2001). *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Edições Loyola.

Nasio, J. D. (1991). *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar.

Nicolato, R., Alvarenga, J. M., Romano-Silva, M. A. & Corrêa, H. (2014). Neuropsicologia molecular. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. de Camargo & R. M. Cosenza (Orgs.), *Neuropsicologia: teoria e prática*. (2a ed.). (pp. 47-56). Porto Alegre: Artmed.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Othmer, E. & Othmer, S. C. (2003). *A entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.

Pimenta, R. L. A. (2018). *Formulações de Freud sobre a transferência e as implicações éticas do analista na condução do tratamento* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belo Horizonte.

Platão (2011). *Timeu-Crítias*. (1a ed.). Coimbra: Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos da Universidade de Coimbra.

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pró-Reitoria de Graduação (2016). Sistema Integrado de Bibliotecas. *Orientações para elaboração de trabalhos técnicos científicos: projeto de pesquisa, teses, dissertações, monografias entre outros trabalhos acadêmicos, conforme a Associação Americana de Psicologia (APA)*. (2a ed.). Belo Horizonte: PUC Minas. Recuperado a partir de www.pucminas.br/biblioteca

Quinet, A (2001). Apresentação. In A. Quinet (Org.), *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. (pp. 7-10). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Quinet, A. (2005). *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Ramadam, Z. B. A. (1985). *A histeria*. São Paulo: Editora Ática S. A.

Resende, M. S. de. & Calazans, R. (2013, julho-dezembro). Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado? *Analytica: Revista de Psicanálise da Universidade Federal de São João del-Rey, 2*(3), 145-174.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.

Russo, J. & Venâncio, A. T. A. (2006, setembro). Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, (3), 460-483.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (11a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Safatle, V. (2013, outubro). O poder da psiquiatria. *CULT – Revista Brasileira de Cultura*, (184), 22-23.

Santos, F. H. dos; Andrade, V. M. & Bueno, O. F. A. (2015). *Neuropsicologia hoje.* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Serpa Júnior, O. D. de. (1998). *Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

Sholl-Franco, A. (2015). Bases morfofuncionais do sistema nervoso. In F. H. dos Santos, V. M. Andrade & O. F. A. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia hoje*. (2a ed.). (pp. 62-120). Porto Alegre: Artmed.

Strachey, J. (1974a). Nota de rodapé. In S. Freud *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. A psicoterapia da histeria (Freud) (1893-1895). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 2, pp. 309-363). Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Strachey, J. (1974b). Nota de rodapé. In S. Freud *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. Casos clínicos; Caso 2 – Sra. Emmy von N. (1893-1895). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 2, pp. 91-152). Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Strachey, J. (1974c). Nota do editor inglês. (1) Algumas notas históricas sobre os estudos. In S. Freud *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 2, pp. 13-21). Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Strachey, J. (1976a). Nota de rodapé. In S. Freud *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 285-312). Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Strachey, J. (1976b). Nota do editor inglês. In S. Freud *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*. Charcot (1893). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 17-34). Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Strachey, J. (1977). Nota do editor inglês. In S. Freud *Publicações pré-psicanalíticas (1886-1899)*. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1956 [1886]). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), *Obras completas* (Vol. 1, pp. 31-47). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

Tesser, C. D. (1999). *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Trillat, E. (1991). *História da histeria*. (1a ed.). São Paulo: Escuta.

Villari, R. A. (2001, abril). É possível uma história da histeria? *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis: EDUFSC*, (29), 131-145.

Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Xavier, G.F. (2015). Processos atencionais. In F. H. dos Santos, V. M. Andrade & O. F. A. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia hoje*. (2a ed.). (pp. 142-157). Porto Alegre: Artmed.

ANEXO A – Critérios diagnósticos do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Critérios Diagnósticos – 300.02 (F41.1)

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).
   Nota: Apenas um item é exigido para crianças.
1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.
2. Fatigabilidade.
3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente.
4. Irritabilidade.
5. Tensão muscular.
6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).
F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).

Fonte: APA, 2014, pp. 222-223.

ANEXO B – Critérios diagnósticos do Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI)

Critérios Diagnósticos – 300.14 (F44.81)

A. Ruptura da identidade caracterizada pela presença de dois ou mais estados de personalidade distintos, descrita em algumas culturas como uma experiência de possessão. A ruptura na identidade envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, no comportamento, na consciência, na memória, na percepção, na cognição e/ou no funcionamento sensório-motor. Esses sinais e sintomas podem ser observados por outros ou relatados pelo indivíduo.

B. Lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ ou eventos traumáticos que são incompatíveis com o esquecimento comum.

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita.

Nota: Em crianças, os sintomas não são mais bem explicados por amigos imaginários ou outros jogos de fantasia.

E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões ou comportamento caótico durante intoxicação alcóolica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Fonte: APA, 2014, p. 292.

ANEXO C – Critérios diagnósticos do Transtorno Conversivo (TC). (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais)

Critérios Diagnósticos

A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada.
B. Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas.
C. O sintoma ou déficit não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou médico.
D. O sintoma ou déficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo ou requer avaliação médica.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para transtorno conversivo é **300.11**, o qual é atribuído independentemente do tipo de sintoma. O código da CID 10-MC depende do tipo de sintoma (ver a seguir).

Especificar o tipo de sintoma:

(F44.4) Com fraqueza ou paralisia
(F44.4) Com movimento anormal (p. ex., tremor, movimento distônico, mioclonia, distúrbio da marcha)
(F44.4) Com sintomas de deglutição
(F.44.4) Com sintoma de fala (p. ex., disfonia, fala arrastada)
(F.44.5) Com ataques ou convulsões
(F.44.6) Com anestesia ou perda sensorial
(F.44.6) Com sintoma sensorial especial (p. ex., perturbação visual, olfatória ou auditiva)
(F44.7) Com sintomas mistos

Especificar se:

Episódio agudo: Sintomas presentes há menos de seis meses.
Persistente: Sintomas ocorrendo há seis meses ou mais.

Especificar se:

Com estressor psicológico (especificar estressor)
Sem estressor psicológico

Fonte: APA, 2014, p. 319.