

A histeria como questão de gênero

Pedro Eduardo Silva Ambra, Julio Cesar Lemes de Castro, Júlia Catani, Luiz Henrique de Paula Conceição, Luiz Eduardo de Vasconcelos Moreira, Patricia Porchat, Tiago Humberto Rodrigues Rocha, Nelson da Silva Junior

A histeria fragmentada

A histeria tem uma longa história, na qual ela assume facetas múltiplas e ambíguas, que refletem as condições vigentes em cada época. Tal polimorfia constitui um desafio para os que se dedicam a estudá-la ou manejá-la clinicamente. O presente capítulo acompanha um pouco dessa trajetória, destacando duas vias distintas de abordagem a partir do final do século XIX, a da psiquiatria e a da psicanálise. E evidencia que, se no início ambas compartilham a necessidade de uma compreensão abrangente do fenômeno da histeria, nas últimas décadas se estabelece entre elas um notável distanciamento.

Animada por um pretense rigor científico, a psiquiatria contemporânea tende a reduzir cada entidade clínica a uma mera coleção de sintomas. Em consequência, a histeria, que sempre se caracterizou pela diversidade de suas manifestações, desaparece enquanto tal dos manuais psiquiátricos, sendo fragmentada, por exemplo, no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV) em categorias como transtornos alimentares, de personalidade, de humor, somatoformes etc.

Na psicanálise, em contraposição, o entendimento da histeria não é subordinado a suas expressões sintomáticas; a preocupação central é captar sua natureza mais geral. Essa preocupação estende-se aos demais elementos do modelo diagnóstico psicanalítico – como se sabe, ao lado da neurose obsessiva e da fobia, a histeria é classificada no âmbito da neurose, que compõe com a perversão e a psicose as três grandes estruturas clínicas. No

caso da histeria, Lacan, partindo das formulações teóricas e apoiando-se nos casos clínicos de Freud, retrata-a como um jogo de posições envolvendo a dialética do desejo. Novos sintomas são vistos como adaptações da histeria ao contexto histórico e social, que não colocariam em xeque sua existência como tipo clínico. Isso não significa que a psicanálise deixe de problematizar sua própria visada da histeria: diante das mudanças ocorridas em nossa época, entre os psicanalistas se discute com frequência se ela ainda pode ser delimitada tão bem quanto nos tempos de Freud e até que ponto ela mantém a importância de outrora.

Para além das implicações diagnósticas e terapêuticas, o exame dos mecanismos básicos de funcionamento da histeria tem desdobramentos teóricos decisivos, influenciando fortemente, por exemplo, a concepção psicanalítica do sujeito e do desejo. Ademais, esses mesmos mecanismos são encontrados em operação fora da clínica, levando Lacan a considerar a histeria como uma modalidade mais geral de laço social. Isso permite pensar em fenômenos dentro e fora da clínica de acordo com a mesma lógica, fornecendo-nos elementos para, a partir dessa continuidade, entender a histeria como uma patologia do social.

Interessam-nos em especial neste capítulo dois movimentos contemporâneos que condensam elementos do percurso histórico da histeria e a capturam na interseção entre a clínica e o social.

A fragmentação da histeria pela psiquiatria, com base no método de classificação estatística, implica deixar de lado o fator subjetivo que lhe daria unidade como categoria clínica. Nesse sentido, essa estratégia coloca-se na prática a serviço de uma perspectiva biologicista, cujo ideal é identificar uma etiologia orgânica em cada patologia, e de uma orientação medicalizante, que busca associar diferentes patologias a remédios específicos. Em face da potência social do saber médico institucionalizado e dos interesses das corporações farmacêuticas, emerge uma contrapartida histórica marcada pela ambiguidade. Ocorre que os sintomas histéricos podem ser lidos como deslocamentos significantes (metonímicos) de um desejo insatisfeito, que migra sucessivamente de um para outro por força de um processo de identificação. Um contexto de multiplicação diagnóstica, portanto, facilita a busca de identidade através de patologias diversas. Em outras palavras, a dispersão nosológica, ao mesmo tempo que torna a

histeria oficialmente invisível, alimenta-a de forma sub-reptícia, ao oferecer sem cessar novos parâmetros para identificação.

Outro campo privilegiado de manifestação da histeria é o das questões relativas às identidades de gênero⁸⁸, que ganham fôlego na atualidade. No ser humano, a sexualidade e suas representações identitárias não se constituem como dadas ou inerentes à natureza. Ao contrário, o opaco do sexual ganha sua tonalidade por intermédio da linguagem, tendo suas possibilidades e limites marcados muito mais pela cultura do que pela biologia. Se a quase anedótica frase de Freud “o que querem as mulheres”, formulada numa carta a Marie Bonaparte, pode ser revisitada em Lacan, dentro da dialética do desejo histórico, como “o que é ser uma mulher”, é possível compreender a demanda histórica não apenas a partir de suas escolhas objetais, mas, igualmente, a partir de um jogo de identificações no qual a questão de gênero é crucial. Tal visão leva em conta necessariamente determinações históricas, uma vez que as representações de gênero são ligadas de maneira profunda às modificações sociais. Enquanto noutros tempos a histeria estava vinculada de modo especial à denúncia das injunções sofridas pelas mulheres, rastreá-la na contemporaneidade implica atentar para as alterações nos estatutos da feminilidade e da masculinidade e para a ação dos grupos que buscam o reconhecimento de novas configurações de gênero.

História da histeria

Como observam Elisabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), um longo caminho precisa ser percorrido até que a histeria seja finalmente alçada à categoria de uma entidade psicopatológica.

Na época de Hipócrates, a histeria é considerada uma doença causada pela migração no corpo de um “animal sem alma”, como Platão descreve o útero. Essa é, aliás, a razão de seu nome, derivado do termo grego para matriz ou útero, *hystera*. Na Idade Média, por sua vez, na medida em que a conversão histórica é vista como uma forma de experimentar um prazer de natureza sexual, ela assume conotações pecaminosas e passa a ser associada à possessão demoníaca.

Já na modernidade, até o início do século XIX, os autores que estudam a histeria podem ser, de acordo com Étienne Trillat (1991), divididos, *grosso*

modo, entre os vinculados à teoria uterina (ginecologistas e parteiros) e os vinculados à teoria cerebral (neurologistas). Como exemplo desta última, temos o sistema nosográfico criado por Sydenham, que divide as doenças em agudas e crônicas, situando no segundo grupo a hipocondria e a histeria. Ainda que, segundo ele, a histeria seja mais feminina e a hipocondria mais masculina, a teoria cerebral permite desvincular a histeria do útero e, consequentemente, da associação automática com a mulher. Sydenham destaca também o caráter difuso da histeria: “Essa doença não é como as outras pela razão de que ela pode, por si só, simular o conjunto das doenças crônicas” (PEARCE, 2016, p. 179).

No século XIX, a histeria é concebida à luz de ideias como magnetismo, espiritismo, possessão e dupla ou múltipla personalidade. O clínico Charles Laségue (1964) mostra que a histeria não é uma doença como outra qualquer, argumentando que os sintomas não são suficientemente constantes nem suficientemente semelhantes em duração e em intensidade para serem abarcados num tipo, ainda que descritivo. Não sendo uma patologia geral nem uma patologia mental, a histeria permanece numa espécie de limbo, de onde é resgatada por Jean-Martin Charcot.

Mundialmente reconhecido a partir de seus estudos sobre a produção dos sintomas histéricos, Charcot, argumentam Roudinesco e Plon (1998), garante às histéricas, no Hospital da Salpêtrière, a dignidade de serem classificadas como doentes. Ao propor uma classificação que possa distinguir as crises conversivas histéricas, de natureza psicogênica, das crises epilêpticas, de causas orgânicas, ele permite à histeria escapar da acusação de simulação. Tal acusação decorre da convivência de pacientes histéricos e epilêpticos, que ocupavam o mesmo espaço dentro do hospital. Frequentemente as histéricas imitavam as crises epilêpticas, sendo esse um dos motivos da intolerância da nascente psiquiatria moderna em relação a elas. Charcot considera a histeria uma doença funcional, de origem hereditária, retirando-lhe a presunção de uma causa uterina ao afirmá-la também como uma doença masculina.

A partir daí, observamos que a histeria será objeto de duas áreas distintas do conhecimento psíquico. Por um lado, a psiquiatria, ao longo do século XX, verá surgir uma abordagem que, aos poucos, distanciar-se-á de uma compreensão psicodinâmica das patologias. Por outro lado, a

psicanálise, em especial durante suas primeiras décadas, a tomará como patologia-modelo.

A histeria no discurso psiquiátrico

Considerado o pai da psiquiatria científica moderna, Emil Kraepelin procura apontar um caminho que correlacione os sintomas psíquicos a causas orgânicas. Ele classifica as diversas formas de transtorno psiquiátrico em adquiridos, de origem exógena (ligados, por exemplo, a uma intoxicação), ou congênitos, de origem endógena (ligados a fatores hereditários e degenerativos). No caso da histeria, ela aparece no modelo nosológico da última edição de seu *Compêndio de psiquiatria* tanto sob a rubrica de “reações psicógenas” (histerismo de desenvolvimento, alcoólico, traumático) como sob a rubrica de “psicopatias” (personalidades históricas).

Em contrapartida, na obra de seu contemporâneo Eugen Bleuler, conceitos predominantemente classificatórios, como os de Kraepelin, cedem terreno a conceitos psicodinâmicos. A busca do “terreno doentio”, da “predisposição doentia” ou do “fundo patológico de base” leva agora em consideração a motivação inconsciente. Bleuler inclui as “síndromes históricas” no grupo das “reações patológicas”, um dos quatro grandes grupos por ele elencados.

Karl Jaspers, grande representante da psiquiatria alemã moderna, baseia-se no pensamento filosófico de Friedrich Nietzsche e Søren Kierkegaard para propor uma leitura dos fenômenos psicopatológicos, sem deixar, no entanto, de insistir em sua origem orgânica. O autor realiza uma caracterização semiológica da histeria e busca dar conta de suas causas. Jaspers (1979) considera a condição sugestível da histeria como elemento *sine qua non* para o diagnóstico e vai ao encontro do pensamento de Breuer e Freud (1996) ao considerar, na casuística do adoecimento histórico, o conflito característico da neurose: desejo *versus* proibição. Chama a atenção ainda, nas descrições jasperianas, sua clara aproximação ao pensamento psicodinâmico psicanalítico, quando reconhece a sugestibilidade e a plasticidade psíquica; considera a presença do mecanismo histórico como algo comum à vida psíquica e que possa ser reconhecido enquanto traço de caráter; e, por fim, admite a impossibilidade

de encontrar experiências reais e exatas, passíveis de verificações autênticas.

Henri Ey, na França, define a histeria como uma “neurose caracterizada pela hiperexpressividade somática das ideias, das imagens e dos afetos inconscientes”, cujos principais sintomas são “manifestações psicomotoras, sensoriais ou vegetativas desta conversão somática” (EY; BERNARD, 1979, p. 472). Fortemente influenciado pelo pensamento psicanalítico, o autor pensa o quadro histórico em um entremeio biopsíquico, lembrando que a psicoplasticidade e a sugestibilidade são também fundamentais para o diagnóstico. Ey ressalta que os sintomas históricos não são produzidos somente ao acaso, mas se fundamentam em traços da “pessoa” ou do caráter histórico. Tal caráter inclui ainda, segundo o autor, a mitomania e os distúrbios sexuais, em que o corpo histórico extremamente erogenizável recobre uma genitalidade altamente perturbada e pueril.

Com a finalidade de unificar as diferentes formas de categorização dos transtornos mentais, é criado em 1952, pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM). Esse manual nasce a partir da sexta edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), quando enfim houve a criação da seção “distúrbios mentais”. A primeira versão do DSM ainda não apresenta a histeria como uma entidade nosográfica. A conversão histérica aparece como sinônimo de “reação conversiva” e está no eixo dos chamados “transtornos psiconeuróticos”, como mecanismo de funcionamento subjacente à “reação dissociativa” e à “reação conversiva” (APA, 1952). O manual traz ainda, no bojo de sua explicação semiológica, a tentativa de relacionar tais desordens aos fatores psicológicos intrínsecos ao aparecimento dos sintomas.

Em 1968, publica-se a segunda versão do DSM. Em comparação com as 106 categorias de desordens mentais da edição anterior, ele lista 182 categorias. É aqui que a “neurose histérica” surge enquanto entidade nosográfica subjacente ao eixo das neuroses, servindo para substituir a “reação dissociativa” e a “reação conversiva”. Há também a criação da “personalidade histérica” como substituta da “personalidade emocionalmente instável” (APA, 1968). Assim, a histeria, como a grande representante da neurose, ostenta fôlego enquanto uma entidade

psicopatológica específica. O manual procura, ainda, realizar uma associação entre a teoria psicanalítica e a psiquiatria.

Com o lançamento de sua terceira edição, em 1980, o DSM, agora com 265 categorias, elimina a histeria enquanto entidade nosográfica. Como explica o próprio manual: “No DSM-III, o conceito de ‘histeria’ foi evitado. Em vez disso, os múltiplos significados do termo foram incluídos nas categorias novas, tais como Distúrbios Somatoformes e Transtornos Dissociativos” (APA, 1980, p. 377). Uma considerável parte da terminologia psicanalítica é abandonada, juntamente com a preocupação em descobrir a casuística não só da histeria, mas também de várias outras formas de sofrimento mental. O manual assume nitidamente a preocupação em distinguir o normal do patológico. Apesar de considerar “neurose” um termo vago e não científico, ele o mantém entre parênteses à frente da nomenclatura de alguns transtornos unicamente por razões políticas, uma vez que havia o sério risco de que ele não fosse aprovado pela Associação Americana de Psicologia. A nova proposta do manual é ser um instrumento ateuórico. Em 1987, surge o DSM-III-R, com a reformulação do nome de várias categorias e a retirada de algumas outras.

Finalmente, em 1994, o DSM-IV retira definitivamente o termo “neurose” de todo o manual e dilui a histeria em várias entidades, tais como transtornos somatoformes, transtornos factícios, transtorno de personalidade histriônica etc. Essa versão do manual sofre uma reformulação, o DSM-IV-TR (APA, 2000), com o intuito de oferecer informações extras em cada diagnóstico e de manter-se consistente com a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Na quinta versão do DSM publicada em 2013, a expansão diagnóstica se deu de forma tão impressionante quanto a reação da comunidade científica protestando contra a inexistência dos tão aguardados marcadores biológicos dos transtornos mentais. Os transtornos somatoformes foram substituídos pelo Transtorno de Sintoma Somático, ao passo que o Transtorno Conversivo passou a ser subnomeado como (Transtorno do Sintoma Neurológico Funcional).

Esse quadro deixa claro que na primeira metade do século XX a influência da psicanálise é bastante importante para a psiquiatria, que oscila entre uma concepção organogenética e uma concepção psicogenética dos transtornos mentais (Lacan, inclusive, começa sua carreira como psiquiatra,

para depois se tornar psicanalista). A partir da introdução do DSM, contudo, tal influência vai-se reduzindo progressivamente, ao mesmo tempo que a ênfase biológica que caracterizava a orientação kraepeliniana recupera seu prestígio.

A histeria em Freud

A histeria será sempre a neurose à qual a psicanálise deverá a invenção de conceitos essenciais como inconsciente, recalçamento, trauma, sexualidade infantil, retorno do recalçado, associação livre e transferência. Apresentar a histeria em Freud significa, portanto, retomar a própria história da psicanálise e de seu desenvolvimento teórico. Três pontos de inflexão teórica estão presentes na concepção freudiana da histeria: a teoria da sedução traumática, a teoria pulsional e a teoria do complexo de Édipo.

O contato com a psicoterapia da histeria concebida por Breuer representa um passo importante para Freud. Para Breuer, o esquecimento de uma experiência poderia ocorrer caso a pessoa a vivesse como um trauma, isto é, carregada de afeto, diante da qual seria pega de surpresa e, portanto, estaria indefesa. A experiência em questão constituiria um grupo psíquico que se manteria cindido, isolado, sem relações com os pensamentos conscientes. Breuer submetia então à hipnose suas pacientes histéricas e, nesse estado, solicitava a elas que lhe relatassem todos os fatos penosos por que passaram no início dos sintomas. Ao despertarem, ele simplesmente relatava a elas o que tinha escutado. As reações eram muito intensas e violentas, pois as pacientes eram obrigadas a se defrontar de novo com as cenas traumáticas que tinham esquecido. Mas o resultado final era favorável, pois os sintomas ou desapareciam por completo ou tendiam a diminuir consideravelmente.

Freud pensava que os assim chamados “grupos psíquicos” não se mantinham isolados meramente pelo “estado hipnótico”, como julgava Breuer. Para Freud, havia outro processo em jogo, o de defesa contra os pensamentos desagradáveis, uma espécie de “contravontade”. Em toda sua prática clínica, Freud tinha encontrado apenas um tipo de pensamento contra o qual os pacientes se defendiam: tratava-se sempre dos de natureza sexual ou articulados a sensações eróticas, julgados como inaceitáveis pelos sujeitos. Assim Freud, no caso de uma jovem que se culpava por pensar em

um rapaz que lhe havia despertado uma excitação erótica, enquanto cuidava de seu pai doente, considera que as defesas seriam, em última instância, representantes dos valores morais na consciência do sujeito.

A partir da hipótese da defesa, Freud pôde propor uma primeira psicopatologia propriamente psicanalítica, a saber, uma explicação geral sobre a origem, as semelhanças e as diferenças da histeria, da neurose obsessiva, da fobia e da psicose, no texto “As neuropsicoses de defesa”, de 1894. Diante de um pensamento incompatível com o eu, essas quatro patologias se distinguem por usarem diferentes estratégias. Partindo do pressuposto de que as ideias rejeitadas surgiam para os sujeitos não somente como frases e palavras, mas também vinham carregadas de energia, de excitação erótica, Freud considera que a principal estratégia seria diminuir sua força, algo realizável por meio de uma separação entre a forma das palavras (representação) e sua carga de afeto. Essa estratégia seria idêntica na histeria, na fobia e na neurose obsessiva. Contudo, uma vez separada da representação, seria preciso encontrar um novo destino para a carga de afeto. É aqui que a histeria se diferencia das outras neuroses, pois, enquanto a fobia e a obsessão dirigiriam o afeto a outras representações, outros pensamentos, a histeria seria capaz de desviar o afeto para o corpo, convertendo a carga de uma representação psíquica em uma inervação corporal, seja ela motora ou sensorial.

Tais inervações corporais, na histeria, seriam, contudo, invariavelmente relacionadas com os pensamentos indesejados, não de modo direto, mas precisamente pelas representações referidas ao corpo e sua geografia. Com efeito, é o corpo representado que se oferece como novo depositário das cargas de afeto retiradas dos pensamentos. Os sintomas corporais na histeria parecem assim desconhecer a anatomia médica, guiando-se por uma anatomia fantasmática, construída essencialmente pela história sexual de cada sujeito.

Para Freud, a causalidade psíquica na experiência traumática da histeria acontece em dois tempos, ou, mais precisamente, *a posteriori*. Vejamos um exemplo. Em férias nos Alpes, Freud é procurado pela filha da dona do albergue em que está hospedado. Katharina o consulta pois tem sofrido de falta de ar, sensações de sufocamento, pressão na cabeça e nos olhos, além de frequentemente ter a visão do rosto de um homem com uma expressão terrível. A jovem conta ter testemunhado, de modo involuntário, o próprio

pai tendo relação sexual com a prima. Após esse evento, passou alguns dias acamada em estado febril, nauseada, e acabou relatando o que viu para a mãe. Isso redundou na separação do casal, e o pai, irado, acusou-a de gerar a confusão toda. Começaram então os sintomas de angústia e as visões. Durante a consulta ao ar livre, Katharina recorda que algum tempo antes, quando tinha 14 anos de idade, o pai havia se deitado junto a ela, encostado “uma parte do corpo dele” nela, ao que ela reagiu de modo decidido, exigindo que ele saísse de sua cama. Na ocasião, contudo, ela não tinha entendido o caráter sexual dessa investida. Somente quando viu a cena do pai em cima da prima é que compreendeu o que ele tentara fazer com ela. O evento posterior mostrou o verdadeiro e revoltante significado do anterior, daí sua náusea.

A primeira transformação radical desse modelo se dá com a constatação de que as representações obtidas pelo processo de rememoração terapêutica na clínica da histeria não eram necessariamente constituídas pelas lembranças inconscientes, mas poderiam ser também resultado de fantasias. Algo análogo deveria ocorrer em relação ao aspecto econômico do trauma. Freud postula então a existência de pulsões sexuais. A pulsão seria uma excitação sexual interna calcada sobre o corpo, em especial sobre as funções fisiológicas, como comer, defecar, urinar (FREUD, 1972b). Vemos assim que, com o abandono parcial da teoria do trauma, o corpo da histérica deixa de ser vítima de um trauma sexual para se tornar seu autor, ainda que de modo indireto.

Entre 1923 e 1927, novos conceitos sobre a sexualidade serão criados: a fase fálica e a importância insuspeitada da relação da menina com sua mãe na organização pré-edípica. Nessa nova teoria, a sexualidade da mulher passa a ser pensada fora de um quadro de simetrias com a sexualidade do homem. Além disso, em 1920 ocorre também uma verdadeira revolução na teoria freudiana das pulsões, que passa a incluir a pulsão de morte, articulando de modo indissociável toda e qualquer satisfação sexual a elementos sadomasoquistas. O resultado prático é que a lógica pulsional se emancipa radicalmente da racionalidade imanente à biologia, permitindo que o sentido da experiência de insatisfação sexual passe de um estatuto de ferramenta da adaptação vital para aquele de solução paradoxal no interior de uma economia psíquica organizada pelo masoquismo. Vejamos como essas novidades marcam a teoria freudiana da histeria.

A fase fálica seria uma fase da organização sexual infantil em que as crianças de ambos os sexos compreenderiam a sexualidade a partir do postulado da presença de um falo em todos os seres. O erotismo seria intensamente experienciado nos genitais, e as fantasias masturbatórias das crianças se organizariam em torno das figuras parentais. Segundo Freud, a educação se encarregaria de barrar tais experiências prazerosas com repreensões e ameaças por parte dos adultos. Contudo, a atividade e a fantasia masturbatória não cederiam a tais oposições a não ser a partir do complexo de castração. A partir daí, os caminhos dos meninos e das meninas se separariam um do outro.

Freud descobre que, ao interpretar a diferença dos genitais como castração no próprio corpo, as meninas sofrem uma dolorosa ferida narcísica. As interdições dos adultos em relação à masturbação contribuem para uma interpretação dessa ausência enquanto castigo. Freud elenca três possibilidades de destino da vida sexual da menina a partir da castração: a vida erótica seria abandonada como um todo, a menina se recusaria a acreditar na perda definitiva do pênis ou ela reconstruiria sua vida erótica pela via da feminilidade. Esta última via implicaria três profundas mudanças na vida pulsional da menina. Em primeiro lugar, a substituição da erogeneidade clitoridiana pela erogeneidade vaginal. Em segundo lugar, a substituição da mãe pelo pai como objeto de amor. Em terceiro lugar, o deslocamento da modalidade ativa de satisfação pulsional para formas passivas. Segundo Freud, essas mudanças seriam irrealizáveis sem o auxílio do componente masoquista da constituição psíquica, o qual assumiria assim um valor funcional na constituição da feminilidade.

A partir de tal quadro formado pelos complexos de Édipo e de castração da menina, a compreensão freudiana da histeria passa a tentar mapear os tortuosos caminhos de seu desejo. Cada um dos elementos distintivos da neurose histérica será assim objeto de uma releitura. As fantasias de sedução pelo pai ou tio, a aversão à genitalidade e finalmente o investimento narcísico em figuras femininas idealizadas serão reexaminados sob a ótica do complexo de Édipo. Vejamos como isso se dá.

A situação triangular é um elemento frequente da situação histérica. No caso Dora (1972a), por exemplo, Freud considera retroativamente que é a relação da histérica com a Sra. K. que tem o centro de gravidade psíquico. Ora, a identificação com a mulher idealizada – a Sra. K. ou a Madona –

aparece como a finalidade para a qual Dora se aproxima através de uma aparente escolha objetal heterossexual, o Sr. K. Na histeria o interesse heterossexual se mostraria assim a serviço de uma relação homossexual com uma mulher idealizada. Para Freud, tal fixação da histérica em figuras femininas idealizadas tem sua origem na relação pré-edípica com a mãe. Nesse sentido, a histérica não realizaria o percurso completo da mãe para o pai na busca pelo falo perdido na castração.

No campo da erogeneidade corporal, o complexo de castração deixaria sua marca pela dificuldade ou impossibilidade de gozo genital, expressando-se pelo evitamento das relações sexuais, pela frigidez, pelo vaginismo ou pela dificuldade em atingir o orgasmo. As crises ou sintomas conversivos teriam uma função substitutiva, compensatória do erotismo genital, através de formas deformadas de satisfação e castigo inconsciente.

Em suma, segundo a releitura da histeria pelo complexo nuclear das neuroses, esta passa a ser compreendida como uma problemática articulada à fase fálica e ao complexo de castração. Diante da ferida ou ameaça narcísica operada pelo complexo de castração, dois elementos da subjetividade seriam afetados: por um lado, a identificação inconsciente ao gênero, que seria de algum modo interrogada, numa tentativa de contornar a castração fixando-a em um dos gêneros e idealizando o outro. Por outro lado, a erogeneidade genital se veria obstruída, gerando formas compensatórias e deformadas de satisfação sexual. Enfim, o objeto do desejo do sujeito histérico seria investido no interior de uma estrutura triangular, em que o desejo de um outro indicaria a cada vez um ideal narcísico inatingível, com os elementos de autossuficiência, perfeição e, eventualmente, periculosidade para o sujeito que lhes são inerentes.

Nesse quadro, vale chamar a atenção para a aproximação, bastante comum e justificada, entre histeria e feminino. Para além da raiz etimológica, a própria história da psiquiatria e da psicanálise atesta que a prevalência da neurose do tipo histérica em mulheres foi responsável pela associação quase permanente entre o quadro clínico e o gênero.

A propósito, é importante destacar que Freud vincula a constituição de uma determinada identidade de gênero ao posicionamento perante a castração. Em outras palavras, a criança se define como homem ou mulher pelo conjunto das representações e construções hipotéticas a respeito de suas realidades físicas. Para o autor, o sintoma histérico pode ser lido como

uma frustração inconsciente frente à ausência do falo (FREUD, 1976b, p. 161), ao passo que a neurose obsessiva masculina operaria na chave da angústia de castração. Mais precisamente, a histeria é uma patologia cuja questão fundamental gira em torno da identidade de gênero. De acordo com Freud (1976c, p. 168), “os sintomas histéricos são a expressão, por um lado, de uma fantasia sexual inconsciente masculina e, por outro lado, de uma feminina”. Portanto, antes de se tratar na histeria de uma exacerbação do caráter feminino – potencialmente presente tanto em homens quanto em mulheres –, é necessário lembrar que, sob influência de Fliess, Freud tem em mente a teoria da bissexualidade primária na psicogênese da histeria.

Em “Sexualidade feminina”, de 1931, Freud buscará esclarecer de que maneira opera o Édipo na menina, tendo em vista a inversão de escolha de objeto, que não ocorre no rapaz. Para resolver essa questão, Freud sublinha a importância da fase pré-edípica no desenvolvimento psicosssexual feminino e dos efeitos do prolongamento da vinculação materna. Um possível encaminhamento para a questão das relações entre a histeria e a feminilidade pode ser lido no mesmo texto: “Antes de tudo, não pode haver dúvida de que a bissexualidade, presente, conforme acreditamos, na disposição inata dos seres humanos, vem para o primeiro plano muito mais claramente nas mulheres do que nos homens” (FREUD, 1974b, p. 262). Estando a mulher mais sujeita à convivência com a bissexualidade – seja pelo caminho mais sinuoso de sua travessia do complexo de Édipo, seja, como defende Freud, pelo caráter já dual das representações de seus órgãos genitais –, possivelmente a questão da definição do gênero a assolaria de forma mais direta.

A histeria em Lacan

Para Lacan, assim como para Freud, a histeria está associada geralmente ao sexo feminino, embora nem sempre isso ocorra. “Damos-lhe agora o gênero no qual esse sujeito se encarna mais frequentemente” (LACAN, 1991, p. 107); “dizendo *industriosa*, fazemos a histérica uma mulher, mas esse não é seu privilégio” (LACAN, 1991, p. 36). Na medida em que ele costuma referir-se ao sujeito histérico no feminino e associar diferentes papéis no circuito da histeria às mulheres e aos homens, sua discussão da histeria chama a atenção de modo especial para as questões de gênero.

Em termos estruturais, afirma Lacan (1998, p. 407), a histérica coloca-se no lugar daquilo que está faltando no Outro, que o completaria: “Ela identifica-se [...] a um objeto”. O tempo todo a histérica questiona-se sobre o desejo do Outro: se ele deseja e o que ela deseja. Logrando entender o desejo do Outro, ela pode constituir-se como o objeto cuja elisão provoca esse desejo. Ou seja, é em virtude do desejo do Outro que ela sustenta sua posição: “O sujeito histérico constitui-se quase inteiramente a partir do desejo do Outro” (LACAN, 1998, p. 365). Enquanto o obsessivo coloca-se na posição de espectador, a histérica “identifica-se ao espetáculo” (LACAN, 1966, p. 304).

Constituir-se como objeto do desejo do Outro implica por vezes compartilhar um lugar já ocupado por outrem: “É na medida em que ela ou ele reconhece num outro, ou numa outra, os indícios de seu desejo, a saber, que essa outra ou esse outro está diante do mesmo problema de desejo que ela ou ele, que se produz a identificação – com todas as formas de contágio, de crise, de epidemia, de manifestações sintomáticas que são tão características da histeria” (LACAN, 1998, p. 407-408).

O caso da mulher do açougueiro, paciente de Freud, funciona para Lacan (2001, p. 557) como o “paradigma” do funcionamento da histeria. No sonho da “bela açougueira”, como a chama Lacan, sua amiga não realiza seu desejo por salmão, assim como ela na vida real não realiza seu desejo de comer caviar. Há, portanto, uma identificação histérica entre ela e a amiga. E na raiz dessa identificação está a posição similar de ambas como objeto de desejo de seu marido. Desejar um desejo não satisfeito é a maneira que ela encontra de conseguir essa identificação.

Outro dado importante da história da açougueira é que, ao se privar de caviar, ela não apenas impede a gratificação de seu desejo – ela também frustra o desejo do marido de agradá-la oferecendo-lhe caviar. A histérica esforça-se para manter o desejo do Outro insatisfeito de forma a permanecer desejada, a preservar sua posição como objeto: “O desejo só se mantém pela insatisfação que lhe é dada ao se escapar-lhe como objeto” (LACAN, 1966, p. 824). Ou seja, a histérica mantém-se como objeto do desejo do Outro na medida em que ela evita tornar-se o objeto de seu gozo – nesta última condição, ela tende a se sentir usada pelo Outro, considerar-se como mero instrumento de sua satisfação. No caso da mulher do açougueiro, ainda que ela tivesse ciúme da amiga, provavelmente também lhe comprazia perceber no marido um desejo insatisfeito pela amiga e até

figurar-se oferecendo a amiga para que o marido obtivesse satisfação à sua revelia. Há sempre alguma forma de transferência de gozo na histeria; “para a histérica, não é dela que se goza” (LACAN, 1958-1959, 17 de junho de 1959).

A histérica não deseja diretamente, é apenas objeto do desejo do Outro, que é quem efetivamente deseja. Ela não se pergunta, por exemplo, “eu o amo?”, mas “ele me ama?”. Isso se coaduna com a observação de Freud (1974c, p. 105) sobre o tipo narcisista de escolha objetal, também predominante nas mulheres: “Sua necessidade não se acha na direção de amar, mas de serem amadas; e o homem que preencher essa condição cairá em suas boas graças”. É a partir, pois, do desejo do Outro que se constitui o desejo da histérica: aqui a fórmula “o desejo é o desejo do Outro” encontra sua expressão mais precisa. Há assim uma subordinação ao Outro: “O que a histérica quer – eu digo isso para aqueles que não têm a vocação, deve haver muitos – é um senhor. Isso é absolutamente claro. A tal ponto inclusive que é preciso colocar a pergunta se não é daí que veio a invenção do senhor” (LACAN, 1991, p. 150).

Entretanto, na medida em que ela mantém insatisfeito o desejo do Outro, este é um senhor sobre o qual ela tem controle, que funciona como um fantoche. “Dito de outro modo, ela quer um senhor sobre o qual ela reina. Ela reina, e ele não governa” (LACAN, 1991, p. 150). Sua postura em relação ao senhor é de desafio: “A histérica não é escrava. [...] Ela faz a sua maneira uma certa greve. Ela não entrega seu saber. Ela desmascara entretanto a função do senhor com a qual permanece solidária” (LACAN, 1991, p. 107). Enquanto o obsessivo geralmente avoca a responsabilidade por tudo, a histérica busca transferir toda responsabilidade ao Outro. As primeiras sensações sexuais na infância, por exemplo, que no obsessivo se associam a sentimentos de culpa e vergonha, na histérica são imputadas a intenções sedutoras por parte do Outro, a quem é atribuído todo papel ativo. Como parceiro sexual, o Outro desperta rivalidade na histérica, se é demasiado assertivo, ou insatisfação, no caso oposto. Como detentor de conhecimento e poder, o Outro tem seus limites testados o tempo inteiro. Assim, embora a crença na autoridade tenha importância fundamental para a histérica, em última instância ninguém consegue reunir, a seu ver, plenas condições de exercê-la, o que a leva, de forma aparentemente contraditória,

a um questionamento permanente, ou mesmo a trocar frequentemente de senhor.

Em seu afã de captar o desejo do Outro, de constituir seu desejo a partir do Outro, a histérica acaba identificando-se com ele: perfilha o desejo de seu parceiro como se fosse o dela, deseja como se fosse ele, ou seja, como se fosse um homem. Quando a mulher do açougueiro percebe nele um desejo por sua amiga, que não corresponde ao tipo físico que ele prefere, tal desejo torna-se para ela um enigma a ser decifrado. Esse enigma tem duas faces. Por um lado, ela quer saber o que torna a amiga interessante para o marido, o que a amiga tem de especial, a mais do que ela, diferente dela. Por outro lado, ela indaga-se como o marido funciona enquanto ser desejante. É por isso que, em seu sonho, ela não apenas se identifica com sua amiga, como objeto do desejo do marido, mas simultaneamente se coloca no lugar do marido e deseja sua amiga como ele – ou seja, ela tenta reproduzir o desejo do marido a partir da perspectiva dele para poder entender esse desejo. “É esta questão que se torna o sujeito aqui mesmo. Em que a mulher se identifica com o homem e a posta de salmão defumado aparece no lugar do desejo do Outro” (LACAN, 1966, p. 626). O aspecto fático do salmão faz todo sentido: o marido deseja a amiga, que deseja o salmão; segue-se que o salmão está para a amiga assim como a amiga está para o marido; a amiga é, pois, homóloga ao salmão, é o falo, como significante do desejo do marido. No triângulo do desejo, “a histérica se reconhece nas homenagens prestadas a uma outra, e oferece a mulher em que ela adora seu próprio mistério ao homem do qual ela toma o papel sem poder gozar dele” (LACAN, 1966, p. 425).

A condição das históricas implica “fazerem o homem [...] e serem por isso *hommossexuais* ou *fora-sexo*” (LACAN, 1975, p. 79, grifos do autor). A expressão “fazer o homem” admite duas leituras: por um lado, a histérica ancora o desejo masculino, permitindo ao homem se afirmar como tal; por outro, ela desempenha o papel masculino, toma o lugar do homem. “A identificação da histérica pode perfeitamente subsistir de uma maneira correlativa em várias direções” (LACAN, 1998, p. 326). Em função dessa polivalência da histérica, o triângulo do desejo é frequente em casos de histeria, podendo formar-se inclusive a partir de um casal de lésbicas, quando uma mulher descobre em sua parceira o desejo por uma terceira e põe-se a desejar igualmente esta última.

No esquema mais comum, a histérica identifica-se ao mesmo tempo com dois outros imaginários, uma segunda mulher (o objeto de desejo do Outro) e um homem (a versão degradada do Outro) (MILLER, 2005, p. 126-127, 209). Essa duplicidade implica uma ambivalência, de modo que a questão primária colocada para a histérica incide sobre sua posição sexual: “Eu sou um homem ou sou uma mulher?” (LACAN, 1981b, p. 193).

O que caracteriza a posição histérica é uma questão que se relaciona precisamente com os dois polos significantes do macho e da fêmea. A histérica a formula com todo seu ser – como se pode ser macho ou ser fêmea? Isso implica efetivamente que a histérica tem de todo modo sua referência. A questão é aquilo em que se introduz e se suspende, e se conserva, toda a estrutura da histérica, com sua identificação fundamental ao indivíduo do sexo oposto ao seu, através da qual seu próprio sexo é interrogado (LACAN, 1981b, p. 283).

Não se trata de saber qual é seu sexo, a questão mais precisa é: “O que é ser uma mulher?”. E essa questão é igualmente válida para o sujeito histérico masculino (LACAN, 1981b, p. 193). A polivalência da histérica, ligada a sua questão fundamental, determina ao mesmo tempo que a resposta a esta seja confusa e que seu desejo seja incerto: “Na busca sem descanso do que é ser uma mulher, ela pode apenas enganar seu desejo, posto que seu desejo é o desejo do outro” (LACAN, 1966, p. 452).

A compreensão da histeria com base num esquema geométrico com posições determinadas confere ao conceito uma grande latitude. Antes de mais nada, como o fator constante são as posições e não seus ocupantes, pode-se permutar o gênero e encarar a histeria sob o prisma masculino. E, muito além disso, abre-se a possibilidade de cogitar aplicações do conceito fora do domínio clínico. Nesse sentido, no final dos anos 1960, Lacan passa a se reportar à histeria não apenas como uma categoria nosológica, mas também como uma modalidade de laço social. Em sua perspectiva, o mesmo tipo de estrutura que articula o sujeito histérico a seu entorno pode ser encontrado em diversas situações da vida social. Muitas vezes, trata-se de situações em que há uma interpelação de uma autoridade ou de uma instituição, interpelação que pode ter as conotações de demanda, de reivindicação, de questionamento. Quem interpela pode ser um indivíduo ou um grupo; no último caso, partilhar uma mesma posição constitui um móbil de identificação entre os integrantes do grupo. Cumpre assinalar que aquele que interpela não pode ser tomado forçosamente por um sujeito histérico na acepção clínica; o termo “histeria”, assim como os que dele

procedem, é empregado nesse caso em razão da homologia com o arranjo de posições descrito anteriormente. E, como atestam outros capítulos deste livro, não há novidade em derivar conceitos psicanalíticos para além do contexto de origem, embora seja menos comum que a iniciativa para tanto parta da própria psicanálise.

Histeria contemporânea

Não é difícil constatar que, atualmente, a histeria tende a perder terreno como uma categoria diagnóstica convenientemente delimitada. Simultaneamente, porém, conforme veremos, ela firma-se como uma força que atua nos bastidores, como uma espécie de metapatologia subjacente ao funcionamento da psicanálise (através do mecanismo de histericização presente no dispositivo analítico) e mesmo da psiquiatria (através de seu jogo de esconde-esconde com as categorias psiquiátricas em processo de fragmentação). Desse modo, ela retoma sua longa história como patologia ambígua e difusa, aparecendo ademais como laço social que transcende a clínica.

Na psicanálise, num certo sentido, a histeria clássica segue sendo uma referência: quando se quer demonstrar que o diagnóstico de histeria é particularmente apropriado para um dado paciente, um recurso óbvio é fazer um paralelo com os casos freudianos. Ou seja, esses casos ainda se afiguram como os mais emblemáticos em matéria de histeria. Não obstante, entre os próprios psicanalistas, admite-se que os quadros históricos característicos da época de Freud são relíquias do passado. Numa intervenção em Bruxelas, em 1977, Lacan (1981a, p. 5) pergunta-se: “Para onde foram as histéricas de outrora, essas mulheres maravilhosas, as Anna O., as Emmy von N...?”. E ele próprio coloca-nos na pista da resposta, ao lembrar que “elas desempenhavam [...] um certo papel, um papel social determinado” (LACAN, 1981a, p. 5), sugerindo assim que esse papel foi afetado pela mudança das condições históricas. Certamente Lacan está considerando aqui, em especial, a passagem da repressão ao gozo para o imperativo do gozo. Esse movimento, por sua vez, está ligado ao fenômeno que, no âmbito da teoria social, é caracterizado por autores como Max Horkheimer como declínio da autoridade paterna, e que, como observa

Vladimir Safatle (2008, p. 130), encontra seu equivalente na descrição lacaniana do enfraquecimento da figura paterna.

Já nos casos clínicos freudianos, é frequente a presença de pais fragilizados, e Lacan sugere que o próprio surgimento da psicanálise está relacionado com esse contexto. Quando, porém, em nossa época, esse fenômeno se acentua, uma mudança qualitativa entra em cena. Observador arguto, Lacan enfrenta diretamente essa questão em seu último ensino, nos anos 1970. O eixo clínico, para ele, desloca-se da neurose para a psicose, e da estrutura (que tem um caráter geral) para o sintoma (que tem um caráter singular). Sem dúvida, a intenção de Lacan não é substituir simplesmente a clínica estrutural pela clínica borromeana; ambas, na verdade, coexistem e complementam-se. De qualquer forma, há uma perda relativa de importância da histeria quando a neurose e a própria ideia de estrutura deixam de ter a primazia. No mesmo diapasão, autores lacanianos atentos à relação entre a clínica e o social apontam para um declínio do recalque (em termos de estrutura psíquica) como desdobramento de um declínio da repressão (em termos de estrutura social): “O interdito – como o recalque – perdeu hoje seu lugar proeminente” (LEBRUN, 2007, p. 426). Um sinal adicional da insuficiência das categorias tradicionais da psicanálise na conjuntura atual é o fato de, nas correntes de orientação lacaniana, despontarem novos rótulos para dar conta das patologias contemporâneas: “psicose ordinária”, “perversão ordinária”, “casos inclassificáveis” etc. Fala-se inclusive em “novas histerias”, para designar fenômenos como depressões e transtornos alimentares, o que, se por um lado recupera o conceito de histeria, por outro indica que ele já não opera como antes. E constata-se que as fronteiras entre as estruturas clínicas em geral tendem a se tornar menos nítidas em nossos dias: embora se diga normalmente que a histeria seja o retorno do reprimido no corpo, enquanto a neurose obsessiva é o retorno do reprimido na mente, essa distinção, observa Bruce Fink (1997, p. 115), vem recuando. Podemos supor, assim, que os casos freudianos aparecem como emblemáticos porque a histeria apresentava-se então de forma mais consistente como fato clínico, e, por conseguinte, seu diagnóstico podia ser feito com maior clareza.

Ao mesmo tempo que a visibilidade da histeria como patologia diminui, sua validade é reforçada em outra direção. Historicamente, a psicanálise emerge como um método terapêutico que permite a Freud responder de

modo eficaz à demanda de suas pacientes históricas. E o estabelecimento de qualquer relação analítica, argumenta Lacan, pressupõe uma etapa preliminar de historicização, através da qual o sujeito se coloca como sintoma e demanda respostas por parte do analista – por definição, o analisante é um sujeito historicizado, ainda que não seja necessariamente histórico. Ou seja, aquilo que preside a gênese da psicanálise não cessa de se reproduzir a cada análise individual. É esse *modus operandi* que empresta à psicanálise seu traço distintivo e lhe permite contrapor-se à perspectiva biologicista que ora predomina na psiquiatria: em contraste com esta, a psicanálise escuta de fato seus pacientes, trata-os como sujeitos.

Quanto à psiquiatria contemporânea, o lugar da histeria pode ser compreendido à luz dos movimentos classificatórios dos transtornos mentais, sintetizados nas últimas versões do DSM. Algumas críticas à metodologia classificatória do manual, que partem do próprio campo da medicina, são circunscritas por John Sadler, Hugus, Osborne *et al.* (1994).

Um problema fundamental é a não valorização de aspectos históricos da vida do sujeito. Mesmo quando estes são considerados, a preocupação restringe-se aos sintomas, relegando-se a história do indivíduo a um *background* nosológico. A histeria, nesse caso, acaba reduzida apenas a seus sintomas clássicos, de modo que pode ser enquadrada na categoria dos transtornos de personalidade, especialmente no transtorno de personalidade histriônica, que lista dentre seus critérios diagnósticos o item “a interação com os outros frequentemente se caracteriza por um comportamento inadequado, sexualmente provocante ou sedutor”, e, ainda, o item “exibe autodramatização, teatralidade e expressão emocional exagerada” (APA, 2000).

Outra crítica dos autores é direcionada à pretensão atórica do DSM, no qual as descrições diagnósticas se pautam preferencialmente por correlatos psiquiátrico-biológicos, desconsiderando uma psiquiatria de sistemas e famílias teóricas. Ora, se a histeria pode ser considerada uma patologia ligada à mimese, em que o outro e a identificação têm papel fundamental, é de se esperar que seus sintomas migrem de acordo com o contexto social e nosológico de cada época. Se o que está em jogo é uma patologia potencialmente mutante e, desde sua conceituação pré-psicanalítica, carente de correlatos orgânicos, é possível compreender por que o DSM exclui a histeria como patologia. Em sua lógica classificatória, não há espaço para

um quadro de sintomas nômades, tampouco para uma compreensão ontogenética e não sintomatológica de sofrimento.

O expurgo da histeria como patologia pode ser também descrito como uma fragmentação diagnóstica. Conforme apontam Silvia Leonor Alonso e Mario Pablo Fuks (2004, p. 227) a respeito do DSM, “há uma tentativa de fragmentação, de dispersão de sintomas e de desligamento destes em relação a sua etiologia sexual e ao conflito psíquico, ou seja, aquilo que Freud juntou ao escutar seus pacientes, construindo um quadro que atualmente é compreendido separadamente”.

Sendo a histeria caracterizada pelo já citado modo de funcionamento mimético, oriundo de sua problemática ligada à identificação deficitária com o outro, a proliferação de psicopatologias parece configurar-se como um terreno fértil no qual certo regime de sofrimento encontra expressões adaptadas a seu momento social. Essa sintonia envolve não apenas a produção das patologias, mas também seu regime de consumo. Um exemplo disso é a “doença do pânico”, classificação da nova psiquiatria que oferece à clientela simultaneamente uma nova entidade, um novo sintoma corporal e um novo tratamento orgânico. O efeito desse oferecimento é um grande sucesso, alimentado, sobretudo, por levas de sujeitos histéricos em busca de uma identidade oferecida pelo saber médico. Dentro da mesma lógica, o lançamento do Prozac nos anos 1990 foi acompanhado de grandes esperanças quanto à erradicação de todo tratamento psicoterápico, já que essa era a droga por excelência para o tratamento do *self*.

Por outro lado, a fragmentação serve igualmente à psiquiatria. Bane-se da nosografia uma categoria que traz a incômoda lembrança de uma psiquiatria de grandes sistemas teóricos e de explicações mais dinâmicas e menos orgânicas, e que carrega também o ranço psicanalítico de pretensões explicativas não orgânicas (sexuais), insuscetíveis, portanto, de tratamento medicamentoso. Ora, se a nosologia psiquiátrica constrói-se cada vez mais a partir da oferta de medicamentos, ter em seu interior uma unidade patológica maciça caracterizada pela não organicidade de seus sintomas questionaria sua lógica diagnóstica por completo. Assim, excluir a histeria como patologia, como tem sido sistematicamente feito com outras categorias, serve à ambição totalizante e de descritibilidade orgânica da psiquiatria “ateórica”. Os indivíduos que não respondem ao tratamento medicamentoso estão agora separados em classes nas quais sua

“peculiaridade” pode ser individualizada. O que unia as histéricas de Freud – a causa não orgânica das afecções –, e que proporcionou um tratamento que reconhecia sua etiologia majoritariamente sexual, é hoje o que justifica sua cisão diagnóstica.

No entanto, a histeria, excluída de uma nomeação patológica unificadora na psiquiatria, parece reconstituir-se em outro campo. Os ambulatórios de outras especialidades da medicina acabam funcionando como o destino final de muitos sujeitos psicanaliticamente compreendidos como histéricos. A histérica realiza hoje, novamente, a peregrinação entre as inúmeras especialidades médicas, e, diagnosticada como tal nesses ambulatórios, vê-se reencaminhada para serviços de psicoterapia onde seu sofrimento – não orgânico – pode ser escutado com propriedade. A dermatologia, a urologia, a ginecologia, a reumatologia e a cardiologia, por exemplo, por não reconhecerem as causas físicas de sofrimentos que se manifestam em suas clínicas, reagrupam seus pacientes em grupos constituídos por “fatores psicogênicos”. O caminho não parece ser individualizar o caso como “transtorno sexual” ou “transtorno corporal” em cada especialidade, mas antes é um reconhecimento do fator etiológico do psiquismo, ainda que implícito. Nesse contexto, é curioso observar como o caráter não orgânico de epilepsias parece chocar novamente alguns neurologistas, de acordo com uma reportagem da revista *Pesquisa FAPESP* intitulada “Histeria de volta à cena” (FIORAVANTI, 2005).

Expurgada dos manuais oficiais, a histeria parece desse modo rondar a psiquiatria como um espectro. Não satisfeita em habitar os escaninhos que lhe são destinados, ela faz sua intromissão em outras categorias psiquiátricas, perambula como nos velhos tempos nas diversas clínicas médicas e, graças a esse poder de multiplicação, retroalimenta paradoxalmente a própria lógica fragmentária que a rejeitou. Mas também aqui não se trata mais meramente da histeria como um fato clínico. Observa-se aí a incidência direta de determinantes sociais na patologia individual. Por exemplo, para atender às exigências dos ideais culturais, vinculados em geral às injunções da sociedade de consumo, o sujeito histérico é capaz de submeter seu corpo aos procedimentos mais diversos, num ciclo infundável. O preço dessa submissão, muitas vezes, é bastante alto, como no caso dos anoréticos, bulímicos e vigoréticos, que se sujeitam a dietas extremas e a inúmeras cirurgias plásticas na esperança de chegarem

a um ideal inatingível. Se eles pagam caro, seu empenho representa uma via de identificação, pois lhes proporciona um nome e um reconhecimento no meio. Não são raras as vezes em que, em um hospital, esses pacientes se tornam conhecidos a partir de seu sintoma e de sua particularidade, por exemplo, a mulher da máscara, a mulher da cadeira de rodas, a que vomita, entre tantos outros. Além disso, a relação com o *establishment* médico serve igualmente para canalizar a postura histórica de questionamento e reivindicação; sendo o aparato médico uma instituição que faz parte da sociedade, a dimensão social dessa postura ganha relevo. Assim, a histeria como patologia remete a fatores sociais e inscreve-se no âmbito mais amplo da histeria como modalidade de laço social.

Um campo particularmente sensível às determinações sociais da histeria é o da identidade de gênero, visto que a histeria tem como questão fundamental a indagação inconsciente “Eu sou um homem ou sou uma mulher?”, ou “O que é ser uma mulher?”. Aqui também intervém de maneira crucial o declínio da autoridade paterna, exacerbado no período recente, na medida em que ele interfere diretamente nas possibilidades de identificação abertas para a criança e em que ele está associado aos regimes de gozo vigentes.

Analisando mulheres da era vitoriana, Freud relacionava a etiologia da histeria ao recalçamento da sexualidade. Hoje, quando a liberdade sexual é muito mais significativa, podendo-se expor o corpo e conversar de forma relativamente desembaraçada sobre dúvidas e questões sexuais, isso não impede que sintomas da ordem da histeria apareçam. O que se percebe são novas formas de mostrar o sofrimento e o adoecimento psíquico. Se antes as mulheres não tinham a possibilidade de dar opinião ou expressar seus desejos, esse caminho mostra-se bem menos obstruído atualmente: elas podem estudar na universidade, trabalhar, participar da vida política, não precisam restringir-se aos cuidados com os filhos etc. Em parte, isso se deve também à luta das próprias mulheres – cujos êxitos incluem, ironicamente, entre outros tantos, o do *lobby* feminista que deu sua parcela de contribuição para eliminar do DSM a histeria, por considerá-la uma etiqueta estigmatizante do sexo feminino. Não obstante, sintomas históricos continuam proliferando no corpo e para além deste. Como ocorria no passado, a histeria mimetiza o que apreende a seu redor. Denunciando as impossibilidades do outro, a mulher histórica faliciza-se, “se faz homem”:

com a inserção no mercado de trabalho ela assume um novo lugar social. E se, ao apontar as falhas no outro, a mulher histérica pode dar a impressão de que não sofre, de fato ela padece, sim, com os novos costumes e novas exigências, ao tentar adaptar-se ao que acredita ser esperado dela. É essa, por exemplo, a situação de Vera, relatada no capítulo sobre casos clínicos desta obra: a anorexia, sintoma relacionado de forma mais geral à influência dos padrões estéticos vigentes na sociedade, articula-se ao mesmo tempo à atitude da paciente diante das expectativas dos pais.

Uma mudança simétrica tem lugar entre os homens. Para Paul Verhaeghe (2004, p. 371), a ideia de “uma relação essencial entre mulheres e histeria [...] é meramente um artefato histórico, enraizado no longo domínio patriarcal”, e o declínio deste afeta os homens de modo decisivo, “fazendo da estrutura histérica uma realidade para eles também”. É ilustrativo, a propósito, o caso clínico atual de um paciente com cerca de 30 anos, atendido em um hospital psiquiátrico da rede pública, no setor dedicado a casos de doenças orgânicas sem base fisiológica. Rodrigo sofria de uma paralisia nos membros inferiores que requeria o uso de cadeira de rodas. Já tinha frequentado diversas especialidades médicas e feito uma avaliação neuropsicológica que confirmara o quadro psicogênico. Na análise, revelou sofrer de inúmeras outras doenças, descritas com impressionante precisão médica. Apesar da resistência inicial, foi capaz de se distanciar das justificativas de que as “fraquezas nas pernas” teriam começado de repente, no trabalho, e passou a fazer associações que evidenciavam a relação dos sintomas com sua história de vida e suas dificuldades emocionais. Casado havia alguns anos, ele tinha uma filha adolescente, fruto de outro relacionamento, e um filho recém-nascido. Os sintomas iniciaram-se junto com a gravidez da esposa e, quando a criança nasceu, ele já estava com as pernas totalmente paralisadas e fazendo uso de cadeira de rodas. Além disso, chegou a perder o controle dos esfíncteres. Segundo suas próprias palavras, “minha mulher ficou com dois bebês no colo, ela tinha de cuidar de nós dois. Até hoje, mesmo meu filho já tendo três anos e eu tendo conseguido voltar a andar com o auxílio da bengala, ainda tenho dificuldade de segurá-lo nos braços”. O paciente mantinha uma relação muito próxima com a mãe e dizia ser difícil sair de casa e ter de constituir uma família. Em decorrência de seu quadro, havia deixado de trabalhar. E, devido às limitações físicas e ao temor de que algo ruim lhe

pudesse acontecer, comparecia ao hospital acompanhado ora da mãe, ora da cunhada. Ali, era bastante conhecido por sua história de vida, por conhecer com riqueza de detalhes seus sintomas e por demandar continuamente uma confirmação de sua patologia, reivindicando inclusive relatórios para que pudesse receber o auxílio-doença. Não é difícil deduzir que, para Rodrigo, ter de assumir a posição de homem e, mais ainda, de pai de um menino que ele deveria ajudar a criar pareceu algo insuportável (embora já tivesse uma filha, não participara de sua criação, encontrando-a apenas algumas vezes); diante disso, a solução encontrada foi perder inclusive a capacidade de cuidar de si mesmo. Chama a atenção aqui a extrema fragilidade da posição paterna, que vai além daquela normalmente encontrada nos casos de Freud (pense-se na impotência do pai de Dora, na tibieza do pai de Hans, na doença do pai do Homem dos Lobos, na mediocridade do pai do Homem dos Ratos). Além disso, é bastante significativa a forma como ela se manifesta – como se fora o caso de uma histérica freudiana típica, mas com a diferença fundamental de que se trata de um homem. A esse respeito, Lucien Israël (1976, p. 57-61) comenta que ao longo do tempo a histeria masculina usualmente se camufla sob máscaras como neurose de guerra, ataques de cólera ou hipocondria, enquanto sintomas clássicos como a paralisia são associados às mulheres, por força de uma cultura que contesta aos homens o direito de se exprimir dessa forma – “porque seria um direito à fraqueza, à fragilidade, à impotência”. Assim, a conversão histérica explícita de Rodrigo insere-se no contexto da superação de barreiras culturais de gênero.

Um modo de expressão privilegiado da histeria masculina hoje, que em outros tempos parecia igualmente reservado às mulheres, é o investimento no corpo – seja através da vigorexia, que a partir dos anos 1970 se populariza entre os fisiculturistas e mais tarde é impulsionada pelo *boom* das academias, seja através da figura do chamado “metrossexual”. Nesses dois casos, ainda que aparentemente opostos, fica claro que o homem deixa de lado sua posição tradicional de ser “aquele que deseja” e se oferece ao desejo de outrem, com base na captura do olhar proporcionada pelo corpo, hipermusculoso ou hipercuidado. O culto ao corpo, que acolhe, suporta e produz sujeitos histéricos, materializa-se em academias, clínicas estéticas, produtos cosméticos masculinos e também na exaltação da mídia.

Mas as mudanças contemporâneas nos estatutos de gênero não se restringem àquelas que afetam a feminilidade e a masculinidade. Nossa época assiste a uma verdadeira proliferação de gêneros. Como reflexo disso, os acrônimos que se propõem a representar os gêneros diferentes daqueles caracterizados pela biologia (incluindo estados híbridos e intermediários), bem como as orientações sexuais minoritárias, tornam-se cada vez mais complexos, passando de LGB (lésbicas, gays e bissexuais), lançado em países de língua inglesa nos anos 1980, ou GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), introduzido no Brasil nos anos 1990, para LGBTTIS (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, transexuais, intersexuais e simpatizantes) e similares. Casos menos convencionais rapidamente ganham visibilidade midiática. E não é raro que se estabeleçam rivalidades entre essas minorias, separadas entre si por diferenças sutis, ou que floresçam divergências políticas em torno de sua caracterização, numa manifestação daquilo que Freud (1974a, p. 136) chama de “narcisismo das pequenas diferenças”. Um fenômeno que aparece como limite é o do chamado *no gender* (“sem gênero”) – uma espécie de grau zero, à primeira vista na contramão da explosão de gêneros, mas que acaba funcionando como mais uma condição ou modalidade alternativa de gênero. Teorias *queer* mais radicais consideram o gênero uma construção puramente cultural, deixando de lado o fator biológico. Traduzindo na prática essa visão, algumas famílias têm optado por educar seus filhos como se não tivessem um gênero definido, ficando a critério dessas crianças fazer em algum momento uma opção. Na Suécia, uma escola com o nome de Egalia elimina da linguagem utilizada com as crianças as referências a gênero; *han* (ele) e *hon* (ela), por exemplo, são substituídos pelo termo neutro *hen*, cunhado em círculos feministas e gays. Na Austrália, a partir do precedente aberto por uma cirurgia malsucedida de transgenitalização, a própria lei passou a admitir a possibilidade de que uma pessoa seja considerada sem gênero; nos passaportes de seus cidadãos, agora as opções são masculino, feminino e “x”. No Reino Unido, o gabinete conservador de David Cameron anuncia planos de adotar providência semelhante.

Considerando que seja próprio do sujeito histórico se debater com a incerteza sobre seu próprio sexo, a ambiguidade de sua posição sexual, esses desenvolvimentos certamente não são alheios à lógica da histeria. Ademais, o fato de a histeria poder envolver uma falicização da mulher e

uma feminização do homem nos dá elementos para refletir sobre condições que de alguma forma se interpõem entre o masculino e o feminino. A alguns autores que buscam uma aproximação entre os *gender studies* e a psicanálise não escapam as conexões da problemática contemporânea de gênero com a estrutura histórica. Para Shanna T. Carlson (2010, p. 65-66), “a histérica tende a interrogar as normas sociais em geral, muitas vezes encarnando uma atitude que surge, em parte, a partir de uma profunda suspeita de que seu próprio corpo sexuado e sexual é incomensurável com as injunções culturais relativas a identidades de gênero”. Patricia Gherovici (2010, p. 39) argumenta que “o que o desafio sutil dessas pessoas em transição evoca é outra forma de provocação que tem sido associada historicamente com a histeria”, e que “o fenômeno transgênero pode ser compreendido como uma variação a partir da histeria, variação que introduz um novo modo de gozo no campo social” (GHEROVICI, 2010, p. 10).

Mesmo esses autores, todavia, reconhecem que apenas o recurso à histeria como categoria diagnóstica não é suficiente para dar conta da pluralidade de situações clínicas envolvendo gênero. Questões relativas ao gênero, afinal, podem estar presentes em qualquer estrutura. Além disso, se admitirmos um declínio do recalque na contemporaneidade, isso significa que configurações nosológicas que vão além da neurose são favorecidas. Lembre-se, a propósito, que a *Verleugnung* perversa implica a negação da diferença sexual. E que o empuxo à mulher é um efeito da forclusão do Nome-do-Pai na psicose – vide a feminização do presidente Schreber em sua paranoia (o próprio Lacan teve, no início dos anos 1950, um paciente transexual, de nome Henri, que cogitava submeter-se a uma cirurgia de mudança de sexo e que influenciou sua releitura do caso Schreber). Não há, observe-se ainda, um vínculo necessário entre questões de gênero (que, no sentido lato, abrangem orientação sexual e práticas sexuais) e patologia.

Quando pensada como laço social, no entanto, a histeria parece captar efetivamente a dinâmica da multiplicação de gêneros. Afinal, um aspecto fundamental associado à introdução de uma determinada identidade de gênero é o questionamento, associado em geral a uma demanda de reconhecimento, dirigido a alguma autoridade – legisladores, tribunais, serviços de saúde e de previdência etc. Essa operação serve também como um fator de coesão para aqueles que perfilham tal identidade. Além disso, na medida em que as reivindicações são sucessivamente atendidas, o foco

de insatisfação tende a se deslocar para outras reivindicações. Em última instância, esse movimento pode desdobrar-se em uma nova identidade de gênero, que, por seu turno, passa a tentar fazer valer seus direitos. Entre o questionamento histórico do gênero no âmbito do laço social e no âmbito da estrutura clínica há uma homologia estrutural: é o mesmo tipo de interpelação – e de identificação a ela vinculada – que está em jogo. Não há, contudo, uma correspondência biunívoca, visto que quem participa de um laço social histórico não é necessariamente histórico do ponto de vista clínico, assim como quem é clinicamente histórico pode fazer laço social de acordo com outras lógicas além daquela da histeria.

Cabe ainda ressaltar a dupla natureza do desafio histórico corrente aos paradigmas diagnósticos e de gênero. Por um lado, é verdade que a busca de identidade, através da escolha de patologia ou de gênero, apoia-se numa disposição de questionamento, de resistência, de denúncia do *status quo*, sob a forma, por exemplo, do aparato médico e das convenções sociais. Por outro lado, a construção da identidade por essas vias não subverte, no fim das contas, a lógica técnica e mercantil: a patologia é definida em referência a um quadro articulado pelo saber médico em convivência com a indústria farmacêutica, e a demanda por plasticidade em matéria de gênero conjuga-se facilmente com a demanda contemporânea por consumidores flexíveis, permeáveis a todas as formas de gozo. Nessa dupla natureza, reencontramos uma vez mais a ambiguidade que é indissociável da histeria.

Referências

- ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- BREUER, Josef; FREUD, S. *Estudos sobre a histeria* [1893]. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 2).
- CARLSON, Shanna T. Transgender Subjectivity and the Logic of Sexual Difference. *Differences*, v.

- 21, n. 2, p. 46-72, Jan. 2010.
- EY, Henri; BERNARD, P. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.
- FINK, Bruce. *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis: Theory and Technique*. Cambridge, MA; London: Harvard University Press, 1997.
- FIORAVANTI, Carlos. As máscaras da histeria. *Pesquisa FAPESP*, São Paulo, n. 117, 2005.
- FREUD, Sigmund. As neuropsicoses de defesa [1894]. In: *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 3).
- FREUD, S. As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal [1917]. In: *Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)*. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. p. 155-166. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 17).
- FREUD, Sigmund. Fantasia histérica e sua relação com a bissexualidade [1908]. In: *"Gradiva" de Jensen e outros trabalhos (1906-1908)*. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. p. 159-170. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 9).
- FREUD, Sigmund. *Fragmento da análise de um caso de histeria* [1905]. In: *Um caso de histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)*. Rio de Janeiro: Imago, 1972a. p. 1-119. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7).
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização* [1931]. In: *O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1917-1921)*. Rio de Janeiro: Imago, 1974a. p. 73-171. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21).
- FREUD, Sigmund. Sexualidade feminina [1931]. In: *O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1917-1921)*. Rio de Janeiro: Imago, 1974b. p. 255-279. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21).
- FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução [1914]. In: *A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*. Rio de Janeiro: Imago, 1974c. p. 83-119. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14).
- FREUD, Sigmund. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* [1905]. In: *Um caso de histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)*. Rio de Janeiro: Imago, 1972b. p. 121-252. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7).
- GHEROVICI, Patricia. *Please Select your Gender: From the Invention of Hysteria to the Democratizing of Transgenderism*. New York; London: Routledge, 2010.
- ISRAËL, Lucien. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris: Masson, 1976.
- JASPERS, Karl. *Psicopatologia geral* [1913]. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979. v. 1-2.
- LACAN, Jacques. *Autres écrits*. Paris: Seuil, 2001.
- LACAN, Jacques. *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.
- LACAN, Jacques. Intervention de Jacques Lacan à Bruxelles. *Quarto*, n. 2, 1981a.
- LACAN, Jacques. *Le séminaire, livre III: Les psychoses*. Paris: Seuil, 1981b.
- LACAN, Jacques. *Le séminaire, livre V: Les formations de l'inconscient*. Paris: Seuil, 1998.
- LACAN, Jacques. *Le séminaire, livre VI: Le désir et son interprétation*. Paris: Association Freudienne Internationale, 1958-1959. Publication hors commerce.
- LACAN, Jacques. *Le séminaire, livre XVII: L'envers de la psychanalyse*. Paris: Seuil, 1991.
- LACAN, Jacques. *Le séminaire, livre XX: Encore*. Paris: Seuil, 1975.
- LASÈGUE, E.C. On hysterical anorexia. In: KAUFMAN, M.R.; HEIMAN, M. (eds). *Evolution of psychosomatic concepts: anorexia nervosa: a paradigm*. New York: International Universities Press,

Inc., 1964, p. : 141–155. (Translated from *Archives Générales de Médecine*, April 1873.)
LEBRUN, Jean-Pierre. *La perversion ordinaire: vivre ensemble sans autrui*. Paris: Denoël, 2007.
MILLER, Jacques-Alain. *Silet: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
PEARCE, John M. S. Sydenham on Hysteria. *Eur Neurol*, n. 7, 2016, p. 175-181.
ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
SADLER, John; WIGGINS, Osborne P.; SCHWARTZ, Michael A. (Ed.). *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994.
SAFATLE, Vladimir. *Cinismo e falência da crítica*. São Paulo: Boitempo, 2008.
TRILLAT, Étienne. *História da histeria*. São Paulo: Escuta, 1991.
VERHAEGHE, Paul. *On Being Normal and Other Disorders: A Manual for Clinical Psychodiagnostics*. New York: Other Press, 2004.

⁸⁸ Usamos “identidades de gênero” por ser uma expressão que, embora não faça parte do vocabulário da psicanálise, permite uma aproximação com as discussões atuais das teorias de gênero, dos estudos feministas e da teoria *queer*. Esse debate diz respeito à distinção entre sexo e gênero, entre essencialismo e construtivismo, trazendo à tona a questão sobre o que é ser mulher e o que é ser homem.