



HAL
open science

psicopatologia freudiana não existe: Interações da clínica e da teoria na constituição dos modelos psicopatológicos na obra de Sigmund Freud

Renato de Praga Palma

► **To cite this version:**

Renato de Praga Palma. psicopatologia freudiana não existe: Interações da clínica e da teoria na constituição dos modelos psicopatológicos na obra de Sigmund Freud. Psychology. Université Côte d'Azur; Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024. Portuguese. NNT : 2024COAZ2008 . tel-04597983

HAL Id: tel-04597983

<https://theses.hal.science/tel-04597983>

Submitted on 3 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE DE DOCTORAT

La psychopathologie freudienne n'existe pas
Interactions de la clinique et de la théorie dans la constitution des
modèles psychopathologiques dans l'œuvre de Sigmund Freud

Renato DE PRAGA PALMA

Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales –
LAPCOS

Présentée en vue de l'obtention
du grade de docteur en Psychologie
d'Université Côte d'Azur
et de docteur en Psychanalyse
d'Université d'État de Rio de Janeiro
Dirigée par: Jean-Michel Vivès / Marco
Antonio Coutinho Jorge
Soutenue le : 26/02/2024

Devant le jury, composé de :
Jean-Michel Vivès, Professeur, Université
Côte d'Azur – UCA
Marco Antonio Coutinho Jorge, Professeur,
Université d'État de Rio de Janeiro – UERJ
Cristina Lindenmeyer, Professeure,
Université Sorbonne Paris Nord – UNIV-
SPN
Mário Eduardo Costa Pereira, Professeur,
Université de Campinas – UNICAMP
Guilherme Massara, Professeur, Université
Fédérale de Minas Gerais – UFMG



TESE DE DOUTORADO

A psicopatologia freudiana não existe

Interações da clínica e da teoria na constituição dos modelos psicopatológicos na obra de Sigmund Freud

Renato DE PRAGA PALMA

Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales –
LAPCOS

Programa de Pós-Graduação em Psicanálise – PGPSA

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia pela Université Côte d'Azur **e de doutor em Psicanálise pela** Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Orientada por : Jean-Michel Vivès / Marco Antonio Coutinho Jorge
Defesa : 26/02/2024

Diante da banca examinadora, composta por:
Jean-Michel Vivès, Professor, Université Côte d'Azur – UCA
Marco Antonio Coutinho Jorge, Professor, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Cristina Lindenmeyer, Professora, Université Sorbonne Paris Nord
Mário Eduardo Costa Pereira, Professor, Universidade de Campinas – UNICAMP
Guilherme Massara, Professor, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

**La psychopathologie freudienne n'existe pas:
Interactions de la clinique et de la théorie dans la constitution des
modèles psychopathologiques dans l'œuvre de Sigmund Freud**

Jury:

Président du Jury

Mário Eduardo Costa Pereira, Professeur, Université de Campinas, UNICAMP – Brésil

Rapporteurs

Cristina Lindenmeyer, Professeure, Université Sorbonne Paris Nord, UNIV-SPN - France

Mário Eduardo Costa Pereira, Professeur, Université de Campinas, UNICAMP – Brésil

Examineur

Guilherme Massara, Professeur, Université Fédérale de Minas Gerais, UFMG – Brésil

Directeurs de Thèse

Jean-Michel Vivès, Professeur, Université Côte d'Azur, UCA – France

Marco Antonio Coutinho Jorge, Professeur, Université de l'État de Rio de Janeiro, UERJ –
Brésil

La psychopathologie freudienne n'existe pas: interactions de la clinique et de la théorie dans la constitution des modèles psychopathologiques dans l'œuvre de Sigmund Freud

Résumé: Cette recherche vise à définir la spécificité de la psychopathologie théorisée par la psychanalyse de Sigmund Freud, ainsi que son évolution. De ce fait, nous émettons l'hypothèse que la psychopathologie psychanalytique freudienne n'est pas aussi simple à définir, comme si elle était unique ou immuable. Bien au contraire, nous estimons avoir trouvé au sein même de la psychanalyse des mouvements et des évolutions qui permettent de mettre en évidence différentes manières de décrire la souffrance psychique. En d'autres termes, bien que la psychanalyse freudienne ait un fil conducteur unique qui guide sa théorie, elle ne fournit pas une seule description psychopathologique, mais que différentes lectures de la maladie ont émergé à partir de la clinique et de chaque invention théorique. Dans le but d'étaler notre hypothèse, nous avons divisé le présent travail en quatre chapitres; le premier étant historique, le deuxième théorique, le troisième nosologique et le quatrième clinique. Tout d'abord, nous donnerons un bref historique de la manière dont le « pathos » a été représenté à travers l'histoire, et nous l'illustrerons à travers une comparaison entre les périodes de la Grèce Antique, du Moyen Âge et de l'Ère Moderne. Ce chapitre visera non seulement à présenter les changements dans la manière de représenter la maladie dans le passage d'une époque à une autre, mais aussi à démontrer les différentes lectures psychopathologiques au sein d'une même période historique. Dans le deuxième chapitre, nous allons aborder le champ psychanalytique freudien proprement dit à partir de différents concepts freudiens afin de savoir si ces inventions conceptuelles présentées tout au long de l'œuvre de l'auteur favoriseraient, comme nous le supposons, des réinterprétations dans son champ psychopathologique. Dans le troisième chapitre, nous rechercherons comment Freud décrit le tableau clinique de la mélancolie. Nous avons choisi cette dernière parce qu'il s'agit d'une question centrale qui traverse toute son œuvre. Et comme sa théorie est marquée par des mouvements et des évolutions basés sur la création de nouveaux concepts, nous chercherons à savoir si ce caractère dynamique de la théorie produit des conséquences dans la manière de conceptualiser cette présentation clinique. Et enfin, pour conclure, nous analyserons sept cas cliniques freudiens pour tenter de comprendre comment ils sont construits et quelles ressources théoriques l'auteur utilise pour fonder ses hypothèses psychopathologiques. A partir de la clinique, nous allons tenter de démontrer si notre hypothèse de recherche est vraie ou non. Cette recherche, qui est soutenue exclusivement dans le cadre psychanalytique, et est avant tout théorico-clinique. Par

conséquent, la méthodologie d'analyse est subordonnée aux hypothèses de cette théorie, qui détermine l'utilisation exclusive de ressources méthodologiques caractéristiques de la recherche théorique-bibliographique, telles que les lectures, la collecte d'informations, l'enquête bibliographique, la comparaison de textes, sans aucune partie empirique ni même une quantification. Du fait que la question posée concerne les concepts freudiens, les sources bibliographiques à utiliser seront essentiellement primaires et justifiées sur la base de la pertinence théorique, de la cohérence et de la fiabilité des concepts impliqués. Freud a orienté une perspective de recherche basée sur l'expérience clinique psychanalytique. Il a laissé en héritage un ouvrage qui souligne l'articulation de cette expérience sous forme de théorie. Et c'est dans cette perspective que nous nous laissons guider dans la proposition et le développement de ce projet de recherche, articulant clinique et théorie dans l'investigation de la psychopathologie psychanalytique freudienne.

Mots clés: Psychanalyse; Psychopathologie; Sigmund Freud; Souffrance Psychique.

The Freudian's psychopathology does not exist: interactions of clinic and theory in the constitution of the psychopathological models in the oeuvre of Sigmund Freud

Abstract: This research aims to find out what psychopathology is theorized by Sigmund Freud's psychoanalysis, how it is defined and what new developments it inaugurates. We hypothesize that Freudian psychoanalytic psychopathology is not as simple to define as if it were unique or immutable. On the contrary, we believe we will find within psychoanalysis movements and developments which make it possible to highlight different ways of describing psychological suffering. In other words, we assume that, although Freudian psychoanalysis has a unique thread that guides its theory, it does not provide a single psychopathological description, but that different readings of the disease emerged from the clinic and from each theoretical invention. To investigate our hypothesis, we divided the present work into four chapters, the first being historical, the second theoretical, the third nosological and the fourth clinical. Firstly, we will give a brief history of how the “pathos” was portrayed throughout history, and we will illustrate it through a comparison between the periods of Ancient Greece, the Middle Ages and the Modern Age. This chapter will aim to present not only the changes in the ways of portraying the disease in the transition from one era to another, but also to demonstrate the different psychopathological readings within the same historical period. In the second chapter, we will enter the Freudian psychoanalytic field itself. We will take different Freudian concepts as a basis and investigate whether these different conceptual inventions presented throughout the author's work were promoting, as we suppose, reinterpretations in his psychopathological field. In the third chapter, we will find out how Freud describes the clinical condition of melancholia. We chose melancholy because it is an issue that runs through all of Freud's work. And as its theory is marked by movements and evolutions based on the creation of new concepts, we seek to know whether this dynamic nature of the theory produces consequences in the way of conceptualizing this clinical presentation. To conclude, we will investigate seven Freudian clinical cases in an attempt to find out how they are constructed and which theoretical resources the author uses to construct his psychopathological hypotheses. From the clinic, we seek to demonstrate whether our research hypothesis is true or not. This research is based exclusively on the psychoanalytic framework and is primarily a theoretical-clinical research. Therefore, the analysis methodology is subordinated to the assumptions of this theory, which determines, in the development of this research, the exclusive use of methodological resources characteristic of theoretical-bibliographic research, such as readings, information collection, bibliographic survey, text comparison, without any empirical part or

even quantification. Because the question asked concerns Freudian concepts, the sources to be used will be primarily primary, justified based on theoretical relevance and consistency and reliability to the concepts involved. Freud marked the direction of a research perspective based on psychoanalytic clinical experience. He left as a legacy a work that points to the articulation of this experience in the form of theory. And it is from this perspective that we allow ourselves to be guided in the proposal and development of this research project, articulating clinical and theory in the investigation of Freudian psychoanalytic psychopathology.

Keywords: Psychoanalysis; Psychopathology; Sigmund Freud; Psychological Suffering.

Agradecimentos

Ao professor Marco Antonio Coutinho Jorge, de quem tenho orgulho em falar que é meu orientador. Ele, que apresenta a psicanálise como uma poesia e que apostou no meu desejo por ela desde o meu primeiro dia na UERJ, muito obrigado!

Ao professor e orientador Jean-Michel Vivès. Obrigado pela acolhida e por oxigenar o meu trabalho. Obrigado pela amizade e por me instigar a desbravar os lugares mais lindos da França. Não me esqueço nunca do seu convite para que eu realizasse o doutorado com você.

Ao curso de psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, que me apresentou, pela primeira vez, a até então estranha e desconhecida “psicanálise”, pela qual me apaixonei e que carrego comigo dia-após-dia.

À UERJ, instituição da qual tenho orgulho de fazer parte. Sua visada humana e inclusiva me faz acreditar em um ensino público de qualidade para todos.

Ao PGPSA, que carrego comigo desde a especialização em psicanálise e saúde mental, passando pelo mestrado e agora no doutorado. Programa que me formou e que sou extremamente grato.

À Université Côte d’Azur, que me acolheu tão bem e que hoje posso dizer que é a minha terceira casa.

Agradeço à FAPERJ, por ter financiado a minha pesquisa.

Ao Corpo Freudiano do Rio de Janeiro, que hoje se tornou a minha família.

Ao meu pai e minha mãe, que me apoiaram no desafio de realizar o doutorado, e, sobretudo, me incentivaram na concretização da minha pesquisa fora do país.

À minha família, que carrego no coração e na alma, e que, mesmo de longe, sinto tão perto.

Ao Pedro Fábio, parceiro de todas as horas. Isso tudo não seria possível sem você.

Aos meus amigos, principalmente aqueles que ganhei de presente na França. Laene Pedro Gama, Johan Ammar, Alisson Teixeira, Laura Geszti, Maysa Puccinelli, Thaís Barros, Pamella Zeny, Rafaël Andrade; amigos que dou nome e sobrenome, obrigado pela amizade, pelo carinho, pelas conversas e pela acolhida. Obrigado por terem dividido comigo os assuntos corriqueiros e todas as alegrias e angústias em estar em um outro país. Esse percurso tortuoso se tornou mais interessante com amigos como vocês.

E, por fim, obrigado à Nice e ao Rio de Janeiro. Sou sortudo em morar e transitar pela *cidade maravilhosa* e pela *Nissa la Bella*. Obrigado por me darem morada.

Soneto Introdutório

Depois de ver os mundos que criara,
Cheios de força, cheios de esplendor,
Deus, em certa manhã formosa e clara,
Não bastando ser Deus, fez-se pintor.

Quis dar à vida outro primor,
E com as tintas que o Éden pintara,
Pôs em quadro de cumes e de cor
A curvatura azul da Guanabara.

É assim, oh!, viandante deslumbrado!,
Que vês, de longe, sobre o Corcovado,
O criador em sua pintura estranha;

E miras rutilante de beleza,
Cristo desabrochar da Natureza,
Como um lírio de luz sobre a montanha.

Oswaldo Orico

Sonnet pour Nice

Je suis fils du pays dont rêvent les pucelles;
Comme un printemps les fleurs parfument mon hiver,
Et le ciel est si pur et si tiède en est l'air,
Qu'on y boit en tous temps le vin sous les tonnelles.

L'âme s'enivre, et pour rêver devant la mer,
Chose étrange! on entrouvre en janvier les ombrelles;
Jusqu'aux vieillards, qu'on voit protégeant leurs prunelles
De lorgnons noirs. Le ciel flambe comme un feu clair.

Aussi tous: fortunés, amants, princes et reines,
Viennent vers mon soleil comme au feu les phalènes,
Abandonnant patrie et foyer. De tous lieux,

De tous lieux: Prusse, Écosse, Allemagne ou Norvège
Ils viennent vers le rêve azuré de mes cieux...
Moi, l'hiver, je voudrais voir tomber de la neige.

Charles Calais

RESUMO

DE PRAGA PALMA, Renato Jesus Aparecido. *A psicopatologia freudiana não existe: Interações da clínica e da teoria na constituição dos modelos psicopatológicos na obra de Sigmund Freud*. 2024. 179f. (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024.

A presente pesquisa tem por objetivo averiguar qual é a psicopatologia teorizada pela psicanálise de Sigmund Freud e o que ela inaugura de novo. Visamos examinar a especificidade desse conceito para essa linha teórica e sua evolução. Temos como hipótese que a psicopatologia psicanalítica freudiana não é tão simples de ser definida, como se ela fosse única ou imutável. Ao contrário, acreditamos encontrar no seio da própria psicanálise movimentos e evoluções que permitem evidenciar diferentes maneiras de descrever o sofrimento psíquico. Em outros termos, supomos que, por mais que a psicanálise freudiana tenha um fio condutor único que oriente a sua teoria, ela não fornece uma única descrição psicopatológica, mas que foram surgindo diferentes leituras sobre a doença a partir da clínica e de cada invenção teórica. Para investigar essa questão, foi realizada uma pesquisa teórico-bibliográfica, dividida em quatro eixos de análise: o primeiro, histórico; o segundo, teórico; o terceiro, nosológico; e o quarto, clínico.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicopatologia; Sigmund Freud; Sofrimento Psíquico.

RÉSUMÉ

DE PRAGA PALMA, Renato Jesus Aparecido. *Là psychopathologie freudienne n'existe pas: interactions de la clinique et de la théorie dans la constitution des modèles psychopathologiques dans l'œuvre de Sigmund Freud*. 2024. 179f. (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024.

Cette recherche vise à définir la spécificité de la psychopathologie théorisée par la psychanalyse de Sigmund Freud ainsi que son évolution. De ce fait, nous émettons l'hypothèse que la psychopathologie psychanalytique freudienne n'est pas aussi simple à définir, comme si elle était unique ou immuable. Bien au contraire, nous estimons avoir trouvé au sein même de la psychanalyse des mouvements et des évolutions qui permettent de mettre en évidence différentes manières de décrire la souffrance psychique. En d'autres termes, bien que la psychanalyse freudienne ait un fil conducteur unique qui guide sa théorie, elle ne fournit pas une seule description psychopathologique, car nous considérons que les différentes lectures de la maladie ont émergé à partir de la clinique et de chaque invention théorique. Dans le but d'étaler notre hypothèse, nous avons mené une recherche théorico-bibliographique, divisée en quatre axes d'analyse: le premier, historique; le deuxième, théorique; le troisième, nosologique; et le quatrième, clinique.

Mots clés: Psychanalyse; Psychopathologie; Sigmund Freud; Souffrance Psychique.

ABSTRACT

DE PRAGA PALMA, Renato Jesus Aparecido. *The Freudian's psychopathology does not exist: interactions of clinic and theory in the constitution of the psychopathological models in the oeuvre of Sigmund Freud*. 2024. 179f. (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024.

This research aims to find out what psychopathology is theorized by Sigmund Freud's psychoanalysis, how it is defined and what new developments it inaugurates. We hypothesize that Freudian psychoanalytic psychopathology is not as simple to define as if it were unique or immutable. On the contrary, we believe we will find within psychoanalysis movements and developments which make it possible to highlight different ways of describing psychological suffering. In other words, we assume that, although Freudian psychoanalysis has a unique thread that guides its theory, it does not provide a single psychopathological description, but that different readings of the disease emerged from the clinic and from each theoretical invention. To investigate this issue, theoretical-bibliographical research was carried out, divided into four axes of analysis: the first being historical, the second theoretical, the third nosological and the fourth clinical.

Keywords: Psychoanalysis; Psychopathology; Sigmund Freud; Psychological Suffering.

SUMÁRIO

	Introdução	17
1	Antecedentes: As diferentes leituras da psicopatologia ao longo da história	21
1.1	O nascimento do conceito	22
1.2	As psicopatologias na Grécia Antiga	23
1.2.1	A origem mitológica da doença	23
1.2.2	Hipócrates e o nascimento da <i>arte médica</i>	28
1.2.3	Platão e a doença da alma	34
1.2.4	O caráter ambíguo da patologia: Aristóteles e a doença como metáfora	36
1.3	Era Medieval: a patologia identificada à possessão demoníaca	39
1.4	Era Moderna	41
1.4.1	A psicopatologia sob a perspectiva médico-científica	41
1.4.2	Da inexistência de um sujeito pensante para um sujeito da agência	48
1.4.3	Karl Jaspers e a psicopatologia a partir de um sujeito cognoscente	55
2	Freud e os diferentes modos de descrever a psicopatologia	60
2.1	A entrada da psicanálise no debate psicopatológico	60
2.1.1	A psicopatologia freudiana do período pré-psicanalítico	72
2.2	Fantasia e sexualidade infantil: um reordenamento da teoria traumática	77
2.3	Inconsciente e pulsão: subversão à oposição entre normalidade e patologia	81
2.4	A psicopatologia a partir dos complexos de Édipo e de castração	85
2.5	A psicopatologia a partir da pulsão de morte	88
2.6	As diferentes perspectivas do conflito psíquico	93
3	A melancolia como modelo de compreensão das variações da psicopatologia freudiana	98
3.1	Primeira explicação psicopatológica: a melancolia pela perspectiva da excitação somática	99
3.2	Segunda explicação psicopatológica: a melancolia a partir da teoria do narcisismo	104
3.3	Terceira explicação psicopatológica: a melancolia a partir da segunda tópica ..	113

3.4	Por que Freud modifica a leitura da melancolia?	119
4	Demonstração clínica	122
4.1	História clínica de Leonardo da Vinci	127
4.2	História clínica de Daniel Paul Schreber	132
4.3	Histórias clínicas de Lady Macbeth e Rebecca West	138
4.4	História clínica de Christopher Haitzmann	143
4.5	História clínica de Fiódor Dostoiévski	147
4.6	Aporte teórico para a história clínica de Thomas Woodrow Wilson	151
	CONCLUSÕES	160
	REFERÊNCIAS	164
	ANEXO A – Índice de autores	172
	ANEXO B – Índice de conceitos	174
	ANEXO C – Glossário	177

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa, desenvolvida no doutorado em psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em cotutela com o doutorado em psicologia da Universidade Côte d'Azur, tem por objetivo averiguar qual é a psicopatologia que é teorizada pela psicanálise de Sigmund Freud, como ela se define e o que inaugura de novo. Buscamos examinar a especificidade desse conceito e sua evolução dentro dessa linha teórica, abordando, por consequência, as convergências e divergências das noções de psicopatologia atribuídas por outras disciplinas que têm como foco o cuidado no âmbito da saúde mental.

Esse tema de pesquisa me faz questão uma vez que ele decorre de algumas indagações a partir de minha participação em seminários e grupos de estudo sobre o tema e, sobretudo, a partir de minha experiência em alguns serviços nos quais atuei como psicólogo, como no Consultório na Rua, no Centro de atenção psicossocial em álcool e drogas Alameda e em um ambulatório de saúde mental, todos na cidade de Niterói; como também no Centro de referência especializado em assistência social, na cidade de São Lourenço/MG. Nesses locais, o diálogo com profissionais de outros campos de saber e de outras linhas teóricas era necessário, e discordâncias sobre a direção do tratamento, bem como sobre a concepção de saúde e de doença eram frequentemente presentes. Nesses debates, aparentava existir uma infinidade de psicopatologias, com diferentes entendimentos sobre o sofrimento psíquico.

No prefácio da edição inaugural da *Revue Internationale de Psychopathologie*, em 1990, os psicanalistas e editores, Pierre Fédida e Daniel Widlöcher, expõem o desafio epistemológico na constituição do campo de conhecimento sobre o padecimento psíquico, considerando o conceito de *psicopatologia* uma grande encruzilhada epistemológica, uma vez que nele se atrelam disciplinas científicas heterogêneas que têm em comum a preocupação com o sofrimento psíquico. As mais variadas definições sobre a psicopatologia demonstram a falta de consenso nesse campo, o que traz como problema a possibilidade de diálogo científico e a confrontação crítica. O uso constante de terminologias psicopatológicas, mesmo não existindo concordância quanto aos campos semânticos a que se referem, não faz estranhar a presença da expressão *torre de babel* para expressar a falta de consonância das diferentes teorias na descrição do sofrimento humano (Pereira, 1998).

Em relação ao nosso objeto de estudo, embora busquemos averiguar qual é a psicopatologia psicanalítica freudiana, temos como hipótese de que ela também não é tão

simples de ser definida, como se ela fosse única ou imutável. Ao contrário, acreditamos poder encontrar, no seio da própria psicanálise, movimentos e evoluções que permitem evidenciar diferentes maneiras de descrever o padecer psíquico. Em outros termos, supomos que a psicopatologia psicanalítica freudiana também se ramifica em algumas direções, além de ser reelaborada no decorrer das formulações teóricas do autor.

Apresentaremos, ao longo do trabalho, o rompimento radical que Freud promove em relação às elaborações psicopatológicas da medicina na época. Nesse contexto, averiguaremos também se nossa hipótese de pesquisa se faz verdadeira ou não, ou seja, de que, por mais que a psicanálise freudiana apresente um fio condutor único que oriente esta teoria (através dos dois principais conceitos, *pulsão* e *inconsciente*), ela também não fornece uma única descrição psicopatológica, mas que, ao longo da obra, foram surgindo diferentes leituras sobre a doença a partir de cada invenção teórica.

Nossa hipótese fica melhor entendida quando retomamos a teoria da linguagem desenvolvida pelo filósofo austríaco Ludwig Wittgenstein (1889-1951). Na obra *Investigações filosóficas* (1991), ele aponta para a impossibilidade de unificar a linguagem em uma única forma, afirmando que não há nenhuma essência na linguagem que a transformaria em um todo absoluto. Ele sustenta o argumento de que há diversas e diferentes matizes de linguagem para a descrição de um mesmo fato, chamando essas diferentes práticas linguísticas, sobretudo as distintas regras que as sustentam e as diferentes convenções e finalidades de cada língua, de *jogos de linguagem*. Para ele, o significado e a finalidade dados para cada palavra são estabelecidos por cada jogo de linguagem.

Essa linha de pensamento se coloca como suporte metodológico e como base de sustentação para o desenvolvimento desta tese, uma vez que acreditamos que há diferentes jogos de linguagem que discorrem sobre o adoecimento psíquico, inclusive na teoria freudiana. Em um contexto geral, são inúmeros os determinantes que promovem essa variação, como o período histórico, o campo social, político, cultural, científico, dentre outros; e, no caso freudiano, acreditamos que essa variação está ligada, sobretudo, à invenção teórica, isto é, intuímos que Freud reescreve a sua psicopatologia a cada nova criação no campo da teoria. Será a respeito dessas diferentes leituras do fenômeno psicopatológico, promovidas a partir de cada invenção conceitual, que desenvolveremos esta tese.

Tendo isso em vista, vamos situar no primeiro capítulo alguns marcos históricos que contribuíram para a história da psicopatologia, antes e depois da criação deste conceito. Traçaremos um breve histórico sobre como o sofrimento e o padecimento psíquicos foram retratados ao longo do tempo.

Começaremos apresentando as diferentes abordagens do *pathos* na Grécia Antiga, passando por várias referências, como Homero, os poetas trágicos, Hipócrates, Platão e Aristóteles. Em seguida, avançaremos para a Idade Média, demonstrando uma nova visão sobre o adoecimento psíquico a partir da perspectiva demonista. E, finalmente, adentraremos ao período moderno, enfocando a virada nos modos de consideração da psicopatologia com o surgimento da medicina e também a partir da filosofia, tendo como marcos Philippe Pinel, Bénédict Morel, Emil Kraepelin, Wilhelm Griesinger, Karl Jaspers, dentre outros. Esse capítulo terá o objetivo de apresentar não apenas as modificações na forma de retratar o padecimento psíquico na passagem de uma época a outra, como de também demonstrar as diferentes leituras psicopatológicas dentro de um mesmo período histórico. As fontes a serem utilizadas serão dos referidos autores e também nos valeremos de comentadores que se debruçaram sobre o tema, como Isaías Pessotti, Paul Bercherie, Jackie Pigeaud, dentre outros.

Após contextualizarmos os principais marcos na história da psicopatologia, adentraremos ao campo psicanalítico freudiano propriamente dito. No segundo capítulo, propomos demonstrar como o neurologista de formação, Sigmund Freud, estabeleceu uma espécie de corte na história da psicopatologia ao introduzir outra leitura da doença. Iniciaremos essa seção apresentando como Freud entra no debate psicopatológico e o que inaugura de novo. Em seguida, tomaremos como base diferentes conceitos apresentados ao longo de sua obra, como *sedução*, *trauma*, *defesa*, *sexualidade infantil*, *pulsão*, *inconsciente*, *fantasia*, *complexo de Édipo*, *complexo de castração*, *supereu*, *pulsão de morte*, dentre outros, e investigaremos se as diferentes invenções conceituais realizadas ao longo da obra foram promovendo, tal como supomos, releituras no campo psicopatológico freudiano.

Já no terceiro capítulo, visamos averiguar as formulações de Freud sobre o quadro clínico da melancolia no intuito de investigar se ele a reconceitua no decorrer dos seus trabalhos. Escolhemos a melancolia pelo fato de ela ser uma questão que atravessa toda a obra do autor, estando presente do início ao fim das suas formulações teóricas. Como sua teoria é marcada por movimentos e evoluções a partir da criação de novos conceitos, buscamos saber se essa dinamicidade da teoria produz reflexos no modo de conceituar a melancolia. Em suma, temos por objetivo examinar se Freud produz diferentes formas de análise sobre essa apresentação clínica.

E, para finalizar, nos voltaremos para os extratos clínicos freudianos, visando estudar os seus modos de construção e a quais recursos teóricos o autor se vale para construir as suas hipóteses psicopatológicas. Nosso objetivo está menos voltado para o que cada caso tem a contar e muito mais para a forma como Freud constrói as suas histórias. Analisaremos sete

histórias clínicas desenvolvidas em diferentes momentos teóricos para demonstrar se a nossa hipótese principal é válida ou não.

A presente pesquisa está sustentada exclusivamente dentro do quadro de referência psicanalítico freudiano e constitui-se, prioritariamente, como uma pesquisa teórico-clínica. Logo, a metodologia de análise está subordinada aos pressupostos dessa teoria, o que determina, então, no desenvolvimento desta pesquisa o uso exclusivo de recursos metodológicos característicos de uma pesquisa teórico-bibliográfica, como leituras, coleta de informações, levantamento bibliográfico, cotejamento de textos, notas, fichamentos, resumos e resenhas pertinentes ao objeto, sem qualquer parte empírica ou mesmo quantificação.

Pelo fato de a questão formulada dizer respeito a conceitos freudianos, as fontes a serem usadas serão prioritariamente primárias, justificadas em função da relevância teórica e da consistência e fidedignidade aos conceitos envolvidos.

Sobre o material bibliográfico freudiano a ser consultado, daremos preferência à pequena coleção da editora Imago, *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*, de tradução de Luiz Hanns. Caso necessitemos de outros textos que não estejam contidos nessa coletânea, utilizaremos a tradução da editora Autêntica, *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Se nosso objeto de análise ainda não for contemplado por nenhuma dessas duas edições, nos valeremos, como terceira via, da coleção *Sigmund Freud: Obras completas*, da editora argentina Amorrortu. Sobre as cartas e rascunhos freudianos, faremos uso do compilado que foi reunido no livro *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess: 1887-1904*. E, por fim, caso seja necessário enfocar algum termo, conceito, ou mesmo alguma passagem do texto de Freud, apresentaremos também a referida expressão no original, em alemão, tomando por base a coleção da editora Fischer Verlag.

Freud marcou a direção de uma perspectiva de pesquisa sustentada na experiência clínica psicanalítica. Ele deixou como legado uma obra que aponta para a articulação dessa experiência em forma de teoria. E é por aí que nos deixamos guiar ao formular e desenvolver este projeto de pesquisa, articulando clínica e teoria na investigação da psicopatologia psicanalítica freudiana.

1 ANTECEDENTES: AS DIFERENTES LEITURAS DA PSICOPATOLOGIA AO LONGO DA HISTÓRIA

“Há em psicopatologia uma série de concepções diferentes, uma série de vias paralelas, cada qual com seu valor e que se complementam sem se atrapalhar mutuamente”

Karl Jaspers, 1913, p. 5.

Antes de adentrarmos à análise psicanalítica propriamente dita, demonstraremos, neste primeiro capítulo, os diferentes modos de abordagem do que é conhecido hoje por *psicopatologia*. Apresentaremos que, mesmo antes do nascimento desse conceito, o sofrimento e o padecimento psíquicos foram tratados de diferentes modos, tanto em épocas distintas, quanto dentro de uma mesma era histórica. Diferentes enfoques e distintos pressupostos epistemológicos balizam a noção de patologia psíquica desde a antiguidade: se formulado no contexto científico, o conceito de loucura diverge daquele edificado no campo moral, como também no da religião, ou mesmo no domínio da poesia. É possível diferir a concepção trágica da loucura, presente nos poetas gregos, do conceito que a medicina e a fenomenologia tem sobre ela, e ainda, como quarto pressuposto, a expressão demonista medieval situa outra definição sobre o mesmo tema. Quatro perspectivas que versam, de certa forma, sobre a natureza, a causa e as formas de manifestação da loucura e, de maneira mais geral, do padecimento psíquico.

Diante da heterogeneidade de entendimento sobre esse tema, vamos averiguar, neste capítulo, as diferentes concepções sobre o que se entende por *psicopatologia*, desde a era antiga até o início do século XX, passando por referências como Homero, Hipócrates, Platão, Aristóteles, Pinel, Griesinger, Esquirol, Jaspers; na tentativa de demonstrar a presença de múltiplas interpretações antes do nascimento da psicanálise, cujas construções teóricas chegam a se distanciar e, até mesmo, se contrapor. Visamos demonstrar que cada época tem uma leitura do fenômeno psicopatológico, com um jogo de linguagem específico para falar da sua etiologia, do seu curso, bem como do seu tratamento e da sua cura. Buscaremos partir do Antigo para chegar ao Moderno, enfocando as suas aproximações e dissidências. Exploraremos os estudos sobre o *pathos* psíquico para além da medicina, como um campo que foi e continua sendo estudado pela filosofia, pela teoria literária, pelo direito, pela psicologia, pela psicanálise, como também é abordado pela poesia.

Não iremos traçar uma trajetória contínua do conceito de loucura, muito menos dissertar sobre a sua história e a interpretação dada a ela pela sociedade ao longo do tempo, trabalho apresentado esplendorosamente por Michel Foucault. O enfoque deste primeiro capítulo tem outro objetivo: apresentar a ocorrência de *inversões dialéticas* – termo apresentado por Lacan em seu trabalho *Intervenção sobre a transferência* (1951/1998) – sobre o fenômeno psicopatológico ao longo da história.

1.1 O nascimento do conceito

Psyque-pathos-logia: três palavras com raízes etimológicas do grego antigo que compõem o termo *psicopatologia*. A primeira delas advém em alusão à deusa *Psyque* e se apresenta como uma alegoria da alma humana, remetendo ao psíquico ou psiquismo; já o *Pathos* é interpretado pela cultura grega tanto como paixão e afeto, quanto por passividade e sofrimento. Aristóteles diferenciou os verbos *agir* de *sofrer* (em francês, *pâtir*) para falar que seria em relação a este último verbo que o *pathos* estaria ligado, trazendo a significação de passividade, ou de ser afetado diante de algo. O sofrimento não se atrelava à ideia de padecimento, de dor moral ou física, mas indicava que o sujeito sofre passivamente uma ação à qual ele foi submetido. Segundo o dicionário clássico de língua francesa, *Le petit Robert* (1992), o sentido amplo para o referido termo se remetia a esta última concepção, aludindo a um sofrimento passivo em relação a algo, mas também a uma paixão genérica. Mas do *pathos* geral derivou um *patho* em sentido restrito, sinônimo de afecção ou doença, como um sofrimento (em francês, *souffrance*) que advém por meio de uma ação prejudicial ou dolorosa, aqui igualado a uma paixão-sofrimento. E, por fim, *logos* é etimologicamente definido por conhecimento, estudo ou mesmo discurso. O termo *Psicopatologia* é então o resultado da conjugação das referidas definições, tendo por acepção o estudo do padecimento psíquico, ou, como traduz a psicanalista Denise Maurano (2010), a busca de sentido (*logia*) daquilo que causa espanto (*pathos*) à alma (*psico*).

As descrições de patologia, bem como de loucura e de suas subcategorias existem desde a medicina hipocrática da Grécia Antiga. Embora diversos autores de diferentes períodos da história tenham se debruçado sobre a etiologia e as circunstâncias do sofrimento humano, e por mais que os gregos antigos tenham fundado a medicina contemporânea, invadindo o pensamento europeu e suas práticas clínicas a partir da península ibérica com as teorias

hipocrática e galênica, o termo *psicopatologia* é uma construção recente e nem sempre fez parte da linguagem popular comum, muito menos das definições científicas de todos os tempos.

Segundo o psicanalista Mário Eduardo Costa Pereira (2019), o nome *psycho-pathologie* surgiu pela primeira vez em 1845, em um trabalho de Feuchtersleben intitulado *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde* (Livro de psicologia médica), e seu emprego sistemático só ocorreu em 1875 com o médico alemão Hermann Emminghaus, em sua obra *Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen* (Psicopatologia geral para introdução ao estudo dos distúrbios mentais). Nesse trabalho, a psicopatologia equivalia à psiquiatria clínica, sendo um termo neologístico para essa prática médica. Tal expressão veio a adentrar no campo técnico enquanto método e disciplina somente em um segundo tempo, no início do século XX, com o *método psicopatológico* do filósofo francês Théodule-Armand Ribot (1839-1916), que associava a psicopatologia à psicologia patológica, diferentemente das concepções da psicologia experimental e genética. Na acepção da psicologia patológica acreditava-se que a mente se estruturava de maneira mórbida, doentia, sobre o qual esse ramo de estudo se debruçava. A expressão *psicologia patológica* foi paulatinamente sendo substituída pelo termo *psicopatologia*, cujo sentido também sofreu alterações, pois, ainda que ambas as concepções visassem discorrer sobre a conduta humana, o meio de análise deslocou de uma linguagem das ações nervosas para uma descrição psicológica (Widlöcher, 1996; Moreira, 2010).

Podemos assim dizer que a psicopatologia tem a sua marca de nascença vinculada à psiquiatria do século XIX, nesse tempo entendida como parte das ciências da natureza, o que fez da psicopatologia uma acepção ligada à vigência desse estilo de pensamento. Entretanto, veremos em seguida que um campo de leitura para o *pathos* já estava presente antes mesmo do nascimento do referido conceito, domínio esse não redutível à medicina nem à psiquiatria.

Tendo isso em vista, vamos situar alguns marcos históricos que contribuíram para a história da psicopatologia, antes e depois da emergência desse conceito. Por questão metodológica, iniciaremos nossa análise com o exame do fenômeno patológico na Grécia antiga.

1.2 As psicopatologias na Grécia antiga

1.2.1 A origem mitológica da doença

Ao longo da história, as patologias mentais são alvo de estranhamento e de curiosidade, sendo objetos de estudo e de observação pela medicina e por outros campos de saber, e, ao mesmo tempo, são extensamente retratadas no teatro, nas novelas e na poesia. Mas o entendimento que a sociedade atual tem sobre esse tema nunca foi o mesmo em relação a outros períodos da História. Se o saber médico e psicológico atual amparam-se na ciência, na observação e nos estudos estatísticos, na tentativa de definição do normal e do patológico; no período Antigo e na Idade Média, a loucura, bem como a saúde e a doença, eram concebidas de formas diversas e fragmentárias: ora influenciadas por um conjunto de ideias morais e religiosas, ora por uma concepção médica, ou ainda sendo retratadas por uma perspectiva trágica, poética e mesmo demonista, o que influenciava de maneira direta no modo de constituição da terapêutica. Não havia uma concepção única do *pathos* psíquico.

Iniciaremos nosso trabalho em um contexto histórico específico: o século VIII a.C. na Grécia Antiga¹, período fortemente marcado pelos textos de Homero e de Hesíodo, um ciclo balizado pela honra e pelo prestígio ético supremo. Nesse período, a sociedade não permitia localizar no próprio homem a razão e a causa da raiva, dos destemperos e da loucura. Qualquer comportamento que transgredia as razões sociais era atribuído aos deuses, que, por influências exteriores ao homem, interferiam nas suas ações e nos seus pensamentos, sendo este o norte de explicação, inclusive para qualquer enfermidade psíquica.

A origem da loucura não era apenas mitológica, mas também teológica, sendo externa e alheia ao homem. A potência dos deuses sobre o comportamento, a compreensão e o entendimento do homem grego pode ser atestada em diversas passagens das obras de Homero. Em *Ilíada*, por exemplo, quando Agamemnon tenta se justificar pelo roubo da amante de Aquiles, afirma:

Não fui eu a causa de um tal ato, mas sim *Zeus*, o destino e as *Erínias* que caminham nas trevas: foram eles que colocaram uma *atê* selvagem no meu entendimento, naquele dia em que roubei o prêmio de honra de Aquiles. Ora o que eu poderia fazer? A divindade terá sempre seus artifícios (Homero, 2010, canto 19, verso 78).

¹ A denominada Grécia Antiga se estende desde o período pré-homérico (2000 a.C.), correspondente à formação do povo grego, até o período helenístico, que se finda em 136 a.C com o declínio da civilização grega ao ser dominada pelos macedônios, fazendo da Grécia um protetorado romano. O período clássico (508-338 a.C) corresponde ao auge da civilização grega antiga. Sua arte, cultura e principalmente sua filosofia tiveram uma poderosa influência sobre o Império Romano, estendendo seus conhecimentos a muitas partes da Bacia do Mediterrâneo e da Europa. Por essa razão, a cultura grega desse tempo é considerada o berço edificante da cultura ocidental moderna.

Já em *Odisseia* (2006), tomemos como exemplo a crença de que foi *Zeus* que interveio no discernimento de Glauco quando este cometeu o erro de arrematar uma armadura de ouro por uma de bronze, e também de que foi ele que interferiu na conduta dos Aqueus, fazendo-os lutarem mal na guerra. Tinha-se a concepção de que “os deuses podem tornar o mais sensível dos homens em insensível e trazer o homem de mente fraca ao bom senso” (Homero, 2006, canto 23, verso 11).

A responsabilidade de toda e qualquer ação sem juízo não era atribuída ao homem, mas sim ao que era chamado de *atê*. Esta era considerada um estado transitório de descontrole mental, de perda da razão e da consciência, que era produzida pela interferência de agentes mitológicos. Nesse contexto, surgiram outras figuras atreladas à *atê*: *Zeus*, como deus maior, que dirige todas as coisas para os seus resultados; as *moiras*, como o destino individual, sobredeterminado e que traz explicação para tudo, sobretudo para os desastres pessoais; e as *Erínias*, aquelas que garantem o curso lógico e a imutabilidade do destino. Estas são a causa da *atê*, do descontrole, e são a realização da *moira*, do destino.

Em suma, não era concebida a possibilidade de haver erro, acidente, nem mesmo livre-arbítrio nesse período da Grécia antiga. O destino humano era traçado pelas *moiras* e garantido pelas *Erínias*. O homem grego era nada autônomo, pois não havia qualquer possibilidade de outro resultado que não fosse ser apenas sobredeterminado pelas intervenções divinas. Havia, com isso, uma separação entre os comportamentos normais e aqueles realizados em estado de *atê*. Nestes últimos, a ação dos deuses ou de algum deus interferiu no raciocínio, no entendimento e no comportamento do homem. Geralmente não havia consciência desses estados e isso que não era percebido era interpretado como ação sobrenatural.

Eric Robertson Dodds, em sua obra clássica *Os gregos e o irracional* (2002), descreve duas características importantes para entender as razões que faziam o homem homérico um objeto à mercê dos deuses: a primeira diz respeito à repulsa dessa sociedade aos fatores não racionais na experiência e no comportamento humanos. Uma peculiaridade do homem homérico era a explicação do caráter em termos de conhecimento, como é evidenciado nos paradoxos socráticos “virtude é conhecimento” e “ninguém age erradamente de maneira proposital”. A segunda característica é o que o autor denomina de *cultura da vergonha* (p.26), uma vez que essa sociedade era extremamente preocupada com a opinião pública, e qualquer comportamento bizarro ou sem sentido era completamente insustentável aos olhos de uma sociedade que prezava a honra e se preocupava com a própria imagem. Todo comportamento não conhecido era também não aceitável. Consequentemente, ele era visto como não fazendo parte do homem grego, sendo imputada uma origem externa.

Uma observação a ser destacada é que não existia a concepção de subjetividade ou de um “eu autônomo” na Grécia antiga, de modo que é incorreto acreditar que já havia a ideia de psiquismo, ou mesmo de doença mental naquele tempo. Como veremos mais a frente, a concepção de sujeito vai ser construída ao longo da história apenas no século XVII, quando uma obra vem descrever, pela primeira vez, o interior de uma pessoa – o romance psicológico *A princesa de Clèves*, de 1678, de autoria de Madame de la Fayette. Nesse momento, a noção de sujeito é colocada em evidência, e o sujeito pensado aí vai permitir inclusive a possibilidade do nascimento da psiquiatria.

A Grécia do período antigo abre a via para a construção da concepção de “cidadão”, como aquele que está inserido e que é confundido com o meio social. O que temos nesse momento são cidadãos atrelados ao social, e não sujeitos que venham a responder por si mesmos. A prova disso é que quando as pessoas morriam elas desapareciam completamente, ou seja, inexistia a concepção de identidade que as faziam ser lembradas. Os únicos personagens que mantinham certa identidade eram os heróis, como, por exemplo, Hércules. Restava pouco espaço para o senso de dever e para a existência de cada um como individualidade. O cidadão era constantemente colocado sob o olhar dos outros. O historiador Jean-Pierre Vernant (1996) ressalta que o homem não era visto como uma pessoa no sentido moderno, dotado de autoconsciência, cujo segredo é inacessível a qualquer um que não seja o próprio sujeito. Segundo ele, identidade e alteridade se confundiam. Por consequência, não havia qualquer vislumbre à ideia de conflitos internos e muito menos à concepção de doença mental nessa época. A etiologia dos destemperos, dos episódios de não razão, das desordens afetivas, dos comportamentos passionais, do desajustamento social era exclusivamente mitológica, como um estado de *atê* causado por algum deus. Nesse contexto, se não há psicopatologia, também não há cura para uma doença que não existe.

Sobre o “tratamento” implementado à época, este era consoante à intervenção mitológica sobre os homens. Em *Odisseia* (2006, canto IV), Homero faz referência a um *pharmakon*, a nepente, que era a bebida do esquecimento e que auxiliava na aceitação das interferências dos deuses sobre o homem. A terapia prescrita tinha como objetivo o conhecimento de que o homem não era dono de si mesmo, o que permitia algum grau de aceitação dessa intervenção psíquica pela ordem divina.

O período homérico que apresentamos acima situa-se entre os séculos XII e VIII a.C. Mas no quinto século a.C., já no período correspondente à Antiguidade Clássica, a versão mítico-teológica da loucura de Homero vai tomando outros desdobramentos com os textos trágicos de Ésquilo, Sófocles e Eurípidés. Isaías Pessotti (1994) argumenta que, com eles, a

loucura desvia lentamente de uma explicação mitológica e passa a se aproximar do próprio homem, sendo agora este o agente do desvario. Para o autor, os mitos que sustentavam os heróis da epopeia vão ruindo com o advento da política, de modo que eles “começam a ceder espaço à consciência da realidade do homem como *zoon polyticon*” (p.22). Pessotti observa que esse movimento se desdobra de maneira gradativa, pois enquanto em Ésquilo a loucura e os conflitos internos ainda são resultantes da vontade ou do ordenamento divino, em Eurípides a loucura passa exclusivamente para o plano psíquico, sendo associada à paixão; ela surge como um descontrole da paixão que vem desbancar o domínio da razão.

Entretanto, tendemos a interrogar a argumentação do escritor, uma vez que personagens clássicos das obras dos três autores dão clara ênfase da submissão do homem aos poderes dos deuses e dos oráculos, que agem com um poder que escapam a qualquer vontade e intenção humana. A loucura e o mais alto grau de submissão do homem a um poder divino são visíveis, por exemplo, nas cenas apresentadas pelos personagens Orestes, da obra de Ésquilo; Ajáx, de Sófocles; e Hércules e As bacantes, de Eurípides.

Orestes, da tragédia *Orestíada*, é o personagem mais clássico da obra de Ésquilo. Seu dilema alude ao mandato do deus Apolo que ordena que ele se vingue da morte do pai matando a própria mãe e seu amante, uma vez que foi ela a assassina daquele. O personagem é acometido por pesadelos, episódios delirantes e alucinações diante do ordenamento de Apolo. A loucura se origina por Orestes sentir-se dividido entre o respeito ao pai e o amor à mãe, como também pela consideração que ele tem pela mãe e à necessidade de cumprir o mandato divino de matá-la.

Já Ajáx, personagem da obra de mesmo nome, apresenta um acesso de loucura que é provocado pela deusa Atena, logo após o momento em que ele maltrata e degola os animais saqueados pelo exército. Quando retorna à razão, ele entra em desespero e se vê como um herói destroçado. Sozinho, ele profere um monólogo, dirige um apelo aos deuses, se despede e se suicida. O próprio Ajáx, que é herói da força e da valentia, põe em evidência as limitações dos homens frente aos poderes divinos, apresentando, após o acesso de loucura, o contrário do que ele era, revelando a precariedade da condição humana.

Os personagens retratados pelos poetas trágicos dão relevância ao caráter duplo e contraditório vivenciado passivamente pelos homens. Eles trazem à tona a figura da duplicidade, do homem antitético, tão bem explorada por Freud posteriormente ao apresentar os conflitos subjetivos entre a vontade consciente e o desejo inconsciente.

Os deuses pós homéricos não são mais identificados como deuses arbitrários, destemperados, caprichosos, movidos por suas paixões e que subjagam os homens a

ordenamentos sem sentido. Nesse momento, os mandamentos superiores começam a assumir um lugar social, de lei, de justiça, de restabelecimento da ordem, em suma, um mandato social. Nessa ocasião, surge a figura da *hybris*, como pecado fundamental diante de um ato de transgressão da própria *moira*, a partir da qual o deus ou os deuses ordenam algo como um ato de justiça. Nota-se, pela primeira vez, a aproximação da religiosidade mística com o plano político-social.

Em resumo, esse momento histórico privilegia uma concepção muito singular do que hoje chamamos de “psicopatologia”, situando a razão do sofrimento fora do homem devido a maquinações divinas – Dodds (2002) chega a chamar de *intervenção psíquica* (p.19) a influência dos deuses sobre os homens, demonstrando que estes não tinham autonomia para definir os próprios atos. Nesse tempo é impossível vislumbrar qualquer subjetividade e muito menos uma psicologia. Se o homem não era considerado em sua singularidade, nem mesmo como autor dos seus atos e pensamentos, era impossível haver um campo que pudesse se voltar para o estudo de como cada sujeito age, sente, pensa ou mesmo apresenta sintomas.

Veremos a partir de agora que o período histórico subsequente privilegia uma outra concepção do que podemos chamar de “psicopatologia”, promovendo uma inversão dialética nos caracteres definidores desse campo.

1.2.2 Hipócrates e o nascimento da *arte médica*

A poesia trágica marca um reposicionamento da intervenção mítica sobre a loucura ao ser atravessada pelos ideais políticos e do estado. A partir da segunda metade do século V a.C. essa recondução se acentua ainda mais diante de outra revolução que se estabelece na forma de conceber a loucura. Mitificada na figura de um médico grego nascido na ilha de Cós, a concepção de saúde, de doença, de loucura e de sanidade toma um rumo inédito: passa a ser interpretada pela via do corpo, da *physis*.

O médico e historiador Pedro Laín Entralgo (1970) observa que até o quinto século a.C., a medicina foi uma mescla de empirismo e de magia, ora descrevendo as diferentes origens das doenças a partir do que pode ser captado do mundo externo (as feridas de guerra, o poder de algumas substâncias fitoterápicas, as curas estabelecidas pelos curandeiros), ora partindo de uma concepção mítico-religiosa como explicação para a origem das coisas. Mas o contexto político e os hábitos sociais da Grécia clássica foram paulatinamente desacreditando na

concepção de que a natureza do homem era exclusivamente dependente dos deuses, sendo, por isso, fundamental o conhecimento da essência natural do homem. Imersa em um momento em que se privilegiava a razão, típica do período clássico, a medicina foi pouco a pouco abrindo espaço para a concepção técnica e não mítica da *tékhné iatrikè*, da “arte de curar”, fundada sobre o conhecimento científico da natureza, a *physiologia*. Houve uma receptividade social para isso, sem a qual a medicina grega dificilmente se deslocaria de uma visão mágico-empírica para um ciclo técnico, muito embora grande parte do conhecimento empírico dos filósofos pré-socráticos não tivesse sido completamente repellido. Os médicos da segunda metade do século V a.C. herdaram dos seus antecessores, os quais incorporavam no seio de suas filosofias conhecimentos sobre a medicina, a técnica especulativa através da observação meticulosa dos doentes e da doença, e investigavam a sua etiologia visando o tratamento do doente. Mesmo assim, a recente medicina criada tinha como visada o distanciamento da filosofia, ficando sua técnica como “arte autônoma” (Cairus & Ribeiro Jr., 2005).

A medicina da Grécia clássica, bem como a filosofia pré-socrática, se desenvolveu em duas regiões a partir de dois grupos de escolas: as escolas da ilha de Cós, situada na costa jônica, na Ásia Menor; e as escolas de Cnidos, na Magna Grécia, região hoje situada no sul da Itália e Sicília. Enquanto na primeira região o principal expoente foi o médico Hipócrates, na segunda surgiram figuras importantes, como o filósofo Empédocles de Agrigento e o geógrafo Pausânias.

Membro de uma família de médicos e considerado um “asclepiade”², Hipócrates começou a assumir o pioneirismo sobre a constituição da *arte médica*, ainda debutante. Hipócrates aprendeu as bases de sua profissão com o pai, conforme o costume grego, exerceu a medicina em Atenas e em muitos outros lugares, além de escrever, ensinar e criar conceitos inovadores sobre a medicina, tornando-se proeminente em razão dos seus escritos. Seus tratados tornaram-se canônicos nos cursos de medicina, sendo agrupados nas estantes da Biblioteca de Alexandria. Mas foi apenas no século XIX que o filólogo Émile Littré deu relevância àquilo que ficou conhecido como Coleção Hipocrática ou *Corpus hippocraticum*, concedendo a Hipócrates a menção de “pai da ciência”.

O *Corpus hippocraticum* consiste no agrupamento de 66 tratados, dos quais Henrique Cairus e Wilson Ribeiro Jr. (2005) citam os mais importantes: o livro do juramento; o livro dos

² É chamado de “asclepiade” os membros de uma espécie de organização médica ligada por laços familiares ou profissionais que visava os estudos e os ensinamentos da medicina (Cairus & Ribeiro Jr., 2005).

aforismos; o livro do prognóstico; e o livro sessenta, sendo este o tratado mais notável e reconhecido, pois reúne todo o conhecimento da medicina.

Diante da disparidade cronológica, temática e doutrinal contida na coleção hipocrática, diversos filólogos e estudiosos do nascimento da arte médica, como Robert Joly (1966), Jacques Jouanna (1992) e Émile Littré (1839-1861), enfatizaram a dificuldade de atribuição de toda essa literatura à pessoa de Hipócrates. Contudo, Entralgo (1970) ressalta que todos os autores reúnem características semelhantes: são gregos antigos, a maioria jônicos dos séculos V e IV a.C., além de serem médicos, voltados para a constituição de um saber a partir das doutrinas sobre a *physis* dos filósofos pré-socráticos.

Uma das grandes contribuições do *Corpus hippocraticum* é relativa à teoria dos humores³. É no tratado *Da natureza do homem* que, pela primeira vez, a teoria dos quatro humores é cunhada. Segundo essa perspectiva, o corpo consiste na conciliação de quatro substâncias líquidas (sangue, flegma, bile amarela e bile negra), e dependendo dos seus estados, da sua concentração e do modo como estão misturadas, os fenômenos patológicos podem ser evidenciados. Citemos a definição hipocrática mais célebre da mistura dos humores:

[O homem] tem saúde precisamente quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa no corpo e não se une aos demais (Littré *apud* Cairus & Ribeiro Jr., 2005, p. 69).

Podemos perceber que essa perspectiva hipocrática concede aos líquidos a maior importância para a causação das doenças. O homem não era definido apenas por suas partes sólidas, mas também dotados por uma infinidade de cavidades e de dutos pelos quais os líquidos transcorriam, podendo tomar formas muito diferenciadas (a urina, o escarro, o sangue, o suor, etc.). Saúde e doença eram definidas por descrições qualitativas e quantitativas de como esses líquidos se apresentavam no corpo. Jackie Pigeaud (2009) reflete que, no tratado *Da medicina antiga*, a saúde foi situada por uma perspectiva vitalista, sendo ela definida como “a paz e o silêncio dos líquidos do corpo” (p.62), seja devido a uma eliminação equilibrada, seja por uma moderação recíproca. Uma boa saúde decorria da ideia de que os humores estavam em repouso, numa inércia constante, ou mesmo que eles tinham uma boa mistura do quente, do frio, do seco

³ Embora a teoria humoral de Hipócrates tenha ficado bastante conhecida, existiram outros teóricos anteriores e contemporâneos a Hipócrates que qualificaram os líquidos interiores de modos diversos. Praxágoras, que tem uma maneira própria de definir os humores, e Herófilo, que admitia a multiplicidade dos humores, são exemplos disso (Pigeaud, 2009).

e do úmido. Já a doença aludia a um estado de tensão humoral e de desequilíbrio na mistura dos líquidos no corpo.

Em outro tratado, *Doenças IV* (1970), os humores eram concebidos por uma análise transformacionista. Aqui, a saúde era determinada pela adequada substituição da quantidade de líquido no corpo com o meio externo, de modo que a alimentação e a excreção deveriam estar em sintonia. Havia nessa teoria uma continuidade entre a fisiologia do organismo humano e as variações do meio externo no qual ele estivesse inserido, o que pode ser exemplificado pela variação dos quatro humores conforme as mudanças provocadas pelas quatro estações do ano. Importada do pensamento do filósofo pré-socrático Alcmeón de Crotona, a teoria humoral abrangia, em suma, uma explicação sobre o que era saúde e o que era doença:

Alcmeón disse ser a constituição da saúde o equilíbrio das propriedades: o úmido, o seco, o frio, o quente, o amargo, o doce, etc., e a produção da doença é a prevalência nas pessoas de uma delas. Assim a doença sobrevém de uma parte quando causada pelo excesso de calor ou de frio, ou de outra, quando devida à abundância ou à carência de um alimento, o que ocorre em partes como o sangue, a medula ou o cérebro. Essas partes podem ser também afetadas por causas externas, como certas qualidades de águas, certos climas, pela fadiga ou por experimentar-se uma necessidade ou devido ao que lhes estiver perto. Mas ainda quanto à saúde, ela é a justa medida da mistura das qualidades (Diels&Kranz *apud* Cairus & Ribeiro Jr., 2005, p. 66-67).

A etiologia da doença, incluindo o que hoje denominamos doenças mentais, passou a ser, nesse momento, um distúrbio do *soma*, um desequilíbrio humoral devido ao estado físico do corpo ou diante da localização e da movimentação dos humores no interior do organismo. A partir daqui, o mito passou a ser excluído e os distúrbios comportamentais, mentais e emocionais, amplamente valorizados nas obras de Eurípidés, foram reduzidos a meros sintomas causados pela disfunção de um órgão, o cérebro. Pessotti (1994) descreve a interpretação hipocrática desse processo patológico:

O agente nocivo é a fleugma, que bloqueia a passagem de ar ao cérebro, que fica, por isso, privado da inteligência, que é carregada pelo ar, bloqueado. Como consequência, o cérebro fica desnutrido. A ação patogênica resulta do resfriamento do tecido nervoso e da obstrução causada pela fleugma e que deveriam ser superados pelo afluxo de calor e ar, assegurados pelo sangue. Temporariamente desalimentado e esvaziado, o cérebro se move e não exerce suas funções de racionalidade e coerência. No nível do comportamento, dos sintomas, isso aparece como aberrações de conduta, delírios, descontrole emocional, furor e violência. A umidade, causada pela fleugma, é a causa da loucura. Mas os tipos dessa loucura dependem de diferentes combinações de condições humorais (p. 54).

A psicopatologia para o médico de Cós era, portanto, a patologia do cérebro, resultado exclusivamente pela umidade desse órgão. Nesse contexto, as diferentes formas de loucura

correspondiam às variações de como esse distúrbio orgânico se apresentava. Exemplificaremos com uma passagem do tratado *Da doença sagrada*:

A alteração [degeneração, *diaforé*] do cérebro ocorre pela [ação da] fleugma ou pela [ação da] bílis. Reconhecerás ambas deste modo: os que enlouquecem pela fleugma são tranquilos e não gritadores ou perturbadores, enquanto os [que enlouquecem] pela bílis [são] gritalhões, perversos e não pacíficos, mas que sempre cometem algo inconveniente. No caso em que a loucura seja contínua, portanto, estas são as razões. No caso em que terrores e medos se apresentem é por causa de um deslocamento do cérebro; desloca-se quando se aquece, e se aquece por causa da bílis, sempre que essa se dirige para o cérebro pelas veias sanguíneas do corpo; e o pavor será sempre presente enquanto ela não retornar às veias ou ao corpo (*apud* Pessotti, 1994, grifos do autor).

Assiste-se aqui a descrição de dois quadros clínicos que futuramente serão apresentados pela psiquiatria clássica, a mania e a melancolia. Mas aqui, ambos os quadros são explicados como um desajustamento humoral. Hipócrates inaugura uma descrição nosográfica da mania e da melancolia a partir da *physis*, e todos os conflitos afetivos e comportamentais não passam de manifestações secundárias da enfermidade de base, sempre orgânica, não tendo nenhuma função etiológica sobre a doença.

Embora situemos Hipócrates como o fundador de uma análise fisiológica da doença, evidenciam-se momentos marcantes de sua obra que o separam de uma corrente exclusivamente organicista do sofrimento humano. Em primeiro lugar, é notável que, por mais que o seu tratado retrate a saúde e a doença pela via do corpo, seu enfoque parece estar menos vinculado a um organicismo puro do que a uma relação desse corpo com o ambiente. Sua medicina introduz a ideia de que a natureza é harmonia e equilíbrio, e qualquer desvio significaria doença. Em outras palavras, a doença do *Corpus hippocraticum* remete à desarmonia, seja nas trocas com o ambiente circundante, seja no interior do próprio organismo.

Em segundo lugar, a normalidade não é interpretada por ele como um padrão biológico único, vigente para todos. Embora ele enfoque os fenômenos do corpo para entender a normalidade e a doença, ele não renuncia a possibilidade de uma normatividade eventual, singular, que não valha para todos, demonstrando a imprecisão da fronteira que universaliza o normal e o patológico, expressa tão bem pela psicanálise posteriormente. Essa ideia é retratada na primorosa passagem do primeiro livro das Epidemias, em que se tem a seguinte afirmação:

No que diz respeito às doenças, eis as circunstâncias a partir das quais formamos um juízo sobre como elas se dão – alcançando a natureza geral de todas as coisas e a natureza peculiar de cada indivíduo (Epidemias I, XXIII, *apud* Pereira, 2019).

Atentemo-nos para os dois pré-requisitos para a formação de um juízo na medicina: o médico tem que alcançar um conhecimento que é universalizável (e por isso replicável), mas também deve estar propício a alcançar algo de outra ordem, para-além da técnica universalizante, que concerne ao um-a-um. Fica claro então que a patologia para Hipócrates supõe tanto um universal quanto um singular, fazendo-o ir na contramão da redução da patologia a um exclusivo fisiologismo universalizante.

Caminhando pela mesma via, Aristóteles apresenta um posicionamento semelhante ao que é retratado em *Epidemias*. No Livro 1 da *Metafísica* (2012), ele fala rapidamente como os próprios gregos consideravam a medicina. Lembremos que, antes do século XVI, a medicina construiu suas bases de entendimento sobre o corpo prioritariamente a partir dos trabalhos de Hipócrates. A concepção técnica e não mítica do *Corpus hippocraticum* se apresentou como um saber-fazer organizado pela razão, que constituiu um conhecimento técnico-científico da natureza. Sua *tékhné iatrikè* (em grego antigo) foi traduzida pelos latinos como *ars medica*, ou arte médica. Porém, a técnica concebida como uma questão de arte já estava presente nos próprios filósofos gregos. Segundo Aristóteles (2012), “a arte é conhecimento científico” (p.43, grifo nosso) e visa o conhecimento dos universais, e difere da *experiência*, que alude ao conhecimento dos particulares. Para ele, a arte é um desdobramento e uma consequência da experiência, pois é a partir da repetição das experiências com os particulares que é possível formar um juízo universal sobre situações semelhantes.

A arte é produzida quando a partir de muitas noções de experiência forma-se um só juízo universal relativamente a objetos semelhantes. Dispor de um juízo de que quando Cálías padecia esta ou aquela doença, isto ou aquilo lhe fazia bem, e semelhantemente com Sócrates e vários outros indivíduos, é uma questão de experiência; mas julgar que faz bem a todas as pessoas de um certo tipo, consideradas como uma classe, que padecem desta ou daquela doença é uma questão de arte (Aristóteles, 2012, p.42).

O ponto fulgurante da análise de Aristóteles concerne à observação que ele promove sobre a relação entre o universal e o particular a partir do debate entre a arte e a experiência. Para ele, por mais que a arte médica vise o universal, é o conhecimento dos particulares que revela o sucesso de um tratamento. Eis a passagem:

Parecia que, para propósitos práticos, a experiência não é, de modo algum, inferior à arte; de fato, vemos homens de experiência obtendo mais êxito do que aqueles que dispõem de teoria sem experiência. A razão disso é ser a experiência conhecimento dos particulares, enquanto a arte o é dos universais, sendo que as ações e os efeitos produzidos dizem respeito, todos, ao particular, posto que não é o ser humano que o médico cura, salvo incidentalmente, mas sim Cálías ou Sócrates, ou alguma outra

pessoa nomeada semelhantemente, que acontece ser também um ser humano. Assim, se alguém dispõe de teoria sem experiência, e conhece o universal, mas não conhece o particular nele contido, com frequência falhará em seu tratamento, uma vez que é o particular que tem que ser tratado (Aristóteles, 2012, p. 42).

Mais a frente ele ainda afirma:

Será a ciência máxima e superior às subordinadas a que detiver o conhecimento da finalidade de cada ação a ser concretizada, isto é, o bem em cada caso particular e, no geral, o bem supremo no conjunto da natureza (p.45).

Percebe-se nos trechos supracitados que Aristóteles não subjuga a experiência à técnica, mas demonstra a importância daquela por ela se constituir como um saber dos particulares. O conhecimento dos particulares se faz importante por ser só por meio dele que é possível constituir a teoria sobre o universal. A proposição aristotélica demonstra que os particulares se apresentam como elementos que constituem o universal e revela a importância do contato com eles para a arte de curar. Sobre essa perspectiva, a técnica, como um saber-fazer fundamentado no conhecimento dos universais, não fornecerá sozinha o caminho de entendimento e de tratamento da doença, dando a entender que não é um todo replicável que o médico trata, e sim o ser em sua singularidade.

Reiteramos, com isso, o quanto a teoria de ambos os autores apresenta um jogo de linguagem que se distancia completamente da perspectiva mítico-religiosa predecessora; seja pela tentativa de constituir um *logos* através do conhecimento da *physis* e de sua relação com o ambiente para o tratamento do corpo; seja por observarem que a *tékhné iatrikè* não é, por si só, suficiente para a realização de uma terapêutica. Esse ponto de análise é crucial para o desenvolvimento deste trabalho, pois revela a presença de uma torção dialética nos modos de descrição da doença e, conseqüentemente, do seu tratamento ao longo da história.

1.2.3 Platão e a doença da alma

Há um fio condutor que liga os filósofos pré-socráticos à Hipócrates, que são as doutrinas médico-filosóficas elaboradas pelos primeiros, e que passam do campo da filosofia para a medicina de Hipócrates. Platão, filósofo grego, nascido em Atenas e contemporâneo ao médico de Cós, tinha em suas mãos essas duas referências, sendo exímio leitor da medicina hipocrática e da filosofia antiga. A doutrina médica de Hipócrates e os escritos dos filósofos

pré-socráticos Alcmeón de Crotona e Empédocles de Agrigento formaram as bases fundamentais para o que Platão enunciou como *doença da alma*, em que se mesclava medicina e filosofia. Veremos ao longo deste subcapítulo que, partindo dessas duas referências, Platão promove uma leitura da doença completamente distinta das anteriores. Ele utiliza uma nova rede conceitual e se distancia das concepções até então apresentadas.

Platão inaugura uma questão que perpassará todos os seus trabalhos, que é a relação entre o corpo e a alma. Em um dos seus primeiros diálogos filosóficos, o *Cármides* (1998), Platão afirma que as doenças do corpo têm em sua base outro distúrbio, o da alma, e a resolução dos primeiros requer o tratamento deste último. Para ele, não se pode curar o corpo separadamente, já que há uma interdependência entre as partes corpo e alma. Segundo o filósofo Ivan Frias (2004), essa era a característica marcante que diferenciava Platão dos médicos hipocráticos. Ele cita o Platão de *Cármides* que ressalta que os hipocráticos “negligenciavam o *todo*, a cujo tratamento seria preciso proceder, pois, não estando ele bom, impossível seria que a *parte* ficasse boa” (Platão *apud* Frias, 2004, grifo nosso). Para o filósofo grego, Hipócrates não tratava o todo por negligenciar o plano da alma.

Platão tece importantes e complexas considerações sobre a relação entre o *todo* e a *parte* no decorrer dos seus diálogos, deixando claro em *Cármides* que o *todo* seria alusivo à união entre corpo e alma, e que era somente tratando o todo que se poderia curar a parte, muito embora ficasse subtendido que havia uma primazia da alma em relação ao corpo. Isso fica evidenciado no diálogo sobre a cefaleia de Cármides, em que Sócrates, ao assumir o papel de médico, propõe que a cura do acometimento orgânico daquela só seria possível com o tratamento prévio da alma⁴. Já, em outro diálogo, no *Timeu*, a alma deixa de assumir sua preponderância sobre o corpo e ambos se tornam interdependentes, de modo que tanto as doenças da alma afetam o corpo, quanto as doenças do corpo atingem, de algum modo, a alma (Frias, 2004).

Evidencia-se, em diferentes ensaios de Platão, uma explicação da doença que coloca em relevo a alma. Em *Timeu*, por exemplo, Platão (1975) apresenta três tipos de alma, que serão

⁴ Uma ideia fundamentalmente necessária para o entendimento do que ficou conhecido como *alma* na cultura grega é a aproximação desse conceito à deusa *Psyche*. No mito narrado por Apuleio, *Eros*, o cupido, ou deus do amor, ao se ver apaixonado por *Psyche*, não lança suas flechas para ninguém e permanece ele mesmo apaixonado por ela. Sua lenda traz a imagem da união entre amor e alma, e *Psyche* é uma alegoria da alma humana, que é inundada pela invasão de paixões e de desastres. Extraída do mito e utilizada nos diálogos filosóficos da Grécia clássica, *Psyche* não corresponde a qualquer atividade orgânica, fisiológica, ou mesmo afetiva. Ela se distancia do corpo e da atividade pensante e se aproxima da alma, ou espírito, sendo localizada fora do homem, ainda que exerça uma influência sobre ele.

ainda melhor desenvolvidas em um diálogo posterior, a *República*. Neste, Sócrates e seus interlocutores, Glauco e Adimanto, estão tentando responder se a alma é única ou se é feita de partes, o que resulta na teoria tripartite da alma em Platão: uma delas é a alma racional, ou lógica (*logistikón*), localizada no encéfalo; a outra é a afetiva-espiritual (*thumoeides*), situada no coração; e por último, a apetitiva-instintual (*epithumeticon*), abaixo do diafragma. Nessa tripartição psíquica, a alma racional teria a incumbência de seguir a lógica e de se situar na posição de comando; a apetitiva se relacionaria às necessidades do corpo, como a fome, a sede, o sono, e também a busca do prazer erótico carnal, estando no extremo oposto da parte lógica e racional; e por último, a alma afetiva-espiritual, ou *thumoeides* (de *thymos*), teria a tarefa de conciliar as duas outras partes opostas, ora se alinhando ao *logistikón*, ora cedendo ao *epithumeticon*. Segundo Pessotti (1994), o *thymos* é a verdadeira alma de serviço, sede da vida psíquica, correspondendo às funções psicológicas, como memória, pensamento, comportamento, emoções, etc.

Ocorre que uma *Psychelogia* visava o estudo da alma, e não do *thymos*, isto é, não se dirigia àquilo que mais tarde vai ser aproximado à ideia de comportamento, de cognição ou mesmo de personalidade. *Psyche* não tinha nenhuma relação com a concepção atual de “faculdades mentais”. Em Platão, a *Psyche* não é inteira, indivisa, e, portanto, não faz um; de modo contrário, é decomposta em partes, sendo ela, em sua divisão, que constitui o homem. Nesse contexto, é o desarranjo na boa ordem de suas partes que ocasiona os distúrbios da alma para Platão.

Embora seja influenciado por Hipócrates e considere a importância das doenças do corpo, Platão aparenta dar um passo a mais que o distancia de uma consideração eminentemente orgânica para a etiologia das doenças. Ele apresenta um adoecimento cuja causa não se restringe ao campo da *physis*. Ao afirmar em seus primeiros diálogos que a doença sempre é correlativa a um desarranjo da alma, ou mesmo depois, quando argumenta que corpo e alma se afetam entre si e constituem uma patologia, evidenciamos uma nova leitura da doença que é completamente destoante das formulações anteriormente apresentadas. Há um novo *jogo de linguagem* que implementa uma nova descrição do *pathos*.

1.2.4 O caráter ambíguo da patologia: Aristóteles e a doença como metáfora

Filósofo grego do século IV a.C., aluno de Platão e professor de Alexandre, o Grande, Aristóteles é conhecido por ter fundado o notório *Liceu* (escola Peripatética), onde de forma itinerante e ao ar livre lia e dava preleções sobre filosofia. Seus trabalhos abrangiam uma diversidade de assuntos, como física, botânica, filosofia, lógica, filologia, ética, dentre outros. Juntamente com Platão e Sócrates, é visto como um dos fundadores da filosofia ocidental.

Dentre esses amplos ensaios, vamos pinçar uma questão específica e altamente importante para o tema examinado nesta pesquisa, que é a relação entre a loucura e o ato criativo, trabalhada por Aristóteles em seu *Problema XXX, I*. Esse texto, comentado por Jackie Pigeaud (1998; 2006; 2009), mergulha na extraordinária capacidade de criação artística, supondo que para qualificar um homem como artista, um estado melancólico não patológico é nele necessário.

Aristóteles traça uma psicofisiologia da melancolia na tentativa de explicar a genialidade de todos os homens considerados excepcionais, que engendraram importantes contribuições à filosofia, à ciência, à política, à arte, chegando à seguinte pergunta: por que esses homens são melancólicos? Segundo o filósofo, a melancolia é uma doença que assola sobretudo os gênios, os homens de exceção, estando eles mais vulneráveis aos ataques de bile negra. Ele observa que o gênio é melancólico e que a genialidade e a loucura têm a mesma causa, diferindo apenas em grau.

Para descobrir a etiologia da natureza melancólica, Aristóteles afirma que é necessário conhecer seu *eidos*, sua essência. Para isso, torna-se necessário retomarmos a teoria humoral de Hipócrates, uma vez que Aristóteles a toma como referência. Lembremos que a saúde foi definida pelo médico de Cós como a harmonia dos humores, sendo a doença concebida como a predominância ou a ausência de um dos humores em relação aos outros. É exatamente em relação a isso que Aristóteles é hipocrático, visto que ele articula a saúde à *eukrasia* (a boa mistura, a boa *krásis*) dos humores. Por outro lado, a melancolia foi associada tanto por Hipócrates quanto por Aristóteles como um excesso de bile negra no corpo. Segundo Aristóteles (1998), a bile negra é fria por natureza, e em seu estado natural produz o torpor, a apoplexia, os terrores e as atimias, mas, quando superaquecida, os resultados decorrentes são as eutimias e a loucura. Para ele, a bile negra é inconstante na melancolia, varia em demasia, ora é fria, ora é quente, podendo inclusive levar à mania dependendo da qualidade da crase melancólica. O temperamento melancólico, como um excesso de bile negra no corpo, é então qualificado como patológico, uma vez que se distancia da crase ideal.

Entretanto, Aristóteles dá um passo à frente de Hipócrates ao questionar se poderia haver saúde na doença, isto é, se existiria uma bile negra saudável, um equilíbrio dessa mistura

inconstante. E a resposta aristotélica é afirmativa. Ao traçar uma saúde na melancolia, ele assegura que é possível haver saúde naquilo que desvia da norma, considerando a melancolia como não exclusivamente patológica.

No intitulado *Problema XXX,1*, Aristóteles então traça uma relação entre o sujeito melancólico e a excepcionalidade. Ele o concebe como um ser em excesso, já que uma das características da bile negra na melancolia é estar em demasia. Desse sentido adveio um outro: a excessividade torna o sujeito melancólico um *ser de exceção*, e por isso, *excepcional*. Aristóteles (1998) faz então uma metáfora entre a melancolia e a experiência de ingesta de vinho. Segundo ele, dependendo da quantidade ingerida, o vinho pode provocar diversas mudanças comportamentais e temperamentais em um mesmo homem, e, do mesmo modo, o excesso de bile negra também pode transformar uma pessoa comum em um ser de exceção, que distancia da norma. Mas, diferentemente do vinho, que modifica as atividades humanas somente durante o período de efeito do mesmo, Aristóteles considera a exceção melancólica algo permanente, estrutural, da natureza do excesso de bile negra no corpo: “o vinho cria a exceção no indivíduo não por muito tempo, mas por um curto momento, enquanto a natureza produz esse efeito para sempre, por todo o tempo que se vive” (p. 85).

Sobre a excepcionalidade melancólica, Pigeaud (2009) observa que Aristóteles definiu esse sujeito como um ser ligado à poesia, pois, por ter o talento da metáfora, ele teria a acurácia de perceber o semelhante mesmo entre elementos muito distantes, e assim ele seria capaz de transportar ou de transferir o sentido das coisas. Mas por que Aristóteles qualificava o melancólico como um ser de metáfora? Observemos que ao citar o Aristóteles da *Ética a Nicômaco*, Pigeaud reitera que o melancólico não é guiado pela razão, ou seja, por ser imerso em estados de tristeza, de apatia e de amplo devaneio, ele é inclinado a seguir a sua imaginação, que é metafórica. Nesse sentido, ele coloca em correlação a melancolia, a poesia e o ato criativo.

Aristóteles não deixa de ser humoralista ao conceber a melancolia. Ele a qualifica como um fenômeno eminentemente somático, uma vez que esse acometimento é derivado de um excesso de bile negra. Mas a consideração importante destacada por ele é que uma concentração mais atenuada dessa substância pode não determinar a doença, e sim constituir os homens de exceção e a genialidade. Para o filósofo, a crase média, ideal e constituída como *norma* é sem importância porque é indistinta, sempre a mesma, mas o desvio da crase ideal (o desvio em relação à norma) pode tanto engendrar a patologia, como também constituir o estilo, que é sempre singular. E o estilo melancólico, pelo excesso de bile negra, é o criativo.

O que faz desse trabalho importante e contributivo para o tema dessa pesquisa é a aproximação de um quadro clínico que, embora atualmente seja analisado prioritariamente pelo

viés patológico, em Aristóteles não se restringiu à dimensão de sofrimento, uma vez que ele colocou em evidência a potencialidade criativa. Em *O homem de gênio e a melancolia* (1998), Pigeaud ressalta que a melancolia para Aristóteles é um ensaio sobre a criação. Já em *Metáfora e Melancolia* (2009), ele afirma que o “golpe de mestre” de Aristóteles foi ligar o corpo à arte da metáfora, foi associar uma concepção da fisiologia à poesia: “o caráter de metáfora é função da força do humor bile negra” (p. 112). Esse humor foi causa da loucura de Hércules e de Ajáx, mas também serviu de potência criativa para Empédocles, Platão, Sócrates e Lisandro (Pigeaud, 2009).

Sob a perspectiva da melancolia, Aristóteles coloca em suspenso a divisão congelada e pré-definida entre saúde e doença, demonstrando que a melancolia não é exclusivamente uma patologia, isto é, que o sujeito melancólico não é um doente, mas doentio, podendo tornar-se um enfermo como igualmente ser um homem de exceção. Acreditamos que para além do temperamento melancólico como metáfora, Aristóteles também metaforiza a ideia de saúde e de doença, transportando os seus sentidos, transferindo os seus significados e curto-circuitando os dois conceitos que muitas vezes eram (e são) analisados de maneira compartimentada e opositiva. A melancolia, como um acometimento polimorfo que pode levar à doença, mas que sobretudo carrega em seu bojo a possibilidade de uma infinidade de manifestações subjetivas, aparenta advir como uma metáfora do que é eminentemente humano, comum a todos, ou seja, que com a doença pode-se criar, construir, escrever, pesquisar, em suma, sublimar. Evidencia-se, assim, uma primeira aceção da doença em que ela é aproximada (e não contraposta) à normalidade. Esse trabalho exemplifica mais um modo de definição patológica no período antigo.

Apresentamos até agora diferentes leituras do *pathos* somente na era grega antiga. Poderíamos identificar outros autores e outras definições desse período que reiterassem nossa hipótese, mas seria desnecessário repetir o que já foi evidenciado. Partiremos agora para um outro período histórico que indica uma nova transformação nos modos de abordagem desse tema.

1.3 Era Medieval: a patologia identificada à possessão demoníaca

O mundo foi habitado por demônios! É o que nos aponta Michel Foucault ao se remeter à difusão da doutrina demonista na sociedade do princípio da Idade Média e do Renascimento.

Essa forma de pensar tem início no quinto século depois de Cristo em que se marca o peso da ortodoxia cristã sobre a sociedade, refletindo fortemente na organização política e na constituição de uma moral religiosa. Segundo o antropólogo Alfonso Maria di Nola (*apud* Pessotti, 1994), a demonologia tem as suas raízes na própria doutrina do cristianismo e reflete crenças gnósticas e o dualismo difundido pelas comunidades essênias e qurânicas, que tempos depois se apresenta como a doutrina de Cristo. Tal dualismo condiz com a ideia difundida na *Epístola de Barnabé*, do século II d.C., que afere que o mundo é dividido entre o bem e o mal e que no referente momento vive-se o mal, exemplificado pela ação dos demônios sobre o homem. De acordo com a *Epístola*, o homem somente acederá ao reino do bem após a volta de Cristo na Terra, que ocorrerá em um momento futuro. Enquanto isso, ele deve preservar a verdadeira aliança com Deus para não ser persuadido pelo espírito do demônio, e esse vínculo só é possível se o homem mantiver a sua crença e o seu laço cristão.

A doutrina demonista se destaca e se consolida a partir de algumas figuras importantes, como os padres apostólicos Agostinho de Hipona, Tomás de Aquino, dentre alguns outros; e certos tratados tornaram-se conhecidos por serem manuais voltados para a identificação da presença e da ação do demônio no homem, bem como para o modo de tratamento da possessão diabólica. Dentre eles, destacam-se o *Malleus Maleficarum*, de 1484, e o *Compendio dell'arte essorcistica*, de 1576.

Esses trabalhos se constituíram como um parâmetro através do qual padres, inquisidores e eclesiásticos julgavam o comportamento dos sujeitos na sociedade europeia. Condutas consideradas estranhas e poderes tidos como anormais expressavam a manifestação do demônio sobre a pessoa, e aqui são inseridas inúmeras expressões comportamentais e corporais, como formigamentos, palpitações, dificuldade de falar sem causa específica, premonições, falas sem sentido, idiotia, mudanças comportamentais bruscas, descontrole emocional, estados maníacos, melancólicos, dentre outros. A visão médica (anteriormente hipocrática) é enviesada e até mesmo anulada com a perspectiva mágico-religiosa-demonista, que acreditava que os espíritos do mal podiam interferir no comportamento, no corpo e no pensamento do homem e alterar as suas percepções, bem como provocar-lhe paralisias, cegueiras, delírios, alucinações, ilusões etc. Qualquer patologia passou a ter apenas uma causa: a ação do demônio sobre o homem.

Vislumbra-se com essa forma de pensar o comprometimento da compreensão precedente sobre a loucura difundida prioritariamente por Hipócrates em sua *ars medica*. O conhecimento médico-filosófico dos gregos antigos perdeu espaço ao ser subjugado à crença místico-religiosa, como é esclarecido no trecho que se segue:

Foi somente em 553 que a Igreja tomou a decisão atroz de danar os espíritos ou demônios (palavras sinônimas em grego), daná-los sem retorno e sem arrependimento possível. Seguiu, assim, a violência africana de Santo Agostinho, contra a opinião mais dócil dos gregos, de Orígenes e da Antiguidade. Desde então, os Espíritos são estudados, seus temperamentos são fixados, assim como sua fisiologia. (Michelet, 2020, p. 298).

Observamos que não eram só as enfermidades de cunho psíquico que foram demonizadas, mas as doenças em geral foram retiradas da competência médica e subjugadas como manifestações de possessão diabólica. Por consequência, a terapia para tais acometimentos transmutou-se ao passar a abranger uma série de condutas religiosas, como orações, peregrinações, confissões, frequência a igrejas e, no mais grave dos casos, o exorcismo.

Com a demonologia, há uma parcial reedição do pensamento mitológico presente na epopeia homérica e nos poetas trágicos do período antigo, uma vez que qualquer patologia deixou de ser explicada por disfunções orgânicas, sendo resultado de maquinações de entidades extra-naturais. Por outro lado, não há um completo retorno, pois a loucura passa a ser vista pela primeira vez como algo nefasto e negativo. Como o demônio só penetra nas pessoas que despojaram dos seus pensamentos santos e da sua aliança com Deus, a loucura é apercebida como algo pernicioso, já que é prova da ausência de Deus. A doença (mental e física) passa a ser literalmente demonizada em toda Europa do início do período medieval até o século XV.

Mas tal perspectiva inicia a sua derrocada rumo ao fim quando um movimento de médicos questionadores, ainda fincados no conhecimento galênico e hipocrático, marca não só o ceticismo e a perplexidade quanto à teoria demonológica, como também refuta as impropriedades propaladas nos compêndios. Segundo o historiador Jules Michelet (2020), esse movimento recebeu a alcunha de *tolerância* e baseava-se no discernimento fincado na *razão* e no saber médico, sendo o germe para uma nova reviravolta nas considerações sobre a psicopatologia e a loucura.

1.4 Era Moderna

1.4.1 A psicopatologia sob a perspectiva médico-científica

Os séculos XV e XVI foram marcados pela perplexidade da comunidade médica e filosófica e da maioria da classe erudita quanto à doutrina antidiabólica instituída pela Igreja. Em face do problema assim desenhado, principalmente aquele que se remetia à formação clínica do médico, o movimento de *tolerância* foi se tornando cada vez mais forte e defendido pela comunidade científica. Tinha-se como visada a retomada de textos clássicos para a formação médica, como a filosofia de Platão e de Aristóteles, bem como a arte médica de Hipócrates e a teoria pneumática de Galeno.

A forte preocupação da classe científica de escapar das concepções mágicas sobre a loucura provocou a instauração de uma multiplicidade de linhas de pensamento, uma verdadeira *panaceia* nas palavras de Foucault (1972/2019), resultando em uma pluralidade de psicopatologias, com diferentes modos de definição do sofrimento psíquico. Tem-se, como exemplos, a abordagem iatroquímica e o enfoque iatromecânico sobre a loucura, além dos trabalhos classificatórios de Zacchias sobre o tema. Nesse contexto, destaca-se a classificação nosográfica de Félix Plater (1625), a partir da qual foi inaugurado o conceito de *alienação mental*, que faz alusão às formas clássicas da loucura, da mania, da melancolia, da demência e da idiotia (Pessotti, 1994). Seus trabalhos classificatórios constituíram o apanágio de grande parte da taxonomia nosográfica instituída nos séculos ulteriores, principalmente o XIX, em que o substrato orgânico para a caracterização da doença assumiu o seu ápice com a obra de Philippe Pinel. A teoria de Plater esteve embasada na concepção de que a doença mental é resultado de uma “lesão” no intelecto, tendo como resultado alguma alteração nas funções da mente, em que se destaca o delírio. Para ele, o delírio é a marca da loucura. Já no século XVIII, William Cullen também aproximou a loucura do delírio, de modo que ela implicaria numa “lesão” nas faculdades de julgar, isto é, a doença mental se apresentava como um erro de julgamento.

O século XVII naturalizou a insanidade ao concebê-la como uma patologia das funções nervosas superiores, resultando em uma disfunção nos processos cerebrais. Os trabalhos desse período foram acrescentados no século seguinte à observação clínica das variações comportamentais que a loucura podia causar, momento a partir do qual ela começou a ser observada a partir da descrição dos sintomas manifestos. A inauguração de uma exagerada abordagem organicista no século XVII, juntamente com a observação detalhada da insanidade mental a partir do comportamento no século XVIII, fizeram dos hospitais instituições exclusivamente médicas, tendo como visada a constituição de uma nosologia e de uma nosografia das doenças. A busca de uma essência orgânica e o interesse comportamental fizeram parte do *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*, publicado na aurora do século XIX, por Pinel.

Se os sintomas são observados com atenção e empenho constante, é possível classificá-los e distinguir entre eles, com base nas lesões fundamentais do intelecto e da vontade, sem deixar-se despistar pelas inumeráveis formas que eles se apresentam (Pinel, 1809/2007, p. 5).

Vale observar que, com a passagem do século XVI para o XVII, a experiência místico-religiosa da loucura perde a sua força, dando espaço a um novo paradigma psicopatológico no qual a loucura passa a ser associada à desrazão. Para Foucault (1972/2019), no nascimento da experiência clássica da loucura, esta deixa de ser vista como algo pernicioso, e, ao mesmo tempo, surge o hospital como instituição de reclusão. A doença mental é apercebida no horizonte da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se no grupo; e a internação advém como uma criação própria do século XVII, que abriga não só os doentes mentais, mas todos os miseráveis, desempregados e aqueles que não se adequam à regra social de conduta e de trabalho da época.

Já no século XVIII, começa a surgir um modelo de internação reservado exclusivamente ao doente mental. Essas instituições caracterizam-se por “acolher apenas doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistematizado e especializado” (Pessotti, 1994, p. 152). O *alienismo* surgiu na passagem do século XVIII para o XIX após o auge dos movimentos democráticos da Revolução Francesa. Como especialidade médica, ele teve a incumbência de estudar e de tratar a população dos loucos presentes nos Hospitais Gerais. A partir dos novos paradigmas democrático-iluministas, visava-se recuperar a população “alienada” na tentativa de concedê-la o atributo da *razão*. Para isso, era preciso inicialmente observá-la.

Nesse contexto, emergiu a figura do médico como especialista. Com a transição do asilo custodial para o asilo terapêutico e, com a necessidade de estabelecer um corpo médico capacitado para conhecer os transtornos mentais e construir a sua terapêutica, surgiu nesse momento a psiquiatria. Ela adveio subordinada à noção de nosologia, tendo como visada o estudo das doenças mentais, ou seja, ela surgiu como especialidade dentro do saber médico com o objetivo de descrever biologicamente as suas entidades. Tinha-se como intento aplicar uma taxonomia baseada na sistemática, buscando diagnosticar gêneros e espécies de transtornos. Esse era o novo método de leitura da psicopatologia.

Surgida na passagem do século XVIII para o XIX, a psiquiatria foi gestada na vigência desse estilo de pensamento. Nesse contexto surgiram personalidades importantes: além de Philippe Pinel (1745-1826) e Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) na França; destacam-se Johann Heinroth (1773-1843), Wilhelm Griesinger (1817-1868) e Emil Kraepelin (1856-1926) na Alemanha; Clark Bell (1832-1918) nos Estados Unidos, dentre outros. Para

eles, os achados da anatomia patológica, da etiologia, do seu curso, bem como da sintomatologia clínica, convergiam nas entidades naturais de doença. Toda questão repousava em saber se um fenômeno patológico encontrava suas bases de entendimento nas ciências da natureza. Pereira (2014) observa que mesmo Sigmund Freud se ateu em alguns momentos a esse pensamento, acreditando que os conceitos de sua obra se traduziriam algum dia na linguagem objetiva das ciências naturais.

Pinel foi o personagem marcante que posicionou a psiquiatria como especialidade médica. Ele encabeçou uma revolução não só separando os loucos dos miseráveis e retirando as correntes que os prendiam em Bicêtre, como se apegou à observação sistemática dos doentes para descrever, classificar e separar as espécies de doença em categorias de maneira fidedigna. Pelo fato de haver uma infinidade de linhas de pensamento, muitas delas com conceitos confusos, Pinel tinha uma preocupação eminentemente prática de clarificar o entendimento da alienação mental, instituindo para isso o método da observação para conhecimento das espécies de doença, e, a partir disso, separá-las em categorias. Isso resultou num extenso trabalho denominado *Compêndio da nosografia filosófica* em 1842.

Pinel partiu da hipótese de que seria possível estabelecer uma ordenação sistemática dos diversos tipos de alienação mental a partir de procedimentos clínicos. Como administrador de instituições hospitalares (primeiro Bicêtre e depois Salpêtrière) em um momento revolucionário francês, com diferentes mandatos da revolução, e sem se dispor de qualquer teoria psicopatológica, a primeira coisa que ele buscou fazer diante de uma necessidade administrativa era separar dentre os internos aqueles que são loucos, daqueles que são pobres, miseráveis, prostitutas, alcoolistas, etc. Ele então pensou em uma sistematização clínica. Sua proposta era de descrevê-los de maneira fidedigna e seu método era eminentemente classificatório. Ele não buscava descrever e classificar entidades naturais; pelo contrário, tinha um objetivo prático, de separação. Esse método de descrição de maneira rigorosa e de agrupamento em categorias a partir de semelhanças e diferenças já tinha êxito na Botânica para entender como era a natureza.

Esquirol, também sob influência iluminista e positivista, radicalizou os pressupostos pinelianos ao criar categorias mais precisas e sistematizadas (mania, monomania, melancolia e demência), transformando a base das classificações da psiquiatria francesa reinante. Ele buscou separar as espécies, e a partir de suas semelhanças e diferenças, foram criadas categorias.

Além dos dois psiquiatras citados, surgiram outros personagens relevantes que apresentaram diferentes modos de definição das doenças. Citamos o psiquiatra francês Jean-Pierre Falret (1794-1870), que situou a doença mental como cerebral, supondo haver um fundo mórbido, orgânico, desconhecido, e que resultava em algumas apresentações, dentre as quais o

delírio. Falret descreveu as etapas de sistematização do delírio e acreditou na eficácia do tratamento moral. Ele criticou as classificações de Pinel e de Esquirol, traduzindo-as como eminentemente superficiais. O psiquiatra e psicanalista Paul Bercherie (1989) observa que, ao contrário de Pinel, Falret desassociou a clínica da nosologia, de modo que, para ele, as diversas espécies de loucura tinham em sua base o mesmo gênero. Suas distinções eram expressas pelos diferentes modos de evolução a partir de uma mesma base, comum a todos.

Vale situar também a importância do psiquiatra franco-austríaco Bénédict Augustin Morel (1809-1873), que estabeleceu uma leitura psicopatológica completamente diversa das apresentadas anteriormente. No seu *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* (Tratado sobre as degenerações físicas, intelectuais e morais da espécie humana e as causas que produzem essas variedades doentias), de 1857, ele argumenta que algumas doenças são causadas pelo que ele chamou de *degeneração*. Observa-se em Morel uma tese um tanto quanto religiosa, embasada no Gênesis bíblico, em que o homem é uma criação perfeita de Deus, e qualquer desvio ou variação é um retrocesso na escala evolutiva. Embora Morel tenha sido ridicularizado por outros médicos e cientistas contemporâneos devido à forte roupagem religiosa de suas proposições, sua teoria apresentou-se laicizada nos anos seguintes, o que garantiu uma prodigiosa repercussão no meio científico, adquirindo muitos adeptos, principalmente quanto às considerações sobre a hereditariedade na etiologia da loucura (Bercherie, 1989). Acreditava-se na predisposição de um mesmo gênero de patologia dentro de uma mesma família em gerações sucessivas, levando a pensar em casos de loucura inata ou congênita.

Em termos gerais, a clínica psiquiátrica francesa tinha por tradição valorizar tanto os agentes físicos quanto as causas morais na determinação da doença mental. Mas, para Morel, essas etiologias eram interpretadas como contingentes, adquiridas diante das circunstâncias da relação com o meio. Ele acreditou na presença de causas determinantes, hereditárias, em que o cérebro era lesado já em sua origem. Foi a partir dessa perspectiva que a teoria da degenerescência se imprimiu, apresentando-se como a principal obra que fazia frente à corrente que responsabilizava as influências morais e físicas como causadoras da alienação mental. A doença mental era vista por ele como uma degradação e uma involução na hierarquia da natureza humana, pois o homem seria rebaixado à condição animal.

No período moderno, a centralidade da psiquiatria se estabeleceu indubitavelmente no eixo franco-germânico. Enquanto a escola francesa se voltava à observação clínica do paciente, sendo Pinel e Esquirol seus maiores expoentes, a psiquiatria alemã se organizou a partir de uma

interpretação fisiológica do quadro clínico, destacando-se dois personagens: Wilhelm Griesinger e Emil Kraepelin.

Segundo Bercherie (1989), a psiquiatria alemã antes de Griesinger era pré-pineliana, pois a tradição clínica propriamente dita ainda não tinha penetrado naquele país, além dos sistemas explicativos apresentarem-se fechados e totalizantes, com dificuldade de se abrirem para outros modos interpretação. Coube a Griesinger introduzir a tradição clínica já presente no país vizinho. Até então, duas escolas disputavam o saber psiquiátrico alemão: a *escola psiquista* e a *escola somatista*. Enquanto a primeira concebia a loucura como uma doença da alma, como aquilo que evidenciava a perda do equilíbrio, seja por desvios do sujeito diante dos princípios divinos, seja devido a transgressões morais; a escola somatista considerava a doença mental uma afecção eminentemente orgânica.

Griesinger se aproximava da corrente somatista por creditar às doenças mentais uma afecção cerebral, desenvolvendo uma teoria atraente e nada rasa. De base anatomista, o autor escreveu, ainda muito jovem, o *Tratado sobre a patologia e terapêutica das doenças mentais*, publicado em 1845. Com ele foram estabelecidas subdivisões eminentemente médico-descritivas que se apresentam até os dias de hoje nos tratados de medicina, como considerações gerais, semiologia, etio-patogenia, formas clínicas, anatomia patológica, prognóstico e tratamento. Seu trabalho foi tão admirado que passou a ser reconhecido internacionalmente, começando a fazer parte da bibliografia dos cursos de psiquiatria da época. Sua teoria influenciou renomados autores futuros, como Jaspers e mesmo Freud, que foi um leitor ferrenho do *Tratado*.

A teoria de Griesinger tinha um cunho biológico-explicativo e situava o cérebro como o órgão base para a presença dos diferentes estados mentais. Sua teoria se embasava na concepção do arco-reflexo como modo de propagação dos estímulos e diferenciava as ações reflexas inferiores, medulares, das superiores, referentes às atividades psíquicas cerebrais. O grande diferencial destas últimas era a presença da *inteligência* como uma atividade eminentemente cerebral. Ela intermediava a ação reflexa entre a sensação e o impulso motor e se constituía através de representações mentais que se ligavam por analogia. Esse posicionamento veio influenciar fortemente as teses freudianas de que as representações se formam sobre as sensações provenientes do corpo – abordaremos essa análise no capítulo seguinte. Griesinger acreditava que a sensação e o impulso mais primevo, com busca de satisfação direta, seriam a fome e a excitação sexual. Eles seriam a base do arco-reflexo no sistema cerebral. Por outro lado, as redes de representação que intermediavam as sensações tendiam a se tornar mais complexas diante do crescimento do número de associações realizadas.

O associacionismo e o materialismo psicofisiológico estiveram presentes na tese do psiquiatra alemão. Pereira (2007) destaca que a organização psíquica nas formulações de Griesinger não se resumia unicamente a uma atividade cerebral enquanto realidade natural, mas que a constituição das representações e de seus complexos associativos era interpretada a partir de um viés histórico e contingente, dependendo dos acontecimentos externos, da história de cada sujeito e das influências do organismo.

A isso acrescentou-se as proposições de Herbart, principalmente aquelas referentes ao eu e à consciência. Seguindo as considerações desse autor, Griesinger acreditava que os complexos associativos lutavam para chegar ao campo da consciência para se transformarem em ato. Nessa dinâmica, os complexos dominantes, mais harmoniosos, eram reforçados e constituíam o *eu*; enquanto os mais debilitados e conflitantes eram *recalcados* (termo de Herbart), embora continuassem a exercer suas influências. O autor enfatizou a plasticidade do eu pelo fato de a rede associativa que o constitui ser dinâmica e estar em constante modificação, o que fazia do eu uma instância que podia transmutar-se ao longo da vida (por exemplo, as passagens da infância para a adolescência e desta para adultez). Segundo ele, o eu metamorfoseava-se, podendo inclusive levar à loucura. Nesse caso, complexos associativos anormais, diferentes dos anteriores, podiam penetrar no eu, modificando-o e promovendo juízos falsos.

Sobre esse tema, Griesinger também se amparava nas teses do psiquiatra belga Guislain sobre a loucura, que a considerava como um modo de reação psicológica diante de um substrato comum de dor psíquica (frenalgia). Para ele, a loucura se fundamentava na perda de um objeto de amor significativo em idade precoce, sendo tal experiência o núcleo mórbido de fragilidade psíquica (Pereira, 2007). Diante de um substrato tão debilitado, qualquer descompensação ao longo da vida teria um efeito nefasto. Griesinger então sistematizou a ideia de *monopsicose*, acreditando que qualquer psicopatologia sempre se remetia a esse substrato doentio, ou seja, a psicopatologia assumiu um caráter evolutivo, podendo apresentar desde uma frenalgia inicial, com características melancólicas, passando por outros quadros de delírios sistematizados, com ampla deformação do eu, até mesmo chegar a uma demência completa terminal.

A forte tendência organicista na descrição do sofrimento psíquico tornou-se premente na escola alemã a partir de Griesinger, contando com figuras como Kahlbaum e Hecker. E trinta e oito anos após a edição do *Tratado*, a Alemanha veio conhecer mais um trabalho que visava ordenar o campo das doenças mentais – o *Compêndio de Psiquiatria* do expoente psiquiatra alemão Emil Kraepelin, tendo oito edições ao longo de trinta anos.

Não desdobraremos as contribuições de Kraepelin para a psiquiatria, uma vez que os personagens supracitados são suficientes para demonstrar nossa hipótese sobre a presença de distintas psicopatologias apenas no recorte temporal do período moderno. Embora as diferentes correntes privilegiassem o corpo e o comportamento e reduzissem o sofrimento a um erro de julgamento, evidenciam-se perspectivas distintas sobre a etiologia do padecer humano, construídas a partir de uma rede conceitual própria de cada autor, que enfocavam ora a hereditariedade, ora as alterações químicas, físicas ou mecânicas cerebrais, ora consideravam a doença mental a partir um fundo mórbido de base, ora que as suas causas eram contingenciais ou mesmo morais. Observa-se, portanto, uma pluralização da leitura psicopatológica neste período.

1.4.2 Da inexistência de um sujeito pensante para um sujeito da agência

Afirmamos anteriormente que na Grécia Antiga, sobretudo com os poetas trágicos, toda a responsabilidade dos atos e pensamentos humanos, bem como de qualquer acesso de loucura, não era adjudicada ao sujeito, e sim a uma instância superior que sobredeterminava o seu comportamento. Esse período ignorava a noção de sujeito tal como concebida a partir dos séculos XVI e XVII. O mito grego evocava a situação de submissão do homem diante do divino e do decreto impiedoso do destino que provocava o enredo trágico na vida dos mortais. Essa concepção mítica foi sucedida ainda no período antigo pelas contribuições de Sócrates, Platão e principalmente Aristóteles, para quem o sujeito era correlativo a um substrato em cima do qual eram atribuídas qualidades e predicados que o determinavam.

O filósofo francês Vincent Descombes parte da noção de *suppôt* (*supósito*, em português) para apontar que o sujeito do período antigo era uma marionete, como aquele que age, mas que é representante ou porta-voz de um poder maior. Na sua leitura, esse sujeito não age por ele próprio, mas sim em agência, em referência a outra coisa. Por mais que ele desempenhe um papel atuante, ou seja, mesmo ele sendo o palco pelo qual tudo acontece, o sujeito ainda não é definido como agente de suas ações. Inexistia qualquer concepção de autonomia e muito menos de um *ego* (ou *eu*) como instância psíquica que fosse capaz de agir e de pensar por vontade própria. Singularidade e alteridade se confundiam no período antigo.

O filósofo Alain de Libera, no início de seu livro *Arqueologia do sujeito: nascimento do sujeito* (2013), traz a intrigante pergunta sobre como a percepção de sujeito entrou na

filosofia moderna; e, ainda, como ele teria passado da condição de sujeito, como um suporte passivo de qualidades, dotado de uma capacidade receptiva, a um sujeito autônomo, agente de seus atos e igualado a um *ego*. Ele então esclarece que o sujeito visto como instância unitária e anterioridade lógica, que responde por si e causador de seus comportamentos e pensamentos, é uma construção recente, tendo sua marca de nascença no período moderno.

Inspirado por Heidegger e pelo método foucaultiano da arqueologia do saber, que emprega a tese de que um trabalho de arqueologia consiste em voltar ao sentido de seu tempo e não pensar o passado com as categorias contemporâneas, De Libera pretende reconstituir algumas etapas desse processo. Ele não apenas retorna aos filósofos pré-socráticos, como também examina como que o *hypokeimenon* aristotélico foi interpretado pelos medievais, por que ele culminou na noção de *subiectum* na Idade Média, e ainda por que essa última noção resultou na noção de sujeito agente e, em seguida, em sujeito do conhecimento, estabelecido na Idade Moderna.

No entendimento do nascimento e dos sucessivos desdobramentos da noção de sujeito, o filósofo francês concede a Heidegger um dos fundamentos dessa arqueologia, cuja explanação é evidenciada em seu apêndice ao livro de Nietzsche, *A metafísica como história do ser* (1941), no qual distingue sub-jetividade (*Subjectivität*) e sub-jetividade (*Subjektivität*). A primeira menção faz referência ao que se apresenta nos pré-socráticos e alude à determinação metafísica do ser, à história do ser como metafísica. Sub-jetividade faz referência ao *hypokeimenon* grego (ὑποκείμενον), que na tradução para o latim foi interpretado como *subiectum*, isto é, como um substrato material subjacente a partir do qual imprimem predicados, como gostos, interesses, etc. Já a sub-jetividade marca a entrada na modernidade, onde há um novo modo de sub-jetividade.

Para a questão sobre como a sub-jetividade e a agentividade se entrelaçaram ao longo da história e como que se chegou à ideia moderna de sujeito (já que até aí ele não era pensado senão como um *subiectum*), De Libera afere que a distinção entre os termos *sujeito da inerência* e *sujeito da atribuição* é um auxílio metodológico indispensável para o entendimento dessa questão. Por inerência, ele define uma anterioridade lógica, como uma essência, o que aristotelicamente falando é chamado de *ousía* (οὐσία). No livro Z de sua *Metafísica* (2012), Aristóteles define quatro sentidos para o que ele chama de *ousía*. Tendo o significado de *ser* e traduzido erroneamente como *substância* pelos latinos, a *ousía* era interpretada pela sua forma, pelo seu conjunto, pelo seu gênero e pelo seu substrato, este último identificado ao *hypokeimenon*. Para ele, *ousía* denota *ser*, cuja etimologia se remete a algo que permanece, e que na interpretação latina se aproxima de uma visão ontológica, como *persona*. O *ser* é então

tomado como termo para dizer o que uma coisa é em sua matéria e forma. Ele é uma categoria que não está em combinação com outra categoria, uma vez ele nunca é predicado, mas sempre sujeito (Aristóteles, 2010). De Libera então estabelece duas perspectivas de análise sobre o sujeito, em que o *sujeito da inerência* se distingue do *sujeito da atribuição*, na perspectiva de que a essência do primeiro se diferencia dos acidentes que instituem o segundo. Neste último, o sujeito é entendido como uma construção a partir das condições que o moldam, sendo estas seus atributos. E dessas duas versões nascem as teorias clássica e depois moderna do sujeito: na perspectiva clássica, um atributivismo que faz da alma um “atributo ou disposição do corpo” (De Libera, 2013, p.83), e, na visão moderna, um atributivismo que interpreta “os atos mentais como ‘atributos’ ou ‘predicados’ da alma, do espírito e, finalmente, do ‘eu’, do ‘mim’, ou da ‘consciência’” (p. 83).

Portanto, na modernidade, mais especificamente nos séculos XVI e XVII, percebe-se uma virada na forma de conceber o sujeito, o que traz consequências para os modos de definição das doenças. Sob a base de um sujeito agente, este se torna *sujeito do conhecimento*, ou seja, ao mesmo tempo em que é agente do pensamento, ele também é objeto de estudo e de investigação. O nascimento dessa nova forma de interpretação tem seus motivos e seus fundamentos, pois a forma moderna de conhecimento se pautou na grande admiração pela certeza produzida a partir do saber da matemática. Os séculos XVI e XVII marcaram o início da física moderna. Ali vamos encontrar a matemática como elemento primordial nos estudos da Astronomia e na abordagem dos fenômenos da Natureza. Galileu Galilei (1564-1642), pai da Física Moderna, pressupôs traduzir a natureza por meio da linguagem matemática, de modo que ela funcionaria de forma cronometrada, como um relógio, passível de ser quantificável. A conjunção da observação, da experimentação e dos cálculos matemáticos de Galileu colocou-se como a base da lógica racionalista do momento, influenciando, por consequência, os experimentos realizados em medicina.

Reforça-se à visão mecanicista o trabalho do filósofo francês René Descartes (1596-1650), que buscou trazer a precisão matemática para o campo da filosofia, que, para ele, estava de certo modo perdida em discussões sem-fim sobre a verdade das coisas, sem chegar à conclusão alguma. Conhecido pelo *cógito penso, logo sou!* (Descartes, 1637/1973, p.100), Descartes trouxe a implicação do sujeito no saber. Para ele, a verdade do sujeito não é passível de verificação, pois “ele é”, sendo esta verdade constatada tão somente pela possibilidade de ele pensar.

Em *Discurso do método* (1637/1973), Descartes aponta que há certas formas de saber para as quais não existe a possibilidade de haver dúvida, como a aritmética e a geometria na

matemática; por outro lado, a dúvida é a linhagem do saber que recai sobre o próprio sujeito, sendo a propriedade de duvidar uma ação intelectual de dele, de modo que a característica de tal ato é a prova de que ele está pensando. Diante dessa nova perspectiva, a antiga concepção de alma (igualmente interpretada como mente ou espírito) é desconectada da sua relação com o corpo e passa a ser vista como instância própria, capaz de animar-se por si mesma. A alma, que para os antigos fazia parte do corpo, torna-se autônoma, não sendo apenas causa do ato de pensar, mas sujeito do pensamento. Igualada ao sujeito, ela passa também a coincidir à concepção moderna de *eu*, como sujeito autoconsciente. A partir da modernidade apresenta-se, assim, uma doutrina de pensamento que assimila os estados mentais como atributos ou predicados de um sujeito interpretado como *eu*. Nessa caracterização, o ser não é mais determinado pelo *hypokeimenon* grego, nem pelo *subiectum* latino, mas por um novo modo de subjetividade, no qual o *eu* se torna o agente do pensamento.

Observa-se, portanto, uma reviravolta na concepção de sujeito a partir da sua relação com a agentividade ao longo do tempo. Para Aristóteles, alma e vida tem suas origens abaixo do nível da consciência, de modo que não só a vida, mas, antes de tudo, a alma e as suas mais excelentes capacidades de operação (o intelecto e o pensar), não se limitam a nenhum ser que possa ter consciência de si, o que culmina na suposição de que o intelecto possa se originar fora de uma instância que o controle. Já na modernidade, nasce uma nova figura discursiva segundo a qual o intelecto e o pensar são propriedades de um sujeito autônomo e autorreflexivo.

A passagem da *subje-tidade* para a *subjetividade*, isto é, de um ser como suporte sobre o qual subscrevem predicados para um sujeito ativo, cujo pensamento se apresenta quando ele deseja, marca então a entrada na Idade Moderna. O sujeito moderno é igualado ao *eu*, este visto como instância unitária e condição do predicado *penso*. Aqui, o pensamento é visto como um ato intencional determinado por um sujeito que o realiza. Por consequência, o sujeito moderno ganha uma concepção jurídica, uma vez que ao ser agente do pensamento e ao ter capacidade de tomada de posição, ele é convocado a responder pelas suas ações. Como proprietário dos seus atos, ele passa a ser responsabilizado por eles.

O que se liga ao longo da história é, portanto, a semântica da ação à subjetividade, fazendo do sujeito um *sujeito-agente*, portador e causador do seu pensamento. Esse sujeito moderno, que tem como atributo a capacidade de duvidar, trouxe, por consequência, um novo modo de interpretação da loucura. Michel Foucault (1972/2019) nos mostra que a loucura em Descartes não é, de modo algum, instrumento ou etapa da dúvida, uma vez que o sujeito que pensa jamais pode estar louco (p.583). A loucura, apercebida como um enigma à razão, foi associada à desrazão, sendo alvo de estudo para o entendimento de sua incapacidade de pensar.

O louco deixa de assumir o lugar daquele que carrega uma experiência trágica, ora temida, ora respeitada, como também deixa de ser portador de um saber, tal como se apresenta na Antiguidade e na Idade Média ocidental, e passa a representar o negativo da razão e objeto de uma consciência crítica. Na comparação com uma pretensa normalidade, inaugura-se um novo modo de relação com as psicopatologias: o de buscar as causas do seu “erro de julgamento” na atividade do pensar. Como vimos, isso se deu pela perspectiva médico-científica através dos seus métodos classificatórios e anatomopatológicos.

É relevante observar a importância da virada dialética sobre a concepção do sujeito para o nascimento da psiquiatria e para os estudos científicos sobre as psicopatologias. Somente a partir dessa subversão que tanto o sujeito foi qualificado como dono do seu pensamento e responsabilizado por ele, quanto aquele que é acometido por qualquer sofrimento psíquico foi destituído do ato de pensar. A loucura e todo modo de padecimento psíquico passam a ser qualificados como *doença mental*, se apresentando como falha de julgamento, uma vez que o sujeito, aqui confundido com o *eu*, não consegue ser agente do seu pensamento. A loucura é então identificada como o contrário do pensamento racional, que supõe um sujeito autônomo e autorreflexivo. Para isso, é necessário estudá-la e entendê-la em sua materialidade, trabalho esse instaurado pela psiquiatria.

Conforme Foucault (1972/2019) nos apresenta, a loucura no período moderno não é instrumento ou etapa da dúvida, uma vez que, segundo essa perspectiva, o sujeito que pensa nunca poderia estar louco. Foucault, no entanto, questiona essa interpretação ao retomar a crítica de Derrida sobre a associação entre a loucura e o sonho apresentada no trabalho de Descartes, *Meditações sobre filosofia primeira* (1641/2004). Descartes as apresenta como dois modos nos quais a dúvida não pode operar, e privilegia o sonho à loucura, pois acredita que ele se produz de maneira habitual e não acede a esta última. Mas Derrida contra-argumenta-o afirmando que “aquele que dorme ou aquele que sonha é mais louco do que o louco. Ou, ao menos, o sonhador [...] está mais longe da percepção verdadeira do que o louco” (*apud* Foucault, p. 584). Além desta, é notável outras passagens críticas que Derrida faz sobre o posicionamento de Descartes. Ao contrário deste, ele alega que “o louco não se engana sempre e em tudo” e que “a loucura somente afeta, de maneira contingente e parcial, determinadas regiões da percepção sensível” (*apud* Foucault, p. 585). Ao questionar Descartes, Derrida busca desfazer a colagem fixa entre a loucura e a desrazão, dizendo que pode haver razão e sentido naquela.

A partir da análise histórica da virada dialética na concepção do sujeito abordada por nós acima, juntamente com o exame crítico de Derrida e de Foucault, é notável que decorre um silenciamento da loucura pela razão clássica diante do fato de a segunda destituir a primeira do

ato de pensar. Fora do pensamento, a loucura não fala mais por si, seja no campo social, jurídico ou médico.

O psiquiatra René Major (1994) ressalta que Foucault evitou repetir a agressão racionalista para com a loucura, distanciando-se da linguagem da razão filosófica e psiquiátrica, o que resultou num trabalho audacioso e atraente nessa tentativa. Nas últimas páginas da sua obra, Foucault (1972/2019) se refere ao Marquês de Sade para situá-lo como o expoente da expressão de uma linguagem transgressora às captações objetivistas da razão clássica. Sade foi contemporâneo do ciclo de virada da experiência trágica (período renascentista) para o enfoque moderno sobre a loucura, passando pelo período de internamento. Sua escrita trouxe algo fundamental relativo à experiência e à verdade da desrazão que resiste ao silenciamento, tornando-se figura marcante de resistência ao discurso objetivista da psiquiatria da época. Segundo Maurice Blanchot (2007), Sade escrevia o que lhe vinha à cabeça, acreditava que era preciso dizer tudo, sendo esta a sua liberdade como também a sua loucura. Por esse fato e também por sua escrita meticulosa e audaciosa sobre as fantasias sexuais, Sade foi considerado libertino e transgressor, juntando-se à população do internamento.

No capítulo *O círculo antropológico*, Foucault (1972/2019) traz o exemplo de Sade e delimita um corte epistemológico da relação do saber com a loucura a partir da entrada da linguagem racionalista objetivante. Ele marca um antes e um depois dos postulados da psiquiatria positiva e traz como exemplo a mudança de perspectiva na interpretação de qualquer obra que o louco produz. Sobre o período Renascentista ele afirma:

Após Sade e Goya, e a partir deles, o desatino pertence àquilo que há de decisivo, para o mundo moderno, em toda obra: isto é, àquilo que toda obra comporta de mortífero e de constrangedor. A loucura de Tasso, a melancolia de Swift e o delírio de Rousseau pertencem a suas obras, assim como essas obras lhes pertencem. Aqui nos textos, lá nessas vidas de homens, a mesma violência falava, ou a mesma amargura; visões eram certamente trocadas; linguagem e delírio se entrelaçavam [...] A loucura do escritor era a possibilidade de ver nascer, incessantemente renascer, nos desencorajamentos da repetição e da doença, a verdade da obra (Foucault, 1972/2019, p. 549).

Evidencia-se que a loucura no período da Renascença tem seus laços atados com a obra, de modo que a linguagem da loucura ou do delírio encontra formas de manifestação na produção da obra. Mas se na Renascença a loucura carregava um saber que era revelado nas expressões artísticas, no período Moderno ela se torna objeto de estudo de um conhecimento que a objetiva. Esse tempo é marcado pelos postulados da psiquiatria positiva e pela visada de uma ciência objetiva do homem. Aí nesse contexto, a relação da loucura com a obra toma outro caminho, o que é revelado no comentário de Foucault (1972/2019) que se segue:

A loucura de Nietzsche, a loucura de Van Gogh ou a de Artaud pertencem à sua obra, mas num mundo bem diferente. A frequência no mundo moderno dessas obras que explodem na loucura sem dúvida nada prova sobre a razão desse mundo, sobre o sentido dessas obras, nem mesmo sobre as relações estabelecidas e desfeitas entre o mundo real e os artistas que produziram as obras [...] Entre a loucura e a obra, não houve acomodação, troca mais constante ou comunicação entre as linguagens; o confronto entre ambas é bem mais perigoso que outrora. O último grito de Nietzsche, proclamando-se ao mesmo tempo Cristo e Dioniso, não está nos confins da razão e da desrazão [...] é o próprio aniquilamento da obra, aquilo a partir do que ela se torna impossível, e onde deve calar-se (p. 550).

Foucault é contundente em dizer que a loucura rompe com a sua obra na medida em que sua linguagem é silenciada, o desatino deixa de ser o espaço que permite transparecer a verdade da obra. O autor traz a loucura de Nietzsche como o marco a partir do qual ela se abre para o mundo moderno, dado que seus textos não expressam mais filosofia, e sim psiquiatria, transfigurando-se apenas nos traços do patológico.

Esse capítulo da *História da Loucura* apresenta a divisão estabelecida entre a razão e a doença mental diante do fato de a primeira tentar apreender a verdade da segunda, não pelo que a loucura pode falar, oferecer ou produzir, mas pela linguagem da própria psiquiatria, que aparenta ser um monólogo do saber sobre a doença mental. Neste solilóquio, perde-se a história da loucura, de cada loucura, posto que ela fica reduzida a seu silêncio.

Esta cesura apontada por Foucault também foi assinalada pelo psicanalista Jacques Lacan em 1966, quando foi convidado para um debate no Collège de Médecine, na *La Salpêtrière*, em Paris, sob o tema *O lugar da psicanálise na medicina*. Fortemente influenciado pelos estudos do filósofo Alexandre Koyré, principalmente aqueles concernentes à relação do corte entre a ciência antiga e a moderna e à importância da matematização do espaço para a constituição desta última, Lacan argumenta que houve uma falha na história da medicina, um corte divisório entre o saber e o ser, quando a ciência começou a ser o elemento central da prática médica. Ele diz o seguinte: “Permitam-me rotular de preferência como falha epistemossomática o efeito que vai ter o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo” (s/p). E complementa:

[...] aquilo que é excluído da relação epistemossomática, é justamente o que vai propor para a medicina o corpo no seu registro purificado; o que é apresentado assim se apresenta como um pobre na festa, onde o corpo brilharia agora mesmo para ser totalmente fotografado, radiografado, calibrado, diagramatizado e possível condicionado, sendo dados os recursos verdadeiramente extraordinários que ele recolhe, mas que também talvez esse pobre traga para ele uma chance que vem de longe, ou seja, a saber, do exílio onde foi abolido o corpo na dicotomia cartesiana entre o pensamento e a extensão, a qual deixa completamente desabar da sua captura aquilo que não é sobre o corpo que ela imagina, mas do corpo verdadeiro na sua natureza (Lacan *apud* Pereira, 2021, s/p).

Embora haja um extenso debate filosófico sobre o tema, o que mais nos interessa aqui é a observação de Lacan de que a redução do corpo à objetivação é decorrente de uma

contingência histórica, a partir de Galileu e de Descartes, com os intuitos de apreensão da natureza a partir de dados matematizáveis. Como demonstramos anteriormente, o “fazer-ciência” da Grécia antiga tinha outra visada, pois buscava a harmonia e o equilíbrio das coisas. O corpo era tomado de outro modo e o foco da patologia hipocrática não era a doença, mas sim a desarmonia. Para Lacan, é isso que falha no campo epistêmico a partir da redução do corpo à objetivação.

A tradição médica centrada nesse eixo de estudo fez uma aproximação da concepção de patologia com a de nosologia, visto que o *pathos*, na sua dupla dimensão de paixão e de sofrimento, foi igualado ao *nosos*, que considera a doença como incidência na *physis*. No entanto, esses dois conceitos apresentam diferentes perspectivas, pois, enquanto a nosologia diz respeito ao estudo da doença em sua materialidade, como alguma disfunção no corpo orgânico, a patologia se remete ao *pathos* grego, como aquilo que incide num *idios*, num único, trazendo a dimensão da singularidade (da não universalização) para o estudo das doenças. Na tradição da medicina moderna perde-se a concepção de doença como aquela que foi apresentada por Hipócrates e Aristóteles, isto é, como algo que concerne ao universal, mas que ao mesmo tempo não silencia o particular.

1.4.3 Karl Jaspers e a psicopatologia a partir de um sujeito cognoscente

Caminhando mais um pouco ao longo da história, chegamos ao início do século XX com outra perspectiva marcante na história psicopatologia. Contrapondo-se às definições médicas supracitada, existiu outro modo de consideração do *pathos* psíquico de igual importância: falamos aqui da psicopatologia fenomenológica, descritiva e compreensiva teorizada por Karl Jaspers (1883-1969) em sua *Allgemeine Psychopathologie* (Psicopatologia Geral), de 1913.

Antes de apresentarmos Jaspers, devemos situá-lo em seu tempo. Como afirmamos, a psiquiatria nascente marcou o rompimento com a doutrina antidiabólica da Idade Média. Tornava-se necessário estudar as diversas formas de sofrimento psíquico, e o método utilizado abrangeu a observação, a descrição e a classificação precisa das doenças. Buscava-se saber se o sofrimento mental encontrava suas bases de entendimento nas ciências da natureza. Tal corrente teve seu ápice nos séculos XVIII e XIX.

Encontramos no compêndio kraepeliano um rigoroso método de catalogação, baseado na descrição de cada entidade. Sua tentativa rumo à síntese e ao fechamento forneceu as bases para um tratado eminentemente descritivo-classificatório. E foi principalmente com seu aluno Jaspers que o trabalho de Kraepelin recebeu críticas, principalmente quanto à concepção de *unidade mórbida*. Jaspers observou que, se de um lado, há processos fisiológicos-cerebrais e, de outro, tipos clínicos que sustentam determinada psicopatologia, para ele nem sempre haveria uma relação que unisse a fisiologia à doença mental, ou seja, a psicopatologia não necessariamente seria da ordem de uma fisiopatologia. Sendo assim, os diferentes tipos clínicos também deveriam ser analisados por outras perspectivas que não somente a fisiologia.

É frente a essa perspectiva psiquiátrica que um novo rompimento se apresentou na história dos estudos sobre o sofrimento psíquico, desta vez inaugurada por Karl Jaspers em sua *Psicopatologia Geral*. Diante de influências filosóficas, tais como a de Edimund Husserl e a de Franz Brentano, o método de investigação jasperiano trouxe à tona, de maneira inovadora naquele tempo, o problema da subjetividade no campo da psicopatologia, distanciando esta última das ciências da natureza. O autor fez duras críticas ao discurso psiquiátrico tradicional, mais especificamente ao paralelismo psicofisiológico feito pela psiquiatria alemã na conceituação de sua psicopatologia, e teve como meta resgatar a dimensão de implicação subjetiva na constituição do sofrimento psíquico. Visou-se, com a sua psicopatologia fenomenológica, compreender o homem a partir do seu modo próprio de ser, evitando as objetivações da ciência e do senso comum. Nesse contexto, a consideração jasperiana sobre a psicopatologia era que esta deveria ser uma ciência autônoma, independente da psiquiatria tradicional, o que o fez também incluir a filosofia na constituição do seu arcabouço teórico.

Já na abertura do seu tratado, o autor evidencia o seguinte:

Há em psicopatologia uma série de concepções diferentes, uma série de vias paralelas, cada qual com seu valor e que se complementam sem se atrapalhar mutuamente. Tenho-me esforçado por separar essas vias diferentes, por estabelecer entre elas distinções claras (Jaspers, 1913, p. 5).

Nesta abertura, o autor segue dizendo que não contesta as evidências científicas sobre a fundamentação material da mente e as suas influências no psiquismo, mas que, dentre todo o palavrório psicopatológico, é necessário discernir os limites que separam aquilo que sabemos daquilo que não sabemos (Jaspers, 1913). Nesse sentido, Jaspers distinguiu a *compreensão estática* da *compreensão genética*. Enquanto a primeira tinha uma proposta fenomenológica de busca de entendimento da vivência particular do doente no exato momento em que ela apresenta

em sua consciência, a compreensão genética comparecia quando a análise estática não dava conta de responder aos fatos psíquicos, tornando-os incompreensíveis. A investigação genética foi recorrida para responder aos fenômenos considerados não-conscientes e nela buscava-se examinar as influências dos diversos momentos históricos para estabelecer os nexos causais para a emergência de determinada patologia.

Diferente da proposta empírico-pragmática das entidades nosográficas da psiquiatria clássica, a psicopatologia jasperiana visou descrever o que o sujeito experimenta conscientemente e qual a experiência vivida de alguém que apresenta alguma psicopatologia, de modo que se possa entender a sua lógica interna. Para Jaspers (1913),

o objetivo da psicopatologia é o fenômeno psíquico realmente consciente. Queremos saber o que os homens vivenciam e como fazem. Pretendemos conhecer a envergadura das realidades psíquicas. E não queremos investigar apenas as vivências humanas em si, mas também as condições e as causas de que dependem os nexos em que se estruturam, as relações em que se encontram, e os modos em que, de alguma maneira, se exteriorizam objetivamente (p.13).

Discípulo de Husserl e de sua *ciência eidética*⁵, Jaspers buscou capturar a essência do sofrimento mental através da compreensão. Para ele, o homem não é redutível à objetividade empírico-conceitual, sendo necessário apreender a vivência subjetiva em si implicada nas diversas formas de sofrimento psíquico. Jaspers diferenciava as doenças cujo desenvolvimento era claramente compreensível, e por isso de fácil acesso à terapia fenomenológica, tais como as patologias histéricas e as neuroses traumáticas, daqueles distúrbios incompreensíveis, que segundo ele, seriam resultados de uma falha na curva vital do desenvolvimento, cujo resultado seria um adoecimento que seguiria uma lei própria, de difícil compreensão. Aqui se tratava das doenças orgânicas, como a epilepsia, as doenças cerebrais, as intoxicações, dentre outras. Nesse caso, recorria-se ao conhecimento biológico para explicar a etiologia da doença.

Bercherie (1989) observa que os fenômenos *extra-conscientes* abarcariam essencialmente o incompreensível, tendo sido atribuída uma significação orgânica para isso. Para o incompreensível recorria-se à *explicação*, seja ela biológica, genética, hereditária ou cerebral; e para os fenômenos conscientes fazia-se necessário utilizar o recurso da *compreensão*.

⁵ De raiz etimológica grega e muito usada por Platão, *éidos* diz respeito à essência (abstrata) do Ser, sem a qual ele não é. Em outras palavras, é aquilo que faz cada ser um ser próprio. A *ciência eidética* de Husserl se remete a essa perspectiva, fazendo duras críticas ao imperialismo metodológico das ciências naturais e às ideias pré-concebidas dos empiristas e positivistas do final do século XIX. Ele acreditava que a ciência não pode ficar presa ao que já conhece e ao que já viu, mas que é necessário ver no já visto o não-visto, é o dar-se conta de uma essência para além daquilo que se vê.

Jaspers (1913) negou a suposição da psiquiatria de seu tempo de que necessariamente havia uma relação entre uma estrutura psicopatológica e os processos cerebrais apreendidos pelo exame fisiológico. Sobre isso, ele acreditava que a conceituação de uma psicopatologia não devia se resumir à *explicação*, mas que a *compreensão* também orientaria a definição dos tipos clínicos e de sua evolução. Isso o levou a rejeitar o conceito de *unidade mórbida*, tal como definido por Kraepelin, que teria sempre um substrato orgânico. Para ele, “esse é o conceito de uma tarefa cuja meta é impossível de atingir, pois está situada no infinito” (Jaspers, 1913, p. 507).

Em suma, apresentou-se com Jaspers, e de maneira inédita na história dos estudos sobre a doença mental na modernidade, uma psicopatologia não médica, preocupada com o particular da experiência íntima do sofrimento mental. Embora ele tenha retomado as entidades clínicas da psiquiatria positiva de sua época e tenha preservado aquilo que tivesse valor concreto, seu trabalho apresentou um notável enfoque crítico da moderna psiquiatria, principalmente quanto ao trabalho de cunho meramente nosográfico-sistemático, que, sozinho, pouco servia de auxílio para a pesquisa.

Mas, mesmo com a psicopatologia fenomenológica de Jaspers buscando romper com a psiquiatria clássica, apontamos uma similitude entre esses dois campos de saber. Tanto um quanto o outro só puderam surgir uma vez estabelecida a subversão da noção de sujeito abordada anteriormente. Ambas as teorias sustentaram seus pontos de vista a partir da suposição de um sujeito cognoscente e autônomo, que não é apenas capaz de gerir o seu pensamento, como também pode ser compreendido, analisado e estudado. Para ambas as perspectivas, como para todas as teorias psicológicas que emergirão nos períodos moderno e contemporâneo, as psicopatologias se assentam como o contrário do sujeito da razão, ou seja, é necessário acreditar que haja um sujeito que pensa, que é responsabilizado pelo seu pensar e que tem os atos mentais como seus atributos, para que a loucura, como o seu avesso, deva ser estudada e compreendida. Acreditamos que a noção de *psicopatologia*, fundada no século XIX às buscas de entendimento dos processos mentais considerados patológicos, só foi possível nascer a partir desse marco histórico que igualou o *pensar ao sujeito do pensamento*.

À guisa de conclusão, observamos no decorrer de todo esse capítulo que o que hoje é entendido como psicopatologia nem sempre o foi, e mesmo após o período moderno em que o *pathos* foi igualado à doença, essa terminologia nunca foi unívoca, de modo que cada linha teórica, cada momento histórico, como cada cultura teve um jogo de linguagem específico para determinar a sua psicopatologia.

Após essa demonstração, partiremos para o capítulo seguinte, sendo ele voltado eminentemente para uma análise da psicopatologia psicanalítica freudiana.

2 **FREUD E OS DIFERENTES MODOS DE DESCREVER A PSICOPATOLOGIA**

“Nunca nos orgulhamos da completude e do fechamento do nosso saber e de nossas habilidades; estamos sempre dispostos, tanto antes quanto agora, a admitir a incompletude do nosso conhecimento, a aprender coisas novas e mudar em nosso procedimento aquilo que pode ser substituído por algo melhor”

Sigmund Freud, *Caminhos da terapia psicanalítica*, p. 180

O capítulo que se segue, bem como os seguintes, será circunscrito em uma análise da psicopatologia proposta por Sigmund Freud. Embora o autor pouco utilize esse termo, ele desenvolve um complexo teórico em que aborda, dentre outros temas, algumas “doenças mentais” já abordadas pela psiquiatria e, de maneira mais ampla, o sofrimento e o padecimento humanos. Ele desenvolve uma rede conceitual em que busca apreender suas etiologias, seus cursos, bem como o manejo terapêutico com paciente.

No início do capítulo apresentaremos como que a psicanálise entra no debate psicopatológico e, posteriormente, averiguaremos qual é a psicopatologia proposta por ela e o que ela apresenta de novo.

Temos como hipótese que a psicopatologia apresentada na teoria de Freud se desdobra ao longo do tempo a partir de cada descoberta teórica, sendo ela marcada por rupturas, redefinições e reorientações importantes. Nosso objetivo é investigar se Freud também não apresenta uma única psicopatologia, mas psicopatologias psicanalíticas, no plural, de modo que, a partir de cada invenção teórica, foram surgindo diferentes jogos de linguagem dentro do saber psicanalítico que deram a esse termo distintas concepções.

Para verificar se nossa hipótese se faz verdadeira ou não, apresentaremos no decorrer deste capítulo as principais formulações teóricas do autor e o modo como ele descreve o sofrimento psíquico a partir de cada uma delas.

2.1 **A entrada da psicanálise no debate psicopatológico**

“A façanha de demolição e reconstrução empreendida por Sigmund Freud só se revela plenamente se contraposta ao modo com se via – ou melhor, como *não* se via – o universo dos impulsos humanos antes da Guerra”, é o que revela Stefan Zweig (2017, p. 207) ao dizer que não compreenderemos o feito freudiano se não transportarmos nosso pensamento para o seu tempo. Hoje suas construções teóricas soam óbvias, sendo mais difícil rejeitá-las do que aceitá-las. Mas se as tomarmos em seu tempo, perceberemos a reviravolta epistêmica propiciada por ele em um período que vivenciou uma certa “embriaguez da razão” devido aos inúmeros progressos da ciência.

Lembremos que, no decorrer da Idade Média e do Renascimento, a loucura comportava um saber, como experiência trágica do homem no mundo, inacessível à razão. No entanto, na época clássica, entre os séculos XVI e XVIII, a experiência enigmática da loucura foi pouco a pouco sendo destituída em proveito de um saber racional, amparado em uma percepção social e moral. A razão passa a ser motivo para diferenciar, isolar e excluir uma população que fugia dos moldes sociais produzidos pela família, pela Igreja, pela justiça e pela polícia. Ao longo de três séculos, a exposição dos dilemas subjetivos, como questões sexuais, de comportamento, os enigmas das paixões etc., pouco se manifestava. Os mais misteriosos segredos do homem eram silenciados sob a exigência moral de que o indivíduo culto e civilizado devesse reprimir os seus impulsos via razão. Evidencia-se uma baixíssima aceitação do *pathos* (como paixão e sofrimento) por uma cultura de elevado nível intelectual.

Ao mesmo tempo, o método de investigação que se tinha na época para tais questões era correlativo à tradição médica, que no século XVIII adentrou a era científica com o nascimento da *clínica* a partir do estudo científico do corpo. Na vertente francesa, Pinel partiu da observação empírica dos fenômenos, visando agrupá-los e classificá-los em função de suas analogias e diferenças, conferindo uma perspectiva nominalista dos fatos observados. Já a corrente germânica enraizou a epistemologia clínica na anatomia patológica, constituindo o método *anátomo-clínico*. O importante a destacar aqui é que, tanto em uma vertente quanto em outra, os fenômenos do sujeito foram mantidos à margem das investigações científicas daquele tempo, ou seja, o conhecimento buscado visava a uma tal objetividade que ele era considerado mais verdadeiro quanto mais o sujeito estivesse elidido do processo. Faltava, nesse momento, o que poderíamos chamar de uma *antropologia médica*, um estudo que permitisse entender não apenas a doença, mas o homem doente, o adoecer e as relações paradoxais do sujeito com o seu adoecimento e o seu padecimento.

E que tipo de corte Freud instituiu no campo da clínica? De que maneira ele trouxe, não só no registro da clínica, mas sobretudo no campo que mais nos interessa, o da psicopatologia,

uma nova possibilidade de leitura do fenômeno patológico? Para responder a isso, é importante situá-lo em seu tempo.

Freud tem uma formação médica em um dos centros de pesquisa mais avançados da época. Quando aluno de medicina da reconhecida Universidade de Viena, ele fez sua iniciação científica em um laboratório de fisiologia extremamente sofisticado, onde se trabalhava com questões naturalistas. Ainda como aluno de medicina, fez pesquisas sobre as paralisias e o tecido cerebral infantil, e ao mesmo tempo começou a se orientar para a neurologia, em especial para a neuropatologia infantil. Ele escolheu a neurologia como especialidade de formação e de pesquisa e se ocupou da anatomia do cérebro. Reiteramos que naquele tempo não havia qualquer conhecimento sobre a psicologia, sendo que todo e qualquer problema subjetivo era considerado uma anomalia nervosa, resultado de uma alteração orgânica. A postura científica dominante da segunda metade do século XIX foi o fisicalismo, de raiz alemã. Como uma espécie de radicalização do naturalismo, o fisicalismo considerava que uma proposição só poderia ser chamada de científica se ela fosse formulada em termos de linguagem da física ou da química. Freud foi formado nesse meio. Sua iniciação científica foi realizada com os famosos anatomistas Brücke e Meynert e, já aos vinte e nove anos de idade, tornou-se docente da Universidade de Viena. Ele estava inserido em um meio de pesquisa que se tinha um trabalho clínico-investigativo metuculoso, de enorme precisão anatômica. Nesse meio, predominava a crença de que a partir de um conhecimento preciso dos órgãos, poderia ser possível corrigir qualquer doença, inclusive aquelas que se apresentavam no nível do comportamento e do pensamento.

Imerso em investigações sobre a neuropatologia, Freud se confrontou com um tema altamente difícil para a psiquiatria, para a neurologia, como para toda a medicina da época: a conhecida, porém não digna de atenção científica, histeria. Ela era uma espécie de epidemia na Europa, como costuma ser uma epidemia em sociedades que têm um controle social muito forte e repressivo da sexualidade. Quadros de possessão demoníaca, de paralisia, de dissociação do pensamento, de anestesia eram muito comuns. Na Alemanha e em grande parte da Europa oriental tinha-se uma preocupação com a histeria, mas de uma maneira muito particular, pois ninguém sabia como defini-la do ponto de vista psicopatológico. Tinha-se a tendência de achar que era uma forma de simulação, de infantilidade, um modo de chamar a atenção. Por outro lado, na França, havia toda uma tradição de concebê-la uma doença como as outras, como uma afecção de base biológica. Tal tradição era devido quase que exclusivamente aos trabalhos do neurologista Jean-Martin Charcot sobre o tema. O verdadeiro projeto de Charcot era demonstrar que essa doença proteiforme, que se manifesta de modo tão variado, era uma enfermidade

neurológica. A partir do método anátomo-clínico, Charcot descrevia todas as principais formas de doença neurológica. Suas descobertas eram não só conhecidas como ainda têm relevância no campo neurológico atualmente. Seu método organizava-se do seguinte modo: no exame cadavérico de pacientes que já tinham sido por ele acompanhados, Charcot procurava lesões anatômicas que para ele poderiam ser uma pista para justificar as doenças e os sintomas neurológicos apresentados. No entanto, ele chegou a um impasse quando se deparou com duas categorias em especial, a histeria e a epilepsia. Isso se dava porque, quando ele aplicava esse mesmo método, em geral não encontrava nenhuma lesão anatômica. É de se saber que para ele a histeria era uma doença como as outras, de base biológica, mas ao não encontrar nenhuma lesão cerebral que explicasse os quadros de histeria, Charcot propôs algo novo, que a lesão presente nessa doença não devia ser anatômica, mas sim funcional. Havia para ele uma perturbação funcional do sistema nervoso na histeria e na epilepsia, que era hereditária⁶, mas desencadeada por fatores ulteriores, sendo eles de natureza física, emocional ou mesmo traumática. Tinha-se, portanto, uma predisposição mórbida herdada, mas que, em si, não era suficiente para desencadear a doença. Era necessário uma situação segunda, traumática, que causasse uma hiperexcitação e que estaria na base da formação da histeria. E uma vez instalada, ela seguiria um curso próprio, com uma matriz típica de funcionamento. Portanto, a ideia de uma histeria traumática, de causa não anatômica, é charcotiana, e pela primeira vez se desenhava uma definição da histeria de um modo psicopatológico, e não anatomopatológico.

Em 1885, Freud, com vinte e cinco anos, recém-formado e docente da faculdade de medicina da Universidade de Viena, já estava extremamente familiarizado com os métodos de análise da anatomia do cérebro para o conhecimento das doenças. Por outro lado, ele tinha conhecimento de que a medicina praticada em Paris era menos reducionista daquele exercitado em seu meio. Um ano depois, Freud pleiteou um afastamento temporário da Universidade visando realizar um estágio em neuropatologia infantil em Paris. Sua demanda foi rapidamente apoiada por seu mestre Brücke, que concedeu uma bolsa de estudos durante cinco meses. Já em Paris, ele descobriu que Charcot fazia experiências com pacientes histéricos através da hipnose, método que destoava daquele praticado em seu laboratório e altamente malvisto pela sociedade científica vienense. Mas as investigações charcoteanas despertaram-lhe enorme curiosidade, uma vez que ele se deparou com uma neurologia que não levava em conta apenas a anatomia patológica, mas também valorizava as causas psíquicas para o desencadeamento das doenças.

⁶ Vale observar que a teoria da degenerescência do psiquiatra franco-austriaco Bénédicte Morel, abordada anteriormente, ofereceu forte influência a diferentes pesquisas médicas, dentre elas as de Freud e de Charcot, principalmente quanto às considerações sobre a influência hereditária para a causa de diferentes doenças.

Sobre esse aspecto, é digno de nota que Charcot tenha escrito um livro intitulado *A fé que cura (La foi qui guérit)* (1987), no qual foram analisadas as influências dos fatores psicológicos e simbólicos nos milagres de fé religiosos. Em suas famosas “apresentações de pacientes”, Charcot tentava demonstrar para a plateia a tese de que havia uma patologia na histeria, de que ela era uma doença e não um mero fingimento, tese essa que os alemães ridicularizavam. No final de seus estudos, Charcot se interessou ainda mais pela influência do fator traumático na etiologia da histeria, acreditando que o trauma produzia *estados hipnoides* em sujeitos predispostos à histeria, que os faziam ficar à mercê de sugestões alheias, passando a funcionar de modo autônomo e parasitário no psiquismo. Se esses estados demonstravam um assujeitamento do sujeito à sugestão, Charcot acreditava que o tratamento deveria seguir à mesma linha, ou seja, que era necessário colocar o sujeito em estado hipnótico para que, sujeito às sugestões do médico, este pudesse ab-reagir a força do trauma.

Freud ficou tão encantado com o que viu que, após o estágio na *Salpêtrière* com Charcot, se dirigiu à Nancy para fazer um curso de hipnotismo por algumas semanas com Bernheim e Liébeault, como terapêutica para retirar o sintoma através da sugestão. Para James Strachey (1888-1892/1996), Freud buscou aperfeiçoar sua técnica da arte de hipnotizar porque não se considerava um grande adepto da prática da hipnose, ou mesmo por reconhecer, já desde o início, as limitações desse método⁷.

Após seu retorno de Paris em 1886, Freud tinha em suas mãos diferentes linhas de análise do fenômeno psicopatológico: a neurologia e a anatomia cerebral do seu laboratório de Viena; a histeria como uma doença de causa funcional de Charcot; o tratamento a partir da sugestão de Bernheim e de Liébeault; e a recente descoberta do método catártico do seu professor vienense, Joseph Breuer. Vale observar que Breuer tinha descoberto de uma maneira empírica e revolucionária um método de tratamento da histeria, a *talking cure*. Esse método se resumia na ideia de que, ao começar a falar, era possível ao paciente entrar em um estado catártico que o possibilitaria lembrar de que modo tinha começado o seu sintoma e como este se estruturava. Era como se a partir da fala ele começasse a apreender o que ocasionava a sua doença.

Freud buscou conciliar esses diferentes campos de saber, e um trabalho publicado em 1891 mostrou-se inovador, distanciando-o cada vez mais das hipóteses anatômica e físico-química dos processos mentais, aceitas quase que universalmente nesse tempo. O trabalho denominado *Afásias*, é um marco que constituiu o primeiro rompimento com uma

⁷ Esse e outros comentários são encontrados na nota de James Strachey aos *Artigos sobre hipnotismo e sugestão* de Freud (1888-1892/1996).

psicopatologia procurada, estudada e baseada apenas nos fenômenos da *physis*. Ainda que seja um texto de neurologia, o trabalho se inspirou nas proposições do neurologista inglês Hughlings Jackson que contestou a teoria localizacionista das afasias conceituada por Wernicke e Lichtheim. Esses distúrbios de linguagem eram até então definidos – e muito bem aceitos pelo meio científico – como resultado da destruição ou da lesão dos centros responsáveis à linguagem ou das suas vias de condução, ambas localizadas no cérebro. Mas desde as primeiras páginas, Freud (1891/2014) foi categórico ao afirmar que por mais que esses centros sejam armazéns que registram os mais diversos tipos de imagens mnêmicas motoras e sensoriais, “não podemos procurar o substrato fisiológico da atividade psíquica na função dessa ou daquela parte do cérebro, mas compreendê-lo como resultante de processos que abarcam o cérebro em toda a sua extensão” (p. 33). Em outro trecho, ele reitera essa afirmação, observando que, para uma maior segurança, ele foi obrigado a abandonar a explicação localizacionista porque os resultados de autópsias a contradiziam (p. 45). O autor então apresentou uma hipótese funcional no lugar de uma crença limitada a regiões cerebrais, sendo a afazia uma redução do estado funcional dos processos que abrangem o cérebro como um todo. O psicanalista Luiz Alfredo Garcia-Roza (1991/2014) sinaliza que Freud não recusou a referência a lugares anatômicos; ao contrário, o que ele fez foi repensar a relação entre funções e localizações, de forma que os elementos tópicos passaram a ser analisados pelo ponto de visto da funcionalidade.

É possível pontuar nesse trabalho subversões conceituais que fornecerão as bases para as primeiras contribuições da psicanálise ao campo da psicopatologia. Uma delas se remete à posição freudiana de que “a cadeia dos processos fisiológicos no sistema nervoso provavelmente não tem uma relação de causalidade com os processos psíquicos. [...] O processo psíquico é um processo paralelo ao fisiológico (*a dependent concomitant*)” (Freud, 1891/2014, p. 72, grifo do autor). Ele demonstrou claramente que o processo psíquico não é efeito da fisiologia, mas que há duas ações concomitantes: se, de um lado, há um processo nervoso no nível cortical, como, por exemplo, uma sensação; de outro, há um processo que, nas palavras do próprio autor, alude ao campo das representações sob a forma de registros de imagens mnêmicas. Não se trata de dois processos, mas de dois aspectos de um mesmo processo, ou seja, uma sensação no nível fisiológico deixa uma marca mnêmica, como representação, no nível psicológico.

As noções de *representação* e de *associação* entre as representações contribuíram para que o autor não mais baseasse esse aparelho na anatomia, mas o concebesse como um *aparelho de linguagem*, termo divulgado repetidamente nesse trabalho, sendo uma antecipação da noção psicanalítica de *aparelho psíquico*, introduzida alguns anos depois, no capítulo VII de *A*

interpretação dos sonhos. Esse aparelho não é concebido como um somatório de áreas corticais com funções diferenciadas, mas é analisado em termos estruturais, como uma totalidade. Dentro desse sistema, os chamados *centros de linguagem* não são mais definidos a partir de locais anatômicos, pois seus limites são indefinidos. Sendo assim, as afasias, na perspectiva freudiana, não são concebidas a partir de lesões específicas no córtex cerebral, mas todas elas têm como base a interrupção da associação, isto é, um bloqueio na condução, tratando-se de lesões nas vias da linguagem.

Com essas proposições, Freud foi na contramão da concepção que se tinha em voga sobre as afasias, priorizando pela primeira vez um aparelho de linguagem sobre um aparelho anatômico. Soma-se a isso o rompimento entre a distinção rígida entre a normalidade e a patologia ao demonstrar que o mau funcionamento desse aparelho de linguagem, que causa uma afasia, um distúrbio ou uma perturbação, não significa necessariamente uma doença, mas que também ocorre em pessoas saudáveis; seja por cansaço, por estresse, por desatenção, etc., o que ratifica sua hipótese de que a lesão é funcional. Com essa perspectiva, Freud fornece uma notória contribuição ao campo da patologia de sua época, redirecionando-a para o estudo da psicogênese de tais afecções, principalmente da histeria.

Em uma nota do editor inglês, James Strachey, ao artigo *Charcot*, de 1893, ele afirma que o estágio de Freud na Salpêtrière em Paris com Charcot de outubro de 1885 a fevereiro de 1886 foi o marco determinante que transferiu os interesses de Freud da neuropatologia para a psicopatologia, da ciência física para a psicologia. Acrescentamos a esse comentário a argumentação de John Forrester (1983) de que o trabalho freudiano sobre as afasias contribuiu significativamente para a origem da teoria psicanalítica, ao priorizar o poder das palavras para a formação dos sintomas. O psicanalista Marco Antonio Coutinho Jorge (2014) cita ainda dois outros trabalhos precursores que podem ser lidos junto ao texto das afasias e que redirecionaram a perspectiva patológica de uma organogênese para uma psicogênese: o verbete sobre a histeria, escrito em 1888 para a enciclopédia médica Villaret; e o ensaio sobre o tratamento psíquico, redigido em 1890⁸. No primeiro, Freud (1888/1996) descartou a ideia de que na origem da histeria esteja situada alguma doença orgânica ao acreditar que haja uma influência de processos anímicos sobre o corpo, chegando a dizer que as alterações psíquicas são o fundamento do estado histérico e que elas “ocorrem *inteiramente* na esfera da atividade cerebral *inconsciente*”

⁸ Embora esse trabalho tenha sido publicado no volume 7 da *Edição standard brasileira das obras completas*, como um ensaio de 1905, descobriu-se em 1966 que a data supracitada se refere à terceira edição do trabalho, sendo o texto original datado de 1890.

(p. 54, grifo nosso, tradução nossa)⁹. Já no segundo trabalho, o autor creditou um poder mágico à *palavra* por acreditar que através dela seria possível eliminar os sintomas patológicos, sendo ela o elemento essencial para o tratamento.

Embora seja no texto sobre as afasias que Freud tenha anunciado a presença de um aparelho de linguagem sobre o anatômico, é no *Projeto para uma psicologia científica* (1895) e em *A interpretação dos sonhos* (1900) que a dimensão da linguagem é mais bem desenvolvida. No primeiro trabalho, ele constrói uma teoria a partir da qual demonstra que a relação do recém-nascido com a realidade deixa como resultado uma inscrição mnêmica, isto é, uma lembrança dos primeiros objetos com os quais o *infans* teve experiências de prazer e de desprazer. Para o autor, a percepção (*Wahrnehmung*) do objeto nunca ocorre por si mesma, mas é atravessada pela representação (*Vorstellung*) que se tem dele. Já no trabalho sobre os sonhos, Freud desenvolve de outra maneira a mesma questão ao reconhecer que há leis não pautadas na anatomia que promovem os mecanismos de formação de imagens no sonho. Para ele, os sonhos se apresentam como um nó em que entrecruzam e superpõem elementos heterogêneos do sonoro, do visual e do sensitivo, a partir dos quais se verifica uma dimensão mais originária e basilar, constituída antes mesmo do sentido dado a eles. Na análise desse ponto estruturante na formação dos sonhos, Freud é reconduzido ao campo da palavra e, portanto, da linguagem. Ele constata que no sonho uma palavra é decomposta em uma pluralidade de outras palavras, levando o sujeito para novas associações.

Gilles Bourlot e Jean-Michel Vivès (2012) ressaltam que Freud privilegia a dimensão *sonora* da palavra, sendo o sonoro aquilo que há de mais elementar na linguagem – o bebê, por exemplo, começa a ouvir palavras muito antes de compreender o que é dito no entorno dele. Fora da significação, a palavra é um reservatório de sonoridades a partir da qual produz os enlaçamentos mais inesperados devido a assonâncias e associações fonemáticas. Freud vem então demonstrar que a figuração simbólica dos sonhos, bem como dos sintomas, se serve das proximidades sonoras das palavras e de suas equivocidades, distanciando-se de uma perspectiva anatomista e biológica em sua explicação.

Apresentado no texto das afasias e mais bem desenvolvido nos dois trabalhos subsequentes, o *aparelho de linguagem* é, portanto, uma metáfora a partir da qual Freud, por um lado, enfatiza o sonoro na linguagem e, por outro, demonstra que ele é alheio ao pensamento, e que, por isso, emerge sem reflexão. É justamente essa dimensão que é uma inovação freudiana. A relação com a linguagem é desde o início parte da história singular do sujeito,

⁹ “*las alteraciones psíquicas [...] se despliegan por entero em el ámbito de la actividad encefálica inconciente*”.

história na qual o som assume uma dimensão originária. Freud constrói uma análise psicogenética dos sonhos, dos sintomas, das afasias e demonstra que essas manifestações ocorrem a partir de associações que se dão fora do ato intencional do pensar. Tal construção teórica ressoa sobretudo no modo de entendimento das patologias e na direção da cura.

Por outro lado, Freud observava que a maior parte dos médicos de sua época tinha como característica restringir o interesse ao corporal, dando pouco crédito ao efeito do psíquico sobre o corpo, como se isso fosse sinônimo de um abandono do terreno da cientificidade. Sobre esse tema, é relevante observar que a medicina dos séculos XVIII e XIX seguia o postulado determinista e objetivista em voga. Canguilhem (2019) reitera que, enquanto a patologia ainda era sobrecarregada de conceitos pré-científicos, havia uma físico-química fisiológica muito mais próxima do conhecimento científico, com leis quantitativas, possíveis de serem verificadas pela experimentação. Pela ciência repelir o indeterminado, a fisiologia se tornou o elemento central de explicação dos fenômenos patológicos, reduzindo a patologia à fisiologia. Tal redução é claramente presente no postulado determinista de um dos mais influentes fisiologistas da época, Claude Bernard, que trazia o princípio de que “fisiologia e patologia são uma só e mesma coisa” (Canguilhem, 2019, p.66).

Os estudos de Alexandre Koyré (1985) revelam que o principal motor da revolução científica foi introduzido nos séculos XVI e XVII, a partir da inclusão da medida no real, transformando o mundo qualitativo da ciência aristotélica ao universo da precisão, isto é, à matematização dos fenômenos da natureza a partir da ciência galileana. Em consonância a essa perspectiva, destacaram alguns personagens, como o médico fisiologista francês François Broussais, o filósofo positivista Augusto Comte e o fisiologista Claude Bernard, que buscava estabelecer o uso do método científico para descrever o que é saúde e o que é doença. Essa perspectiva embasava, inclusive, os métodos de análise do laboratório de neurologia da Universidade de Viena.

Indo na contracorrente, Freud (1890/1996) evidenciou, com vários exemplos, o poder do psíquico sobre o corpo e sua influência para a etiologia de diversas doenças. Trouxe como exemplo o fenômeno da dor para mostrar que ela pode ser produzida, intensificada ou mesmo diminuída diante das diferentes condições psíquicas; citou ainda que a *expectativa angustiada* pode contribuir para produzir ou intensificar o adoecimento, e que a *expectativa confiante* e o poder que o doente fornece à pessoa do médico podem influenciar positivamente no processo de cura da doença. Em suma, ele demonstrou que tanto os estados patológicos quanto os processos de cura são influenciados ou mesmo promovidos por um campo para além dos mecanismos físico-químicos da fisiologia, campo esse da palavra, da dimensão simbólica da

palavra, capaz de “provocar modificações anímicas naquele a quem são dirigidas” (p.123, tradução nossa)¹⁰.

Caminhando um pouco mais ao longo dos primeiros trabalhos freudianos para uma nova visão da psicopatologia, verificamos que Freud começou a interrogar como é que deveria ser o funcionamento do cérebro para estar à altura de representar os processos simbólicos dessa natureza. Esse questionamento o levou ao inconcluso *Projeto para uma psicologia científica*, redigido em 1895. Nesse momento, ele ainda se ocupava com o problema da relação entre a neurologia e a psicologia, e é visível já nas primeiras frases do *Projeto* a sua matriz fisicalista:

A intenção é prover uma psicologia que seja ciência natural, a saber, apresentar processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partes materiais verificáveis, e fazê-lo de tal forma que esses processos se tornem intuitivos e livres de contradição. O projeto contém duas ideias norteadoras: [1)] conceber o que distingue a atividade do repouso como uma Q submetida à lei geral do movimento, e 2) conceber os neurônios como partículas materiais (Freud, 1950[1895]/1996, p. 339, tradução nossa)¹¹.

Para ele, os processos mentais deveriam ser descritos nos seguintes termos: unidades singulares materiais, chamadas de neurônios e que iriam dar suporte aos fenômenos psíquicos; barreiras de contato que as separariam; e uma energia Q livre, que circularia entre os neurônios, respondendo às leis da termodinâmica. Freud então concebeu um cérebro hipotético! Ele não negou que esse cérebro devesse ter um suporte material, mas questionou como ele deveria funcionar para não falsear o efeito linguístico e simbólico proposto por ele.

No capítulo dois do *Projeto*, intitulado *Psicopatologia* – observamos que a psicopatologia de Freud está explicitada neste trabalho e tem até nome próprio – Freud se detém sobre a relação entre o cérebro, a linguagem e essa energia Q circulante, cujo investimento energético em um neurônio pode gerar desprazer e ativar mecanismos automáticos de defesa. Ele parte de um exemplo clínico – o caso da jovem Emma – para tecer explicações sobre os processos patológicos de defesa frente a uma vivência traumática, e se interroga por que, em determinadas compulsões, que acredita serem do tipo histérica, estas persistem, não são esquecidas, nem solucionadas com a atividade do pensamento, e, ao mesmo tempo, são incongruentes ou até mesmo absurdas.

¹⁰ “(...) las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quin van dirigidas (...)”.

¹¹ “El propósito de este proyecto es brindar una psicología de ciencia natural, a saber, presentar procesos psíquicos como estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables, y hacerlo de modo que esos procesos se vuelvan intuitivos y exentos de contradicción. El proyecto contiene dos ideas rectoras: [1)] concebir lo que diferencia la actividad del reposo como una Q sometida a la ley general del movimiento, y 2) suponer como partículas materiales las neuronas”.

A compulsão, que ele chamou de *A*, é uma representação que irrompe intensamente na consciência de modo frequente e sem nenhuma forma de controle. Ao observar a elaboração de Emma durante o tratamento, Freud supõe que a compulsão incongruente tenha ligação com uma vivência traumática anterior que foi esquecida, ou seja, ele descobre que há outra representação, *B*, relativa a uma vivência passada, não lembrada e que é a razão do trauma. Devido a associações simbólicas entre as duas representações, o autor conclui que a situação *B*, causa da compulsão, foi substituída por *A*, e tira a seguinte conclusão:

A é compulsiva e *B* está recalçada (ao menos da consciência). A análise levou a esta surpreendente conclusão: para cada compulsão existe um *recalque* correspondente e, para cada intrusão excessiva na consciência, existe uma amnésia correspondente (Freud, 1950 [1895]a/1996, p. 404, grifo do autor)¹².

No exemplo do caso Emma, o que Freud chama de cena *A* é o relato de uma experiência embaraçosa vivenciada por ela. A paciente conta que, ao entrar em uma loja, se defronta com dois vendedores conversando, que olham para ela, e a deixam perturbada pelos seus risos. Isso redundava em uma forte crise de pânico que a faz sair correndo da loja, desenvolvendo a partir daí um quadro de agorafobia. No entanto, a partir do tratamento catártico com Freud, Emma se lembra de uma cena *B* que ocorre na primeira infância, sendo, portanto, anterior à cena *A*. Ela se remete a uma experiência em uma confeitaria na qual Emma foi agarrada pelo proprietário da loja, que tocou as suas partes genitais por cima da roupa. A partir de uma associação inconsciente, Emma retoma essa cena e a ressignifica como abuso. Freud observa que sua paciente não fornece uma conotação sexual sobre a investida do dono da loja naquela ocasião, voltando inclusive à confeitaria em uma situação seguinte. A ressignificação da cena ocorre apenas em um segundo tempo, redundando em uma forte crise de angústia, um *afeto de susto*, a partir do qual ela temeu a repetição do atentado pelos vendedores e saiu correndo. Ela, portanto, inconscientemente, faz uso de uma defesa patológica (um quadro de agorafobia) para

¹² Nessa passagem, preferimos utilizar a referência da edição brasileira *Imago*, uma vez que, nesse caso, a versão em espanhol comete o mesmo equívoco de outros trabalhos da edição brasileira, a saber, traduzir recalque [*Verdrängung*] por repressão [*Unterdrückung*]. Segue abaixo a mesma passagem na versão original, em alemão, atestando que o termo apresentado é *recalque*.

“*A ist zwangsartig, B ist verdrängt (wenigstens aus dem Bewußtsein). Die Analyse hat das überraschende Resultat ergeben, daß jedem Zwang eine Verdrängung entspricht, jedem übermäßigen Eindringen ins Bewußtsein eine Amnesie*” (Freud, 1950[1895]/1998, p. 349).

evitar entrar em um estado de trauma sem limites com a lembrança da primeira cena, ou seja, ela usa uma defesa patológica e abafa a lembrança e a conseqüente excitação que esta traria. Nessa perspectiva, o trauma é definido em dois tempos, entre uma cena A e uma cena B. É a cena A consciente, em um trabalho de *nachtraglich*, de retroação, que evoca a primeira cena e a traumatiza. Nesse momento há o recalque. Freud chega, com isso, à conclusão de que o processo patológico é um mecanismo eminentemente simbólico que é acionado por deslocamento. A psicopatologia descrita por Freud, a partir do caso Emma, tem então uma etiologia sexual, traumática, infantil e em dois tempos.

É importante observar que, no período pré-psicanalítico, sobretudo entre 1893 e 1897, Freud atribuiu ao que ficou conhecido como *sedução traumática* um papel determinante para a etiologia das psiconeuroses. Ele supõe que o trauma se produza em dois tempos separados, antes e depois da puberdade. O primeiro momento é correlativo a uma cena de sedução (que pode ser um gesto, uma palavra ou uma atividade sexual propriamente dita) provinda de um outro (geralmente um adulto) sobre um sujeito ainda não desenvolvido sexualmente, e, portanto, incapaz de fornecer uma conotação sexual. Somente um segundo acontecimento, após a puberdade, pode evocar o primeiro evento a partir de alguns traços associativos e fornecer uma significação sexual para a cena infantil. Esse é o primeiro ensaio freudiano para uma descrição psicopatológica.

Verificamos que, na medida em que Freud vai dando a palavra às suas pacientes histéricas, e para dar conta dos fenômenos simbólicos que vai descobrindo, ele percebe que não é possível lidar do ponto de vista clínico simplesmente a partir de uma psicopatologia geral, de algo que valha para todos os pacientes. Para tratar das situações psicopatológicas na sua especificidade simbólica, ele busca entender como que a situação sintomática e conflitiva é válida para aquela pessoa em particular. Na mesma linha de pensamento, no capítulo um de *A interpretação dos sonhos* (1900/1996), ele faz um recenseamento das grandes teorias de interpretação dos sonhos e contesta a possibilidade de se fazer um dicionário dos sonhos em que uma única significação valha para todos.

Portanto, é fundamental compreender que a psicopatologia criada por Freud começa na psicopatologia singular, como um impasse de realização da vida subjetiva. Para ele, era necessário conhecer não apenas a biologia da doença, mas também o padecer humano, aquilo que faz com que o sujeito procure assistência clínica. Sua posição interpela desde o início uma leitura da psicopatologia a partir do sujeito singular. Esse é o primeiro passo para entendermos a virada dialética que a teoria freudiana promove no campo da psicopatologia da época.

2.1.1 A psicopatologia freudiana do período pré-psicanalítico

Até agora observamos a exagerada abordagem anatômica e físico-química na descrição das doenças pela psiquiatria clássica dos séculos XVIII e XIX. Vimos também que Charcot produziu o primeiro rompimento com uma hipótese anatômica ao entrar em contato com pacientes histéricos e epiléticos, supondo uma alteração funcional na constituição dessas doenças. Por outro lado, Freud, amparado tanto por sua formação inicial em neurologia, quanto pelo método charcotiano da sugestão, e por também constatar a presença de mecanismos simbólicos nas formações sintomáticas de seus pacientes, apresenta um trabalho que conjuga esses diferentes saberes.

No *Projeto para um psicologia científica* (1895) ele constrói uma teoria energética do aparelho neuronal – que é o substrato do modo de funcionamento do que será chamado futuramente de *aparelho psíquico* – a partir da qual ele demonstra a influência simbólica nas primeiras vivências infantis, apresentando a interferência do campo da palavra sobre o corpo orgânico. Para o autor, o ser humano é cercado por estímulos provenientes do ambiente e outros que advêm do próprio corpo, e o aparato neuronal se caracteriza não só como um sistema receptor dessas excitações internas e externas, como um aparelho que também tem como mecanismo descarregar qualquer desconforto decorrente desses estímulos.

No *Projeto* e em outros textos do final do século XIX, ele correlaciona a dialética prazer-desprazer com a ausência ou a presença de tensão no sistema neuronal. O intitulado *princípio de prazer* é uma norma energética que rege o funcionamento neurônico, aludindo que a sua dinâmica tem por objetivo evitar o desprazer e proporcionar o prazer por meio do rebaixando de qualquer tensão que se apresente: para as excitações externas desprazerosas, o organismo distancia-se do objeto causador do incômodo; e, para as excitações internas, como a fome, a sede, a pulsão sexual, etc., ele não consegue se desvencilhar da excitação sem a presença de um objeto que aplaque o incômodo, como, por exemplo, o seio materno, o alimento, etc.

No entanto, a partir do discurso de seus pacientes, Freud foi percebendo que existiam excitações que eram aflitivas para o sujeito e que este era incapaz de dominá-las ou de elaborá-las psiquicamente, colocando em xeque o princípio mais primário do aparelho que atesta que ele deve manter o *quantum* de excitação no nível mais baixo possível para não gerar desprazer. Isso desorganizaria o modo de funcionamento do sistema neurônico. A suposição freudiana era de que quando não houvesse nenhuma reação frente alguma experiência que causasse o

aumento de excitação, a lembrança do evento preservaria a carga afetiva em questão, fazendo com que o afeto original permanecesse vívido e atuante no psiquismo. Era a não ocorrência de uma ab-reação adequada que fazia com que a lembrança da experiência desprazerosa se tornasse patogênica.

Freud (1893/1997) foi concluindo que esses eventos, nos quais o sujeito não conseguia ab-reagir à carga afetiva, consistiam em *traumas psíquicos* e estavam intimamente relacionados com a emergência dos sintomas subsequentes. Além de o trauma estar vinculado com a impossibilidade de eliminar a carga de afeto, seja por uma reação motora, seja por uma atividade associativa de pensamento, os outros fatores que contribuíam para que esses acontecimentos recebessem essa denominação seriam o fato de eles evocarem um *afeto de susto*, isto é, um afeto penoso que podia proporcionar susto, dor física, vergonha ou então angústia, e ter uma relação com alguma parte do corpo da pessoa que vivenciou o evento.

Vimos que Freud começou a se aproximar das ideias sobre o trauma a partir das formulações de Charcot sobre a histeria. Na tentativa de entender a sua etiologia, Charcot buscou simular experiências traumáticas e propiciar o advento de fenômenos somáticos utilizando o mecanismo da *sugestão* após colocar o paciente em estado hipnótico. E, ao confirmar a emergência de algumas dessas manifestações após a sugestão hipnótica, o autor concluiu que os sintomas histéricos estavam relacionados a algum acontecimento na vida do paciente em que este se encontrava em um estado psíquico determinado, o que o fez dar o nome de *histeria traumática* para o conjunto desses fenômenos. Freud seguiu os caminhos de Charcot e inseriu novas contribuições quanto à hipótese de uma causalidade não orgânica para as manifestações histéricas. Ele não se satisfaz em apenas determinar o trauma como um evento que não tinha a sua carga de afeto eliminada, como também o qualificou como uma experiência de ordem sexual: o trauma é decorrente de um evento sexual infantil que desperta um afeto aflitivo por ser de difícil elaboração. Esse evento, qualificado de *sedução traumática*, ocorreria antes da maturidade sexual e se daria na relação com um adulto¹³ - vide *caso Emma* descrito acima.

Seria essa agressão provinda do campo sexual que constituiria o trauma e contra a qual formariam diferentes processos defensivos. Sobre esse último aspecto, destacamos que em 1894, no seu trabalho *As neuropsicoses de defesa*, Freud afirma pela primeira vez que algumas

¹³ Observaremos adiante que a teoria da sedução, apresentada entre os anos de 1895 e 1897, foi postumamente reformulada quando Freud detectou a importância do papel das fantasias e da sexualidade infantil para a constituição do trauma.

patologias estão ligadas ao modo como se estabelece a defesa contra o trauma sexual, sendo a falha no processo defensivo o elemento central para uma primeira explicação psicopatológica.

Nos seus *Estudos sobre a histeria*, escrito em conjunto com Joseph Breuer entre 1893 e 1895, Freud visa estudar as maneiras com que o *Eu*¹⁴ reage às perturbações que colocam em risco a homeostase do aparelho. Identificado nessa época à consciência, o *Eu* é o agente da ação defensiva contra as ameaças que podem gerar desprazer. Sua finalidade é manter ou restabelecer a sua integridade, evitando qualquer abalo. Entretanto, o autor demonstra que, para as excitações internas (mais especificamente as de ordem sexual), o processo defensivo é mais delicado, uma vez que não há nenhuma possibilidade de defesa contra o estímulo desprazeroso.

Ele então distingue um tipo de defesa denominada *normal* de outra *patológica* no espectro da revivescência de uma experiência desprazerosa. Em uma defesa normal, o *Eu* consegue amortecer a repetição do desprazer, pois utiliza de facilitações colaterais para o seu escoamento. Logo, o reinvestimento da lembrança da experiência desprazerosa não traz consigo o afeto anteriormente ligado a ela. Já a rememoração de uma cena sexual traumática provoca um aumento de excitação e uma liberação de desprazer, uma vez que na vivência da cena não houve nenhum mecanismo de defesa contra a experiência – vale destacar que, nesse momento teórico, Freud ainda acredita em uma inocência sexual infantil e, conseqüentemente, em uma ausência de defesa contra os conteúdos sexuais. Em resumo, a condição para uma defesa patológica é a emergência de uma excitação interna contra a qual não há nenhuma aprendizagem defensiva, e somente uma excitação de tipo sexual produziria esse modo de defesa: “o que define a defesa patológica (recalcamento), portanto, é a *natureza sexual do evento e sua ocorrência numa fase anterior*” (Freud, 1986, p. 210, grifos do autor).

A contribuição desse tipo de defesa para a emergência de uma psicopatologia estaria ligada ao fato de ela não ser resolutiva, isto é, não realizar uma *ab-reação adequada* e, por isso, trazer um embaraço ao sujeito no futuro. Isso é observado no final de *As neuropsicoses de defesa*, onde o autor claramente associa a doença a um modo patológico de defesa. Essa aproximação é tão importante para Freud que a defesa adquiriu um papel discriminador para as diferentes afecções neuróticas. Em suas *Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa* (1896/1997), ele apresenta três formas de defesa patológica que redundam em três enfermidades psíquicas: a histeria, manifestada por uma conversão no corpo; a neurose obsessiva, por uma

14 Entre 1895 e 1900, o *Eu* foi algumas vezes aproximado e outras vezes distanciado do conceito de *consciência*. No *Projeto*, ele se distinguia do sistema percepto-consciente (também chamado de neurônios ω) por fazer parte do sistema de neurônios Ψ , que retinha parte do *quantum* de energia e, com isso, permitia instaurar o processo psíquico secundário. Já em relação às elaborações sobre a defesa, era o *Eu*, agora colocado no campo da consciência, que se encarregava de recalcar uma ideia quando esta se mostrava inconciliável e aflitiva para ele.

substituição ideativa; e a paranoia, pela projeção. O que interessa a ele nesse momento é demonstrar que as três formas de psicopatologia são três modos de se defender contra uma vivência altamente traumática e sexual. Portanto, se a partir do caso Emma o autor apresenta a etiologia do trauma (uma experiência sexual), aqui ele descreve a patologia como uma defesa não resolutive contra essa experiência traumática.

Ao tentar apreender como se estruturam as formas patológicas de defesa, Freud constrói uma descrição do sistema psíquico, dividindo-o em diferentes substratos. Primeiramente, a *consciência* seria a instância psíquica capaz de descarregar os afetos aflitivos para manter o princípio de prazer (Freud, 1894/1997). Além de ser associada a uma instância perceptiva que distingue a presença e ausência de excitação no aparelho, ela também descarrega o *quantum* de energia por uma atividade motora ou por uma associação com outros materiais conscientes. Por outro lado, há outro modo de processamento para as lembranças que despertam um afeto intenso, cuja consciência é incapaz de reagir às representações incompatíveis. Nesse caso, a consciência passa a se defender dessas representações através do que ficou conhecido como *recalque*. Este foi descrito como uma operação defensiva que tem como mecanismo repelir da consciência as ideias que ameaçam contrariar o princípio de prazer. Em uma tentativa de esclarecer para onde se direcionam essas representações, Freud veio falar de um *segundo estado de consciência*¹⁵. Essa suposição gerou a hipótese de que havia uma dissociação da consciência, o que foi denominado *double conscience* (Freud, 1893/1997, p.40). A hipótese sobre essa divisão só foi possível com a teoria da defesa, que sugeriu que, como tentativa de se desfazer da representação aflitiva, o Eu do paciente a recalca para uma segunda consciência, visando evitar o retorno dessa representação para a chamada consciência normal. Embora o segundo grupo também fizesse parte da consciência, ele estaria isolado e sem acesso às outras representações.

15 A suposição da presença de dois estados de consciência foi um preâmbulo da futura teoria freudiana que afere que o aparelho psíquico é composto por sistemas diferenciados: o sistema inconsciente (nesse momento examinado como a segunda consciência) e o sistema pré-consciente/consciente (até então definido como o primeiro grupo da consciência). Isso permite-nos supor que o segundo estado de consciência introduzia de maneira descritiva a posterior teoria do inconsciente. Breuer e Janet também se valeram da ideia sobre a dupla consciência. Janet supôs que a dissociação era ocasionada por uma disfunção do Eu, em que este perdia sua capacidade de dirigir seus processos psíquicos para um único objetivo. Ao analisar a dissociação pela perspectiva disfuncional ou degenerativa, Janet a considerava como um processo primário, e não, como avaliava Freud, como um fator secundário resultante de um processo defensivo contra uma representação traumática (Masotti, 2009). Em relação à Breuer, este chegou à concepção da divisão da consciência a partir de seus estudos sobre a gênese da histeria. Ao observar que na histeria formavam-se conteúdos representativos que não se associavam e que eram semelhantes à amnésia pós-hipnótica, ele deu o nome de *estados hipnoides* aos momentos em que existiam ideias desagregadas do conteúdo restante da consciência (Farias, 1993). Assim, a pré-condição para que uma experiência fosse de difícil elaboração se relacionava com o fato de o sujeito estar, no momento do evento, em estado hipnótico, o que propiciava, a partir disso, a divisão da consciência.

O caráter patológico do recalque é mais compreensível quando Freud (1894/1997) vem falar da dificuldade em saber até que ponto esse mecanismo age de maneira eficaz. Em seus casos analisados, essa operação fracassava, uma vez que posteriormente surgia uma infiltração das representações recalçadas em direção ao Eu, resultando em reações psicopatológicas que gerariam uma histeria, uma obsessão ou uma psicose alucinatória (ou paranoia). Já desvinculado da representação original, o afeto se uniria a representações substitutivas, buscando ser escoado para atender o princípio de prazer. Assim, a excitação psíquica era transposta da representação aflitiva, agora “esquecida” no inconsciente, para alguma outra que podia apresentar-se no consciente, mas que se mostrava patológica.

É importante observar que, além de conceituar as psicopatologias como diferentes modos de defesa contra uma vivência traumática, Freud apresenta ainda uma segunda definição que provoca profundas modificações na teoria psicopatológica vigente. Em sua comunicação preliminar, de 1893, *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, ele argumenta que a representação substituta emergente na consciência constitui o que ele chama de *sintoma* (1893/1997), sendo este definido não apenas pelo seu vínculo simbólico com a sua causa determinante, mas sobretudo como uma *solução* para as duas solicitações antagônicas; a do inconsciente, que exige satisfação, e a da instância recalçadora, que não suporta um elevado nível de excitação. Na carta à Fliess de 19 de fevereiro de 1899, Freud (1986) reescreve de outro modo essa perspectiva do sintoma como uma formação de compromisso. Para ele, assim como os sonhos, os sintomas também são realizações de desejo, isto é, eles realizam o desejo inconsciente de que o afeto seja escoado, como também realizam o desejo da instância recalçadora. Nas palavras do autor, “o sintoma surge quando o pensamento recalçado e o recalçador se unem na realização de um desejo [...] o sentido do sintoma é um par contraditório de realizações de desejo” (p. 346).

Freud fornece, com isso, uma perspectiva da psicopatologia antes mesmo da formulação de constructos teóricos essenciais no futuro. Por mais que ele não utilize o termo *psicopatologia* nesses primeiros trabalhos, substituindo-o por *doença*, *sintoma*, *psiconeurose*, *representação patológica*, não há dúvidas de que sua alusão é sobre a psicopatologia. Mesmo sendo tributário da psiquiatria clássica e do seu modo de entendimento das doenças, ele já produz em seus trabalhos iniciais um profundo remodelamento desse campo. Vimos até aqui que o primeiro passo para tal subversão ocorreu pela influência dos trabalhos de Charcot com as histéricas. Já Freud, a partir desse substrato teórico e do seu trabalho clínico, avança a discussão ao se dar conta do poder simbólico do psiquismo e de sua influência para a etiologia das doenças. Além disso, ele subverte ainda mais o entendimento dessa questão ao não apenas qualificar a

psicopatologia como aquilo que é resultante de um certo modo de defesa contra o traumático, como define no âmago de sua própria constituição uma formação resolutiva de realização de desejos, aspecto notadamente inovador nesse momento. Ele nega a interpretação clássica que associa os sintomas com um suposto “erro” ou “déficit” em sua comparação com uma pretensa normalidade, e observa que o aparecimento de um sintoma tem um objetivo, como a “melhor forma” de adequação para atender as diferentes exigências dos sistemas psíquicos.

Veremos a partir de agora que suas proposições não se esgotam nas concepções já definidas. A partir de duas novas descobertas, Freud redefine parte de sua teoria psicopatológica, creditando ainda maior poder ao psíquico – e, conseqüentemente, menor poder ao orgânico e à realidade factual – e, ao mesmo tempo, reordenando o papel da sexualidade a partir da descoberta da sexualidade infantil.

2.2 **Fantasia e sexualidade infantil: um reordenamento da teoria traumática**

Diante da queixa de seus pacientes, Freud procura os meios suficientes para uma determinação diagnóstica e faz da sua clínica uma pergunta sobre a causa. Ele chega à tenra infância e conclui que há um material factual de experiências sexuais vividas no próprio corpo que resistem à recordação devido à moralidade e à vergonha, mas que retornam sobredeterminados, fazendo constituir os sintomas. Ele se aproxima da concepção sobre a existência de conteúdos traumáticos ao procurar os elementos vivenciados pelas histéricas no passado que podiam ser a causa dos seus sintomas. No entanto, veremos que pouco a pouco ele passa a reconhecer que o traumatismo é efeito de uma fantasia, deslocando o foco da experiência factual para uma construção subjetiva. O reconhecimento da importância da *fantasia*, juntamente com a posterior descoberta da *sexualidade infantil*, propicia a Freud reorganizar a teoria do trauma.

Embora seja somente em 1905 que ele tenha abdicado da teoria sobre a sedução traumática, nos anos anteriores ele já expressava declaradamente as suas dúvidas sobre ela. Em *A etiologia da histeria* (1896a/1996), por exemplo, ao tentar elucidar o trauma da sedução, Freud se depara com manifestações que evidenciam uma sexualidade precoce no sujeito histórico, o que contraria a ideia de uma inocência sexual infantil. Um ano depois, em uma carta enviada a Fliess (carta de 21 de setembro de 1897), ele demonstra seu ceticismo sobre o material relatado pelas histéricas, chegando a supor que não há indicadores de realidade no inconsciente,

o que impossibilitaria distinguir o material real do fantasístico. Todos esses fatores foram repercutindo na teorização freudiana sobre o trauma psíquico, fazendo com que o autor afirmasse, já naquela época, que não acreditava mais em sua *neurótica* (Freud, 1986). Mas o distanciamento dos primeiros pressupostos não se deu de maneira linear e coerente, uma vez que Freud ainda continuou a buscar os dados de realidade que descrevessem o evento primeiro.

A importância dada à fantasia foi se tornando presente de maneira singela na teoria freudiana, desde o período dos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), em que ela foi associada aos estados de ausência de consciência (*estados hipnoides*), passando pela *Interpretação dos sonhos* (1900), em que era análoga à formação e à estrutura dos sonhos, até tomar seu pleno valor no segundo dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, publicado em 1905, com a descoberta das vivências sexuais infantis, como as atividades autoeróticas, a masturbação e as teorias sexuais na infância.

Ao admitir a sexualidade infantil, Freud introduz uma percepção radicalmente nova para abordar a sexualidade humana e o seu papel na etiologia das neuroses. Diante do exemplo do chuchar, ele obtém argumentos para afirmar que a atividade sexual advém ancorada em funções internas que servem à preservação da vida (Freud, 1905/1998). Isso é evidenciado quando o bebê, após a mamada, busca prolongar a satisfação chupando o dedo, isto é, satisfazendo-se através de uma atividade autoerótica e elegendo a boca como uma zona erógena, como uma localidade que se torna meio para a obtenção de satisfação. Ao abordar as fases do desenvolvimento infantil em 1905, Freud ressalta que a vida sexual da criança é essencialmente autoerótica, de modo que o seu objeto de satisfação se encontra no próprio corpo.

Jorge (2005) ressalta que o sexual para Freud não é o mesmo que o genital, mas tem uma concepção mais ampla, e só por isso ele pôde conceber a sexualidade na infância. Ele não aborda o sexual pelo viés de uma atividade ou comportamento sexual, mas pela *pulsão*, que é a resposta conceitual criada por ele para dar consistência à hipótese de uma sexualidade presente já no período infantil.

O termo utilizado por Freud e traduzido no português por pulsão é *trieb*. Na língua germânica ele é de uso recorrente, qualificado como impulsão, e o verbo *trieben* como o ato de impelir. Freud apreende essa perspectiva energética da pulsão para conceituar a sexualidade humana: ela se manifesta de maneira constante, é aperiódica e se contrapõe ao instinto animal, que tem um padrão pré-fixado de comportamento. Conceituada nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, a pulsão vem reorganizar a explicação neurológica do *Projeto* sobre a presença de estímulos internos no corpo. Sua definição ultrapassa o vínculo exclusivamente corpóreo, passando a estar situada entre o psíquico e o somático, como um excesso de energia imposta

pelo corpo à mente, que advém de maneira constante e que caminha rumo à descarga. A rigor, *trieb* engloba um arco de sentidos, desde a natureza químico-somática que impele o organismo a certa ação frente a necessidades, até a representação psíquica de todas essas forças que nascem no interior do organismo. A partir desse segundo aspecto, a pulsão é também definida como a representante (*Repräsentanten*) das forças que advém do somático e que são transmitidas ao aparelho psíquico. Nota-se aí o viés simbólico também vinculado a ela.

Freud (1905/1998) então define que esse excesso de energia só é evacuado quando se conecta a algumas regiões do corpo, qualificadas de *zonas erógenas*. Segundo o autor, as zonas erógenas surgem ancoradas nas primeiras localidades que servem à preservação da vida. Ele embasa essa hipótese na sua ideia anterior sobre o estado de desamparo infantil, já desenvolvida no *Projeto* (1895), correlativa à total dependência da criança humana em relação a outrem. Devido ao estado de inacabamento anatômico do recém-nascido, este torna-se dependente de um terceiro, geralmente a mãe, de quem recebe uma série de demandas simbólicas em algumas regiões do corpo, como a boca, o ânus, dentre outras, que remetem aos primeiros cuidados da mãe para com o bebê. E pela importância que o discurso materno fornece a essas localidades, elas se tornam regiões de troca de mensagem simbólica, sendo a partir delas que o infante poderá responder as demandas da mãe, proferir as suas próprias demandas, como também obter prazer. Nesse último aspecto, a criança investe nas localidades que aplacaram os primeiros incômodos, e que foram meios das primeiras experiências de satisfação, com o objetivo de reviver os primeiros estados de prazer. Nessa dinâmica, elas se tornam regiões libidinizadas onde a pulsão irá aderir e demandar satisfação sexual. Em outras palavras, é em torno dessas localidades que a pulsão se fixa, fazendo com que a sua força impelente parta dessas regiões em busca de satisfação. A partir daí passa a subsistir regiões privilegiadas que proporcionarão uma satisfação limitada a essas localidades. A fonte da pulsão é, portanto, localizada no próprio corpo e seu objetivo é suprimir ou descarregar a tensão presente através de um ou vários objetos. Freud ainda acredita que esses objetos são os mais variados possíveis, podendo se localizar no próprio corpo, ou mesmo serem objetos externos. É através deles que a tensão reinante é escoada e, a partir daí, a pulsão atinge a sua meta ou o seu objetivo. Observa-se aqui que a meta pulsional coincide com o *Princípio de Prazer*, isto é, evitar o desprazer através do rebaixamento do estado de tensão.

A partir do texto de 1905, Freud então passa a acreditar em uma constituição sexual presente em todos os indivíduos sem exceção desde a infância, não sendo mais a sedução prerrogativa para desencadear as psiconeuroses. Ele não destitui o elo que associa a doença à defesa, mas modifica a sua causa primeira, isto é, o motivador do trauma. A criação dos

conceitos de fantasia e de pulsão permitem ao autor subverter a sua própria teoria, de modo que o trauma passa a não estar mais necessariamente vinculado com a invasão do sexual pelo adulto a uma criança desprovida de sexualidade, mas sobrevém da articulação da sexualidade infantil com as fantasias a ela vinculadas. Nesse momento teórico, o trauma é reconceituado como uma *ficção*, isto é, como uma construção subjetiva para interpretar ou dar sentido a uma sexualidade presente desde o período infantil. Um bom exemplo sobre o abandono freudiano da teoria da sedução traumática é apresentada em uma nota de rodapé acrescentada pelo autor em 1924 ao texto *Observações adicionais sobre a neuropsicoses de defesa* (1896).

Esta seção é dominada por um erro que desde então tenho repetidamente reconhecido e corrigido. Naquela época, eu ainda não sabia distinguir entre as fantasias dos meus pacientes sobre sua infância e suas recordações reais. Em consequência disso, atribuí ao fator etiológico da sedução uma importância e uma validade universal que não possui. Depois que esse erro foi superado, tornou-se possível alcançar um discernimento das manifestações espontâneas da sexualidade infantil que descrevi em meus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1896/1997, p. 169, tradução nossa)¹⁶.

E complementando a citação supracitada, visualizamos na próxima passagem a influência que essa mudança teórica promoveu no campo da psicopatologia:

Se os histéricos atribuem seus sintomas a traumas fictícios, esse é precisamente o fato novo, a saber, que eles fantasiam essas cenas, e a realidade psíquica pode ser apreciada junto à realidade prática. Logo se percebeu que essas fantasias tinham a intenção de encobrir, de embelezar, e de promover a um estágio mais elevado o exercício autoerótico dos primeiros anos da infância. Então, por trás dessas fantasias, passou a ocupar o primeiro plano a vida sexual da criança em toda a sua vastidão (Freud, 1914/1998, p. 17, tradução nossa)¹⁷.

A descoberta do papel desempenhado pelas fantasias assinala uma reviravolta da maior importância na teoria freudiana do início do século XX, permitindo-lhe abrir as portas para a conceituação da sexualidade infantil e para o reordenamento de sua teoria psicopatológica. Freud não só admite que a teoria da sedução é ineficiente, como dá indícios de que a neurose é produzida no entrecruzamento da fantasia com a sexualidade. O fator traumático não é mais

¹⁶ “Esta sección está bajo el imperio de un error que después he admitido y rectificado repetidas veces. Por aquel tiempo yo aún no sabía distinguir entre las fantasías de los analizados acerca de su infancia y unos recuerdos reales. A consecuencia de ello, atribuí al factor etiológico de la seducción una sustantividad y una validez universal que no posee. Superado este error, se abrió el panorama de las exteriorizaciones espontáneas de la sexualidad infantil, que describí en ‘Tres ensayos de teoría sexual’”.

¹⁷ “Si los histéricos reconducen sus síntomas a traumas inventados, he ahí precisamente el hecho nuevo, a saber, que ellos fantasean esas escenas, y la realidad psíquica pide ser apreciada junto a la realidad práctica. Pronto siguió la intelección de que esas fantasías estaban destinadas a encubrir, a embellecer y a promover a una etapa más elevada el ejercicio autoerótico de los primeros años de la infancia. Así, tras esas fantasías, salió al primer plano la vida sexual del niño en todo su alcance”.

uma realidade factual, mas uma construção fantasística sobre um componente sexual, a partir da qual a neurose se constitui.

2.3 Inconsciente e pulsão: subversão à oposição entre normalidade e patologia

A partir de agora apresentaremos como que os dois principais conceitos criados por Freud na primeira dezena do século vinte – o inconsciente e a pulsão – apresentam mais uma leitura da psicopatologia que subverte não apenas a concepção de doença da psiquiatria clássica, como reordena os próprios trabalhos freudianos precedentes sobre o tema.

O texto de Freud *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*, de 1901, juntamente com a sua *Interpretação dos sonhos* (1900) e *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905) formam os três pilares principais que anunciam a teoria do inconsciente que vai ser elaborada de maneira sistematizada alguns anos mais tarde, em 1915. Com eles Freud pretende demonstrar, como afirma repetidas vezes ao longo do primeiro texto, que a psicanálise não deve se voltar unicamente para o campo da patologia. Ele reúne diferentes fatos corriqueiros do dia a dia, como os lapsos, os atos falhos, os sonhos e os chistes, para revelar a prevalência do domínio inconsciente sobre a totalidade da vida consciente, sustentando a hipótese de um determinismo psíquico (inconsciente) para eventos que, a princípio, eram julgados como que da ordem do acaso.

Um elemento relevante no primeiro trabalho e extremamente importante para o tema desta pesquisa diz respeito ao paralelismo entre os mecanismos que produzem uma psicopatologia e aqueles comuns ao dia a dia. Isso é evidenciado no próprio título do trabalho, no qual o autor liga o psicopatológico ao cotidiano. No interior do texto há diversas passagens em que ele conecta o modo de funcionamento normal ao patológico, chegando a dizer que “a fronteira entre a norma e anormalidade nervosas é fluida e que todos somos um pouco neuróticos” (Freud, 1901/1997, p.270, tradução nossa)¹⁸, complementando ainda que provavelmente nunca chegaremos ao núcleo daquilo que constitui a transição entre a saúde e a doença.

¹⁸ (...) *que la frontera entre norma y anormalidad nerviosas es fluctuante, y que todos nosotros somos un poco neuróticos*”.

O fascínio que Freud tinha pelos sonhos e atos falhos o fez estender à vida normal aquilo que ele antes fizera em relação às neuroses, isto é, a influência dos processos psíquicos inconscientes para a emergência de todas essas formações. O que ele veio conceituar nessa época, e que subverteu o pensamento corrente da psiquiatria clássica, se remete à sua crença de que há uma raiz etiológica única que determina os atos e pensamentos ditos normais, do dia a dia, e os estados patológicos. Ao acreditar na influência inconsciente para uma série de comportamentos recorrentes, como os esquecimentos, as trocas de palavra, os atos falhos, as palavras que se impõem ao pensamento, os equívocos na ação, dentre outros, ele abole a presunção de que esses estados, que parecem estranhos ou anormais, sejam acarretados por modos patológicos de funcionamento. Além disso, ele vai contra qualquer teoria que supõe que a motivação para tais fenômenos deva ser encontrada no conhecimento consciente, na biologia, na anatomia ou mesmo no funcionamento físico-químico do corpo. Freud privilegia o inconsciente e antecipa considerações essenciais sobre a sua forma de organização que serão desenvolvidas de maneira mais sistematizada no futuro. Citamos sua asserção de que “o inconsciente é totalmente atemporal” (p.266) e que, nessa instância, “todas as impressões são preservadas” (p.266), de modo que “nem tudo o que se supõe esquecido realmente está” (p.266). Isso o faz acreditar que tanto nos casos mais simples, quanto nos mais graves, é possível rastrear todos os fenômenos que, apesar de repelidos da consciência e por mais incompletos que sejam, não foram privados da sua capacidade de se expressar. Esses argumentos inauguram a tese de um *determinismo psíquico* absoluto e abrem caminho para o uso na clínica da prática da interpretação.

Portanto, a raiz da psicopatologia está situada no que o autor chama de *saber inconsciente*. E aqui vale um adendo! A conceituação do inconsciente como um saber é notadamente divulgado em diferentes momentos do ensino de Jacques Lacan. No seminário *Mais, ainda* (1972-1973/1985), por exemplo, é afirmado que “o inconsciente é o testemunho de um saber no que em grande parte ele escapa ao ser falante” (p. 190), considerando-o, em outra passagem, como um “saber que não se sabe” (p.129); já em suas Conferências norte-americanas (1976), ele afirma, de modo semelhante, que o inconsciente “é a descoberta de um tipo muito especializado de saber, intimamente nodulado com o material da linguagem” (p.16). Entretanto, a concepção do inconsciente como um saber é sutilmente presente já nos textos de Freud, principalmente nos trabalhos iniciais nos quais ele retrata o caráter simbólico do inconsciente: em *Os chistes e suas relações com o inconsciente* (1905a/1997), ele cita, por exemplo, que nos sonhos se mesclam exteriorizações de afeto e processos de pensamento, que ele vem chamar de “o saber no sonho” (p. 153, grifo nosso); enquanto em sua *Psicopatologia*

da vida cotidiana (1901/1997) ele presume que uma das raízes da superstição é o “desconhecimento consciente e esse *saber inconsciente* da motivação das causalidades psíquicas” (p. 251, grifo nosso). Nota-se que esse saber é apropriado de maneira muito específica, pois, ao ser descrito como inconsciente, ele é apresentado pela via do não sabido, de um saber que não se sabe, isto é, um saber que não é subjetivado e que se impõe para além do controle consciente do sujeito.

A teoria do inconsciente é dissonante do postulado determinista amplamente presente na medicina do século XIX, que identificava o patológico ao fisiológico. Com a hipótese da presença de uma causalidade psíquica, Freud transpõe não só as explicações físicas, químicas e biológicas das doenças, como também ultrapassa qualquer visão de mundo mitológica ou supersticiosa. A importância dada aos fenômenos intrapsíquicos é percebida na passagem em que ele afirma buscar “transformar a *metafísica em metapsicologia*” (Freud, 1901/1997, p. 251, grifos do autor), substituindo o método de explicação de uma realidade sobrenatural para uma causalidade eminentemente psíquica.

Ao conectar a patologia ao cotidiano através do inconsciente, Freud avança a discussão ao propor que a doença muitas vezes não está no campo da diferença, mas sim no que está estatisticamente dentro do funcionamento normal. Ele oxigena um debate – e que será muito caro a alguns autores posteriores, como Georges Canguilhem e Michel Foucault – que diz respeito ao obscurantismo em saber quais são os critérios possíveis para a delimitação das fronteiras entre a normalidade, a diferença e a patologia. Diríamos, portanto, que ele fornece uma nova concepção psicanalítica da doença. Se até agora ela foi analisada pela perspectiva sintomática e conflitiva, sendo definida de diferentes maneiras, seja como um modo *patológico* (não normal) de defesa contra um trauma, seja como uma realização de desejo; em 1901 ela é conceituada a partir de mais um prisma, isto é, como um modo de funcionamento que não faz oposição a uma pretensa normalidade, mas que se liga a esta a partir do inconsciente.

Mas vale notar que a aproximação entre o normal e o patológico não é apresentada apenas pelo recurso teórico do inconsciente, mas também pelo da pulsão e da noção, correlativa a ela, de perversão polimorfa. Nos seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1998), Freud busca descrever as variadas formas assumidas pela disposição sexual, e, a partir de uma leitura sobre os *desvios sexuais*, ele retrata que a pulsão não tem objeto fixo para se satisfazer, sendo este extremamente variável e sujeito a desvios frequentes. Contrastando com o discurso vigente da época que associava as perversões a uma doença sexual por serem “desviantes” do funcionamento normal, Freud (1906[1905]/1998) vai afirmar que a sexualidade do período

infantil é *perverso polimorfa* (p. 269) em todos os sujeitos, persistindo esse atributo perverso e desviante inclusive na vida sexual do adulto normal.

Freud então produz uma torção no extenso debate teórico da época sobre o tema das perversões sexuais. Se, por um lado, o psiquiatra alemão Krafft-Ebing supunha que a etiologia das perversões era inata, retomando o conceito de *degenerescência* de Morel para explicá-las, e, por outro, Binet afirmava que as perversões eram resultado de um determinismo adquirido, Freud assume uma terceira via, não negando os fatores constitucionais e hereditários, mas contrapondo à hipótese em vigor de uma *disposição neuropática geral* que separaria o homem normal do perverso. Para ele, a *constituição sexual* (pulsional) está presente em todo indivíduo sem exceção e se acha na base do desencadeamento das chamadas perversões. Em suas palavras, “a extraordinária difusão das perversões obriga-nos a assumir que a disposição para elas não é uma peculiaridade rara, mas deve fazer parte da constituição julgada normal” (p. 156, tradução nossa)¹⁹. Sendo assim, as ditas *transgressões sexuais* seriam muito mais frequentes na vida cotidiana, e, por isso, não mereceriam o designativo de patológico.

Ao pressupor uma base sexual comum a todos os seres humanos, Freud estabelece uma conexão entre a saúde e a doença. Ele desvencilha a noção de desvio sexual da noção de patologia e com isso critica a superpatologização que o discurso da degenerescência tinha atribuído ao âmbito sexual, colocando em xeque o limiar rígido e coercitivo que demarcava a saúde da doença.

Portanto, a criação dos conceitos de inconsciente e de pulsão surgem como dois modelos psicanalíticos que aproximam os processos mentais patológicos daqueles normais. Se na compreensão psicanalítica anterior as neuroses eram discriminadas da pretensa normalidade por haver um fracasso na defesa (defesa normal *versus* defesa patológica); na atual concepção o determinismo inconsciente e a constituição sexual infantil aproximam a patologia da normalidade. Além desse modo de leitura se assentar como um ineditismo nas formas de conceber a doença mental na época, produzindo uma renovação na direção do tratamento, ele também marca uma virada dialética no interior da própria teoria freudiana.

Freud utiliza essa leitura psicopatológica em alguns de seus extratos clínicos, como nas análises de Leonardo da Vinci e do ex-presidente dos Estados Unidos, Thomas Wilson. Na construção do retrato psicológico de Leonardo ele chega a dizer, por exemplo, que não acredita mais que saúde e doença se separam rigorosamente e que traços neuróticos sejam definidores

¹⁹ “La extraordinaria difusión de las perversiones nos fuerza a suponer que tampoco la disposición para ellas es una rara particularidad, sino que tiene que formar parte de la constitución juzgada normal”.

de uma inferioridade (Freud, 1910a/2015). Abordaremos as implicações dessa perspectiva psicopatológica na construção de suas histórias clínicas no capítulo quatro.

2.4 A psicopatologia a partir dos complexos de Édipo e de castração

Estamos amparados na hipótese de que a teoria psicanalítica freudiana não apresenta uma psicopatologia única e imutável, mas que essa teoria se constitui como um movimento de constantes reelaborações sobre o *pathos* psíquico. Acreditamos que as formulações sobre os complexos de Édipo e de castração fazem parte desse processo de metamorfose teórica, uma vez que concomitante ao abandono da teoria da sedução e da decorrente crença de um determinismo psíquico vindo do inconsciente, Freud desdobra essa determinação a partir da leitura do Édipo, de forma que este se apresenta como um modelo explicativo dos processos de recalçamento e dos seus efeitos patologizantes.

A tragédia de Sófocles enfoca que o destino de Édipo é traçado pela profecia do deus Apolo que vaticina que o personagem mataria o próprio pai, Laio, e teria relações com a mãe, Jocasta. Como tentativa de escapar dessa previsão, Laio entrega seu filho recém-nascido a um criado para que o abandone, mas não escapa à determinação do oráculo, morrendo em uma batalha com o próprio filho. Ainda realizando a profecia de Apolo, Édipo, sem saber, desposa a própria mãe, com quem tem quatro filhos.

Essa tragédia aborda dois temas que serão amplamente utilizados pelo autor: o incesto e o parricídio. Embora Freud não tenha dedicado nenhum texto sobre o mito grego, ele é presente do início ao fim de sua obra e serve de base para a apresentação de um complexo nuclear, infantil e sujeito ao recalque por ser proibido, que expressa o desejo amoroso ou sexual da criança por um de seus pais e a sua rivalidade e hostilidade pelo outro genitor. Na teoria do autor, o então denominado *complexo de Édipo* está ligado à fase fálica da evolução libidinal, na qual o menino, entre dois e três anos, tem sensações libidinais com o seu órgão genital e, ao mesmo tempo, expressa o referido desejo incestuoso. Freud se dá conta desses conteúdos na autoanálise que faz sobre a sua infância, expressando-os pela primeira vez na carta à Fliess de 15 de outubro de 1897: “descobri em meu próprio caso o fenômeno de me apaixonar por mamãe e ter ciúmes de papai, e agora o considero um acontecimento universal do início da infância [...] Se assim for, podemos entender o poder de atração do Oedipus Rex” (Freud, 1986, p.273). E

mais tarde irá dizer: “De fato, todo indivíduo conheceu essa fase, mas depois recalcou e esqueceu seu conteúdo de forma enérgica (Freud, 1925[1924], p. 233-234, tradução nossa)²⁰.”

Em *O Declínio do complexo de Édipo* (1924), ao fazer referência a uma etapa desse processo, Freud insere o já estudado *complexo de castração* na dialética edípica. Descrito pela primeira vez em 1908, o complexo de castração faz referência à teoria sexual infantil que atribui um pênis a todo ser humano, de forma que a representação psíquica presente é apenas do órgão genital masculino: ou o sujeito é possuidor do falo ou é castrado. Já no texto de 1924, ele articula os dois complexos ao afirmar que o amor edípico do menino à mãe se dissolve ao vincular duas observações relacionadas à castração: que o órgão sexual falta às meninas e que a ameaça de punição (real ou fantasística) devido ao desejo incestuoso possa fazê-lo perder o seu pênis. O menino então abandona o investimento libidinal à mãe e evolui para uma identificação com o pai, permitindo-lhe fazer outros investimentos e novas identificações mais tarde.

Freud traça um desdobramento do complexo de Édipo a partir da experiência do menino, e sobre a menina afirma repetidas vezes que sua compreensão é insatisfatória e cheia de lacunas. No entanto, ele também constrói uma hipótese a partir da ideia de que a menina aceita a castração como fato consumado (e não como ameaça) e que ela tenta compensar a ausência do órgão com substitutos através de uma *equação simbólica*. Ele cita o deslocamento do desejo pelo pênis por um desejo de ter um bebê do próprio pai, por exemplo.

Fica observado que não há um paralelismo exato entre os complexos nos dois sexos. Enquanto o Édipo do menino sucumbe ao medo da castração, na menina a castração abre as portas para aquele, que vai sendo pouco a pouco abandonado, uma vez que o desejo edípico não se realiza.

Sobre a nossa proposta de análise que supõe haver nos referidos complexos um modo de leitura sobre o sofrimento psíquico, partimos primeiramente para a observação do autor de que embora ele tenha descoberto o complexo de Édipo na sua forma mais simples e positiva, que revela o amor do menino pela mãe e a sua rivalidade com o pai, ele não descarta que isso seja uma simplificação de uma experiência mais complexa, uma vez que o menino também apresenta uma atitude feminina com o pai e uma hostilidade com mãe. A descoberta de casos mistos e não simples em que coexistem sentimentos de amor e de ódio voltados para o mesmo genitor propiciam a Freud construir uma leitura psicopatológica, de modo que ele irá explicar,

²⁰ “De hecho, todo individuo ha recorrido esta fase, pero luego reprimió y olvidó su contenido con enérgico esfuerzo”.

a partir do Édipo, a ambivalência afetiva e o conflito intrapsíquico entre comportamentos ativos e passivos.

Outra evidência que associa o Édipo a um modo de compreensão psicopatológica se liga aos casos que fogem ao modelo padrão de desdobramento do complexo. Ainda que o autor apresente uma *forma ideal* de destruição e supressão do complexo de Édipo, ele também demonstra que esse processo pode não ser superado e constituir, junto com os seus derivados, o âmago das patologias. Em uma nota de 1920 aos *Três ensaios*, ele (1905/1998) chega a dizer que “o complexo de Édipo é o complexo nuclear das neuroses” (p. 206, tradução nossa)²¹, e no texto de 1924 ele descreve não apenas um desenrolar ideal ou “normal” do conflito edípico, como também as possibilidades de fixação e não destruição do mesmo e, conseqüentemente, a sua contribuição para a instauração de uma patologia:

O processo [complexo de Édipo] descrito é mais do que um recalçamento, ele equivale, se executado de maneira ideal, a uma destruição e uma suspensão do complexo. Podemos supor que aqui chegamos a uma linha fronteira, nunca inteiramente nítida, entre o normal e o patológico. Se o Eu realmente não conseguiu muito mais do que um recalçamento do complexo, então ele subsistirá inconsciente no Isso [Es] e manifestará posteriormente seu efeito patogênico (Freud, 1924/2020, p. 208).

Freud avalia a importância desse complexo não só na vida da criança, mas sobretudo no inconsciente do adulto, representando a sobredeterminação da qual nenhum ser humano pode fugir – a determinação inconsciente é colocada em paralelo ao oráculo de Apolo, interpretada como destino. Nos *Três ensaios* (1905/1998), é admitido que a escolha de objeto edípica pode reaparecer na vida adulta, colocando o sujeito de frente com a dura tarefa de rejeitar as suas fantasias incestuosas. Veremos mais adiante que essa leitura sustentará a hipótese psicopatológica de alguns casos clínicos que Freud propôs analisar. Neles o autor traça um retrato da doença, seja pela não supressão do complexo de Édipo e a conseqüente efetivação do desejo incestuoso, seja pela realização do desejo inconsciente do parricídio.

Já em relação ao complexo de castração, que se inscreve inteiramente na dialética edípica, acreditamos que ele também revela um modelo de leitura patológica, uma vez que impacta diretamente o narcisismo, no qual o falo é parte essencial da imagem do Eu. De acordo com Laplanche & Pontalis (2004), Freud apresenta, com essa leitura, efeitos clínicos na vida mental do homem adulto, como o sentimento de inferioridade, podendo ainda constituir um protótipo que engendra alguns quadros patológicos, como a hipocondria, as fobias quanto a

²¹ “(...) *el complejo de Edipo es el complejo nuclear de las neurosis (...)*”.

danos à integridade corporal, e sobretudo as perversões, com o fetichismo. Além disso, o agente interditor que proíbe o incesto na vivência edípica pode ser substituído por outros objetos ou personagens pelos quais o sujeito pode desenvolver uma fobia patológica, como o cavalo apresentado por Freud no caso “pequeno Hans”.

Em suma, a importância concedida ao complexo de Édipo (e ao seu desenrolar pelo complexo de castração) diz respeito não apenas ao amor ou desejo libidinal da criança para um dos pais, mas antes de tudo à intervenção de uma lei que interdita o incesto, barrando e recalçando a satisfação almejada. Tal complexo é o recurso teórico para o autor apresentar a ideia de que a instauração da Lei barra o acesso ao desejo e permite a passagem à cultura, mas que quando não superado, continua a exercer, a partir do inconsciente, uma ação duradoura, constituindo, com os seus derivados, o *complexo nuclear das neuroses*. Portanto, admitimos que Freud não descarta a hipótese de que as suas formulações sobre o Édipo também revelam resultados patológicos que podem advir desse processo. O complexo de Édipo é lido no limiar entre a saúde e a doença, e antes de ser um conflito defensivo, tal como a primeira leitura psicopatológica, ele corresponde a conjunção originária que liga o desejo à sua interdição.

2.5 A psicopatologia a partir da pulsão de morte

No início do trabalho *Além do princípio de prazer* (1920/2006) Freud afirma que até o momento ele tem uma teoria fundada no pressuposto de que os processos psíquicos são regulados pelo princípio de prazer, de modo que o psiquismo segue sempre o caminho voltado para o rebaixamento da tensão quando está diante de uma pressão desprazerosa acumulada. Até aí uma das vertentes da psicopatologia é analisada a partir dessa perspectiva, sendo situada como uma construção simbólica substitutiva contra um trauma sem limites que o aparelho não consegue tolerar.

No entanto, o autor começa a se defrontar com situações que põem em xeque a teoria psicopatológica anterior. Ao se deparar com a constante repetição de situações desprazerosas em diferentes contextos, Freud começa a questionar se o psiquismo é exclusivamente dominado pelo princípio de prazer. Ele cita três exemplos que fundamentam a sua indagação. No primeiro caso, ele observa que alguns de seus pacientes repetem em sonho vivências traumáticas, contestando a suposição de que os sonhos são realizações de desejo e de que eles resguardam o bem-estar psíquico durante o sono. Na segunda situação, Freud se dá conta de que é comum às

crianças repetir como brincadeira situações dolorosas já vivenciadas. Ele cita, como exemplo, seu neto que brinca repetidamente com um carretel, jogando-o para fora do seu campo de visão e depois reencontrando-o. Essa brincadeira seria, para ele, uma substituição simbólica do mal-estar vivenciado pela criança frente às saídas de sua mãe de casa. Freud também se defronta com um impasse clínico ao perceber que muitos de seus pacientes são mais forçados a repetir em transferência situações desagradáveis do que recordar algum fragmento do passado para um trabalho de elaboração. Logo, o autor se vê diante de uma contínua repetição de situações cujo teor é eminentemente desprazeroso, fazendo-o se dar conta da presença de um caráter contraditório que faz o sujeito repetir o que lhe traz sofrimento. Evidencia-se aí uma encruzilhada teórica, que põe em xeque a lei de que o aparelho psíquico é regido pelo rebaixamento da tensão.

É indispensável ressaltar que a repetição – conceito caro para o tema da psicopatologia, uma vez que o sofrimento psíquico está vinculado à compulsão repetitiva de comportamentos ou pensamentos desagradáveis – é conceituada de diferentes formas antes de 1920. Em *Recordar, repetir e perlaborar* (1914a/2017), Freud ressalta que a recordação e a repetição dos sintomas se organizam segundo as condições da resistência, de modo que é esta que determina tanto o que deve ser atuado e repetido quanto o que pode ser lembrado. Ela se apresenta como um mecanismo que impede a recordação de alguma experiência traumática para não contrariar o princípio de prazer, e no lugar da recordação sobrevém a atuação, isto é, um mecanismo que não coloca em risco a homeostase do aparelho psíquico. Em outras palavras, o sujeito repete uma representação substitutiva para não recordar aquela que sofreu a ação do recalque. Nesse contexto, recordação e repetição se articulam, e o sujeito em análise pode rememorar elementos de sua história ou meramente repetir em transferência a sua dinâmica sintomática original.

Cinco anos depois, em seu texto *O estranho* [Das Unheimliche] (1919/1997, tradução nossa)²², Freud dá indícios de outro modo de descrição do *pathos* psíquico, cuja repetição está em dissonância ao rebaixamento de tensão, o que faz com que ela seja percebida como uma manifestação estranha (*unheimliche*). Jorge (2005) afirma que o autor começa a definir uma repetição pura a operar no sujeito, desvinculada de todo modo de organização do psiquismo argumentado até então. Para Freud (1919/1997), essa compulsão à repetição “tem poder suficiente para sobrepor sobre o princípio de prazer, conferindo um caráter demoníaco a certos aspectos da vida mental” (p. 238, tradução nossa)²³. Embora ele não faça qualquer relação da

²² “*Lo ominoso*”.

²³ “(...) *tiene suficiente poder para doblegar ao principio de placer, confiere caráter demoníaco a ciertos aspectos de la vida anímica*”.

repetição com a pulsão de morte nesse texto, é possível aferir que *O estranho* se apresenta como um trabalho preparativo para a subversão teórica conceituada um ano depois em *Além do princípio de prazer*. Ao detectar um novo elemento que rege o psiquismo e que contribui para a emergência das doenças, Freud se vê obrigado a rever o seu postulado. Este elemento, situado para-além do princípio de prazer, é nomeado por *pulsão de morte* em 1920.

O conceito de pulsão passa por transformações conceituais ao longo da obra freudiana. No início, ele nomeia por *pulsões do eu* ou *pulsões de autoconservação* todo o conjunto de tendências ligadas às funções corporais voltadas para a conservação da vida, sendo a fome o seu protótipo. Para ele, estas diferem das já conhecidas *pulsões sexuais*, cuja expressão é a libido. Em seguida, a partir dos seus trabalhos sobre o narcisismo, Freud reconhece que o eu também pode ser tomado como objeto da libido, fazendo-o incluir as pulsões do eu no espectro das pulsões sexuais. E mais tarde, já no momento de sua indagação sobre o princípio de prazer, Freud traça uma nova oposição, agora diferindo as pulsões sexuais, libidinais, que podem ser voltadas para o próprio eu ou para objetos externos, de outras pulsões que também estão presentes e que podem ser reconhecidas como *pulsões de destruição*. Tal abordagem redundava na oposição entre o que ficou conhecido como *pulsões de vida* e *pulsões de morte*, que Freud sustenta até o final de sua obra.

As pulsões de vida passam a abranger tanto as pulsões sexuais quanto as de autoconservação (ou do Eu), cujo objetivo volta-se à manutenção da vida a partir da coesão das partes da substância viva. Elas zelam pelo destino do organismo, preservando a vida por períodos mais longos. Mesmo a sexualidade é avaliada pelo parâmetro da união, seja entre os seres na relação sexual, seja na união das células germinativas. A meta das pulsões de vida seria então a ligação, a constituição de unidades cada vez maiores pelo processo de agregação para dar continuidade à vida.

Já as pulsões de morte são definidas como aquelas que têm um caminho e um destino contrário às primeiras. Freud percebe que ao mesmo tempo em que há um movimento que impele à ligação e à manutenção da vida, é visível coincidir no mesmo indivíduo um movimento contrário, voltado para a destruição e para a dissolução dos agregados. Nota-se, em alguns trabalhos posteriores aos de 1920, que Freud aborda as pulsões de morte como *pulsões de destruição*, que podem ser voltadas para objetos externos, como também para o próprio Eu e o próprio organismo, evidenciando uma autodestruição (*Selbstdestruktion*) (Freud, 1933 [1932]/1997).

Essa argumentação é cara para o tema da psicopatologia, pois Freud demonstra uma força disruptiva que caminha junto à tendência de coesão, mas que se opõe a ela e, por isso,

promove uma divisão subjetiva. Nesse tema que mais nos interessa, é notável que Freud produz uma reviravolta teórica ao dar conta de que a repetição não visa mais a uma satisfação libidinal nem ao domínio de experiências desagradáveis, mas que ela tem um caráter regressivo, que compele o organismo a sair dos limites da vida, podendo chegar à morte. A pulsão de morte é então aquilo que estaria no princípio de qualquer pulsão, já que, sobretudo, é ela que tem como meta reduzir o estado de tensão a zero e, com isso, promover o retorno ao repouso absoluto. Logo, se, por um lado, Freud argumenta que a pulsão de morte põe em xeque o princípio de prazer, estando para-além deste, por outro lado, ele próprio demonstra que o “princípio de prazer parece estar a serviço das pulsões de morte” (Freud, 1920/2006, p. 181). Quando ele define a compulsão à repetição pela perspectiva de um “além do princípio de prazer”, ele esclarece que é essa compulsão, como evidência da presença da pulsão de morte, que parece ser mais arcaica e pulsional do que o princípio de prazer descrito até então. Freud supõe que há uma força anterior à tendência de realização de desejos, sendo ela a pulsão de morte, que é a *pulsão por excelência*, pois está na base de qualquer outra pulsão.

A partir dessa conceituação, visualizamos uma mutação na função da sexualidade. Até então ela era definida como uma força disruptiva, articulada à situação traumática, seja por intermédio de uma vivência real (teoria da sedução traumática), seja por uma fantasia. Com a teoria das pulsões de morte, a sexualidade é redefinida e passa a fazer parte das pulsões de vida, pois sua meta é a coesão, visando a conservação da vida. Nessa reformulação teórica, é a pulsão de morte que se torna o fator etiológico do traumatismo. Isso permite visualizar uma redefinição da constituição do aparelho psíquico e sobretudo da psicopatologia. Ao definir a pulsão como uma força constante que se impõe ao psiquismo, fica mais claro que o trauma, anteriormente definido a partir de uma cena de sedução ou como uma construção simbólica, é deslocado agora para o trauma gerado pela força da pulsão de morte.

Segundo essa perspectiva, há uma relação entre a tensão gerada pela pulsão e a sua captação por um sistema simbólico. Sobre isso, Freud inseriu denominações para se referir a essa primeira tentativa de lidar com o traumático, como, por exemplo, o *recalque originário*, que alude à primeira operação do recalque diante do traumatismo, dando origem às primeiras formações inconscientes, e as *fantasias originárias*, que expressam as primeiras tentativas de representação para aquilo que se coloca como um enigma. Os dois termos estão relacionados e se remetem ao momento inaugural de aquisição da função simbólica.

Portanto, há uma articulação entre pulsão e inconsciente para a “nova” psicopatologia freudiana. O traumatismo remete a um momento primeiro, mítico, de uma exigência pulsional dispersa, que é perturbadora e que só pode ser abarcada de maneira parcial a partir da construção

de uma tessitura fantasmática inconsciente. Para dar conta desse momento originário, sobrevém uma estrutura fantasística edificada pelo próprio sujeito que interpreta a atividade pulsional e que, conseqüentemente, determina uma maneira particular para lidar com ela, resultando em um caminho simbólico específico. É através dessa primeira construção simbólica que o sujeito busca lidar com o real da pulsão, colocando em ação o recalque originário e fundando um saber inconsciente. Essa nova conceituação isolou a teoria anterior que buscava atingir a realidade da cena traumática e deslocou a perspectiva do trauma, que até então era pensado como um evento contingente, para uma formação constitutiva e universal.

Com a construção dessa nova hipótese, Freud não anula a teoria anterior de que o sujeito sofre de reminiscências, mas acrescenta em sua definição um momento primeiro, fonte das manifestações patológicas. O autor observa que essas forças pulsionais que tendem a conduzir a vida à morte podem operar de maneira direta ou se apresentar de forma disfarçada, imersa no quadro dos fenômenos da vida, representando, segundo o autor, “um prolongamento do caminho para a morte” (Freud, 1920/2006, p. 163). Assim, inferimos que a psicopatologia passa a ser definida de duas maneiras: ou por uma pura invasão da pulsão de morte, tendo o sujeito poucos recursos para fazer frente a ela, ou pela perspectiva da divisão do sujeito, isto é, do conflito entre as mesmas pulsões de morte e as pulsões de vida, que buscam conter as primeiras ou atrasá-las em seu objetivo final. No primeiro exemplo, poderíamos situar os casos mais graves de toxicomania, a depressão profunda, a melancolia, dentre outros – ressaltamos que Freud (1923/2007) observa que a melancolia é o exemplo da expressão da pulsão de morte em estado puro – e, no segundo caso, o conflito neurótico comum.

A patologia pela perspectiva do excesso ou da força da pulsão pode ser observada pelo fato de Freud utilizar o sufixo *-zwang* ao anunciar o conceito de *compulsão à repetição* (*Wiederholungszwang*). *Zwang* denota o que faz força, o que obriga, o que impõe, aproximando-se de uma coação a algo. Com esse termo, Freud ressalta a raiz primeira da patologia do sujeito neurótico, como uma força avassaladora que se impõe sobre o sujeito e que ele mesmo não reconhece.

Em termos gerais, apresentamos que a evolução da psicopatologia freudiana, até o referido momento, foi descrita inicialmente por uma cena de sedução (operada na realidade), que mais tarde foi substituída pelos desenvolvimentos teóricos sobre a influência da fantasia nesse processo, até chegar à pulsão de morte como fator traumático. Por outra via de análise, demonstramos que, com os desenvolvimentos sobre a pulsão de morte, a patologia ficou definida tanto por uma invasão pura desta, quanto pelo conflito psíquico entre ela e as pulsões de vida. Evidenciamos também que a última teoria pulsional promoveu uma mudança nas

definições de doença que permitiu com que esta fosse interpretada ainda de outra maneira: se até então o sintoma era entendido como indício de uma satisfação substitutiva, que segue a lógica do princípio de prazer, abdicando da realidade externa e, por isso, apresentando um modo heteróclito e estranho de obtenção de prazer; agora, com as pulsões de morte, o sintoma é interpretado como aquilo que não só renuncia à realidade, como também despreza o próprio princípio de prazer. Ele ocupa um lugar ainda mais radical, resultando em um estranhamento absoluto.

Portanto, com o trabalho de 1920, é a primeira vez que o *pathos* psíquico é apresentado de maneira mais disruptiva, para-além de qualquer formação simbólica ou obtenção de prazer. Se as formulações anteriores situavam a patologia como uma formação substitutiva que trazia à tona o familiar, o conhecido, o já vivenciado ou fantasiado, a pulsão de morte revela um estranho que transborda o reconhecimento. Ela expõe um “mais-além” no circuito simbólico do recalque por agir desconectada deste. Jacques Lacan aproxima a pulsão de morte freudiana do irrepresentável, do inabarcável pelo complexo representacional. No seminário *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/1985), ela foi associada à máquina, ao somático intrínseco às pulsões, que caminha só e que quebra a homeostase do princípio de prazer. Ela representa assim uma subversão no interior da própria psicopatologia freudiana, introduzindo um princípio mais radical do funcionamento psíquico, como tendência de destruição a caminho da morte.

2.6 As diferentes perspectivas do conflito psíquico

Desde as suas origens, a psicanálise encontrou na expressão *conflito psíquico* [*psychischer Konflikt*] o dado primordial para as suas formulações sobre a psicopatologia. Para ela, o conflito é parte constituinte do ser humano e faz referência à presença de exigências internas contrárias sobre o sujeito. Ela distingue o conflito manifesto do latente, de modo que o primeiro se exprime de maneira explícita nas queixas do sujeito, enquanto o segundo se apresenta de forma deformada e não perceptível, sendo elucidado apenas no trabalho analítico. Mas a cada descoberta teórica, Freud propõe diferentes definições para esse segundo conflito. Ora ele é evidenciado como uma luta entre o desejo e a defesa; ora como um embate entre as diferentes instâncias psíquicas, onde se opõem o inconsciente do consciente na primeira tópica, e o Isso, o Eu e o Supereu na segunda tópica; em outro momento é formulado como um conflito

entre pulsões; e também é descrito a partir da perspectiva edipiana, em que conjuga desejos antagônicos e a interdição contra eles. Em todas essas modalidades, o conflito é considerado em seu jogo intrapsíquico.

Nas primeiras elaborações freudianas do final do século XIX, o autor observa a presença de resistências contra recordações patogênicas. Tais resistências nada mais são do que uma defesa intrassubjetiva contra conteúdos que poderiam colocar em risco o princípio regulador do bem-estar do aparelho psíquico, vindo a definir a histeria e as outras psiconeuroses, agrupadas sob a alcunha das *psiconeuroses de defesa*. A luta seria traduzida como uma defesa contra representações inconciliáveis, mas que, ao mesmo tempo, não seria completamente resolutive porque essas representações retornariam sob formas disfarçadas, redundando nos sintomas. Como vimos anteriormente, haveria uma falha na defesa que não impediria o retorno do conteúdo recalado. Nesse momento teórico, os sintomas seriam o produto de uma formação de compromisso entre dois grupos de representação que agem em sentidos contrários.

Alguns anos mais tarde, no quadro da primeira teoria metapsicológica, o problema do fundamento do conflito veio a ser desdobrado como uma batalha entre diferentes instâncias psíquicas: por um lado, o sistema inconsciente e, por outro, os sistemas pré-consciente/consciente. As representações inconciliáveis seriam afastadas da consciência pelo mecanismo do recalque e passariam a ser representadas por outro sistema, o inconsciente, retornando à consciência de maneira deformada por meio dos atos-falhos, dos chistes, dos sonhos e também dos sintomas. Embora o autor tenha descrito o conflito em uma perspectiva tópica, seu fundamento estaria situado na oposição entre a sexualidade e uma instância recaladora que representaria todas as aspirações éticas e morais introjetadas. As representações sexuais passariam pelo crivo da censura e pela conseqüente força do recalque porque seriam fontes de desprazer para o Eu.

No entanto, com a descoberta da pulsão, Freud fornece uma nova leitura para o conflito psíquico e redefine a razão primeira que estabelece a luta entre o polo da sexualidade e do sistema que faz resistência a ela. Reiteramos que ele forja o termo *trieb* (pulsão) e o introduz pela primeira vez em 1905 para se referir ao que é da ordem da sexualidade humana, enfatizando que a pulsão não pode ser concebida dentro de uma esfera instintual, ou natural, uma vez que, diferentemente do instinto, ela não está destinada à reprodução nem à manutenção da espécie. De maneira contrária, a pulsão advém como uma *Konstant Kraft* (uma força constante) que visa unicamente à sua satisfação, ligando-se ao mais diferentes objetos para atingir o seu objetivo. Entretanto, é apenas cinco anos mais tarde, no seu texto *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão* (1910/1997), que Freud concebe sua teoria pulsional dentro

de uma concepção conflitiva. Ele estabelece um primeiro dualismo pulsional, que consiste no conflito entre duas classes de pulsão: as pulsões sexuais e as pulsões do Eu ou de autoconservação. Esse confronto é estabelecido porque cada grupo de pulsão teria uma meta específica: enquanto as pulsões sexuais buscam se satisfazer nas mais diversas zonas corporais (zonas erógenas) e nas atividades em que a apoiam, as pulsões de autoconservação estão colocadas à serviço do Eu e designam o conjunto de necessidades ligadas às funções corporais para a conservação da vida.

Freud, portanto, descobre um suporte pulsional não apenas para o polo da sexualidade, como também para o Eu, acreditando ser a batalha pulsional o conflito intrapsíquico mais basal que, por consequência, agita os grupos de representação (e as diferentes instâncias psíquicas) que estão em conformidade com a meta de cada pulsão. A passagem de um conflito entre representações para um conflito entre pulsões é evidenciada no trecho que se segue:

[...] a abordagem psicanalítica admite que [certas] representações tenham entrado em uma oposição com outras, mais intensas – para as quais empregamos o conceito coletivo de “Eu”, composto de maneira diversa em cada caso – e por isso foram recalçadas. Contudo, a que se deveria essa oposição, que provoca o recalçamento, entre o Eu e certos grupos de representações? [...] Nós fomos levados para a importância das pulsões para a vida representativa; averiguamos que cada pulsão busca impor-se animando as representações adequadas à sua meta. Essas pulsões não são sempre conciliáveis entre si; frequentemente entram em um conflito de interesses; e as oposições entre as representações não são senão a expressão das lutas entre as pulsões singulares (Freud, 1910/1997, p. 211, tradução nossa)²⁴.

A partir de 1920, com a segunda tópica e a última teoria pulsional, o conflito é descrito de maneira ainda mais diversificada. Freud não apenas encontra no novo dualismo pulsional (Pulsões de vida *versus* Pulsões de morte) a oposição mais radical para a teoria do conflito, como complexifica as proposições anteriores sobre o conflito entre instâncias e o conflito entre pulsões, visto que são identificados conflitos no interior de uma mesma instância como também dentro de um mesmo conjunto pulsional.

²⁴ “(...) el abordaje psicoanalítico supondrá que esas representaciones han entrado en una oposición con otras, más intensas – para las cuales empleamos el concepto colectivo de “yo”, compuesto de manera diversa en cada caso –, y por eso cayeron en la represión. Ahora bien, ¿a qué se debería esa oposición, promotora de la represión, entre el yo y grupos singulares de representaciones? (...) Nos vimos llevados a advertir la significatividad de las pulsiones para la vida representativa; averiguamos que cada pulsión busca imponerse animando las representaciones adecuadas a su meta. Estas pulsiones no siempre son conciliables entre sí; a menudo entran en un conflicto de intereses; y las oposiciones entre las representaciones no son sino la expresión de las luchas entre las pulsiones singulares”.

Relembremos que a segunda tópica descreve três instâncias psíquicas: o *Isso*, como polo pulsional da personalidade ou reservatório de energia psíquica, e alimentado com conteúdos inconscientes, que seriam inatos, hereditários ou adquiridos pelo recalque; o *Eu*, como produto diferenciado do Isso a partir do contato com a realidade externa, representando os interesses conscientes da pessoa; e o *Supereu*, como instância constituída pela interiorização das exigências e interdições parentais, assumindo um papel de censor e de “consciência crítica” em relação ao Eu. A partir dessa nova descrição, Freud apresenta uma nova leitura do conflito, articulando as três instâncias recém-definidas. O conflito entre o *Eu* e o *Isso* definiria a neurose, uma vez que o Eu, por estar à serviço da realidade externa, tenta se defender da intrusão de uma moção pulsional provinda do Isso; o conflito entre o *Eu* e o *mundo externo* resultaria em uma psicose, pois o Eu, agora à serviço do Isso, recusa os duros impedimentos que a realidade impõe à satisfação do desejo pulsional; e o embate entre o *Eu* e o *Supereu* redundaria na melancolia, já que o Eu perde as suas características ao se submeter às duras sanções impostas por essa última instância (Freud, 1924/2007). Além disso, Freud inova a descrição do conflito ao também apresentar confrontos interiores a determinada instância. Citamos, por exemplo, o conflito formado entre os polos de identificação paterno e materno que podem ser encontrados no Supereu. Veremos no último capítulo que essas novas formulações sustentam as hipóteses psicopatológicas de algumas histórias clínicas formuladas depois dos anos vinte, como a de Dostoiévski e a de Thomas W. Wilson.

Sobre o último dualismo pulsional, Freud também problematiza a primeira proposição que situava as bases do conflito como um embate entre dois termos. A partir dos anos 20, ele chega a conceituar a pulsão de morte como a própria predisposição para o conflito, uma vez que ela expressa o caráter mais radical de desunião. O autor enfatiza o seu modo desfusional, como força disruptiva e perturbadora. Sendo assim, se até os anos 20 era a sexualidade que colocava em risco a harmonia do aparelho psíquico, a partir de então, essa função é assumida pela pulsão de morte. Há uma metamorfose teórica de modo que todas as pulsões anteriormente formuladas são incluídas nas denominadas *pulsões de vida*, e todos os conflitos anteriores (pulsão sexual *versus* pulsão do eu; pulsão de autoconservação *versus* pulsão de conservação da espécie; amor do eu *versus* amor objetal) passam a estar situados dentro do quadro das pulsões de vida.

Embora a teoria freudiana culmine na pulsão de morte como o motor mais elementar da conflitiva psíquica, vale reiterar o papel primordial que o conjunto da obra confere à sexualidade para explicar a etiologia das doenças. Mesmo no *Compêndio de psicanálise*, escrito dezoito anos depois das formulações sobre a pulsão de morte, Freud (1940/2014) ainda enfatiza que “o

papel patogênico advém das pulsões parciais da vida sexual” (p. 126). O motivo que o faz conferir um papel primordial para a sexualidade na causação da doença é deixado sem resposta. Por outro lado, acreditamos que é só a partir dela que o autor consegue desenvolver o que vem a ser, durante muito tempo, o conflito mais nuclear, desenvolvido do início ao fim da obra, que é o embate entre o desejo e a interdição, apresentado no complexo de Édipo. O papel conferido à sexualidade passa pela resolução desse conflito.

Em termos gerais, apresentamos ao longo desse capítulo uma psicopatologia freudiana que passa por constantes reformulações e inovações ao longo do tempo. Inicialmente ela é descrita pela perspectiva da sedução sexual traumática, sendo a neurose sinônimo do fracasso da defesa. Logo em seguida é teorizada a partir da articulação entre a fantasia e a sexualidade infantil, de modo que o traumatismo deixa de ter um vínculo exclusivo com uma experiência sexual real vivenciada com um adulto na primeira infância, e passa a ser enfatizada a influência das construções simbólicas e da sexualidade infantil na constituição do trauma. Outra compreensão psicopatológica está ligada à aproximação entre a saúde e a doença a partir dos conceitos metapsicológicos de pulsão e de inconsciente. Acrescentamos ainda a leitura psicopatológica apoiada nos complexos de Édipo e de castração, em que o autor implementa uma interpretação da doença a partir da interlocução do desejo com a sua interdição. Situamos também outra definição a partir da perspectiva do excesso e do caráter regressivo e disruptivo da pulsão de morte, sendo a melancolia um exemplo de sua expressão. E, por fim, reiteramos que os diferentes modos de descrição do que o autor chama de *conflito psíquico* realça nossa hipótese sobre a presença de diferentes leituras sobre o fenômeno psicopatológico.

Ao longo de toda a obra Freud promove um exercício de leitura do padecimento psíquico a partir dos fenômenos que vai encontrando na clínica e dos diferentes campos conceituais que desenvolve. Observamos que sua teoria é marcada por rupturas, modificações e viradas dialéticas importantes, de modo que Freud constrói e reconstrói a sua psicopatologia a partir de cada descoberta teórica. Diante da análise acima realizada, comprovamos, portanto, nossa hipótese de que o autor implementa, dentro do campo psicanalítico, diferentes eixos de reflexão sobre a *pathos* psíquico.

3 A MELANCOLIA COMO MODELO DE COMPREENSÃO DAS VARIAÇÕES DA PSICOPATOLOGIA FREUDIANA

“A melancolia caracteriza-se psiquicamente por um estado de ânimo profundamente doloroso, por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição geral das capacidades de realizar tarefas e pela depreciação do sentimento-de-si. Essa depreciação manifesta-se por censuras e insultos a si mesmo, evoluindo de forma crescente até chegar a uma expectativa delirante de ser punido”

Sigmund Freud, *Luto e melancolia*, p. 103-104.

“Há duas espécies de esplendor; uma é irônica, zombadora, arrebatadora, violenta, odiosa; a outra é taciturna e sombria, só pede inação, silêncio, solidão e sono. Ao ser que está possuído, tudo se torna indiferente; a ruína de um mundo dificilmente pode movê-lo. Gostaria então que a terra fosse uma bomba cheia de pólvora, e eu colocaria fogo nela para me divertir”

Hector Berlioz, *Mémoires*, p. 253.

Após apresentar nossa proposição sobre a presença de diferentes perspectivas da psicopatologia psicanalítica na teoria freudiana, buscaremos, a partir de agora, demonstrar a nossa hipótese teórica a partir do exemplo da melancolia. Escolhemos evidenciar nossa argumentação com este quadro clínico, uma vez que ele está presente desde o início até o final da obra de Freud e por também encontrar as modificações mais importantes no decorrer dos trabalhos do autor, chegando a ser deslocado entre os principais grupos de afecção psíquica.

Nosso objetivo é apresentar a extensa variação de entendimento sobre a melancolia no decorrer da teoria freudiana, demonstrando que Freud descreve essa patologia a partir de uma série de fenômenos, que ao longo de sua obra, se ramifica em diversas direções. Diríamos que o autor fez um trabalho de depuração a partir da clínica e diante dos distintos momentos teóricos em que estava situado, de forma que foram apresentadas diferentes melancolias ao longo da obra freudiana. Demonstraremos que sua etiologia, seu curso, bem como a sua localização dentro do quadro geral de doenças sofreram remanejamentos.

A melancolia se apresenta como um conceito problemático e ao mesmo tempo estratégico para a pesquisa freudiana, pois se situa em um lugar nosográfico limítrofe, revelando

uma tensão conceitual e ao mesmo tempo sofrendo a influência de momentos de remodelação da psicopatologia psicanalítica. A partir do seu exemplo, visamos demonstrar que os sucessivos remodelamentos teóricos ao longo da obra do autor resultaram em modificações na descrição das doenças e em reposicionamentos de algumas entidades clínicas no quadro geral nosográfico. Não buscamos extinguir ou clarificar a tensão conceitual; nosso trabalho visa apresentar justamente o contrário ao elucidar que a tensão é intrínseca e própria às psicopatologias, e a melancolia é uma das entidades clínicas mais exemplares para demonstrar isso. Nosso objetivo, portanto, é apresentar a melancolia como modelo estratégico de compreensão das viradas conceituais da psicopatologia freudiana.

3.1 Primeira explicação psicopatológica: a melancolia pela perspectiva da excitação somática

A terminologia *melancholie* não é precisamente psicanalítica. Por mais que as articulações teóricas freudianas se revelem originais, já havia um debate importante sobre a questão da melancolia muito anterior à criação da psicanálise, sendo ela falada pela psiquiatria, pela filosofia, pela medicina, pela teoria literária, pelo teatro, dentre outros.

Em um breve histórico, o historiador Jean Starobinsky (2012) assevera que o nascimento da psicologia propiciou uma mudança de linguagem que redefiniu a descrição dessa entidade clínica. Seu estudo deixou de lado a doutrina humoral e religiosa precedentes e se voltou para uma catalogação mais minuciosa dos sintomas, estando atenta para os pareceres da hereditariedade e de uma bioquímica mais fina. Mas ela também não renunciou em formular conjecturas sobre a psicogênese da melancolia, e aqui destacam-se personagens como Karl Abraham, Sigmund Freud e Sándor Ferenczi.

Freud começa a utilizar essa terminologia já nos seus primeiros trabalhos pré-psicanalíticos, sobretudo em suas cartas enviadas a Fliess. Em conformidade com a terminologia germânica da época, ele inicialmente se remete à melancolia de modo muito diverso e usual, antes mesmo de defini-la como uma patologia. Ela é empregada como tristeza, apatia, estado depressivo ou mesmo morosidade. A primeira vez que o termo *melancholie* aparece na teoria freudiana é no rascunho *A etiologia das neuroses*, de 08 de fevereiro de 1893 (Freud, 1986). Ela surge de forma breve e em comparação com a depressão periódica, que seria uma forma de neurose de angústia em que estão presentes ataques de angústia durante semanas

ou meses. Freud então tece uma observação enigmática ao afirmar que ao contrário da neurose de angústia, a melancolia é uma apresentação que não tem nenhum vínculo com uma situação traumática, além de ser acompanhada do que ele chama de “anestesia [sexual] psíquica” (Freud, 1986, p. 43).

Para entender melhor o que pode ser depreendido do que Freud apresenta aí, devemos voltar às elaborações de antes de 1900, quando o autor ainda desenvolvia a teoria da defesa para explicar a origem dos padecimentos psíquicos. Testemunhamos no capítulo anterior que Freud amparou o modo de funcionamento do psiquismo ao funcionamento do aparelho neuronal. A partir dessa base, ele acreditava que o aparelho psíquico visava seguir um princípio primordial que consistia em evacuar as cargas de energia em excesso para manter a homeostase do aparelho. Nessa perspectiva, qualquer excitação ou abalo geraria um aumento de tensão que deveria ser descarregado. Essas excitações poderiam ser provenientes do exterior ou mesmo de dentro do organismo, como a fome, a sede ou a *pulsão sexual*. Para as excitações provenientes de fora, o organismo se defenderia realizando uma reação que reduzisse o nível de excitação, como, por exemplo, a fuga; para as excitações endógenas, a diminuição de tensão ocorreria de outra forma, a partir do que ele chamou de *ação específica*, como o choro da criança para chamar a mãe, o grito, uma ação motora, etc. Caso essa ação não ocorresse, a tensão aumentaria comensuradamente.

A partir dessa teoria energética, Freud traz uma importante afirmação ao conceber que, no homem, a tensão física provoca uma *significação psíquica* quando ela atinge um determinado ponto, ao provocar mal-estar. A partir daí, ele produz uma primeira distinção, em que as neuroses são pautadas em torno da oposição entre uma excitação física que produz uma ressonância psíquica – nesse caso as ideias seriam superinvestidas de excitação – e uma excitação física sem um correspondente psíquico. Em relação às primeiras, a patologia iria transcorrer na espera psíquica, pois decorre de uma falha do aparelho em se defender contra uma representação superinvestida de energia. Em outras palavras, haveria um mal funcionamento psíquico, pois a representação vinculada à experiência traumática não era desinvestida de sua carga e, por isso, ameaçaria a economia interna do psiquismo. Mas em que consistiam essas ideias que colocam em risco a homeostase do aparelho psíquico? Vimos no capítulo anterior que elas são lembranças de um evento vivenciado em uma época passada, cujo acontecimento não provocou nenhum dano porque se deu em um período de “imaturidade” sexual, sendo que a ativação da lembrança da cena traumática surgiria somente em um momento futuro e despertaria a neurose. A patologia é então entendida como uma formação simbólica, de origem psíquica e infantil, e as *condições facilitadoras* para produzir uma estrutura

patológica de defesa desse tipo seriam *sexuais*. Esse grupo patológico de defesa compreendia a histeria, a neurose-obsessiva, a paranoia e, por vezes, a psicose histérica²⁵.

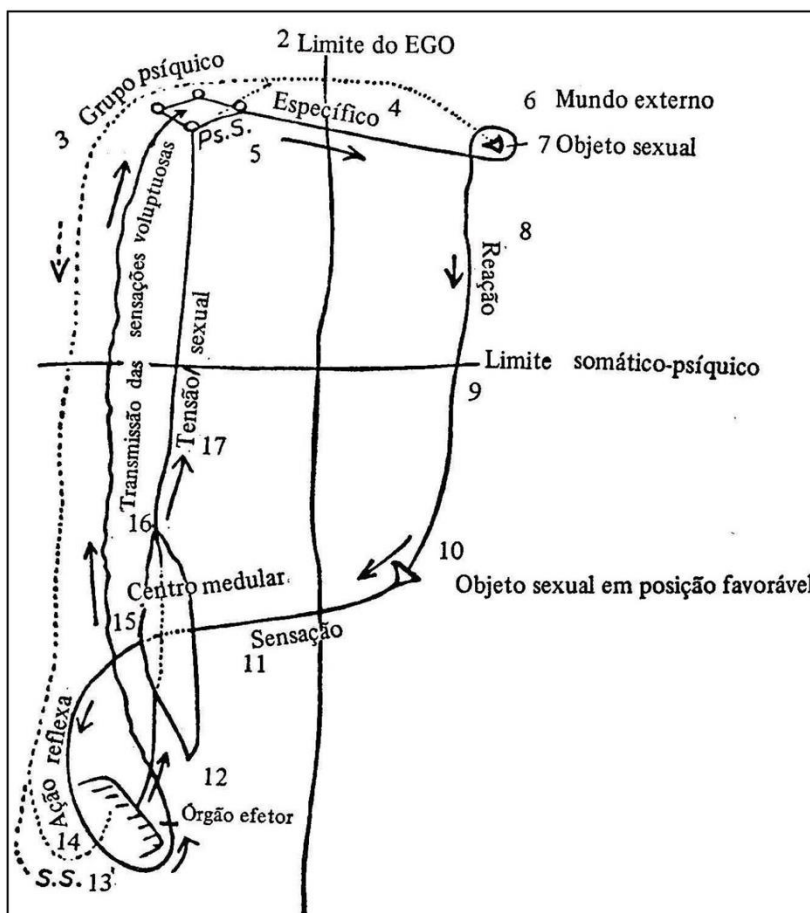
Por outro lado, Freud descreve um segundo grupo cujo mecanismo patologizante ocorre de maneira diversa. Sob o nome de *neuroses atuais*, ele aponta para um grupo cujo sintoma não é simbólico, nem infantil, mas tem sua origem no presente, como uma desordem no processo de excitação endógena. Nesse grupo, o mecanismo de defesa contra uma representação não opera, uma vez que o fator desencadeante da doença surge antes mesmo de qualquer possibilidade representativa, ainda no curso da excitação somática, como uma complicação física. Os dois grupos que compõem essa classe de neurose retratam duas formas de encaminhamento da energia física: a *neurose de angústia*, em que é ausente qualquer descarga de excitação sexual, sendo o excedente energético transformado em angústia; e a *neurastenia*, em que há uma descarga inadequada ou excessiva da energia sexual, exemplificada pela masturbação exagerada, que provoca uma escassez de energia psíquica.

Verificamos então que o mecanismo distintivo psicopatológico freudiano inicial reside no caminho tomado pela libido, como também na presença ou ausência de ressonância psíquica.

No que diz respeito à melancolia, é possível verificar no conjunto dos seus primeiros escritos que ela é implicitamente situada dentro do quadro das neuroses atuais. A aproximação da melancolia com esse grupo pode ser observada desde a primeira referência mencionada acima até os rascunhos de junho de 1894 e de 07 de janeiro de 1895, onde autor reitera que o melancólico sofre de *anestesia sexual* (FREUD, 1986). Neste último rascunho, que é dedicado exclusivamente a essa enfermidade, Freud produz um quadro esquemático da sexualidade, onde demonstra o que seria essa anestesia, além de permitir observar que a melancolia é retratada segundo o modo de funcionamento das neuroses atuais.

²⁵ É digno de nota que Freud não distingue nesse momento a neurose da psicose, isto é, ele não seguia a caracterização terminológica da psiquiatria germânica da época. A partir de uma preocupação eminentemente clínica, as neuroses de defesa incluíam inclusive enfermidades que no futuro passariam a pertencer à psicose.

Figura 1 – Diagrama Esquemático da sexualidade



Fonte: FREUD, 1986, p. 100

Esse esquema é uma demonstração imagética de sua teoria sobre a apresentação de uma tensão sexual física, o momento em que ela passa a ter uma significação psíquica e a busca de uma solução para o problema apresentado, isto é, a procura de um objeto que seja colocado em uma situação favorável, a partir de uma *ação específica*, para o rebaixamento da tensão. Nesse esquema, a *anestesia sexual* é demonstrada como a elisão das *sensações voluptuosas* dirigidas da excitação sexual somática (S.S.) para o grupo sexual psíquico (P.S.). Para o autor, a anestesia não é a causa da melancolia e sim um sinal, já que ela pode estar presente em outros quadros, como na histeria, por exemplo. O que é exclusivo da melancolia é a ausência da excitação sexual somática (S.S.), sendo esse o fator que a aproxima das neuroses atuais. Devido a essa carência, o grupo sexual psíquico (P.S.) e as *sensações voluptuosas* ficam enfraquecidos (Freud, 1986).

Freud (1896) então observa que, na melancolia, o *grupo sexual psíquico* sofre uma perda de excitação em decorrência da inexistência da excitação sexual no nível somático. A partir daí são definidas três formas de melancolia: a *melancolia grave comum*, quando a produção de excitação sexual somática (S.S.) cessa; a *melancolia cíclica*, caracterizada pela alternância entre

produção e cessação de S.S.; e a *melancolia neurastênica*, presente na masturbação excessiva, a partir da qual há uma exagerada descarga de energia no *órgão efetor*, uma diminuição da produção de S.S., o que leva a um conseqüente enfraquecimento do grupo sexual psíquico (P.S.). Dessas três formas, Freud ainda diferencia a *melancolia de angústia* por conjugar os quadros de melancolia e de angústia e por não haver carência na produção de S.S. O fator determinante aqui é que a S.S. não é convertida em P.S., mas utilizada em outra parte, transformando-se em angústia.

Mesmo não sendo definida explicitamente pelo autor, observamos que a melancolia é situada dentro do grupo das neuroses atuais, pois ela é decorrente de um problema no curso da excitação somática – Freud chega a afirmar que a principal predisposição à melancolia é o reduzido nível de tensão no *órgão efetor*. Entretanto, ela não tem uma definição muito clara dentro desse grupo, ora sendo aproximada da neurastenia, com a melancolia neurastênica, ora da neurose de angústia, com a melancolia de angústia. Outro exemplo de sua indefinição é visualizado no rascunho de 07 de janeiro de 1895 (Freud, 1986), onde ela é definida como um quadro que surge em combinação com a angústia intensa e que se desenvolve como intensificação da neurastenia (através da masturbação).

A melancolia ainda não é digna de uma definição diagnóstica específica. Mesmo sendo aproximada do escopo das neuroses atuais, verificamos que Freud utiliza o termo melancolia de maneira inespecífica, sendo apresentada mais como um estado e menos como uma entidade clínica. Como estado ela abrange toda uma gama de doenças mentais e se mistura com outras definições, como é verificado no rascunho de 31 de maio de 1897, quando ela é confundida com o luto – segundo o autor, há manifestações de luto que são conhecidas pelo nome de melancolia –, e mesmo quando ele a chama pelo nome de *depressão*, dizendo que ela é produzida como resultado do recalçamento de impulsos desejosos. Ao situá-la desse modo, ele argumenta que *as melancolias*, nomeadas agora no plural, estão relacionadas com a neurose obsessiva, isto é, com um dos tipos de neuropsicose de defesa do qual ela própria não fazia parte (Freud, 1986). A melancolia ainda é um campo impreciso.

Mesmo diante da obscuridade em sua definição, é digno de nota que Freud tece uma importante análise que será o fio condutor para considerá-la como um quadro psicopatológico no futuro. No rascunho supracitado, de 07 de janeiro de 1895, ele traz uma afirmação de que a melancolia desponta a partir de uma experiência de *perda*, de que diante de um baixo nível de tensão na esfera somática há uma perda de desejo no campo psíquico, e seria esta perda que daria forma à melancolia. Segundo ele, a perda de energia no psiquismo seria um processo semelhante a uma *hemorragia interna*, como se a excitação escapasse por um *buraco* (Freud,

1986, p.105), resultando em diferentes efeitos, como a inibição psíquica, o empobrecimento pulsional e o sofrimento. Tais resultados implicariam ainda num efeito cascata, como um buraco que suga e que desfaz qualquer excitação. Sem esse fator motor não há força para a libido se expressar. Freud então destaca que o que se perde na melancolia é a libido, a *vida pulsional*, suscitando um afeto específico, que é o luto. A melancolia é então evidenciada como um estado que expressa um “luto pela perda da libido” (p. 99). Essa observação tem grande relevância no contexto de nossa argumentação, pois a relação da melancolia com o luto está presente desde os textos pré-psicanalíticos e será mais bem explorada nos desenvolvimentos teóricos futuros, quando, a partir de uma redefinição dessa relação, a melancolia ganhará um *status* de entidade clínica singular no seio da psicopatologia psicanalítica freudiana.

Após esse período pré-psicanalítico, e por mais de uma década, a melancolia perde lugar para outras análises, ficando “esquecida” teoricamente, à exceção de breves aparições, como em uma apresentação realizada na Sociedade Psicanalítica de Viena, em 1910, em que o autor busca entender a presença do ato suicida entre jovens. Nessa resumida passagem, Freud (1910b/1997) suspeita que o suicídio só acontece quando há um desinvestimento libidinal e uma renúncia à autopreservação, e acredita que a melancolia e a sua relação com o luto podem ser o ponto de partida para o entendimento dessa questão. Ele deixa em suspenso a discussão por não ter uma compreensão clara sobre esse problema, e reitera que os processos afetivos na melancolia e as particularidades da libido nessa condição ainda não estão claros, demonstrando mais uma vez que a melancolia se apresenta como uma enfermidade difícil de ser definida.

Observamos, portanto, que a melancolia foi objeto de estudo no período pré-psicanalítico a partir de duas perspectivas: como um *estado* psíquico dentro de outras afecções e, ao mesmo tempo, sendo apresentada com características próprias, como a perda de excitação na esfera somática e sua consequência para o campo psíquico (a perda da libido), além do seu vínculo com o luto. Quanto à classificação nosográfica que distinguia o grupo das neuroses atuais das neuroses de defesa, ela também não se alterou no período pré-psicanalítico e permaneceu a mesma até 1914, quando uma importante modificação surgiu no seio das psiconeuroses de defesa, trazendo consequências para o lugar da melancolia no quadro psicopatológico freudiano. É o que veremos agora.

3.2 Segunda explicação psicopatológica: a melancolia a partir da teoria do narcisismo

Embora estejamos abordando as transformações da nosografia da melancolia, é uma alteração na conceituação da paranoia que permitiu remodelar a psicopatologia do momento. Situada no grupo das neuroses de defesa junto com a histeria e a neurose obsessiva, a paranoia apresentava, já no período pré-psicanalítico, uma particularidade no seu modo de defesa psíquica que a separava das outras duas. No rascunho encaminhado à Fliess em 24 de janeiro de 1895, Freud (1986) afirmara que enquanto as duas primeiras utilizavam mecanismos semelhantes para impedir que uma ideia desprazerosa acesse à consciência, na paranoia, a consciência entrava em contato com os conteúdos recalcados do modo como eles se apresentavam e se defendia destes últimos de outra maneira, projetando-os ao mundo externo, como se eles viessem de fora. Ao contrário da histeria e da neurose obsessiva, não havia na paranoia qualquer impedimento de acesso da consciência às ideias recalçadas, nem mesmo uma camuflagem destas para que pudessem penetrar de forma disfarçada nessa instância psíquica. Com o pleno acesso dos conteúdos inconscientes à consciência, às custas de uma projeção ao mundo externo, o resultado era uma confusa separação entre o que era próprio do eu e o que era inerente ao mundo externo. A baixíssima distinção entre o eu e o outro fornecia uma explicação para os sintomas típicos dessa classe de neurose, como as alucinações e os delírios de grandeza e de perseguição.

Alguns anos mais tarde, em 1911, ao analisar um caso de paranoia – o “*caso Schreber*” – Freud reitera clinicamente o que elaborara em teoria, reafirmando que a projeção é um modo de defesa típico e exclusivo desse quadro clínico, denominando-o pelo codinome *verwerfung* (Freud, 1912[1911]/2022). No entanto, ele dá um passo a mais ao acrescentar outra consideração que fornecerá a base para a futura remodelação nosográfica. Além da projeção, haveria na paranoia uma *retração da libido* voltada para o eu. Ao contrário das outras neuroses de defesa, que tinham uma libido direcionada para os objetos, o investimento maciço no eu seria típico da paranoia, revelando um modo de defesa cuja sintomatologia era eminentemente *narcísica*, com delírios de autorreferência. Logo, a *projeção* e a *fixação ao narcisismo* individualizariam a paranoia, deixando-a cada vez mais dissonante do grupo ao qual fazia parte. A paranoia não se encaixava mais no seio das neuroses de defesa.

Ao aproximar a paranoia do narcisismo, Freud preparou o terreno para apresentar uma das reviravoltas mais importantes de sua teoria, e que é fundamental para reconceituar a melancolia. Em 1914, em um texto canônico – *À guisa de introdução ao narcisismo* –, o narcisismo se torna o centro das elaborações freudianas e deixa de ter um vínculo exclusivo com a paranoia, abrangendo um campo ainda mais vasto. Ele ultrapassa o domínio das doenças por ser a ele atribuído um importante papel no desenvolvimento sexual dos seres humanos de

forma geral. Em outras palavras, o investimento libidinal direcionado ao eu, que era referido exclusivamente a uma patologia, cede espaço para uma reformulação teórica em que o narcisismo é elevado a um *momento* no desenvolvimento psíquico de todos os sujeitos, situando-se como uma etapa intermediária entre o auto-erotismo e o amor objetal.

Ao acreditar que o narcisismo é um estágio libidinal que está para todos, Freud reformula a etiologia das doenças, acreditando que o que distingue o campo das neuroses não é apenas o aspecto quantitativo da distribuição da libido, mas também o seu direcionamento, que pode ser voltado excessivamente para o eu ou para os objetos externos. É o *represamento* dessa libido no eu ou nos objetos que aumenta o nível de tensão, provocando desprazer e, conseqüentemente, resultando em uma doença psíquica. Com o narcisismo, o autor então redefine o quadro psicopatológico anterior ao situar, de um lado, a histeria e a neurose obsessiva como um grupo onde há um represamento da libido nos objetos – elas retiram sua libido do mundo externo e a represam nos objetos de sua *fantasia*, não perdendo o vínculo erótico com eles – e, de outro, as *parafrenias*²⁶ (paranoia e esquizofrenia), onde a libido retirada do mundo externo é retida no eu.

Com o eu passando a ser também um dos objetos de investimento da libido, cria-se duas encruzilhadas teóricas. Primeiramente, a antiga divisão entre pulsões do eu (ou pulsões de autoconservação) e pulsões sexuais deixa de fazer sentido, pois a libido não é mais considerada como que apartada do eu, logo este não é mais visto com a única função de autoconservação. Em segundo lugar, o antigo quadro patológico-nosográfico (neuroses atuais *versus* neuroses de defesa) também não atende mais a reconceituação dada à paranoia. Sendo assim, a psicopatologia freudiana cede espaço para uma nova reconsideração, onde a paranoia se destaca do antigo grupo por ter uma libido voltada para o eu, e a histeria e a neurose obsessiva compõem o novo grupo nosográfico das *neuroses de transferência*, onde a libido é *transferida* para os objetos na fantasia. O narcisismo marca uma virada dialética na definição psicopatológica freudiana do momento.

A importância do manuscrito de 1914 para a redefinição conceitual freudiana é inquestionável, no entanto, ele não pode ser lido sozinho. Tanto o texto do narcisismo quanto a

²⁶ Em 1883, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin propôs um sistema de classificação dos estados mórbidos no intuito de organizar e clarificar a anarquia das nosografias psiquiátricas precedentes. No quadro das psicoses, ele introduziu três grupos: a paranoia, a demência precoce (que posteriormente, através de Eugen Bleuler, foi chamada de *esquizofrenia*) e a psicose maníaco-depressiva. A eles introduziu a *parafrenia* como um termo intermediário situado entre a paranoia e a demência precoce. Ela designava algumas psicoses delirantes que não avançavam para um quadro de demência e que, ao mesmo tempo, se aproximavam da paranoia devido a seus delírios mal sistematizados. Freud utilizou a mesma terminologia para designar o grupo composto pela esquizofrenia e pela paranoia.

análise das memórias do presidente Schreber situam a paranoia e a esquizofrenia no seio de um grupo que tem um investimento pulsional apontado para o eu.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Freud empreende em 1917 uma leitura da melancolia sob a mesma ótica do retorno da libido para o eu. Através do artigo intitulado *Luto e melancolia* (1917/2006), o autor segue a mesma linha de análise do trabalho de 1914, de modo que o texto do narcisismo é um pré-requisito para a reconceituação da melancolia desenvolvida três anos depois. É o conjunto dos três trabalhos que levam Freud a implementar uma nova classe de neuroses, o grupo das *neuroses narcísicas*, que compreende a paranoia, a esquizofrenia e a melancolia, que tem a libido dirigida para o próprio eu e que marca uma distinção em relação às *neuroses de transferência*.

Não podemos perder de vista o desdobramento clínico implicado nessa *nova psicopatologia freudiana*. Essa redefinição clarifica não só a etiologia dessas doenças como também se direciona para a questão do engajamento do paciente no dispositivo analítico. Devido ao retraimento da libido e o conseqüente abandono dos laços com os objetos externos nas neuroses narcísicas, Freud se vê desacreditado na possibilidade de estabelecimento de vínculo transferencial do paciente com o analista, o que não ocorre nas neuroses de transferência, uma vez que o analista é mais um dos objetos aos quais o sujeito *transfere* seus vínculos de interesse.

Pouco interessado em submergir à investigação psicanalítica no vocabulário técnico da nosografia psiquiátrica alemã, Freud constrói de maneira autêntica as classes de neurose narcísica e de transferência, visando responder a indagações eminentemente psicanalíticas. Mais do que uma busca de estabelecimento de uma nosografia, é a questão sobre o mecanismo de estruturação psíquica que interessa a ele. O interesse no *mecanismo* (e não em uma classificação de doenças) é demonstrado no comentário de Freud na ocasião de uma conferência do psiquiatra e psicanalista Viktor Tausk sobre a melancolia, proferida na Sociedade Psicanalítica de Viena em 30 de dezembro de 1914:

O critério essencial segundo o qual é necessário circunscrever os sintomas (que, na prática, nunca aparecem na sua forma pura) e as formas de doença é o mecanismo (*Mecanismus*). A observação de casos benignos fornece a única possibilidade de delimitar o quadro puro. Se assim for, há *apenas uma* melancolia, que tem o mesmo mecanismo e que deveria ser curada pela psicanálise (Freud *apud* Nunberg & Federn, 1914/1983, p. 311, grifos do autor).

A partir de mecanismos semelhantes e desdobramentos clínicos similares, Freud agrupa os dados invariáveis de cada classe de neurose, permitindo separá-las em grupos. Por outro

lado, ele também evidencia importantes diferenças que permitem singularizá-las. É nesse contexto que aproximamos do nosso objeto de estudo, pois o autor fornece características fundamentalmente próprias à melancolia a partir do saber psicanalítico que possibilitam distingui-la não só do grande grupo das neuroses de transferência, mas, antes de tudo, das outras entidades clínicas circunscritas pela nomenclatura de neuroses narcísicas.

A demarcação da melancolia como uma *entidade clínica* singular psicanalítica (e não um *estado*) ocorre no contexto em que Freud visava estabelecer as bases teóricas da psicanálise no entorno de 1915. Dentre os doze ensaios fundamentais desse período – dos quais sete foram considerados perdidos – dois deles se mostram importantes para o nosso estudo no momento: o manuscrito recém-descoberto, *Neuroses de transferência: uma síntese* (1915) e *Luto e melancolia* (1917).

No primeiro, Freud se detém em desvendar a origem evolutiva da libido, acreditando que o sujeito repete traços tanto de sua própria história quanto da história dos povos. Ele articula ontogenia e filogenia na constituição da libido e inclui essa análise na determinação das doenças. Eis a passagem em que Freud realiza essa descrição sob o espectro das neuroses narcísicas:

As neuroses narcísicas [...] retrocedem às fases anteriores ao encontro do objeto: a demência precoce regride até o autoerotismo; a paranoia, até a escolha homossexual e narcisista de objeto; a melancolia baseia-se na identificação narcisista com o objeto. As diferenças consistem em que, sem dúvida, a demência precoce aparece mais cedo que a paranoia, embora sua disposição libidinal retroceda a estágios mais primitivos, enquanto que a melancolia-mania não permite uma classificação temporal segura (Freud, 1915a/1987, p. 73-74).

Freud institui uma conceituação em que difere as subclasses de neuroses narcísicas em estágios, de modo que a esquizofrenia (denominada aqui de *demência precoce*) estaria fixada em um período mais primitivo do desenvolvimento libidinal do que a paranoia. E sobre a melancolia, não há lugar definido para ela, podendo ser situada ou confundida ora com a esquizofrenia, com um eu mais empobrecido; ora com a paranoia, em que o eu se trata como objeto (Castelo Branco, 2013). Evidenciamos aqui que melancolia não ocupa lugar nenhum e ao mesmo tempo pode ocupar qualquer lugar. Ela ainda representa uma imprecisão.

Mas é no artigo de 1917 que Freud irá se dedicar exclusivamente a essa entidade clínica tão obscura e mal situada teoricamente. Como ele afirma já no início do manuscrito, seu objetivo é “elucidar a natureza da melancolia” (Freud, 1917/2006, p.103). Trata-se de um dos mais importantes trabalhos de Freud sobre essa temática, representando um texto de apresentação de um novo quadro clínico. Após um período de hibernação teórica dessa questão,

não causa surpresa o excesso de elaborações que o texto contém, demonstrando que Freud não se arrefeceu em pensar sobre o tema, e, quando o publica, a melancolia renasce em outro patamar.

Freud então se esforça em identificar as manifestações sintomáticas melancólicas – grande desinteresse pela vida; incapacidade de amar; apreensão da realidade de modo mais agudo e intenso; autocrítica desmedida; perda de respeito consigo e satisfação em se expor – como o ressurgimento de uma organização constitutiva subjacente. Mas a que organização primeira recorrerá os sintomas melancólicos? Qual a base constitutiva que singulariza essa entidade clínica debutante? A psicanalista Marie-Claude Lambotte (1993) responde que os primeiros dados teóricos freudianos sobre o sentimento de anestesia e o mecanismo de inibição da libido, exemplificado pelas representações ausentes que não cessam de aparecer no sentimento de perda, suportam a base de uma primeira elaboração metapsicológica da melancolia. Freud objetiva esclarecer a natureza dessas representações, cuja ausência alimenta o fluxo melancólico, inesgotável em seu escoamento, e, para isso, articula a melancolia com o luto a partir da experiência de perda.

Para ele, a definição da melancolia oscila na psiquiatria e apresenta formas diversas de apresentação, sendo impossível resumi-las de uma maneira específica. O autor então opta em partir do ponto de análise do luto para, em sua comparação, definir a melancolia. Ambos são apresentados como uma reação a uma experiência de perda. Enquanto o luto seria uma reação normal, em que, após um determinado período, é superado, a melancolia é definida como uma disposição patológica daquele. Além de apresentar um quadro semelhante ao do luto, com um desinteresse pelo mundo externo, uma inibição profunda e um ânimo doloroso, ela apresenta também o que Freud (1917/2006) chama de “depreciação do sentimento de si” (p.104). Esse sintoma é reiteradamente afirmado como uma manifestação exclusiva da melancolia, e se caracteriza por autopunições, autocensuras e insultos voltados contra si, que podem evoluir de maneira crescente até chegar a quadros delirantes de autopunição.

No presente estudo, Freud preserva sua perspectiva de análise a partir da teoria energética da libido. Ao comparar luto e melancolia, ele afirma que em uma situação “normal” de perda do objeto amado – isto é, no luto – há um processo dispendioso de tempo e de energia voltado para a retirada da libido mantida com o objeto. Após esse momento, o eu torna-se livre novamente, podendo direcionar sua libido para novos objetos. Mas, ao contrário do enlutado que consegue situar qual foi o objeto perdido, como também superar o sentimento de perda depois de um tempo, o melancólico não se cura da perda, e, conseqüentemente, não reinveste em novos objetos; além disso, não sabe descrever o que perdeu, sendo uma experiência que

foge à consciência. Lambotte (2007) exemplifica essa argumentação ao afirmar que o sofrimento melancólico encontra expressão em um discurso desprovido de qualquer fantasia ou representação, de modo que o sujeito não consegue atribuir um ponto de origem do seu sofrimento, é incapaz de reconstruir a sua história e considera o seu estado como que instalado desde sempre. Seu discurso é dito em “voz branca”, levando o terapeuta a testemunhar a inanidade da existência. É impossível saber o que consome o melancólico.

Diante desse enigma, Freud lança uma hipótese: ao se dar conta da forte presença de sintomas autorrecrematórios nessa afecção – o que não está presente no luto – ele supõe que foi o próprio eu que empobreceu. Enfraquecido, ele não tem forças para reinvestir em novos objetos e “a pulsão que compele todo ser vivo a apegar-se à vida é subjugada” (Freud, 1917/2006, p. 106). Ele acredita que há uma cisão no eu, de forma que uma parte dele se separou e o tomou como objeto, avaliando-o de forma crítica – o que ele denomina *consciência crítica*. Logo, se no luto há uma perda de objeto, na melancolia há uma perda no próprio eu, e as recriminações, que fazem parte de uma relação ambivalente com o objeto amado, são retiradas do objeto e voltadas para o próprio eu.

Entretanto, a questão não estava toda esclarecida e algumas perguntas ainda ficavam sem resposta: Por que haveria uma perda no eu? O que faria com que o eu do melancólico fosse tão empobrecido a ponto de toda energia de investimento em si ser dissipada e perdida como uma *ferida aberta*? Eis então que Freud apresenta uma explicação eminentemente psicanalítica que singulariza a melancolia como um modo específico de estrutura. Para ele, todo esse processo só seria explicado se as escolhas de objeto (e aqui incluem as escolhas de objeto amoroso) fossem baseadas em uma *identificação* do tipo narcísica com ele. Seguindo os caminhos do psiquiatra e psicanalista alemão Karl Abraham, Freud acredita que na melancolia o objeto é escolhido pelo crivo narcísico, isto é, o investimento de carga depositado no objeto ocorre por identificação com ele, por incorporação do objeto ao eu (típico da fase oral da libido)²⁷. A identificação com o objeto manifestada na melancolia é interpretada como uma identificação ainda mais arcaica, como uma fase anterior à escolha de objeto, que tem como protótipo a incorporação oral, quando o eu quer incorporar esse objeto devorando-o. Porém, Freud define as bases da melancolia não só a partir de uma identificação com o objeto, mas

²⁷ Karl Abraham é o primeiro teórico a fazer uma aproximação entre a fase oral ou canibalística do desenvolvimento libidinal e a melancolia, e Freud segue o mesmo caminho de análise. A característica mais significativa da fase oral canibalística é que a eleição do objeto ocorre pela via da identificação com ele. Abraham demonstra que esse é o modelo mais primitivo de identificação objetal, pois alude ao consumo do mesmo, em que o sujeito o devora para adquirir os seus atributos. Nesses moldes, a identificação com o objeto é vista como um momento anterior ao investimento libidinal. Para Abraham, a melancolia seria uma regressão até esse ponto, onde o investimento ao objeto seria trocado por uma identificação com ele.

sobretudo a partir de uma identificação com um objeto que em algum momento se perdeu. Diante dessa matriz identificatória, a experiência de perda do objeto passa a ser confundida com uma perda no próprio eu, e o amor ao objeto é substituído pelo ódio ao objeto, que ao ser identificado com o eu, torna-se alvo de um comportamento sádico, levando o sujeito a autocríticas, punições e mesmo ao suicídio. Em outras palavras, uma eventual perda do objeto se transformaria em uma perda no eu, e o conflito amoroso, característico da relação entre o eu e o objeto amado, seria convertido em um embate entre o eu, identificado ao objeto perdido, e essa instância especial que o julga como se ele fosse o objeto abandonado.

Freud, portanto, eleva a melancolia à dignidade de entidade clínica ao lhe fornecer uma estruturação genuína. Ele apresenta três pré-requisitos para ela: a *perda do objeto*, a *regressão da libido direcionada para o eu* e o *conflito de ambivalência* (Freud, 1917/2006). Todavia é a última característica que representa a força motora do conflito melancólico:

Ao contrário do luto patológico, o que desencadeia a melancolia geralmente abarca mais do que uma nítida perda ocasionada pela morte. Abrange todas as situações por meio das quais os elementos opostos de amor e ódio se inseriram na relação com o objeto, ou lograram forçar uma ambivalência já preexistente, por exemplo, situações de ofensa, negligência e decepção. Esse conflito de ambivalência, seja ele de origem mais real, ou mais constitutiva, é um dos importantes pré-requisitos para o surgimento da melancolia. Uma vez tendo de abdicar do objeto, mas não podendo renunciar ao amor pelo objeto, esse amor refugia-se na identificação narcísica, de modo que agora atua como ódio sobre esse objeto substituto, insultando-o, rebaixando-o, fazendo-o sofrer e obtendo desse sofrimento alguma satisfação sádica (Freud, 1917/2006, p. 110).

Uma parte das características da melancolia é emprestada do luto e outra da regressão da libido até o narcisismo, mas sua peculiaridade é o conflito de ambivalência. Este expressa uma sintomatologia exclusiva de uma estrutura genuína, muito embora ele não possa ser analisado sozinho. O sentimento de perda e a identificação ao objeto são fundamentais para contextualizar a estrutura melancólica, pois enquanto o primeiro contribui para a transformação do amor em ódio, o segundo aspecto explica a transposição do ódio ao objeto para um ódio contra si. O resultado disso é um eu que se vê seduzido pelo sadismo e que inflige torturas contra ele próprio, revelando a tendência ao suicídio do melancólico.

É importante observar que no trabalho de 1914 sobre o narcisismo Freud define o eu como o *reservatório da libido*, como uma instância que permite represar a energia libidinal e ao mesmo tempo realizar investimentos a partir dessa libido acumulada. A partir dessa perspectiva, a perda na função do eu na melancolia promove o que o autor denomina de *hemorragia libidinal*, como um fluxo contínuo de perda dessa energia garantidora das pulsões de vida, o que leva o sujeito para o registro da morte.

No trabalho anterior, *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*, de 1910, Freud já se perguntava o que levava o melancólico a superar a pulsão de vida e buscar de forma recorrente o suicídio. Acreditamos que a análise realizada em 1917 sobre a perda na função do eu e a evasão da libido é uma resposta para o questionamento anterior. Há um rompimento do narcisismo que impossibilita o sujeito de encontrar qualquer investimento em si próprio.

Portanto, antes mesmo de conceituar a pulsão de morte em 1920, Freud detecta uma entidade clínica cuja sintomatologia se volta para a autodestruição pelo fato de o eu se tratar como objeto e dirigir toda a raiva e agressividade contra si próprio. Para o autor, o eu do melancólico é empobrecido e destituído de qualquer possibilidade de se amar. Toda energia de investimento em si é dissipada e perdida, como uma *ferida aberta*. A forte visada mortífera da melancolia faz Freud certificar no seu texto de 1923, *O eu e o isso*, de que essa entidade clínica faz referência à pulsão de morte em estado puro. A instância psíquica responsável pelos investimentos libidinais e que está na função de perpetuação da vida está renunciada, levando o sujeito a uma renúncia ainda mais radical, de tudo, sobretudo do seu movimento desejante.

O saber psicanalítico fornece-nos a compreensão de que a falta funda o desejo, de modo que ela proporciona a suposição de que exista algum objeto que preencha o furo do desejo. Todavia, em relação à melancolia, Freud em nenhum momento faz referência à falta, mas sim à perda, que faz degradar o desejo. O melancólico preenche a falta em nome de sua própria perda, resultando em uma anulação do desejo. Diante disso, a melancolia encontra expressão em um comportamento centrado no distanciamento dos investimentos. Com a perda do eu, o sujeito melancólico encontra-se na própria queda, impulsionando-o para o campo da pulsão de morte, manifestado pelo ato suicida, tão característico dessa entidade clínica.

Em suma, Freud fornece uma explicação fundamentalmente psicanalítica para a melancolia a partir das suas hipóteses sobre o narcisismo. Em *Luto e melancolia* ela acede a um lugar especial na psicopatologia freudiana, passando a ser abordada com uma etiologia particular e um curso próprio. Tal trabalho representa a primeira virada dialética sobre essa temática, de modo que a antiga melancolia, ora vista como um estado ligado a outras patologias, ora sendo apresentada com características próprias, mas carente de uma definição precisa, cede espaço para uma melancolia conceituada como quadro clínico ou doença. A metapsicologia freudiana estabelece uma relevante modificação na leitura dessa afecção, de modo que uma de suas características mais fundamentais – a perda da libido – deixa de ser explicada como uma ausência de excitação somática e passa a ser entendida como uma perda na atividade do eu. É um problema na funcionalidade deste último, pois ele não consegue represar a energia libidinal, que fornece uma explicação essencialmente psicanalítica para esse quadro psicopatológico.

Diferentemente de uma explicação a partir de um problema de excitação no órgão efeter, o novo entendimento freudiano da melancolia permite também melhor evidenciar o seu campo sintomatológico. Estudá-la a partir da regressão da libido até o narcisismo propicia ao autor realizar desdobramentos teóricos sobre os sintomas melancólicos que a teoria da excitação não alcançou, como o conflito de ambivalência e a agressividade contra si próprio.

Outra mudança apresentada nesse período alude à ligação que a melancolia tem com o luto. Se nos textos pré-psicanalíticos Freud os aproxima, descrevendo a melancolia como um “luto pela perda da libido” (Freud, 1986, p. 99), ele os distingue radicalmente quando se trata de elaborar uma compreensão a partir do ponto de vista metapsicológico: no sofrimento do luto há uma possível reintegração do objeto perdido no campo das representações e da memória, isto é, a representação ligada ao objeto tem passagem livre do inconsciente para o pré-consciente/consciente; mas o mesmo não acontece na melancolia, uma vez que tal passagem é bloqueada, impossibilitando fixar em alguma representação o sofrimento do melancólico.

Esse novo modo de leitura ressoa por fim no lugar nosográfico atribuído a essa apresentação clínica, uma vez que ela não é mais aproximada do grupo das neuroses atuais, mas é ressituada como uma neurose narcísica. Freud constrói uma nova psicopatologia da melancolia a partir do narcisismo que ultrapassa e, em alguns aspectos, se contrapõe à melancolia do final do século XIX construída por ele.

3.3 Terceira explicação psicopatológica: a melancolia a partir da segunda tópica

Embora percebamos que a metapsicologia freudiana reescreve a melancolia de outra maneira, demonstraremos a partir de agora que o trabalho freudiano sobre essa temática não se encerra aí. Alguns anos mais tarde, o autor traça uma nova leitura da melancolia a partir de um novo modo de descrever o psiquismo. Essa virada conceitual ocorre no ano de 1923, com o texto revolucionário *O Eu e o Isso*, em que é apresentada a sua segunda teoria do aparelho psíquico.

A “virada” de 1923 permite a passagem de uma antiga definição do aparelho psíquico, que era separado em limites precisos entre Inconsciente, Pré-consciente e Consciente, para um novo modelo composto por *instâncias psíquicas* que se mesclam: o *Isso*, como núcleo pulsional; o *Eu*, que compreende desde o sistema percepto e se prolonga até o sistema inconsciente, sendo também agente da defesa; e o *Supereu*, considerado uma parte modificada do eu, responsável

pelo senso crítico, e que se origina a partir do que um dia foi escutado. Com sua nova definição, Freud almeja ajustar os diferentes modos de funcionamento mental, como também as modalidades de conflito psíquico.

A partir da invenção do Supereu e de uma redefinição do Eu, Freud fornece novas contribuições à melancolia, que permitem descrever a agressividade contra o próprio Eu de maneira mais evidente, além de apresentar uma sintomatologia nova, nunca antes abordada nessa doença, que é o *sentimento de culpa*.

Iniciaremos apresentando algumas redefinições conceituais sobre o Eu que contribuíram para os acréscimos teóricos na abordagem da melancolia. É notável no manuscrito da segunda tópica uma expansão na conceituação do Eu, a partir da qual ele é analisado segundo uma série de funções. Além de Freud não renunciar a sua anterior definição de que o Eu é uma instância que não está presente desde o início da vida psíquica, mas que precisa ser desenvolvido a partir do contato com a realidade, o autor acrescenta uma série de outras funções a ele, como o controle da motilidade, o represamento da libido, a prova de realidade, o pensamento racional etc. Dentre elas, uma função se destaca: ela é ligada ao posicionamento intermediário do Eu frente às outras instâncias psíquicas e à realidade, conferindo a ele um papel conciliador. Por estar relacionado ao sistema percepto e cabendo a ele ordenar os processos psíquicos que se apresentam na tela da percepção, Freud concede uma função especial para o Eu, como um mediador de exigências contraditórias. Ele tem que administrar e buscar atender as injunções do mundo externo, a libido do Isso e a severidade do Supereu. E para analisarmos a melancolia, é o medo do Eu frente ao Supereu que nos interessa nessa abordagem.

Para definir o Supereu, Freud toma como leitura o complexo de Édipo, que se apresenta como um conjunto de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação a seus pais. Diante da impossibilidade da criança em fazer valer o seu desejo incestuoso, há uma substituição da libido direcionada aos pais pela identificação por um deles. E o produto dessa primeira identificação é o que Freud intitula pelo nome de *Supereu*, como uma instância que internaliza o “não” paterno que proíbe a relação incestuosa. Ele engloba as advertências e proibições do objeto ao qual o Eu infantil se identificou no complexo de Édipo. O Eu toma emprestado essa exigência externa e a erige dentro de si, constituindo essa parte modificada. Via identificação internalizada, o Supereu se destaca do Eu e assume uma perspectiva crítica e repressora contra os desejos deste último. Ele visa controlar o Eu e o desejo que o acede, assumindo a forma de uma *consciência moral* e implementando um *sentimento de culpa inconsciente* que mantém por toda a vida.

A invenção teórica da segunda tópica vai traçar duas perspectivas de análise que remodelarão a explicação freudiana sobre a melancolia. A primeira se refere à ferocidade do Supereu nessa entidade clínica. Freud (1923/2007) observa que as pulsões de morte estão submetidas a diferentes processos, podendo ser direcionadas para objetos externos em forma de agressão ou misturadas com componentes eróticos, tornando-se inofensivas. Mas na melancolia o Supereu se apresenta como uma espécie de “reunião das pulsões de morte” (p.61). Sua ferocidade é explicada pela intensa identificação ao modelo do pai – ou ao “não” do pai – contra o que provém como desejo libidinal, produzindo uma espécie de *defusão* das pulsões antes mescladas. A partir disso, o componente erótico perde sua força, cedendo espaço apenas para as tendências agressivas e destrutivas.

O segundo componente de análise alude a posição de subserviência da instância egóica em busca de amor dos seus senhores. Freud deixa claro no texto que, para sobreviver, o Eu procura se manter de acordo e obediente aos mandatos de cada instância psíquica, bem como da realidade externa. Ao buscar o amor de instâncias que têm mandatos contraditórios, o Eu assume uma função mediadora e se torna dependente e político. Mas o texto demonstra que a severidade do Supereu contra o Eu não se apresenta apenas na melancolia. Ao fazer um comparativo com a neurose obsessiva, o autor afirma que, nessa classe de neurose, também é evidente um Supereu hostil e invasivo. Diante disso, seria o modo de resposta do Eu frente às agressões do Supereu que poderia singularizar cada tipo de afecção. Na neurose obsessiva, por exemplo, o Eu não acolhe a tendência destrutiva e a imputação de culpa, mantendo-as afastadas por meio de medidas preventivas e de formações reativas, ou seja, por não assumir a culpa, o obsessivo consegue deslocar o objeto de fúria para fora do Eu, recalçando-o. E, na melancolia, o peso destrutivo do Supereu é acolhido pela instância egóica via identificação. Por se sentir odiado e desprotegido por ele, de quem tanto clama por amor, o Eu se vê abandonado, desiste de si e se deixa morrer.

Freud já havia descrito em *Luto e melancolia* uma divisão no Eu do melancólico. Já em *O Eu e o Isso* o autor apresenta uma divisão que não é mais exclusiva dessa doença, mas uma característica geral que origina o Supereu a partir do complexo de Édipo. A atualização teórica feita no texto de 1923 reverbera no modo de entendimento da melancolia, de forma que ela é reinterpretada: ela não mais se caracteriza pela divisão do Eu, já que essa fenda está para todos, mas como a única doença na qual o Eu não se revolta contra o Supereu, uma vez que ele se reconhece culpado e, por isso, submete-se às punições superegoicas. O *sentimento de culpa* torna-se um traço evidente do sujeito melancólico.

O trabalho de 1923 produz, portanto, uma modificação teórica na leitura sobre o aparelho psíquico que ressoa no modo de entendimento das doenças. Lembremos que nos textos de 1914 e de 1917 Freud define o Eu como o reservatório da libido, como a instância que permite acumular essa energia garantidora das pulsões de vida, sendo a perda na função do Eu que o levaria para o registro da morte. No entanto, em *O Eu e o Isso*, o Eu deixa de ser analisado pelo aspecto de reservatório libidinal e passa a ser visto como instância mediadora que também está a serviço do Supereu e da realidade, e, contraditoriamente também, luta contra a libido do Isso. É a sua posição intermediária – e as diferentes batalhas que ele terá de sustentar – que funcionará como eixo a partir do qual a psicanálise freudiana vai embasar a sua última reformulação nosológica, trazendo consequências não apenas para a melancolia, como para todas as classes de neuroses narcísicas teorizadas até então. Em outras palavras, a segunda tópica contribuirá para o estremecimento teórico que ocorrerá no ano seguinte e que destruirá a unidade que sustentava o grupo das neuroses narcísicas.

Guiado pela proposição de que o Eu ocupa uma posição intermediária, Freud desdobra essa questão no célebre trabalho de 1924, *Neurose e psicose*, e redefine as classes de doenças: ele especifica que a *neurose* (as antigas neuroses de transferência) resulta de um conflito entre o Eu e o Isso, de modo que, privilegiando a sua relação com a realidade, o Eu coloca barreiras – através do recalque – contra as investidas do Isso; em contrapartida, no interior do recém denominado grupo das *psicoses*, ocorre um conflito correlato, nesse caso entre o Eu a realidade externa, uma vez que o mundo externo impõe impedimentos à satisfação dos desejos do Isso e o Eu os percebe intoleráveis.

É extremamente relevante observar que Freud utiliza o termo *psicose* para abordar a esquizofrenia e a paranoia, isto é, entidades clínicas que até então faziam parte do grupo das neuroses narcísicas. A partir dessa insígnia, ele demonstra que ambas têm um problema no relacionamento com o mundo externo: a esquizofrenia apresenta um embotamento afetivo, com uma severa perda de interesse do Eu em se relacionar com a realidade externa; e a paranoia apresenta o mesmo distanciamento, mas com uma tentativa de reconstrução ou de substituição dessa realidade com o delírio. Castelo Branco (2013) afirma que a psicose substituirá a nomenclatura das neuroses narcísicas uma vez que a antiga preponderância do caráter narcísico da libido não é mais suficiente para dar unidade ao novo quadro clínico. Apoiado na investigação sobre a dependência do Eu para com os seus três senhores, a análise da paranoia e da esquizofrenia se volta menos para a libido direcionada para o Eu do que para o enfraquecimento da relação deste com a realidade – Freud (1924b/2007) chega inclusive a

afirmar que na psicose há uma *recusa* da realidade. O caráter distintivo entre neurose e psicose passa a tomar como base o modo de relação do Eu com o mundo externo:

Na neurose uma parte da realidade é evitada por uma espécie de fuga, enquanto na psicose ela é reestruturada. Dito de outro modo: na psicose, segue-se à fuga inicial uma fase ativa de reestruturação; na neurose, à obediência inicial segue-se uma posterior tentativa de fuga. Dito ainda de outro modo: a neurose não recusa [*verleugnet*] a realidade, apenas não quer saber nada sobre ela; a psicose a recusa e procura substituí-la (Freud, 1924b/2016, p.221-222).

A partir dessa nova perspectiva, Freud reescreve o *pathos* psíquico, de modo que na neurose a patologia é articulada à segunda fase, isto é, ao fracasso do recalque, e na psicose a doença se manifesta já em um primeiro momento, como consequência da fuga da realidade para satisfazer o desejo do Isso. Malgrado a divisão nosológica em *Neurose e Psicose*, é importante observar que Freud aproxima as duas estruturas pelo parâmetro da tentativa de substituição da realidade. Isso é evidenciado no texto contemporâneo *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Não só a psicose busca construir uma nova realidade pela via do delírio – essa hipótese já tinha sido apresentada no trabalho sobre o presidente Schreber, e o autor consegue absorvê-la e inseri-la no seu novo modelo teórico – como a neurose busca substituí-la pelo *mundo da fantasia*, conseguindo retirar daí “o material para as suas novas formações de desejo e normalmente o encontra no caminho da regressão a um real período anterior, mais satisfatório” (Freud, 1924b/2016, p.223).

Sobre o nosso objeto de estudo, o traço mais chamativo do texto *Neurose e psicose* alude ao fato de Freud não abdicar da nomenclatura *neuroses narcísicas* em um momento em que ele retira a paranoia e a esquizofrenia desse espectro, além de não trabalhar mais sobre o direcionamento narcísico da libido. Ao passar a estudar as patologias a partir do conflito entre instâncias, Freud mantém o título supracitado, pois admite que há um tipo de patologia que não é marcada nem pelo conflito do Eu com o Isso, nem do Eu com a realidade, mas por um embate entre o Eu e o Supereu. Esse conflito seria exclusivo da melancolia e faria dela a única neurose narcísica a partir desse momento, destacando-a da antiga união que tinha com a paranoia e a esquizofrenia.

Fazendo a mesma análise a partir de outra perspectiva, as psicoses portam um traço de união do Supereu com o Isso na construção de uma nova realidade (o objeto de fúria do Supereu é deslocado para uma formação delirante, por exemplo); as neuroses comportam um laço do Supereu com o mundo externo, exigindo que o Eu recalque os componentes libidinais que provêm do Isso para sustentar o seu ideal; e, enquanto isso, na melancolia o Supereu não

estabelece aliança com ninguém para direcionar as suas injunções, o que faz com que o Eu sofra os mandatos dessa instância de maneira integral.

Ressaltamos que Freud não destitui a sua anterior definição etiológica de que paranoia e esquizofrenia portam um traço *narcísico* de retorno da libido para o próprio Eu, no entanto, o fator determinante que promove a remodelação teórica e que faz com que a melancolia passe a ser a única neurose narcísica é o fato de ela ser a única patologia em que o embate se desdobra exclusivamente no interior da instância narcísica, isto é, entre o Eu e a sua parte modificada, sem qualquer influência externa. Essa é a principal reinvenção psicopatológica da melancolia do momento, possibilitando ainda a apresentação de dois novos traços definidores dessa entidade clínica: a severidade do Supereu e a culpa melancólica.

Portanto, para responder aos problemas teóricos colocados a partir da segunda tópica, há um novo quadro psicopatológico onde a esquizofrenia e a paranoia se divorciam da melancolia, formando um novo grupo clínico. Por outro lado, Castelo Branco (2013) observa que os dois trabalhos de 1924 são textos voltados eminentemente para a relação da neurose com a psicose – essa relação é visível no próprio título dos trabalhos – e a melancolia aparenta não ter uma definição precisa, estando situada *entre* as duas: na melancolia não há nem *recusa* (ou distanciamento) da realidade, nem formações delirantes, como na psicose – ao contrário, há um discurso lógico, conectado ao mundo externo e sem certezas delirantes ou quadros alucinatorios –; e ela também não é marcada pelo *mundo da fantasia*, como na neurose, isto é, por uma construção simbólica que Freud define como sendo apartada do mundo externo para poupar o Eu das duras exigências impostas pelas necessidades da vida – ao invés disso, o Eu do melancólico sofre com toda a dureza de ofensas e imposições do Supereu, não sendo protegido contra o sofrimento.

Onde então estaria situada a “nova melancolia”, a melancolia da segunda tópica? Freud responde a essa questão de maneira parcial, a partir da relação do Eu com a severidade do Supereu e da intensa culpa que recai sobre a instância egóica. Como afirmamos, esses são os novos traços definidores da melancolia. Mas sua nova definição carece de uma conceitualização rigorosa e precisa, pois ao ler a melancolia pelo espectro da severidade da instância que é herdeira do complexo de Édipo e do decorrente sentimento de culpa, algumas questões permanecem sem resposta: O que transcorre no complexo de Édipo que faz com que o Supereu aja sozinho na melancolia? Qual a relação do melancólico com a castração? Em que o sentimento de culpa melancólico se diferencia da culpa neurótica? A nova leitura da melancolia implica, portanto, no surgimento de uma série de perguntas que permanecem sem respostas. Além disso, a “nova melancolia” não fica bem compreendida se não for articulada à “antiga

melancolia” dos textos sobre o narcisismo e de *Luto e melancolia*, que levava em conta as questões sobre a perda do objeto e os caminhos tomados pela libido. O psicanalista Jean-Michel Vivès (2006) chega a afirmar que situar a melancolia apenas por um conflito entre o Eu o Supereu é considerá-la menos como uma estrutura do que como um estado.

As dificuldades teóricas supracitadas não passaram despercebidas por Freud. Ele demonstra no decorrer de sua obra problemas para definir psicopatologicamente a melancolia, ensaiando diferentes leituras para essa apresentação clínica. Apresentaremos a seguir algumas elaborações do autor sobre a complexidade em defini-la. Entretanto, não deixamos de enfatizar a reorientação que a segunda tópica promove no seu modo de descrição. Diríamos que, com ela, a melancolia mudou de linguagem, de maneira que ela não é mais interpretada por um direcionamento da libido para o próprio Eu, mas por um embate que transcorre exclusivamente na instância egóica, enfatizando, pela primeira vez, a severidade do Supereu e o aceite do Eu às imputações de culpa daquela instância.

3.4 Por que Freud modifica a leitura da melancolia?

Demonstramos que Freud estabelece diferentes explicações para essa questão clínica, formulando em distintos momentos teóricos uma melancolia específica. Ele conjuga nessa nosologia a imprecisão da clínica. Ela é uma neurose atual? uma neurose narcísica? Um estado psíquico? Um sintoma? Embora, no último momento teórico, ele a classifique como a única neurose narcísica, ele traz a dúvida quanto à veracidade de sua nova concepção sobre as classes psíquicas e enfatiza: “é claro que não sabemos dizer imediatamente se, de fato, ganhamos algum conhecimento novo ou se apenas enriquecemos a nossa fórmula” (Freud, 1924a/2016, p. 216-17). Além disso, é digno de nota que um comentário extremamente relevante se faz presente poucas linhas antes da passagem supracitada, ao admitir a natureza *provisória* de sua hipótese psicopatológica sobre a melancolia:

[...] podemos postular *provisoriamente* [vorläufig] que também deve haver afecções que têm por base um conflito entre Eu e Super-Eu. A análise nos dá certo direito de supor que a melancolia seria um exemplo desse grupo; então, reservaríamos o nome de “psiconeuroses narcísicas” para perturbações desse tipo (Freud, 1924/2016, p. 216)

Complementando sua observação de que suas hipóteses são efêmeras e que podem ser modificadas, Freud reitera, alguns anos mais tarde, o pesar sobre a insuficiência teórica sobre as causas que operam nessa afecção. Isso pode ser observado em duas de suas *Novas conferências introdutórias à psicanálise* (1933[1932]) – *A decomposição da personalidade psíquica e Angústia e vida pulsional*.

Por que Freud reformula tanto a sua teoria e os quadros nosológicos? Um dos diversos fatores que julgamos importante é a abertura de Freud para a mudança, para o não saber, para a suposição de que a sua teoria está falha, ou que ainda pode ser modificada. Isso é visualizado em diversas passagens de sua obra, como, por exemplo, em um breve trecho do seu manuscrito pré-psicanalítico, intitulado *Como se origina a angústia*: “Foi esse o ponto a que consegui chegar por ora. Penso que está incompleto e sinto que falta algo (...) As sugestões, ampliações e mesmo as refutações e explicações serão recebidas de muito bom grado” (Freud, 1986, p. 82-83).

Enquanto a descrição dos quadros clínicos é o tema central de sua nosologia, Freud fornece ampla relevância à clínica médica, a partir da qual examina de forma individual cada caso e o modo como os sintomas estão conectados a outros, assumindo formas de transição do quadro nosológico e modificações do esquema desenvolvido. Abordamos a melancolia como exemplo, mas esse método de análise engloba todas as entidades clínicas descritas por Freud, o que remete à sua forma de trabalhar a questão. Em nenhum momento ele fala desses pontos de virada teórica para a reconceituação da melancolia, nem mesmo traz qualquer observação de que *Luto e melancolia* abriu espaço para uma melancolia como estrutura. Essa suposição é nossa. Seu texto é orgânico, movimentado por questões que vão se colocando de forma paralela entre clínica e teoria formulada. A vivacidade da clínica permite-o desfazer o engessamento teórico nosográfico, que nunca se fecha em uma definição diagnóstica única.

Acreditamos ainda que esse método de trabalho é influenciado pela forte presença da clínica francesa em sua formação. O neurologista francês Jean-Martin Charcot investigava de forma individual cada caso e relegava em segundo plano o que a psiquiatria alemã colocava em relevo, isto é, a fisiologia como explicação dos quadros clínicos. Freud argumenta no *Prefácio e notas de rodapé à tradução das “conferências das terças-feiras”, de Charcot* (1892-1894/1996) que no método clínico dos franceses “não há nenhum descaso [pela fisiologia], mas uma deliberada exclusão, que é considerada vantajosa” (p. 169, tradução nossa)²⁸. Para ele, a tendência francesa em não fornecer uma explicação unicamente fisiológica causa uma

²⁸ “(...) ella [la clínica francesa] no supone ninguna omisión [con las consideraciones fisiológicas], sino una exclusión deliberada, que se juzga conveniente”.

impressão enigmática dos métodos clínicos, mas empurrar para o segundo plano os pontos de vista fisiológicos faz com que a observação clínica dos franceses ganhem em autonomia, abrindo espaço para um método mais abrangente de análise e de construção teórica.

A melancolia é o exemplo da confusão diagnóstica, própria do campo psicopatológico. A presença de distintas melancolias alude aos diferentes recursos teóricos e evidências clínicas para definir a causa, o curso da doença, bem como os sintomas apresentados. A nossa suposição sobre o comparecimento de psicopatologias sobre a melancolia articula não apenas a diversidade nos modos de apresentação do *pathos* psíquico que Freud captou em sua clínica, mas, antes de tudo, a pluralidade dos métodos de descrição desses sofrimentos, fazendo com que o autor apresentasse diferentes “-logias” sobre o padecer humano para dar conta da pluralidade da clínica. Sendo assim, a maneira de estudar essa temática não apenas alterna ao longo da obra freudiana, como o autor reafirma em vários trabalhos que a sua teoria se mantém aberta, deixando os critérios definidores não só da melancolia, mas também da paranoia, da esquizofrenia, da histeria, como de todas as outras entidades clínicas nunca acabados.

Observamos nessa breve apresentação mudanças não apenas na definição da melancolia, como também reviravoltas que ocorreram em outras entidades nosográficas. Citamos, como exemplo, as diferentes leituras estabelecidas no campo da paranoia, que inicialmente fazia parte do grupo das neuroses de defesa, juntamente com a histeria e a neurose obsessiva, e que depois foi destacada desse grupo, passando a fazer parte da nova classe de neuroses – as neuroses narcísicas – junto com a melancolia e a esquizofrenia. Em um novo rearranjo, ela novamente se desloca, e agora, juntamente com a esquizofrenia, funda o campo das psicoses.

Em suma, esse capítulo visa demonstrar que mesmo dentro de uma entidade clínica-nosográfica não há apenas uma descrição, mas modelos diferentes de leitura do fenômeno patológico. A melancolia foi objeto de demonstração dessa hipótese, e uma vez que conseguimos evidenciar esse processo, podemos fazer o mesmo tipo de análise com qualquer outra entidade clínica conceituada por Freud.

“La théorie, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister”

Jean-Martin Charcot, citado por Sigmund Freud
(1983a/1997, p.15)

*“Não há nada na psicopatologia que não tenha estado
antes na clínica”*

Georges Lantéri-Laura (1989, p. 19)

Após uma análise teórica e uma demonstração nosológica de nossa hipótese de pesquisa, finalizaremos nosso estudo com uma investigação clínica. Visamos confirmar se nossa hipótese também se sustenta nesse campo. E por que a clínica? São inúmeros os eixos de reflexão que poderíamos implementar em nossa análise, entretanto não estaríamos comprometidos com uma pesquisa fundamentalmente psicanalítica caso excluíssemos o campo através do qual toda a sua teoria foi construída.

Nos primeiros anos de pesquisa, Freud era cercado pelo saber físico-químico do laboratório de neuroanatomia do qual fazia parte, onde a terminologia nosográfica advinha como enquadramento no fazer-pesquisa desse meio. A primeira vez que ele se defrontou com um interesse para o fato clínico se deu no estágio que realizou com Charcot, na Salpêtrière em Paris, de quem ouviu a frase que nunca mais esqueceu: *“la théorie, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister”* [“Teoria é bom, mas não impede [um fato] de existir”] (Charcot *apud* Freud, 1893a/1997, p.15). Uma nota do editor inglês às obras de Freud destaca que essa frase era uma das preferidas do autor, sendo lembrada em pelo menos três outros momentos do seu percurso teórico, como em 1905, no *caso Dora*; em 1916, na sua nona conferência introdutória; e em 1925, no seu *Estudo Autobiográfico*. A herança charcotiana do olhar clínico foi atualizada e contemporizada por Freud a partir das experiências com o seu mestre Breuer. Ele se deparou com a aposta intransigente do seu professor de dar importância às falas pronunciadas pelos pacientes. Breuer acreditava que é desse lócus que seria possível encontrar as razões para o adoecimento psíquico, bem como a esperança a caminho da cura. A partir do método de tratamento criado por ele, no qual apostava na “cura pela fala”, Breuer chegou ao entendimento

de que “as histórias clínicas têm dado provas a seu favor” (Breuer; Freud, 1893/1997, p. 197)²⁹. E, em seguida, ao comunicar como irá descrever teoricamente o que percebeu em sua clínica, complementa: “nestas elucidaciones muito pouco será dito sobre o cérebro e nada sobre as moléculas. Os processos psíquicos devem ser tratados na linguagem da psicologia e, na verdade, não poderia ser de outra forma” (p.197)³⁰. Desses dois professores Freud herdou uma escuta clínica que assumiria papel decisivo para a construção de suas formulações psicanalíticas futuras.

Antes do nascimento da psicanálise, Freud tinha, em mãos, apenas o conhecimento médico e sua experiência clínica, e foi, principalmente, a partir do que se revelava nesse último campo que ele foi encontrando descompassos entre o saber científico e a narrativa dos seus pacientes. Ele se confrontou com modos de organização subjetiva e com formações sintomáticas singulares que o possibilitaram questionar algumas teorias psicopatológicas, sobretudo aquelas que tinham como objetivo produzir um saber que valesse para todos. Auxiliado por uma escuta que colocava em relevo a singularidade dos casos, ele passou a pensar a clínica no sentido contrário à ideia do que é universal.

Freud então se propôs ao exercício de criação de um campo conceitual a partir do que ele ouvia dos seus pacientes, bem como dos fenômenos que ele percebia em seus atendimentos, (a presença dos lapsos, atos falhos, etc.). Todas as refinadas elaborações futuras da metapsicologia, da teoria dos sonhos, das suas hipóteses sobre o inconsciente e a pulsão, e mesmo as suas entradas no campo da literatura, da história, da política e da cultura eram um desdobramento ou mesmo um modo de descrição ou de exemplificação de questões que a duras penas ele desvendava na sua escuta clínica em consultório. Ele desenvolveu um escopo teórico que colocava em primeiro plano o fato clínico, de modo que ele não buscava abrigo na teoria para a compreensão dos seus casos clínicos, mas, ao contrário, tecia uma elaboração teórica como recurso para compreender e fundamentar os enigmas da clínica. É evidente, portanto, a soberania da clínica para a criação da psicanálise como técnica e teoria. Eis o motivo para a importância e a necessidade deste capítulo.

E o que o campo clínico tem a auxiliar sobre a nossa proposta de pesquisa? Primeiramente, reiteramos que a clínica pensada aqui não é a clínica da psiquiatria clássica, voltada para inclusão de cada caso dentro de um grupo de pertencimento, e sim aquela que Freud descobriu em seus atendimentos, que enfatiza a radical dessemelhança entre um caso e

²⁹ “(...) los historiales clínicos han aportado pruebas en su favor”.

³⁰ “En estas elucidaciones se hablará muy poco del encéfalo, y nada sobre las moléculas. Los procesos psíquicos deben tratarse en el lenguaje de la psicología, y en verdad no podría ser de otro modo”.

outro. Mas nosso interesse não está voltado para a dimensão singular que a clínica tem a oferecer ou o que os casos têm a revelar, e sim para a forma como cada caso clínico foi elaborado pelo autor. Não objetivamos abordá-los tomando seus personagens como protagonistas, mas adotar quem os escreve como personagem principal através das suas histórias construídas. Através do resgate da escrita clínica freudiana e ao circunscrever nossa análise para o tema da psicopatologia, investigaremos o que Freud coloca em evidência em cada caso analisado. O interesse deste capítulo está em como Freud constrói as suas histórias clínicas e a quais materiais teóricos ele recorre, independentemente se seus casos foram baseados em histórias reais ou em ficção literária.

Examinaremos inicialmente os principais determinantes patológicos que Freud situa em cada caso clínico para então verificar o que esses casos, em seu conjunto, podem revelar sobre a psicopatologia psicanalítica. Nossa hipótese é que é possível verificar nas histórias clínicas freudianas a presença de leituras psicopatológicas que perpassam modelos teóricos diversos. Em outros termos, acreditamos que em suas histórias construídas Freud também apresenta diferentes formas de análise do sofrimento psíquico e distintas incursões conceituais que permitirão pluralizar o modo de leitura da psicopatologia psicanalítica.

Nos capítulos anteriores ficou evidenciado que essa psicopatologia não tem um modelo de definição único em suas versões teórica e nosológica, sendo marcado por rupturas, modificações e reorientações importantes. Mas uma vez que essas formulações são decorrentes das descobertas clínicas do autor, visamos demonstrar que esse processo também se repete nos modos de análise de seus pacientes. Em suma, certificaremos se o modelo descritivo implementado na construção dos seus textos clínicos também é multiforme e heteróclito, que o autor não fornece apenas um modo de entendimento para a etiologia das doenças, mas que, conforme supomos, sua interpretação se pluraliza.

Sobre o modo freudiano de escrita, cabe aqui um adendo. É sabido no meio psicanalítico que em 1930 Freud foi contemplado com o prêmio *Goethe*. Muitos o consideravam como um prêmio de literatura, uma vez que a maioria dos homenageados eram escritores literários. Entretanto, a visada desse prêmio estava muito mais próxima do “estilo goetheano”, que era um polímata³¹, do que de um método de escrita. Freud transitava entre os registros da ciência, da política, da cultura, das artes, da filosofia, da religião e apresentava uma estilística discursiva que não circunscrevia apenas à objetividade das ciências naturais, chegando a receber críticas

³¹ Termo que vem do grego πολυμαθής ("polymathós"), cujo significado se refere à pessoa que tem um conhecimento vasto sobre muitas ciências, como Goethe e Leonardo da Vinci.

de colegas médicos da época, como do psiquiatra Krafft-Ebing, que acusou Freud de apresentar um *conto de fadas científico* (Iannini, Tavares & Romão, 2022). Além do mais, o modo de escrita freudiano era peculiar devido à escolha dos termos apresentados, à forma de construção das frases, à presença de um interlocutor invisível e ao seu trânsito entre o científico e o poético. E no que concerne aos *casos clínicos* – expressão que o meio científico brasileiro adotou para referenciar os textos clínicos de Freud – Gilson Iannini, Pedro Heliodoro Tavares e Tito Lívio Cruz Romão (2022) argumentam que a expressão usada por Freud fugia aos padrões científicos da época. Literalmente, ele os chamava de *histórias de doentes* ou *histórias de pacientes* [*krankengeschichten*], que na adaptação para a língua portuguesa seriam *histórias clínicas* (e não *casos clínicos*). Eles observam que na língua alemã existe a palavra *fall*, que no vocabulário médico é empregado como “caso”, para descrever os pacientes que seriam acometidos por alguma doença. O curioso é que para a descrição de seus doentes (ou pacientes) [*Kranke*] Freud não utiliza o vocábulo *fall* (caso), mas *geschichte* (história). Ele se distancia do termo médico e se aproxima de um campo cuja expressão pode ter o sentido de uma historiografia, como também adquirir o sentido de uma narrativa. Podemos afirmar, portanto, que Freud conta uma história a partir dos seus casos. É nesse modo (ou nesses diferentes modos) de narrativa que estamos interessados neste capítulo.

A proposta metodológica inicial tendia para o estudo da concepção psicopatológica das cinco histórias clínicas mais discutidas da obra freudiana, como a história da senhora Ida Bauer (“caso Dora”), redigida entre dezembro de 1900 e janeiro de 1901 e publicada quatro anos depois; a história do menino Herbert Graf (“pequeno Hans”), no qual Freud interviu como supervisor durante o primeiro semestre de 1908, rendendo-lhe um relato por escrito no ano seguinte; a história do senhor Ernst Lanzer (“homem dos ratos”), contemporâneo ao estudo do pequeno Hans; a análise do relato autobiográfico de Daniel Paul Schreber, realizada em 1910 e publicada em 1911; e a história do senhor Serguei Constantinovitch Pankejeff (“homem dos lobos”), redigida entre outubro e novembro de 1914 e publicada em 1918.

Embora Freud já tivesse apresentado conceituações psicanalíticas importantes até o ano de redação da última história, como as suas teses sobre a sexualidade infantil, a etiologia sexual das neuroses, o complexo de Édipo e de castração, a primeira tópica e a teoria sobre o narcisismo, deparamo-nos com uma ineficiência metodológica caso restringíssemos nosso estudo às cinco histórias clínicas supracitadas. Se nosso objetivo é verificar se ocorre diferentes leituras psicopatológicas ao longo da obra freudiana, essa proposta inicial é inócua, pois não abrange todo o período das elaborações teóricas do autor, restringindo-se a um curto intervalo de tempo de quatorze anos e deixando de fora conceituações que foram apresentadas depois da

última história analisada, como as proposições sobre a segunda tópica e a pulsão de morte. Frente a ineficácia metodológica em se trabalhar com as referidas histórias, mudamos nossa proposta e elegemos outro grupo de textos, porém sem perder o objetivo clínico deste capítulo.

Lembramos que Freud também analisou diversas outras histórias *hors* transferência, personagens que ele nunca atendeu, mas que tomou conhecimento dos processos psicológicos e do conflito psíquico através de diferentes meios, como documentos, livros, peças de teatro, dentre outros. Ele trouxe como objeto de análise tanto personagens reais, como Leonardo da Vinci e Dostoiévski, quanto personagens fictícios, como Lady Macbeth, da tragédia de William Shakespeare, e a protagonista Rebecca, da peça Rosmersholm, de Henrik Ibsen. Essas histórias se adequam à nossa proposta investigativa, pois são analisadas em diferentes momentos da construção teórica freudiana, o que responde a nossa busca de ter uma análise mais global que permita abranger todos os períodos da teoria do autor.

Sendo assim, os objetos de análise deste capítulo passam a ser os seguintes: os dois trabalhos de Freud sobre Leonardo da Vinci – a conferência de 1909 e o manuscrito de 1910; a análise do relato autobiográfico de Daniel Paul Schreber, realizada em 1910 e publicada no ano seguinte; a personagem Lady Macbeth, da tragédia de Shakespeare e a protagonista Rebecca West, da peça Rosmersholm, ambas analisadas por Freud em 1916; a história do pintor Christopher Haitzmann, que faz um pacto com o demônio no século XVII, redigida em 1922 e publicada no ano seguinte; a história do romancista russo Fiódor Dostoiévski, analisada em 1926 e publicada em 1928; e a análise do ex-presidente norte americano, Thomas Woodrow Wilson, construída entre 1931 e 1932 e publicada em 1966.

Esses trabalhos não perdem a sua perspectiva clínica pelo fato de seus personagens também serem objetos de estudo freudiano a partir do que eles revelam em material historiográfico ou literário. Nesses estudos, o autor buscou evidenciar os traços de caráter, os sintomas e, de maneira mais geral, a conflitiva psíquica. No primeiro parágrafo do ensaio dedicado à Leonardo da Vinci, Freud (1910a/2015) destaca, por exemplo, que um estudo biográfico pode chegar à compreensão da vida psíquica de seu herói; já no documento onde desenvolve suas hipóteses sobre as personagens Lady Macbeth e Rebecca, enfatiza em um comentário sobre a última obra que a tragédia da peça reflete a conflitiva da vida real (Freud, 1916/2022), trazendo a ideia de que os processos psicológicos descobertos no fundo dos sintomas apresentados são revelados não apenas por intermédio dos pacientes em transferência, mas também pelo que os personagens das peças tendem a apresentar. Freud então se aproxima do campo literário e demonstra que as produções desse meio são susceptíveis de transmitir as tendências mais obscuras do psiquismo humano.

Os textos que estudaremos neste capítulo não são trabalhos patognomônicos, cujas histórias estão associadas a classes de estrutura específicas, tais como os cinco supracitados. Eles são textos cuja averiguação psicopatológica se apresenta de maneira mais fragmentada, colocando em evidência a complexidade da clínica. Além disso, são menos explorados pelos comentadores pós-freudianos em relação aos outros cinco, tornando-os mais instigantes e desafiadores para a nossa proposta de pesquisa.

Com este capítulo buscamos realizar um exercício de leitura fora da homogeneidade eminentemente teórica. Nosso objetivo é realizar uma análise que se volta, sobretudo, para o interesse de Freud sobre o obscuro campo da clínica. Acreditamos que essa investigação complementar as anteriores por contribuir a partir de um novo eixo se nossa hipótese se faz verdadeira ou não.

4.1 História clínica de Leonardo da Vinci

Leonardo da Vinci era um personagem por quem Freud tinha grande admiração. Desde o interesse por sua vida pessoal até alguns pormenores de suas obras, Freud não ousava em não os registrar. Seu primeiro relato escrito sobre o pintor data de 9 de outubro de 1898, quando afirma em uma carta à Fliess que não havia observado nenhuma história de amor a seu respeito, além da irrelevante descoberta de que ele era canhoto (Freud, 1986).

Depois do conteúdo da carta, Freud passou grande período voltado para outros trabalhos, e foi dez anos depois que ele retomou o interesse por Leonardo, desenvolvendo suas maiores produções sobre a vida do artista ao fazer dele objeto de estudo psicanalítico. Em 17 de outubro de 1909, ele escreve uma carta à Jung em que destaca que o caráter de Leonardo é um enigma; em primeiro de dezembro do mesmo ano, ele realiza uma conferência intitulada *Um fantasma de Leonardo da Vinci* (1909c/1978), em que expõe as suas recentes hipóteses sobre o pintor; e de janeiro a março do ano seguinte, ele se lança à redação do manuscrito *Uma lembrança de infância de Leonardo da Vinci* (1910a/2015), onde sintetiza as suas ideias.

A partir desses três ensaios, buscaremos investigar por qual base teórica Freud constrói a sua história clínica. Cotejaremos os referidos trabalhos visando ainda examinar se, diante do mesmo objeto de estudo, Freud implementa diferentes leituras para o mesmo caso analisado.

Na carta à Jung, Freud supõe ter adivinhado o que estava por detrás da personalidade enigmática do pintor e toma por base o que desenvolvera teoricamente quatro anos antes sobre

as teorias sexuais infantis. Ele descreve Leonardo como inativo sexualmente e, ao mesmo tempo, com uma acentuada afeição pelo saber. A seu ver, a intensa necessidade de conhecimento do artista seria resultado de uma sublimação da sexualidade em sua infância. De posse da teoria da sexualidade infantil, ele relembra que as primeiras explorações sexuais da criança tendem a fracassar, podendo chegar a ter um efeito paralisante no futuro. Leonardo seria um exemplo disso. Nesse relato breve o autor ainda cita outro detalhe da vida do pintor: a sua incapacidade de finalizar os empreendimentos iniciados. Esta característica desperta a curiosidade freudiana por ser um padrão nas atividades do artista. Ele não fornece maiores explicações sobre essas ideias e elas só serão mais bem exploradas na conferência e em seu manuscrito.

Na conferência realizada na Sociedade Psicanalítica de Viena, Freud fornece uma descrição precisa ao afirmar que espera encontrar no desenvolvimento sexual do pintor a solução para quatro enigmas: o fato de ele ser um grande pesquisador; a sua natureza de não perseverar em nada e deixar inacabada grande parte de suas produções; o fato de ele tratar mal as suas obras; e a sua inatividade sexual. É importante observar aqui por qual perspectiva Freud propõe construir sua história clínica. Já nos primeiros relatos da conferência e do manuscrito fica declaradamente evidenciado que ele visa promover um estudo psicanalítico através dos seus desenvolvimentos teóricos sobre a sexualidade. Na conferência, ele afirma: “Nós iremos, certamente, de começo examinar a vida sexual do homem, a fim de compreender, a partir daí, as singularidades de seu caráter” (Freud, 1909c/1978, p. 334). No texto do ano seguinte o mesmo objetivo se apresenta logo nas primeiras páginas: “Se um ensaio biográfico quer, realmente, penetrar no entendimento da vida psíquica de seu herói, ele não deve, tal como acontece na maioria das biografias por discrição ou pudor, silenciar acerca da atividade sexual, da especificidade sexual do investigado” (Freud, 1910a/2015, p. 62).

Freud dispunha de poucas referências sobre seu personagem. Sua análise se baseou sobretudo nas biografias de Giorgio Vasari, de Edmondo Solmi e no romance biográfico de Dmitri Sergueievitch Merejkovski, sendo este último a fonte de onde ele extraiu uma importante fantasia infantil do artista. Os psicanalistas e historiadores Élisabeth Roudinesco e Michel Plon (1998) observam que, embora Freud pretendesse voltar sua análise para a sexualidade de Leonardo, ele não encontrou qualquer referência sobre essa temática nos trabalhos supracitados. Ele só veio descobri-la em um ensaio do pintor no qual este buscou estudar o voo dos pássaros. Nesse manuscrito científico, Freud se deparou com a única menção que Leonardo fez sobre a sua infância. Ela se refere à lembrança de um conteúdo que ocorrera quando ele ainda era bem criança. Eis a passagem, conforme citada por Freud (1910a/2015):

Este modo de escrever distintamente do abutre parece que é meu destino, porque na primeira recordação de minha infância, me parece que, eu estando no berço, um abutre vinha até mim e abrisse minha boca com sua calda e muitas vezes me batesse com a cauda nos lábios (p.74).

Freud submete essa lembrança a uma análise psicanalítica. Primeiramente ele questiona a possibilidade de a cena do abutre ser uma lembrança e a reinterpreta como uma fantasia devido ao conteúdo inusitado da cena e à idade em que a lembrança foi situada. A seu ver, essa fantasia se formou posteriormente e foi transposta para a infância. Cabe observar que Freud já tinha feito a mesma formulação teórica ao descrever o caso Emma em 1895, chamando atenção que há uma primeira cena recalcada e outra lembrada, de modo que a segunda cena é uma modificação ou falseamento da primeira.

Freud então busca entender qual seria o significado do abutre e a que reminiscência ele estaria fazendo referência. Ele vai achar a resposta em um mito que era comumente contado como fábula para as crianças na época de Leonardo. Esse mito fazia referência aos hieróglifos dos antigos egípcios que situavam a imagem do abutre como representante da figura materna. De acordo com a lenda, a ave seria uma espécie que só existia no gênero feminino e que era fecundada pelo vento. Essa fábula foi parcialmente apropriada pela Igreja Católica e contada para as crianças como explicação para o nascimento do Menino Jesus. Freud acredita que ela teria sido contada a Leonardo, por ele apoderada e inconscientemente deformada. Ele então traça a seguinte leitura para a história do artista: o abutre seria o substituto da mãe de Leonardo, e a fantasia da batida da cauda na sua boca estaria ligada a um gozo muito intenso no seio materno. Ele complementa que a ênfase dada à cauda do abutre faria referência à junção do membro masculino ao seio da mãe, de modo que o menino estaria fazendo uma atribuição do falo à mãe.

Embora essa interpretação seja estranha à primeira vista, ela está completamente de acordo com a formulação teórica freudiana desenvolvida em 1905 sobre as teorias sexuais infantis, em que a diferença anatômica entre os sexos é objeto de investigação das crianças. Os meninos geralmente acreditam na presença universal do pênis e constroem formulações teóricas para responder à ausência do falo nas mulheres.

A cena com o abutre é lida ainda como o resíduo de um gozo associado à felação, que tem um caráter passivo e que determina as fantasias das mulheres e dos homossexuais passivos. É pelo prisma da relação erótica infantil com uma figura feminina que Freud compreende a homossexualidade de Leonardo. A seu ver, Leonardo recalca o componente erótico direcionado

à mãe em sua tenra infância e reescreve a sua fantasia no sentido homossexual, identificando-se a ela e buscando nos rapazes o falo perdido da mãe. Ele retoma as etapas de organização da sexualidade infantil, tal como desenvolvida nos seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1998), para descrever que uma das modalidades dessa organização pode levar um sujeito à homossexualidade:

O menino recalca o amor pela mãe, na medida em que ele mesmo se coloca no lugar dela, identificando-se a ela e tomando-a como modelo, e, nessa semelhança, ele escolhe seus novos objetos de amor. Desse modo, ele se tornou homossexual; na verdade, ele recaiu no autoerotismo, na medida em que os garotos, que o adulto agora ama, são apenas substitutos e renovadores de sua própria pessoa, quando criança, a quem ele ama tanto quanto a sua própria mãe o amou quando criança. Nós dizemos que ele encontrou seu objeto de amor pelo caminho do *narcisismo* (Freud, 1910a/2015, p. 92-93, grifo do autor).

Observamos que o autor traz aí uma leitura sexual e infantil do perfil de seu personagem. É a partir dessa mesma interpretação que ele trará explicações para alguns outros comportamentos de Leonardo, dentre os quais seus escassos impulsos sexuais apresentados na vida adulta, seu exagerado ímpeto pelo saber e pela pesquisa e as minuciosas anotações de trivialidades do dia a dia.

Freud se pergunta por que a pulsão sexual é atrofiada na vida adulta do artista. Sua suposição parte da ideia da presença de um excesso de sexualidade na primeira infância que foi seguida por uma onda de repressão na mesma magnitude, estabelecendo a predisposição para uma abstinência sexual que vai surgir na adultez. Entretanto, a repressão sexual não tornará Leonardo doente, uma vez que ele sublima sua libido em ímpeto de saber e, em menor grau, substitui o amor pela mãe num amor idealizado por rapazes. Visando sintetizar essa hipótese, Freud (1910a/2015) conclui que a disposição que transfere a pulsão sexual infantil de Leonardo para o modo de apresentação da sua vida psíquica adulta se divide em *recalque, fixação e sublimação*.

A ênfase freudiana sobre a influência do componente infantil para as características das produções artísticas e para a inibição sexual de Leonardo é presente do início ao fim dos seus dois trabalhos. Por exemplo, o sorriso inusitado e misterioso de Mona Lisa, também encontrado em outras produções artísticas do pintor, é interpretado como repetição de Caterina, sua mãe, sorriso que aparecia na boca de sua mãe durante suas carícias amorosas, mas que, por inibição, ele perdeu. Leonardo veio a reencontrar esse mesmo sorriso na dama florentina, vindo a reproduzir em suas obras a realização do desejo do menino acarinhado pela mãe. Na pintura *Sant'Ana com a virgem e o menino*, Freud mais uma vez demonstra que somente Leonardo

poderia fazer uma pintura como essa, uma vez que ela sintetiza a história de infância do menino criado por duas figuras femininas.

Em suma, Freud (1910a/2015) traz exemplos para demonstrar sua hipótese de que as circunstâncias infantis exerceram um efeito perturbador profundo na vida do artista. Dentre elas, ele cita as pulsões de olhar e de saber; a forte presença das zonas erógenas orais; e a não referência paterna até os cinco primeiros anos de vida do pintor, deixando-lhe entregue a uma sexualidade fortemente incitada na sua relação com a mãe e atestada na intensidade de sua pesquisa sexual infantil.

Observamos que além de Freud retratar os traços de caráter de Leonardo pela relação erotizada com a mãe na infância, a importância dada à não inscrição paterna nos primeiros anos de vida do pintor também é uma questão extensamente trabalhada por ele. Primeiramente, Freud acredita que a fantasia do abutre revela que Leonardo já se dava conta na infância da falta do pai e da sua relação solitária com a mãe, uma vez que o animal que ele situa em sua fantasia era aquele que na fábula circulante era referido apenas na figura feminina e fecundado pelo vento, sem a ajuda de um macho. Ele supõe que a falta do pai deixa uma marca inapagável na vida psíquica do artista, sendo retranscrita na fase adulta.

Na conferência de 1909, o autor afirma que devido à impossibilidade de responder à questão do porquê não tinha pai, Leonardo transpõe a sua interrogação para outros alvos, resultando em uma enorme capacidade de pesquisa e de ruminação que perdura por toda a vida. A ausência de respostas sobre essa pergunta também fornece uma primeira leitura para o motivo de Leonardo não finalizar as suas obras artísticas, traço característico do pintor. A seu ver, ele repete com as suas obras a não conclusão da questão mais importante da sua primeira infância. Ele não conclui seus trabalhos artísticos do mesmo modo como não conseguiu concluir sua primeira investigação infantil.

Como estamos trabalhando com a hipótese de haver diferentes leituras freudianas na análise de seus casos, cotejar os dois trabalhos sobre Leonardo da Vinci é uma ferramenta importante para investigar se poderia haver alguma mudança na análise do artista. E sobre o traço relativo à não finalização dos seus empreendimentos observamos uma modificação sutil na interpretação do autor. No segundo trabalho, Freud não mais descreve esse sintoma como um efeito paralisante causado pela não resolução da primeira pesquisa infantil de Leonardo. Ao contrário, o abandono das obras passa a ser visto como uma identificação ao pai que não se ocupou dele. Ele abandona as obras do mesmo modo como o pai o abandonou. Logo, no ensaio de 1910 é a identificação com o pai que prejudica Leonardo como artista, e não mais a repetição da não resolução da sua primeira questão.

O impulso à pesquisa de Leonardo também é outro traço que Freud interpreta de diferentes formas. Se, por um lado, ele afirma que é a revolta pela ausência paterna que impulsiona o artista como pesquisador, em outros momentos, ele revela que é o excesso da pulsão sexual vivenciada na infância com a mãe que é reprimida e sublimada em um desejo pelo conhecimento sexual e que, posteriormente, se desloca para uma compulsão pela ciência em geral. Freud, portanto, oscila entre a ausência do pai e a relação erótica com a mãe, ambas vivenciadas na infância, para interpretar algumas características de seu personagem.

Mas o aparente antagonismo entre os modos de interpretação desse caso não passa de uma primeira impressão, uma vez que Freud se mostra fiel aos seus desenvolvimentos teóricos do momento. Estudar Leonardo por uma perspectiva ou por outra não destitui sua proposta inicial de abordá-lo pela via do sexual e do infantil. Na primeira dezena do século XX ele desenvolvera os seus principais trabalhos sobre a sexualidade infantil e a sua contribuição na psicopatologia do adulto. Essa teoria é apresentada em seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), no seu artigo *Sobre as teorias sexuais infantis* (1908) e ilustrada na análise do Pequeno “Hans” (1909). É por essa mesma perspectiva teórica que o autor compõe a história clínica de Leonardo da Vinci. Ele constrói uma rede argumentativa para demonstrar que os traços de caráter do artista, bem como o conjunto de toda sua obra dão testemunhos da sua infância e da sua sexualidade.

Vale ainda destacar que, concomitante a esse enquadramento teórico, Freud fornece uma breve argumentação ligada diretamente ao tema da psicopatologia. Ele afere que em nenhum momento objetivou incluir Leonardo como um neurótico, alegando não acreditar na separação rigorosa entre saúde e doença e na suposição de que a neurose seria um sinônimo de inferioridade (Freud, 1910a/2015, p.122). Nesse caso, ele se aproxima do aporte teórico apresentado em sua *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901) no qual faz uma aproximação entre os modos de funcionamento normal e patológico.

Sendo assim, Freud promove duas incursões teóricas para a construção do relato clínico do artista: a perspectiva da sexualidade infantil, mais extensamente trabalhada; e a concepção relativa à fluidez entre os registros da saúde e da doença, expressa em uma breve passagem do ensaio.

4.2 **História clínica de Daniel Paul Schreber**

Em meados de 1910, poucos meses após a finalização do ensaio sobre Leonardo da Vinci, Freud mostra-se interessado por Daniel-Paul Schreber ao ler o relato autobiográfico que este levou a público em 1903 sob o título *Memórias de um doente dos nervos*. Esse trabalho chamou a atenção de Freud por trazer algumas ideias sobre a paranoia que ele já havia abordado no período pré-psicanalítico. No rascunho de 24 de janeiro de 1895, ele a qualificou como uma das modalidades de *neurose de defesa*, cujo principal mecanismo é a projeção, e, na carta de 09 de dezembro de 1899, ele trouxe uma breve afirmação de que na paranoia o sujeito tende a retornar ao autoerotismo (Freud, 1986). Após essa última exposição, Freud passa um longo período sem voltar a essa temática, porém, ao se deparar com as *Memórias* de Schreber, ele vê a possibilidade de apoiar as suas hipóteses teóricas em um relato clínico. Imediatamente ele começa a redigir as suas *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (“dementia paranoides”) descrito com base em dados autobiográficos (caso Schreber)* e as finaliza seis meses depois, vindo a publicá-las em 1911 e seu pós-escrito no início de 1912.

Na análise das *Memórias*, Freud traça uma leitura da psicopatologia que vai ao encontro de sua hipótese desenvolvida sobre Leonardo da Vinci. Em diferentes momentos ele traz afirmações que convergem à ideia de que a sexualidade é um aspecto presente na etiologia de todas as doenças psíquicas. Essa tese é demonstrada, por exemplo, na seguinte passagem: “(...) nós, psicanalistas, defendemos até agora a opinião de que as raízes de *todo* adoecimento nervoso e psíquico seriam encontradas preferencialmente na vida sexual” (Freud, 1912[1911]/2022, p.555)³². Enfatizamos o uso do pronome indefinido *todo* (*jeder*) utilizado por Freud para demonstrar sua aposta de que a sexualidade é a base para a constituição de qualquer psicopatologia, não apenas àquelas de cunho paranoico. Essa crença teórica é corroborada na sua leitura de Schreber, podendo ser observada no complemento que o autor fornece para a passagem supracitada:

Depois das provas até aqui apresentadas sobre o delírio de Schreber, é mister refutar, sem maiores delongas, o temor de que justamente esse adoecimento paranoide poderia revelar-se como o “caso negativo”, procurado durante tanto tempo, no qual a sexualidade desempenharia um papel extremamente irrelevante. (Freud (1912[1911]/2022, p. 555).

Cabe observar que a data em que Freud escreve seu *caso Schreber* não se distancia do período em que ele redige seu ensaio sobre Leonardo da Vinci. Se, em março de 1910, ele finaliza o trabalho sobre o artista renascentista, em meados do mesmo ano, ele inicia a redação

³² “(...) denn wir Psychoanalytiker huldigen bis jetzt der Meinung, daß die Wurzeln *jeder* nervösen und psychischen Erkrankung vorzugsweise im Sexualleben zu finden seien” (Freud, 1911/1996, p.264, grifo nosso).

sobre Schreber. Esse período é fortemente marcado pelos desdobramentos de sua descoberta sobre a sexualidade infantil e sua importância na etiologia das doenças. Tal perspectiva influencia no modo de construção da história de Leonardo e, como observaremos ao longo deste subcapítulo, nos desenvolvimentos sobre Schreber.

Em 1884, ao ser derrotado em uma eleição ao Parlamento, em que era candidato pelo partido conservador, o até então jurista alemão, Daniel-Paul Schreber, dá os primeiros sinais de sua doença, tendo sido tratado pelo médico-neurologista Paul Flechsig. Após oito anos sem maiores intercorrências, Schreber é nomeado para a presidência da Corte de Apelação em Dresden, e poucas semanas depois seu quadro piora drasticamente, sendo mais uma vez internado por Flechsig. Ele apresenta um quadro hipocondríaco, acreditando que seu cérebro estava em processo de amolecimento, juntamente com alucinações auditivas, visuais e ideias persecutórias, acreditando que Flechsig era o seu perseguidor. Schreber é afastado de suas funções jurídicas, internado e interditado. No hospício, ele redige as suas *Memórias*, a partir das quais consegue fornecer argumentações suficientes para sair da internação e recuperar os seus bens.

O autorrelato demonstra um sistema delirante complexo que se desdobra na crença de que ele era perseguido por Deus, uma vez que este visava o assassinato de sua alma. Além disso, acreditava que o fim do mundo estava próximo, sendo ele encarregado de salvá-lo ao devolver a beatitude perdida. Para isso, precisaria transformar-se em mulher e ser fecundado diretamente por Deus para engendrar uma nova raça. A missão de Schreber seria redentora a partir de uma transformação em mulher (emasculação).

Já nas primeiras páginas do trabalho de Freud é possível observar que o autor discorda do médico responsável por uma das internações de Schreber (Dr. Weber), que afirma, no seu parecer, que o delírio do paciente parece ser inacessível a correções através da interpretação e do julgamento objetivo (Freud, 1912 [1911]/2022). Ao contrário, Freud implementa uma investigação em que busca entender os impulsos da vida psíquica que provocaram as formações delirantes desse personagem. Ao ler suas *Memórias*, ele compreende que a transformação em mulher foi o primeiro germe do delírio de Schreber. Antes mesmo de ser associada à redenção, a emasculação tinha uma conotação exclusivamente sexual – antes do início de sua doença, Schreber teve um pensamento durante o sono cujo conteúdo se voltava para a ideia de que deveria ser bom ser uma mulher submetendo ao coito, revelando uma fantasia homossexual passiva.

Freud também compreende que, embora o delírio constituído se apresentasse como um delírio de grandeza na sua relação com Deus, em um primeiro momento ele tinha uma conotação

persecutória, cujo autor da primeira perseguição era associado ao médico que o tratava. O delírio primário correspondia a uma perseguição sexual de Flechsig, que depois foi deslocado para a figura de Deus, e posteriormente reelaborado ao assumir uma surpreendente roupagem religiosa. Freud se dá conta de um deslocamento no conteúdo do delírio (delírio de perseguição para delírio de grandeza), como também em seu objeto (de Flechsig para Deus).

E onde Freud encontra a raiz sexual da doença tal como afirma no início do seu trabalho? Primeiramente ele vai encontrá-la na elevada repressão que o personagem exerceu contra a sua sexualidade nos primeiros anos de vida. Nas *Memórias* fica evidenciado que o ex-juiz de apelação passou por uma educação moral severa ao longo de sua infância e juventude, impondo-lhe contenções contra qualquer conteúdo sexual. A sexualidade é presentificada nesse momento em seu caráter negativo, como um traço que deveria ser reprimido. Por outro lado, as sucessivas formações delirantes marcam uma reviravolta nesse aspecto, demonstrando a imersão do sexual no seu caráter positivo; primeiramente como invasão, isto é, como perseguição sexual, e, posteriormente, engendrando deslocamentos que o fizeram de maneira inédita querer *cultivar a volúpia*, isto é, entregar-se femininamente a Deus para criar uma nova raça. Logo, o autor retrata a doença de Schreber a partir de uma base fundamentada no campo sexual.

No caso do primeiro perseguidor, Dr. Flechsig, Freud argumenta que ele teve uma importância afetiva para Schreber por tê-lo recuperado no primeiro momento de sua doença. Ele acredita que, por motivos desconhecidos, esse sentimento desdobrou para uma intensa inclinação erótica, tomando a forma de uma perseguição. A partir dessa observação, Freud traça uma leitura da paranoia: aquele que atualmente é odiado foi em algum dia objeto de amor; e esse sentimento sofre um segundo deslocamento ao ser projetado para fora. Logo, o ódio revelado na perseguição de Flechsig à Schreber expõe as bases inconscientes desse sentimento, uma vez que revela que é Schreber que o odeia porque inconscientemente o ama. Há uma transformação afetiva em relação ao objeto de amor seguida de uma projeção, revelando que o conteúdo do desejo se transformou no conteúdo da perseguição.

Em suma, a suposição freudiana sobre a origem da doença de Schreber é de que há uma fantasia de desejo sexual (homossexual passiva), que em seguida sofre uma resistência (uma *defesa*), culminando em um sintoma, apresentado aqui como delírio de perseguição. A psicopatologia assume a perspectiva de uma defesa contra a sexualidade. Vale observar que esse modo de leitura sobre a doença foi desenvolvido no capítulo dois.

Freud ainda interroga os motivos que fizeram Schreber deslocar de maneira recorrente o delírio referente ao seu médico Flechsig para a figura de Deus. Primeiramente, ele vai achar sua resposta na identificação que há entre os dois. Ao acreditar que o perseguidor foi certa vez

uma pessoa também amada, Freud vai ainda mais longe em sua hipótese. A seu ver, a relação ambivalente com Flechsig e depois com Deus desvela uma ambivalência afetiva mais primária, de Schreber com o pai, vivenciada na infância. Freud detecta uma forte similitude entre o pai de Schreber e o Deus criado por ele. Venerado e ao mesmo tempo odiado, seu pai é um personagem por quem Schreber apresenta uma atitude de indignação, em paralelo com uma reverente submissão.

Contudo, mesmo inserindo o complexo paterno na construção de sua história clínica, Freud mantém a leitura que insiste desde as primeiras páginas de que a doença de Schreber consiste em uma defesa contra um componente sexual (uma fantasia homossexual) e que toma a forma de um delírio persecutório. Seu argumento fica mais claro na passagem que se segue:

Até aqui abordamos o complexo paterno predominante no caso Schreber e a fantasia de desejo central dessa doença. Nisso tudo, nada há que seja característico do quadro clínico da paranoia, nada que não pudéssemos encontrar em outros casos de neurose e que realmente não tenhamos encontrado. Somos obrigados a situar a peculiaridade da paranoia (ou da demência paranoide) em outra coisa, [ou seja,] na forma especial de manifestação dos sintomas, e, para estes, a nossa expectativa não responsabilizará os complexos, mas o mecanismo de formação de sintomas ou de recalque. Diríamos que o caráter paranoide consiste em que, para se *defender* de uma fantasia de desejo homossexual, reage-se justamente com um delírio de perseguição dessa natureza (Freud, 1912 [1911]/2022, p.582, grifo nosso).

E mais adiante, ao se referir a outros casos de adoecimento paranoide investigados por Jung, Ferenczi e ele, complementa:

Víamos com surpresa como era possível reconhecer claramente, em todos esses casos, a *defesa* contra o desejo homossexual no centro do conflito da doença [...] (Freud, 1912 [1911]/2022, p. 583, grifo nosso).

Embora o autor traga argumentações sobre uma raiz recorrente em seus casos estudados, o que se mostra relevante para a nossa investigação é a sua observação de que a especificidade de cada doença não está na raiz única, sexual, mas nos diferentes desdobramentos que vêm singularizar cada doença e, no caso Schreber, que vêm definir a sua paranoia. Ele implementa uma leitura da paranoia a partir de uma articulação entre sintoma e defesa, sendo a partir dessa relação que irá descrever a patologia do personagem. Ela é aqui apresentada como uma *defesa* (recalque) contra um componente da sexualidade (homossexualidade), a partir da qual resulta em um sintoma (delírio), e que, no caso Schreber, se expressa por um conflito diante da revolta contra o seu impulso libidinal direcionado ao seu pai e ao Dr. Flechsig.

O chamado *desejo-fantasia* de amar um homem é a base do conflito paranoico masculino (e de Schreber). Contra ele, engendra-se diferentes modos de delírio para negar a

primeira afirmação insuportável que revela que “*eu [um homem] o amo [um homem]*” (Freud, 1912[1911]/2022, p.586, grifo do autor), dando forma aos principais modos de manifestação da paranoia, como o delírio de perseguição, a erotomania, o delírio de ciúme e o delírio de grandeza.

Cabe observar que o estudo de Leonardo da Vinci prenunciou a hipótese de que a homossexualidade está na base da doença de Schreber. Freud localiza na sexualidade o fundamento para os traços de caráter de Leonardo e para a psicopatologia de Schreber. Ele não define Leonardo como paranoico, mas explica os comportamentos futuros do artista a partir de uma vivência sexual passiva no passado. Com o *caso Schreber*, ele avança ainda mais ao não apenas traçar uma leitura pela perspectiva da sexualidade infantil, como também ao relacionar a psicopatologia como uma *defesa patológica* contra o mesmo componente sexual.

Vale ainda destacar que Freud traz, nessa mesma história clínica, uma segunda visão da psicopatologia. Se, em um primeiro momento, ele associa a doença como defesa da sexualidade através do recalque, engendrando os mais diferentes tipos de delírio, no final do seu trabalho ele argumenta que o mesmo delírio pode pôr fim à conflitiva psíquica. Ele embasa sua hipótese ao observar que o delírio que deu forma à psicopatologia de Schreber foi o mesmo que, mediante deslocamento, encerrou a sua doença. Freud compreende que quando Schreber desloca seu amor/ódio de Flechsig para Deus, ele surpreendentemente consegue ficar em paz com a sua fantasia de desejo. Com Deus ele não encontra a mesma resistência em assumir o papel de mulher, pois, na sua formação delirante, a emasculação está de acordo com a ordem do mundo, isto é, com a finalidade de recriar a humanidade arruinada.

Uma dessas transformações consiste na substituição de Flechsig pela pessoa superior de Deus; ela parece, a princípio, significar um agravamento do conflito, uma intensificação da intolerável perseguição; mas logo vem à tona que ela prepara a segunda transformação e, com esta, a solução do conflito. Se era impossível familiarizar-se com o papel da prostituta feminina perante o médico, a tarefa de oferecer ao próprio Deus a volúpia que ele busca não esbarra na mesma resistência do Eu (Freud, 1912[1911]/2022, p. 572-573).

Portanto, Freud revela que ao mesmo tempo que os mais diferentes tipos de delírio podem perpetuar ou mesmo intensificar o conflito, eles também podem engendrar a cura e encerrar a luta que se apresenta. Em outros termos, as formações delirantes que advieram como produtos de uma defesa patológica contra o sexual e que provocaram a conflitiva psíquica foram as mesmas que, mediante deslocamentos e transformações afetivas, promoveram o fim do conflito. Segundo ele, a tentativa de reconstrução da catástrofe interior vivenciada pelo paranoico não é sem o trabalho do seu delírio: “O que consideramos produção da doença, a

formação do delírio, é na realidade a tentativa de cura, a reconstrução” (Freud, 1912[1911]/2022, p. 595).

Freud então apresenta duas versões psicanalíticas da psicopatologia nessa história clínica. Na primeira, ela é interpretada como um modo de defesa patológica contra um desejo sexual; e, em um segundo momento, ao afirmar que o delírio também é uma tentativa de cura, Freud subverte a perspectiva psiquiátrica corrente que associa o delírio à doença, trazendo uma segunda interpretação psicopatológica. Esta se apresenta a partir de uma perspectiva moebiana, em que a cura não é externa ou contrária ao processo patológico, mas que há no próprio cerne da doença uma tentativa de promover o fim do adoecimento.

Esse extrato clínico segue a mesma perspectiva da análise de Leonardo, estando em correspondência com os desenvolvimentos teóricos recentes do autor que enfatizam o papel da sexualidade na etiologia das neuroses e que aquebrantam a fronteira entre a saúde da doença. No entanto, a formulação psicopatológica que associa a doença à defesa é presente apenas na história clínica de Schreber. Ao assimilar a paranoia como um modo patológico de defesa, o autor recorre ao aporte teórico desenvolvido em seu texto pré-psicanalítico *As neuropsicoses de defesa* (1894) – e que foi desenvolvido no capítulo dois desta tese – onde demonstra que existem formas de defesa psíquicas contra um conteúdo sexual que geralmente não são resolutivas, mas sim conflitivas e sintomáticas, expressando-se como uma psicopatologia. O “caso Schreber” resgata, portanto, essa leitura teórica da psicopatologia e diferencia-se, nesse aspecto, da concepção psicopatológica do relato anterior.

4.3 Histórias clínicas de Lady Macbeth e Rebecca West

A partir de agora retrataremos duas outras histórias apresentadas por Freud em um único texto, intitulado *Alguns tipos de caráter a partir do trabalho psicanalítico*, de 1916. Nele, o autor apresenta outra visão da psicopatologia apoiada em dois personagens literários: Lady Macbeth, da tragédia *Macbeth*, de William Shakespeare; e Rebecca West, da peça *Rosmersholm*, de Henrik Ibsen. Apresentaremos as duas histórias simultaneamente uma vez que o autor traça suas leituras a partir de um mesmo ponto de vista.

Antes desse trabalho, Freud já tinha conseguido demonstrar a relação entre a doença e as vicissitudes da primeira infância e também já tinha conceituado a patologia como resultado do conflito entre a libido e a defesa. Essas duas análises já estavam bem estabelecidas

teoricamente desde os textos pré-psicanalíticos, passando pelo trabalho de 1905 sobre a sexualidade infantil, até chegar ao ensaio de 1910, *Concepção psicanalítica do transtorno psicogênico da visão*, sobre a luta entre as pulsões sexuais e as pulsões do Eu (ou de autoconservação).

Como vimos no capítulo dois, Freud enuncia neste último trabalho a ideia de que nem sempre as pulsões são compatíveis entre si, podendo ser verificada pela inegável oposição entre as pulsões que visam a satisfação sexual e as outras pulsões que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo. Ele apresenta aí a sua primeira teoria pulsional, em que a patologia é lida a partir do conflito neurótico comum: por um lado há a libido, ou pulsão sexual, e, por outro, um ideal de autoconservação que quer conter os interesses da primeira. O conflito patogênico seria estabelecido quando houvesse uma meta pulsional contrária à pulsão sexual, visando privar a sua satisfação.

Mas, no texto de 1916, Freud é surpreendido por um modo de apresentação da psicopatologia que contraria a sua teoria anterior. Embasado na clínica e em alguns personagens da literatura, ele observa que não apenas a privação [*versagung*] da libido pode ocasionar a doença, como o êxito na satisfação libidinal também pode resultar em um quadro psicopatológico. Ele percebe que em alguns casos a realização de um desejo, por muito tempo nutrido e ansiado, também pode instalar a doença, “é como se elas [essas pessoas] não suportassem sua felicidade, não podendo ter dúvidas acerca da relação originária entre o êxito e o adoecimento” (Freud, 1916/2015, p.195).

Apresentado no capítulo intitulado “os que fracassam pelo êxito”, Freud retrata a patologia a partir da ótica do que ele denomina *realização de desejo*, acreditando que algumas pessoas caem doentes quando algum desejo se realiza. Essa é a nova perspectiva da psicopatologia que Freud evidencia ao apresentar as histórias de Lady Macbeth e de Rebecca West.

A peça de Shakespeare é uma tragédia da ambição, na qual Lady Macbeth convence seu esposo a matar o rei Duncan para que ambos realizem seus desejos de se tornarem rei e rainha da Escócia. Entretanto, após a consumação do ato, ela cai doente e, atormentada pela culpa, não consegue mais dormir. Em uma cena célebre, Lady Macbeth perambula pela casa à noite sonâmbula tentando lavar as manchas imaginárias de sangue e repete falas ocorridas no dia do crime. Ela ainda expressa uma espécie de tédio quando já está no poder, aparentando estar decepcionada pelo que fez.

Freud constrói sua história clínica demonstrando que Lady Macbeth entra em crise após ter alcançado o que antes mais desejava, como se ela não suportasse gozar do seu desejo. A

relação entre o desejo e o gozo é apresentada em uma definição rigorosa que consideramos ser o ponto elementar para esse modo de definição da doença. A seu ver, “(...) o *adoecimento* [Erkrankung] apareceu pela *realização de um desejo* [Wunscherfüllung], tornando nulo o seu gozo [Genuß]³³” (Freud, 1916/2015, p. 196, grifo nosso). É como se houvesse espaço apenas para o desejo, e não para o gozo, de modo que gozar daquilo que antes era desejado fosse uma tarefa insuportável.

Evidencia-se algo dessemelhante na doença de Lady Macbeth que contradiz a leitura psicanalítica precedente de que o adoecimento se perpetua por uma defesa contra um *desejo-fantasia*³⁴ e de que a cura advém quando o sujeito fica em paz com este desejo. Se em Schreber a realização do seu desejo pôs fim ao conflito psíquico, em Lady Macbeth a mesma realização de desejo é o que deflagra a doença.

Com essa análise, Freud também reelabora a sua leitura precedente de que a patologia neurótica se perpetua por uma privação na realização do desejo. Segundo o autor, os estudos psicanalíticos anteriores já conseguiram demonstrar que na neurose a doença se estabelece por uma *privação interna* (a partir do Eu) que se desdobra e se efetiva como uma *privação externa*, trazendo como resultado o bloqueio da satisfação da libido no encontro com o objeto. Já nos casos do presente texto, a doença advém quando o desejo que ameaça não sofre nenhuma privação externa e torna realidade. Embora não haja nenhum impedimento externo na realização do desejo, a privação interna que parte do Eu não deixa de existir, e quando o desejo temido é realizado, é a presença desse elemento egóico que culmina no adoecimento psíquico, trazendo como sintoma o *sentimento de culpa*³⁵ (Freud, 1916/2015).

A partir da articulação da realização do desejo temido com o sentimento de culpa, Freud analisa o segundo caso do seu trabalho. Rebecca West, personagem principal da peça *Rosmersholm*, tem um plano criminoso que dá certo. Ela contribui para o suicídio de Beate, visando desposar o marido dela. Rebecca vivia sob o mesmo teto do casal e trabalhava como cuidadora da esposa. Embora, no início da peça, ela negue a sua participação naquele suicídio, posteriormente ela confessa ter atraído Beate para o caminho em que se perdeu. Rebecca pede perdão ao viúvo Rosmer, embora afirme que nenhuma desculpa irá livrá-la da culpa que sente por ter contado mentiras à Beate que ensejaram o seu suicídio.

³³ “(...) daß die Erkrankung auf die Wunscherfüllung hin auftritt und den Genuß derselben zunichte macht.” (Freud, 1916a/1996, p. 196)

³⁴ É digno de nota que nesse momento teórico Freud utiliza diferentes denominações para se referir ao desejo, contra o qual surgem os processos defensivos: ora libido, ora desejo-fantasia, ora pulsão sexual.

³⁵ O que Freud chama nesse texto de *privação interna*, e que deflagra um sentimento de culpa, será posteriormente definido como *Supereu*.

Rebecca muda o seu comportamento após o fato ocorrido. Mesmo morando com Rosmer após a morte da esposa, ela não colhe os frutos do seu êxito; por exemplo, ela não consegue se casar com Rosmer, pois se vê impedida devido a seu passado. Freud argumenta que “nesse meio tempo ela se tornou outra pessoa, sua consciência despertou, ela foi tomada pela *consciência da culpa* [Schuldbewusstsein], que lhe impede o *gozo* [Genuß]” (Freud, 1916/2015, p. 204, grifo nosso).

Até o momento, é possível verificar a semelhança que há entre as duas histórias clínicas. Em ambas, a doença é associada com um sentimento de culpa que priva as personagens de gozar do seu próprio desejo. No entanto, na análise de Rebecca, o autor avança ainda mais em sua hipótese psicopatológica. No terceiro ato da peça, logo após sua confissão e o perdão de Rosmer, Rebecca revela carregar outra mentira que a impede de se unir a ele. Esse segredo não é revelado de maneira explícita na peça, ficando subentendido a partir de alusões. Veremos que ele contribui para o sentimento de culpa da personagem, a partir do qual Freud incrementa outros detalhes nessa história clínica.

Rebecca é filha de uma parteira e foi criada pelo seu pai adotivo, Doutor West, após a morte de sua mãe e antes de ser admitida em Rosmersholm para trabalhar na casa do casal. No último ato da peça, Rebecca recebe a visita do cunhado de Rosmer, o reitor Kroll, que busca humilhá-la por ser uma filha ilegítima. No meio de alusões obscuras do seu passado, Rebecca fica extremamente chocada com uma interpretação que ela faz a partir da fala de Kroll. Rebecca entende que West pode ser o seu pai legítimo, de sangue. Não há qualquer informação explícita que justifique o intenso mal-estar de Rebecca, mas o mistério do seu comportamento é lido por Freud da seguinte maneira: a personagem fica aturdida porque ela não era apenas uma filha legítima do Doutor West, mas também a amante desse homem.

Freud destaca uma múltipla motivação para o *pathos* de Rebecca, de modo que o motivo mais profundo deveria ser encoberto na peça devido a seu efeito traumatizante. A situação pela qual Rebecca tem êxito e é arruinada pelas suas consequências tem a ver com a realização do seu *desejo-fantasia* mais profundo, vinculado ao complexo de Édipo, de desposar a mãe e ter relações com o pai. Essa é a fantasia fundamentalmente proibida e recalçada na neurose, mas que, no caso de Rebecca, se torna realidade, resultando em um adoecimento psíquico pelo êxito (e não pela renúncia) na realização do seu desejo.

A história clínica de Rebecca apresenta a contribuição de duas cenas para a psicopatologia da protagonista. Ela demonstra que o comportamento da personagem com Beate tem as mesmas raízes da triangulação infantil entre ela, sua mãe e o Dr. West. Com Beate e Rosmer, Rebecca atualiza a realização do complexo de Édipo vivenciada anteriormente com a

sua mãe e o Dr. West. Ela é tomada por um desejo de tirar Beate do caminho para “vencer a esposa e a mãe, assumindo seu lugar ao lado de seu marido e pai” (Freud, 1916/2015, p. 211).

Após a morte de Beate, Rebecca já tinha recusado a se casar com Rosmer devido a seu sentimento de culpa por ter contribuído com o suicídio da esposa dele, no entanto, esse mesmo sentimento é atualizado e intensificado a partir do momento em que ela sabe do seu incesto. Notamos que a análise freudiana vai na mesma direção da perspectiva psicopatológica sobre o caso Emma, descrito no *Projeto* e apresentado no capítulo dois desta tese. Tanto em Emma, quanto em Rebecca, a patologia é apresentada em dois tempos, de modo que um segundo evento atualiza e traumatiza um outro vivenciado anteriormente. Rebecca traumatiza a relação vivenciada com Dr. West depois da conversa com Kroll.

E por que esse conteúdo é altamente traumático para a personagem e para a maioria do público da peça? Na análise do autor, os dois maiores crimes do homem são o parricídio e o incesto com a mãe, ambos abomináveis pelo meio social e fontes dos mais potentes sentimentos de culpa quando realizados (Freud, 1916/2015). Eles são os maiores crimes, pois são os primeiros desejos infantis que recebem a forte marca da proibição, sendo ambos recalçados. É por essa perspectiva que o autor interpreta a doença de Rebecca. A consecução do segundo crime na sua versão invertida inaugura a doença da personagem, resultando em um sintoma que é manifestado como sentimento de culpa e que assume a conotação de uma reprovação do incesto realizado.

Destacamos que, de Lady Macbeth à Rebecca, Freud faz um caminho que vai do sentimento de culpa ligado à realização de um desejo qualquer até chegar ao desejo mais primário e infantil, vinculado ao complexo de Édipo, culminando em uma sintomatologia com a mesma magnitude da força do desejo. Além disso, as histórias de ambas as personagens marcam uma mudança de narrativa no modo de descrever o *pathos*. Em uma das últimas passagens do segundo caso, Freud explicita o que acreditamos ser a conclusão de sua leitura. Nela, o autor traz de maneira evidente a virada dialética de sua acepção psicopatológica:

O trabalho psicanalítico ensina que as forças conscientes, que se deixam adoecer devido ao êxito em vez de, *como antes* [wie sonst], na renúncia, estão intimamente relacionadas com o complexo de Édipo, com as relações com o pai e mãe, como talvez, em geral, nossa consciência de culpa (Freud, 1916/2015, p.211, grifo nosso).

Enfatizamos o termo mencionado “como antes” da passagem supracitada. É possível averiguar que o próprio Freud observa que há uma mudança de perspectiva em sua leitura psicopatológica. Se antes a doença era devido à renúncia, ou como já afirmara, devido à defesa

contra uma fantasia de desejo, agora ele acrescenta algo novo ao descrevê-la também a partir da realização deste, manifestado como consciência de culpa. O *pathos* interpretado como defesa, portanto, deixa de estar presente na elaboração dessas duas histórias e é apresentado pela realização de desejo. Observamos que a psicopatologia lida a partir do complexo de Édipo, e apresentada no capítulo dois desta tese, é embasada clinicamente com a história de Rebecca. Ela evidencia o que Freud apresenta em teoria, ou seja, que se esse complexo não for superado e recalçado, ele subsistirá no inconsciente e manifestará posteriormente o seu efeito patogênico.

4.4 História clínica de Christopher Haitzmann

Foi a pedido do diretor da antiga Biblioteca dos Fideicomissos de Viena [Fideikommissbibliothek], o Sr. Payer-Thurn, que descobriu um manuscrito originário do Santuário de Mariazell relatando uma cura miraculosa do pintor bávaro Christopher Haitzmann, que Freud redigiu no final de 1922 o seu trabalho intitulado *Uma neurose demoníaca do século XVII*. O pedido de uma opinião médica resultou na elaboração da história clínica na qual o autor examina o caso de um homem que era sujeito a crises convulsivas e a penosas sensações depois de assinar um pacto com o demônio, tendo sido posteriormente submetido ao exorcismo.

Nesse trabalho, Freud destaca que as mesmas neuroses que atualmente são apresentadas com uma sintomatologia disfarçadamente orgânica, na Idade Média surgiam com uma aparência mágico-religiosa – essa observação também é apresentada no primeiro capítulo desta tese. Quadros de êxtase, de visões, de premonições, de possessões demoníacas eram comumente presentes naquele tempo. Eles despertaram o interesse de Freud e tornaram objetos de investigação psicanalítica ao serem interpretados preferencialmente pela perspectiva metapsicológica. As possessões, por exemplo, foram correlacionadas aos poderes psíquicos da neurose, e os demônios à projeção para uma figura externa dos desejos internos reprimidos. É a partir desse olhar que Freud analisa o caso de Christopher Haitzmann.

Na segunda metade do século XVII, Haitzmann foi levado ao santuário de Mariazell com um quadro repetido de intensas convulsões e após afirmar ter feito um pacto com o demônio há nove anos. O compromisso fora feito após o falecimento do pai, pois, nos termos de Freud, o pintor sofria de *depressão melancólica* [*melancholische Depression*] e temores subsequentes quanto a seu trabalho e a seu futuro após esse evento. Haitzmann afirmara ter sido chamado nove vezes pelo demônio para livrá-lo de seu estado melancólico. Este se

comprometeria a assumir o lugar do pai durante nove anos, com a contrapartida de depois desse período ter a posse do corpo e da alma do pintor. Na carta de apresentação do caso, encaminhada pelo pároco da aldeia de Pottenbrunn à Igreja de Mariazell, é informado que o período estava prestes a acabar, que o pintor estava arrependido do pacto que fez e que apenas a graça da Santa Mãe de Mariazell poderia salvá-lo.

Freud indaga por que Haitzmann aceita fazer o pacto com o demônio, qual o papel deste em sua história psíquica, e por que estava arrependido do acordo realizado. Ele então faz uma análise do manuscrito do santuário de Mariazell, em que há um fragmento do diário do pintor e um relatório da Igreja no qual é descrita a cura miraculosa. O primeiro documento assume grande importância para o autor, pois retrata a visão subjetiva da doença de Haitzmann, sendo decisivo para a construção de sua história clínica. Através dele e de algumas discrepâncias nos documentos da Igreja Freud fundamenta sua análise e procura a resposta para as referidas questões.

Um ponto fundamental para a ênfase psicológica e não mística sobre o caso do pintor se refere à observação freudiana de que o milagre da mãe de Deus contra o diabo não pôs fim ao sofrimento do personagem. Após deixar Mariazell e voltar supostamente curado para morar com a irmã em Viena, seu sofrimento rapidamente retorna e progride para outros sintomas, como visões, paralisias, ausências e as repetidas convulsões. Seu sofrimento também passa a não se resumir à figura satânica, e Haitzmann começa a ser atormentado também por Cristo e outros personagens sagrados. Frente a isso, ele retorna a Mariazell e pede a redenção de um segundo compromisso feito com o demônio, não informado na ocasião da primeira redenção. Segundo ele, além do pacto escrito com sangue, havia outro anterior escrito à tinta e que não foi desfeito no primeiro pedido.

Freud acredita que, ao não obter a cura esperada e ao mesmo tempo não querer desagradar os padres da Igreja, Haitzmann inventa um compromisso anterior. Em outra passagem, ele é ainda mais categórico ao supor que ambos os pactos são produtos da imaginação do pintor, que eles fazem parte de sua *fantasia neurótica*, e que o personagem apenas suplementou a sua fantasia original com uma nova. Surge então a questão sobre por que o pintor insere o demônio em sua trama fantasmática, e, ainda, por que realiza um compromisso com ele. Freud lança um ensaio de resposta para essas questões que culmina em um primeiro entendimento psicanalítico para o adoecimento do personagem.

A primeira análise parte da relação de Haitzmann com o pai. Vale observar que ele adocece e realiza um acordo com o Diabo justamente após a morte do seu progenitor, o que reflete a importância que este tinha para o pintor. Além do mais, construir uma fantasia de pacto

com o Demônio (e não com Deus) após o falecimento do pai demonstra não só o forte vínculo com o seu genitor, como também a ambivalência na relação com ele, com impulsos afetuosos e hostis lado-a-lado. Para o autor, Deus é uma substituição da figura paterna, como um *pai exaltado*, e o Diabo, uma duplicata da imagem de Deus, que expressa em seu conjunto a ambivalência dos sentimentos voltados ao pai. Sendo assim, o pai é para o pintor o protótipo de Deus e do Diabo ao mesmo tempo, sendo alvo dos sentimentos de amor e de ódio.

Freud desdobra essa ideia e chega a um primeiro entendimento da psicopatologia do artista. Chama atenção do autor que no diário de Haitzmann são relatadas algumas aparições do demônio portando traços físicos femininos. Na sua primeira hipótese, Freud supõe que fantasiar o demônio, isto é, o representante paterno, com características femininas poderia expressar a sua revolta contra a castração, como uma busca de feminilizar e castrar o pai. Essa ideia é ainda fundamentada em outro pormenor, que é a repetição do número nove na trama fantasística do pintor. Sustentado na leitura teórica já desenvolvida em sua *Interpretação dos sonhos* (1900) de que toda criação psíquica tem um significado, Freud enfatiza que nas fantasias neuróticas o “nove” corriqueiramente alude ao número de meses da gravidez, e no caso Haitzmann, ele poderia expressar o anseio do personagem pelo pai, culminando em uma fantasia de desejo de dar-lhe um filho. Na sua hipótese, essa fantasia edípica teria sido recalcada, mas, a partir do luto pelo pai e o conseqüente aumento do anseio por ele, esse desejo teria sido reativado. Contra ele, o pintor responderia mais uma vez, mas agora mediante a sua neurose e uma depreciação do pai.

Frente à angústia de castração diante da função interditor e normativa do pai na vivência edípica, é possível que o personagem tenha buscado auxílio e salvação na figura daquela com quem ele teve as suas primeiras relações afetivas. A presença de grandes seios na figura satânica faria referência às características sexuais positivas da mãe (e não negativas, como a falta de um pênis) que foram projetadas para o pai. Essa hipótese é reforçada com a evidência de que Haitzmann também procurou em outro representante feminino e que tem o significante “mãe” em seu próprio nome, a Santa Mãe de Deus de Mariazell, a cura para o seu sofrimento. Freud portanto fornece uma primeira leitura psicanalítica da neurose do personagem circunscrevendo-a pelo eixo referencial dos complexos de Édipo e de castração.

Mas, no final do texto, ele recorre a outro aporte teórico e apresenta a doença do pintor de uma maneira completamente diferente da primeira. Na sua última concepção psicopatológica, é a *posição de desamparo* [*hilflose Lage*] (Freud, 1923a/2016, p. 198) provocada pela morte do pai que desencadeia a doença do artista. Freud fala de um homem fracassado em seus projetos, com necessidades materiais, dificuldades morais, sem conseguir

encontrar emprego, pois estava em estado de melancolia após o falecimento do seu progenitor. No entanto, o autor parece ir mais longe de um desamparo circunstancial quando aproxima o pintor do estado que ele chama de *eternos bebês* [*ewige Säuglinge*] (p. 199), remetendo a pessoas que “não conseguem se desprender da posição venturosa junto ao seio da mãe e que durante a vida inteira se aferram ao propósito de serem alimentados por algum outro” (p. 199). O pintor é, portanto, visto por Freud como um personagem que busca a dependência de alguém desde a infância. Nessa perspectiva, o desamparo de Hartzmann vivenciado pela perda do pai reflete a posição de desamparo infantil vivido por todo ser falante na constituição subjetiva. Essa posição é atualizada após o falecimento do pai e emerge na sua maior força como enfermidade. Quando ele perde aquele que lhe dava certa contenção à posição de desamparo, ele busca primeiramente no substituto do pai, o demônio, o conforto que necessitava. Prestes a acabar o período de nove anos, ele faz a mesma demanda à Santa Mãe de Mariazell, e ao não conseguir o resultado esperado, ele busca apoio na Igreja e se insere na ordem religiosa dos irmãos crisóstomos, passando a viver no mosteiro da instituição como um irmão religioso, de onde recebe o apoio que demandara, permanecendo até a sua morte. Tanto o pai, quanto o demônio e mesmo a santa e a Igreja são contenedores do seu desamparo interior. Sendo assim, é pelo pintor não ter o apoio externo que demandara que ele desenvolve uma depressão melancólica e não mais consegue trabalhar com o que mais gosta. Na visão do autor, Hartzmann adoece porque “ele sempre quis apenas assegurar sua existência” (p. 198-199), chegando a chamar sua neurose de *luta pela vida* [*Lebenskampfes überdeckt*] (p.199).

Evidenciamos no decorrer do manuscrito freudiano que ele vai modificando a explicação sobre a etiologia do *pathos* do seu personagem. Ele inicia com uma hipótese psicopatológica a partir das suas formulações teóricas sobre o complexo de Édipo e de castração e finaliza com outra explicação sobre a psicopatologia do pintor. Quando propõe ser o desamparo a razão do adoecimento do personagem, o autor avança a discussão para além da relação do protagonista com o demônio e o seu pai, inserindo outros determinantes, como o conflito entre os interesses libidinais e autopreservativos – Hartzmann reduz a sua fruição libidinal ao se defrontar com uma posição desamparada.

Em suma, há, nessa história clínica, distintas perspectivas para o *pathos* do pintor, sendo utilizados dois eixos teóricos em seu desenvolvimento. O complexo de castração, apresentado pela primeira vez no texto de 1908, *Sobre as teorias sexuais infantis*, e desenvolvido em outros trabalhos é o principal eixo de referência da primeira leitura. Ele está em estreita relação com o complexo de Édipo e fundamenta a hipótese de que a doença do pintor está baseada no repúdio em aceitar a função interditora e normativa do pai vivenciada na dinâmica edípica. Já a posição

de desamparo infantil, apresentada teoricamente no texto pré-psicanalítico *Projeto para uma psicologia científica* (1950 [1895]/1996), é um dos aportes teóricos que Freud recorre para apresentar a sua segunda hipótese psicopatológica. Ela é o suporte para a formulação sobre a dependência do pintor a uma figura externa desde a infância, sendo ainda o protótipo das situações traumáticas futuras, como a falta de emprego e as necessidades materiais vivenciadas pelo personagem. Seja pela revolta contra a castração, seja pela posição de desamparo, fica evidente que embora o autor preserve o modo de leitura psicanalítico, ele não o fundamenta em um único pressuposto teórico.

4.5 História clínica de Fiodor Dostoiévski

Quatro anos depois de analisar o caso Haitzmann, Freud é convidado a contribuir com a introdução para uma coleção voltada à discussão de uma das obras do romancista russo Fiodor Dostoiévski, *Os irmãos Karamazov*. Embora ele tenha sido convidado a estudar o poeta e sua obra pelo ponto de vista psicanalítico, Freud desenvolve um ensaio no qual o autor da obra assume o protagonismo de sua análise. Para além de um Dostoiévski escritor, Freud também o avalia pelas óticas de um personagem neurótico, moralista e pecador. Ele redige a sua própria versão da história do poeta, enfatizando alguns traços de seu caráter, como o seu masoquismo, o seu sentimento de culpa, os seus ataques epiléticos e o seu vício no jogo. Além disso, revela o quanto a literatura do escritor põe em cena as suas inclinações subjetivas ao costumeiramente construir personagens egoístas, assassinos e ao trazer temas sobre o niilismo, a violência, o sadismo, o masoquismo e o sentimento de culpa. Ele redige seu ensaio intitulado *Dostoiévski e o parricídio* entre a segunda metade de 1926 e 1927, vindo a publicá-lo no ano seguinte.

Freud começa seu estudo propondo apresentar o escritor segundo a ótica moralista, definindo-o como um personagem com traços egoístas e forte tendência destrutiva. Sua hipótese é embasada na frequência com que os personagens construídos por Dostoiévski assumiam essa característica. A presença de caracteres destrutivos nos principais romances do autor, como em *Os irmãos Karamazov* e *Crime e castigo*, faz Freud supor a presença de tais tendências no próprio escritor. Ele complementa sua hipótese a partir dos traços de irritabilidade que Dostoiévski voltava contra terceiros, a partir da agressividade que ele dirigia para si próprio, visualizada na forma como ele tratava a sua própria vida, e a partir do frequente sentimento de culpa.

Freud justifica o estado doentio do escritor a partir de mais um prisma, quando descobre que ele padecia recorrentemente de graves convulsões musculares, com perda de consciência e desânimo subsequente, acreditando se tratar de uma *epilepsia histérica*. Dostoiévski sofria desse sintoma desde seus dezoito anos, após a morte do pai. Vale ressaltar que, em 1839, este foi assassinado na fazenda onde vivia e o fato provocou grandes transtornos na vida do filho, dentre os quais seus primeiros ataques epiléticos.

Mas Freud resgata outras referências que aferem que Dostoiévski já sofria de ataques semelhantes antes mesmo do aparecimento da epilepsia. Na infância, ele apresentava alguns ataques, como sensações de que iria morrer, causando-lhe sofrimento, como medo da morte³⁶. A presença da representação “morte” na sintomatologia infantil, acrescentada à representação “pai”, como morte do pai que desencadeou a sintomatologia adulta, fez com que o autor traçasse uma leitura na qual colocou ambas as representações no eixo central de sua hipótese psicopatológica.

Ele acredita que o medo da morte na infância de Dostoiévski possa estar fundamentado em uma identificação com um morto ou mesmo em um desejo da morte de alguém. Freud então elenca diversos exemplos que o faz acreditar na segunda hipótese, sendo esse alguém o seu próprio pai: o escritor tinha uma relação ambivalente com o pai desde a infância, amando-o e odiando-o; além disso, foi um evento relativo à figura paterna (a morte do pai) que agravou os seus sintomas; e, por fim, evidencia-se que o parricídio é tema central em *Os irmãos Karamazov*. Nesse romance, o escritor imputa uma doença como forma de punição ao personagem que assassinou o próprio pai, sendo curiosamente o mesmo padecimento que o dele, a epilepsia. Todos esses exemplos permitem ao autor intuir sobre a presença inconsciente de um desejo de morte direcionado ao pai odiado. E pelo fato de Dostoiévski também amá-lo, ele pune o seu desejo parricida com a sua doença. Desse modo, o desejo pela morte do pai seria a fonte principal do sentimento de culpa de Dostoiévski.

A explicação freudiana sobre o sentimento ambivalente que coabita o escritor russo em relação a seu pai é conduzida primeiramente segundo o espectro teórico da conflitiva edípica, levando em conta o conflito amoroso e sexual primário, vivenciado na infância, que põe em

³⁶ É digno de nota que Freud chama este sintoma de “melancolia [Schwermut] súbita”. No período desse trabalho, ele já havia definido a melancolia como a única classe de neurose (neurose narcísica) em que a conflitiva se desdobrava como uma luta entre o Eu e o Supereu. Veremos, no decorrer deste subcapítulo, que é por essa perspectiva, isto é, a partir de definições que representam a melancolia, que ele retrata a doença de Dostoiévski. Por outro lado, exibimos no capítulo anterior que a melancolia se apresenta como um impasse dentro do quadro conceitual psicanalítico freudiano, e acreditamos que a construção da história clínica de Dostoiévski comprova nossa hipótese, uma vez que o autor curiosamente afirma acreditar que o caso de seu personagem se trata de uma histeria grave, revelando sintomas de uma epilepsia histérica. Evidencia-se, portanto, uma representação da melancolia para apresentar um quadro de uma suposta histeria.

jogo não apenas o amor, mas a ambivalência de sentimentos e as identificações com os pais e os seus ideais. Segundo essa perspectiva, a patologia do romancista é resultado da confluência entre a identificação e o amor ao pai e, ao mesmo tempo, o desejo de eliminá-lo em busca do amor da mãe. Freud supõe que o escritor tem um duplice sentimento voltado para a figura paterna, amando-o e querendo ser como ele, mas também rivalizando e tendo medo dele devido ao temor da castração. Para o autor, essa ambivalência afetiva é intensificada quando o pai temido também é violento na realidade, sendo esse o caso de Dostoiévski.

Diante disso, ao mesmo tempo que ele se identifica ao masculino, a ameaça da masculinidade por meio da castração também o faz aproximar-se do feminino. Freud acredita que Dostoiévski porta traços de uma feminilidade recalcada e exemplifica a sua hipótese a partir do conteúdo de suas novelas, das atitudes afetuosas que ele estabelece com os seus rivais, da conduta masoquista na vida e do seu excessivo sentimento de culpa. Pressupõe-se então uma organização bissexual em Dostoiévski, que alimenta e fortifica tanto o seu talento quanto a sua patologia. Na sua vertente artística, ele porta traços latentes do feminino como defesa ou refúgio frente a um pai particularmente autoritário; e do lado da doença, ele se identifica tanto à figura do pai que pune quanto a de quem é punido. Ele ocupa os dois lugares simultaneamente e desdobra internamente a conflitiva entre o agressor e o agredido.

Acreditamos que é somente por já estar de posse de praticamente todos os desenvolvimentos metapsicológicos, sobretudo os da segunda tópica, que Freud desdobra essa perspectiva, até então sustentada em uma leitura a partir do complexo de Édipo e de castração, para uma versão psicopatológica inovadora, levando em conta desenvolvimentos teóricos recentes. A relação ambivalente de Dostoiévski com o pai passa a ser também explorada a partir do novo estudo apresentado a partir de 1923 e que coloca em jogo as relações entre as três instâncias psíquicas: o *Isso*, como pólo pulsional; o *Supereu*, como instância crítica constituída pela interiorização das exigências morais do mundo externo; e o *Eu*, como representante dos interesses subjetivos, sendo sede da libido narcísica e instância responsável por administrar os objetivos muitas vezes opostos das outras duas instâncias, bem como da realidade externa.

A nova concepção do aparelho psíquico permite ao autor tecer uma explicação que compreende a doença de Dostoiévski como uma introjeção no plano psíquico da conflitiva com o seu pai, transformando-se em uma luta entre o Eu e o Supereu: “no seu conjunto, a relação entre pessoa [*Person*] e objeto paterno na manutenção de seu conteúdo se transformou numa relação entre Eu e Supereu, uma nova encenação em um segundo palco” (Freud, 1928/2015, p.245). Do lado do Eu apresenta-se um desejo inconsciente de eliminar o pai, e do lado do Supereu apresenta-se uma punição contra esse desejo, sendo os ataques de morte uma satisfação

dessa punição. Coabita no mesmo personagem o desejo e a punição, redundando no sentimento de culpa.

Na segunda teoria do aparelho psíquico, o Supereu constitui-se pela interiorização das exigências e das interdições parentais, de modo que se o pai é violento e cruel, o Supereu também o será, revelando um Eu situado no lugar de objeto frente à crueldade e ao sadismo daquele. Freud acredita que Dostoiévski é identificado com os dois lados que lutam, resultando em uma violência voltada para si próprio, como autopunição, mas também em uma satisfação inconsciente nesse processo: pelo lado do Supereu, ele se identifica ao masculino e agressor e se satisfaz com a punição (sadismo), e pelo lado do Eu, ele se torna passivo e feminino, encontrando satisfação, como sentimento de culpa, nos abusos do Supereu (masoquismo).

A ambivalência do escritor na relação com o pai, admirando-o e identificando-se a ele e, por outro lado, amedrontado pela punição da castração, e, com isso, refugiando-se no feminino, faz Freud supor em uma disposição bissexual em Dostoiévski, que reforça a sua argumentação de que a neurose do escritor se desdobra num embate entre os dois lados aos quais ele se identifica.

Embora Dostoiévski não tenha matado o pai, seu desejo infantil é realizado aos dezoito anos, resultando em um sentimento de culpa e uma autopunição pela realização do seu desejo inconsciente. Isso é testemunhado com diversos exemplos: (i) a partir de seus ataques, que toma uma visada autopunitiva após o falecimento da figura paterna; (ii) a partir do seu vício no jogo, que se apresenta como uma paixão patológica, tendo repetidas vezes a necessidade de jogar até perder tudo, como se ele se punisse através do jogo, além de ser comprovado que ele melhorava a sua escrita e a sua produção literária quando ele perdia todo o dinheiro; (iii) e a partir da diminuição dos seus ataques quando ele ficou preso na Sibéria, demonstrando que, ao já estar sendo punido de outra maneira, ele não precisava recorrer a autopunição. A partir da leitura da segunda tópica, é evidenciado, portanto, que Dostoiévski satisfaz o Supereu ao punir o Eu contra o desejo inconsciente que foi realizado.

Em suma, Freud constrói uma leitura da patologia de Dostoiévski a partir da ótica do sentimento de culpa proveniente do desejo do parricídio. Embora ele utilize diferentes modos de narrativa para interpretar como esse desejo culmina na culpabilização de Dostoiévski, ele não renuncia à hipótese de que o desejo do parricídio é o fator primeiro que deflagra a doença do escritor. Sobre isso, é necessário retornar ao ensaio de 1916, *Alguns tipos de caráter a partir do trabalho psicanalítico*, para reiterar a afirmação freudiana de que os dois maiores crimes da humanidade são o incesto e o parricídio. Na história sobre Rebecca, exposta naquele texto, Freud apresenta o sentimento de culpa pela perspectiva do incesto, e, no trabalho sobre

Dostoiévski, ele fornece um exemplo da culpa vinculada ao parricídio. É de fundamental importância atentarmos para os dispositivos teóricos que ele lança mão para discutir cada caso. Em Rebecca, ele não apresenta outro recurso teórico a não ser a leitura edípica para falar tanto do desejo incestuoso de sua personagem quanto da sua autopunição por tê-lo realizado. Já sobre a psicopatologia de Dostoiévski, embora Freud também apresente um ensaio a partir das óticas dos complexos de Édipo e de castração, ele avança a discussão ao também fazer uso de um novo eixo teórico. Ele traça uma segunda leitura que complementa a primeira ao descrever o sofrimento do escritor a partir do embate entre o Eu e o Supereu e das suas novas formulações sobre a pulsão de morte. Essa segunda perspectiva psicopatológica é inovadora, nunca antes vista nos relatos clínicos anteriores a este.

Lembremos que no texto de 1923, *O eu e o isso*, Freud argumenta que um Supereu altamente punitivo expressa a cultura da pulsão de morte desconectada dos objetivos libidinais e das metas vinculadas à preservação da vida. É por essa nova concepção que Freud fundamenta as autopunições e toda a tendência para a destruição evidenciadas na vida e nas obras do personagem. Nesse extrato clínico, Freud ultrapassa uma explicação psicopatológica que coloca em jogo apenas o campo da sexualidade, colorido de erotismo, para uma argumentação fundamentada na tendência à autodestruição. Essa história ilustra clinicamente a remodelação teórica do pensamento freudiano apresentada na virada dos anos vinte com a introdução do conceito de *pulsão de morte*, demonstrado pelas manifestações do masoquismo imanente e do sentimento de culpa dos neuróticos.

Sendo assim, a etiologia da doença de Dostoiévski é entendida como consciência de culpa pela realização do desejo do parricídio e é fundamentada tanto pelo aparato teórico do complexo de Édipo e de castração, quanto pela inclusão das duas novas perspectivas psicopatológicas desenvolvidas a partir de 1920, a segunda tópica e a pulsão de morte.

4.6 Aporte teórico para a história clínica de Thomas Woodrow Wilson

Após as seis histórias supracitadas, finalizaremos com uma narrativa clínica apresentada de maneira diferente, sem Freud assumir o protagonismo na construção do caso, mas auxiliando outro autor em sua elaboração. Este, que viria a ser o último trabalho freudiano na análise de um personagem, foi assinado conjuntamente com o jornalista e ex-diplomata norte-americano William Christian Bullitt (1891-1967), redundando no livro publicado em 1966 nos Estados

Unidos, intitulado *Thomas Woodrow Wilson: Twenty-eighth president of the United States – a psychological study*. Nele há uma análise psicológica do ex-presidente norte-americano, Thomas Woodrow Wilson (1856-1924), que governou o país no fastígio da Primeira Grande Guerra e que foi um dos artífices do Tratado de paz de Versalhes, que impôs uma série de sanções e multas exageradas à Alemanha e aos impérios centrais, provocando um clima retaliativo que favoreceu a ascensão do nazismo e a deflagração da Segunda Guerra Mundial anos mais tarde.

Assessor do presidente Wilson e enviado à Moscou, Berlim e Paris como embaixador norte-americano, Bullitt testemunhou o modo peculiar do presidente governar e negociar o fim da guerra, com as suas exageradas variações de humor e a sua ideia messiânica de que era escolhido por Deus para governar a maior economia do mundo e pôr fim ao conflito mundial. Bullitt tinha um posicionamento crítico quanto as posições políticas do presidente Wilson, sobretudo sobre o tratado. Devido ao descompasso de ideias ele se afastou da carreira diplomática e seguiu o caminho do jornalismo. Após o término da Primeira Guerra e longe do meio político, Bullitt tem um projeto de escrever um livro sobre os quatro personagens que protagonizaram o Tratado de Versalhes, dentre eles o presidente Thomas Wilson. Sua proposta é comunicada a Freud na ocasião de uma visita em maio de 1930 à clínica de Tegel, nos arredores de Berlim, onde o psicanalista estava passando uma temporada para tratar de uma pneumonia. Segundo Bullitt, Freud estava deprimido e atormentado pela sua doença, mas quando soube de sua proposta, ele ficou tão fascinado que mudou sua expressão, chegando inclusive a pedir sua participação na escrita.

E por que o interesse de Freud sobre esse personagem? São vários os motivos. Ele tinha um antiamericanismo manifesto, impulsionado pela forma como seus textos foram recebidos nos Estados Unidos (como, por exemplo, o seu trabalho sobre a análise leiga) e por testemunhar as técnicas de modificação de comportamento sustentadas em preceitos psicanalíticos que foram testadas sem o seu consentimento pelo seu próprio sobrinho, Edward Bernays, como parte do governo Wilson para impulsionar a venda de produtos no mercado estadunidense. Além disso, na introdução do livro, escrito unicamente pelas mãos freudianas, o autor manifesta declaradamente a sua antipatia pelo presidente ao fazer referência à participação americana nas punições vingativas estabelecidas sobre as Potências Centrais Alemãs, chegando a dizer que “sofríamos com a sua intrusão em nosso destino” (Freud & Bullitt 1967, p. xi). Para Peter Gay (2008), Freud animou em contribuir na análise de um personagem que, além de ter tido um impacto social, também pôs em cena os seus traços neuróticos num cenário mundial. Ele ainda dispunha de um extenso material disponibilizado por Bullitt da vida pessoal e política do ex-

presidente, permitindo-lhe realizar um estudo psicológico diferente daquele feito sobre Leonardo da Vinci, no qual queixava-se por não ter tido muitas ferramentas de análise.

Após alguns encontros para debater sobre a composição do livro, Freud e Bullitt chegaram ao acordo de que o livro seria composto por duas introduções, cada uma assinada por um autor; uma apresentação biográfica da infância e da vida adulta de Wilson, redigida por Bullitt; e um estudo psicológico do personagem, escrito a quatro mãos. O trabalho então foi escrito em mútua cooperação entre o verão de 1930 e o outono de 1931. Mas, a partir do ano seguinte, surgiram as primeiras discordâncias. Bullitt reclama que prestes a finalizar o manuscrito, Freud havia modificado algumas partes do capítulo, inserindo novas passagens com as quais ele não estava de acordo. Ambos deixaram o projeto de lado, até que as ideias amadurecessem, rediscutindo-as mais a frente. Roudinesco & Plon (1998) afirmam que a dissidência não afetou Freud, que além de manter a amizade com Bullitt, acreditava que ele era o único norte-americano que gostaria de fazer alguma coisa pela Europa e a quem ele esperava que confiassem algum cargo.

Em 1933, Bullitt é convocado pelo presidente Roosevelt a ser embaixador na União Soviética e cinco anos mais tarde protagoniza junto a Marie Bonaparte o exílio do psicanalista e de sua família na Grã-Bretanha devido aos perigos do nazismo que chegavam à Áustria. Já em Londres, ambos retornam a rediscutir o antigo projeto e Freud aceita suprimir os acréscimos que fizera à publicação. O estudo psicológico só veio a ser publicado após a morte de Wilson e de sua esposa e um ano antes do falecimento do diplomata, em 1966. Nem Freud nem Bullitt vieram a saber das repercussões do referido trabalho.

O livro foi material de variadas discussões no meio psicanalítico, sendo taxado de superficial, simplista, chegando a ser interrogada a participação de Freud ou mesmo a alteração de sua escrita nesse empreendimento. Ernest Jones, o primeiro a ler o manuscrito por pedido de Bullitt, fez a seguinte afirmação em 1957: “embora seja um trabalho conjunto, não é difícil distinguir as contribuições analíticas de um autor das contribuições políticas do outro” (*apud* Socha, 2018, p.22).

A celeuma referente à participação freudiana no referido trabalho só veio ser encerrada quando o historiador e psicanalista Paul Roazen encontrou em 2004 uma série de documentos pessoais de Bullitt entregues por sua filha à biblioteca da Universidade de Yale, dentre eles os documentos sobre o projeto de redação do livro e um manuscrito desconhecido escrito em alemão e com a mesma caligrafia de Freud. Na comparação com a versão inglesa publicada fica evidenciada a semelhança com o trabalho de Freud e as sutis modificações, com alterações de

termos, supressões de parágrafos, revelando uma edição que retirou o sentido original do documento freudiano (Socha, 2018).

Após essa introdução, nosso trabalho investigativo sobre como Freud constrói a narrativa desse personagem se resumirá nos dois documentos escritos unicamente pelo autor, ou seja, a introdução do livro, publicada no original em inglês, e o manuscrito recém-descoberto em que são apresentados os pontos de vista de Freud sem qualquer edição. Faremos uso das contribuições de Bullitt quando for necessário compreender algum pormenor da biografia do personagem.

Na introdução, Freud expõe a sua visão sobre alguns traços de caráter de Thomas Wilson. Chama a sua atenção a extrema religiosidade e o estilo messiânico do ex-presidente, sendo um personagem que nega a realidade a favor de um discurso religioso-delirante, no qual se vê como benfeitor, ordenado por Deus para presidir os Estados Unidos e salvar o mundo. Wilson criava silogismos através dos quais aplicava a religião cristã à política, evidenciados, por exemplo, na afirmação “Deus é bom, a doença é má. A doença contradiz a natureza de Deus. Portanto, uma vez que Deus existe a doença não existe.” (Freud & Bullitt, 1967, p.xiv).

Por mais que ele tenha sido um dos artífices do tratado de paz mundial, era conhecido como um personagem que tinha pouco conhecimento do mundo exterior, não distinguindo os limites dos países europeus e as suas línguas. Wilson denegava a realidade e não considerava os fatos, o que contribuiu para o seu desastre diplomático nas reuniões do pós-guerra. Por outro lado, gozava com a sua própria oratória ao construir frases eloquentes e de impacto, resultando numa expectativa do público quanto à sua desenvoltura política. Bullitt (1967) ressalta a influência paterna na vida do ex-presidente. Joseph Wilson era um pastor presbiteriano com uma habilidade discursiva pela qual o filho era fascinado. O modo de identificação do filho ao pai e a sua articulação com a religião viriam a ser peça-chave na análise de Freud.

A proposta freudiana é realizar um *estudo psicológico* a partir de hipóteses psicanalíticas sem a necessidade de demonstrar se Wilson tinha traços de caráter patológicos ou não. Para o autor, a linha rígida entre normalidade e patologia já tinha sido superada há muito tempo pela psicanálise, sendo inócuo querer situá-lo de um lado ou de outro. Freud oferece algumas formulações conceituais sem promover um estudo direto do presidente Wilson, deixando para Bullitt essa função. Então qual é o seu legado nessa história clínica? Acreditamos que Freud vai transmitir o aparato teórico para que Bullitt fale do caso, de modo que essa história aponta para a transmissão dos conceitos fundamentais da psicanálise, tomando por base o personagem. Embora no manuscrito o autor fale pouco do ex-presidente, ele é seguramente mobilizado pela história de Wilson na construção do manuscrito, uma vez que o que ele exprime em teoria vai

ao encontro do que Bullitt apresenta sobre o personagem. É na busca de apreender qual enquadramento psicanalítico que Freud constrói a partir do caso Thomas Wilson que estamos interessados.

Embora Freud exponha e desdobre diferentes conceitos ao longo do seu texto, como libido, complexo de Édipo, identificação, supereu, dentre outros, ele emoldura todos esses termos a partir de um conceito central presentificado do início ao fim do trabalho: a bissexualidade. A começar, ele afirma que “todos os seres humanos são constituídos em dupla camada, são bissexuais. Cada indivíduo singular, seja homem ou *mulher*, é composto por elementos de masculinidade e elementos de feminilidade” (Freud, 1931/2017, p.39, grifo do autor). Impelido pela história do ex-presidente, ele trata da bissexualidade a partir das perspectivas da libido, da *dupla identificação*, do complexo de Édipo e da religião.

Quando aborda a masculinidade e a feminilidade, ele fornece um sentido para-além do biológico. Desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1998), Freud descreve esses dois termos apoiando-se em um certo imaginário social, retratando-os a partir de um jogo de posições ativas e passivas: a masculinidade é associada à tendência à atividade, como a necessidade de amar, de expressar o desejo e de subjugar o mundo externo, sendo o seu mais alto grau o sadismo; e a feminilidade correlaciona-se à passividade, como a necessidade de receber amor e de se submeter aos outros, sendo o masoquismo a sua expressão máxima (Freud, 1931/2017).

Na perspectiva freudiana da bissexualidade, em nenhum momento o homem seria constituído apenas por uma das partes, mas tanto a libido quanto as identificações se distribuiriam em relações objetivas masculinas e femininas. Por outro lado, as primeiras relações infantis seriam do tipo passivas, uma vez que a criança é submetida aos cuidados de um terceiro para sobreviver. Com o desenvolvimento físico e psíquico infantil, ela passa a também responder ativamente aos comportamentos dos pais e muitas vezes não consegue escoar a sua libido do modo como almeja. É nesse contexto que surge a conflitiva edípica, na qual ela encontra impeditivos maternos ou paternos para expressar a sua libido ativa voltada para um deles. Uma solução para o problema apresentado seria a identificação com um dos pais; o menino, por exemplo, substitui a sua rivalidade com o pai por uma identificação com ele. Ele se submete passivamente ao pai para se tornar como ele, resultando na constituição de uma instância psíquica interna, o Supereu, como introjeção dos preceitos e mandatos paternos. Freud argumenta que em alguns casos a internalização das exigências paternas é tão exagerada que o pai é identificado ao lugar de um Deus todo poderoso, fazendo do Supereu superexigente, como é o caso do ex-presidente retratado por Bullitt.

O espectro teórico da bissexualidade é desdobrado no manuscrito para explicar os fenômenos de identificação. O autor expõe de maneira inédita um tipo de identificação que é apresentado na religião cristã, e essa leitura será utilizada por Bullitt para construir o retrato psicológico de Wilson. A seu ver, a identificação de Jesus Cristo com Deus (e dos devotos católicos com Cristo) põe em evidência a bissexualidade constitutiva:

Essa identificação é capaz de uma façanha: a conciliação *como que por milagre* de dois desejos extremamente potentes e absolutamente antagônicos por meio da satisfação simultânea de ambos. Os dois desejos são: ser totalmente passivo e submisso em relação ao pai e completamente feminino e, por outro lado, ser totalmente masculino, poderoso e dominador como o próprio pai. Cristo foi capaz de realizar isto: ao se submeter humildemente à vontade do Deus-Pai, tornou-se ele próprio Deus, e, ao se entregar à mais completa feminilidade, alcançou a meta mais extrema da masculinidade (Freud, 1931/2017, p. 79, grifos do autor).

A passividade e submissão ao pai conjugada à idealização de tornar-se ativo e dominador como ele é o centro da explicação freudiana nesse texto, de modo que Cristo é o exemplo da conciliação do feminino e do masculino. Por mais que Freud não cite Wilson nessa passagem, o ex-presidente se posicionava de modo semelhante. Segundo Bullitt, ele é o exemplo da sujeição irrestrita ao pai e ao mesmo tempo tinha uma crença messiânica de sua superioridade e da onipotência do seu discurso, acreditando poder levar a paz ao mundo.

A atividade conjugada à passividade é a marca do ex-mandatário estadunidense. Na relação paterna, ao mesmo tempo em que venera passivamente o pai (a quem ele chama de “incomparável pai”), identifica-se a ele e repete ativamente a sua oratória. Já no ambiente político, ao mesmo tempo que tem uma crente megalomania sobre os seus poderes, convencido, por exemplo, de que seria capaz de ditar um acordo de paz mundial, ele se apassiva diante dos seus parceiros aliados durante as negociações do Tratado de Versalhes e concorda com cada uma de suas demandas contra as Potências Centrais Alemãs, as quais representava tudo aquilo que ele estava ali para se opor. Além disso, no entremeio da reunião de Paris, Wilson é tomado por crises de enxaqueca e flutuações de humor, ausentando-se do encontro, sem resistência para sustentar os seus próprios ideais. Não bastando o fracasso de suas ambiciosas missões no continente europeu, Wilson também perde o controle da política interna dos Estados Unidos durante a sua longa viagem.

Freud reitera que, em muitos casos, a homossexualidade passiva perante o pai não encontra uma expressão direta, mas ajeita-se de diversos outros modos, dentre eles, o que veio chamar de *dupla identificação*: o sujeito se identifica ao pai e elege outros homens mais jovens, que ele identifica consigo mesmo, tratando-os com o mesmo amor que ele almejou ter recebido

do pai (Freud, 1931/2017). Essa visão foi exemplificada por Bullitt sobre a relação que Wilson teve com o Coronel House, seu braço direito no período da presidência. O comportamento extensamente feminino em relação ao pai é também demonstrado quando Wilson chama-o para morar consigo após o falecimento da mãe. Para o psicanalista Luis Carlos Menezes (2017), a morte da mãe deixou um espaço vazio para que Wilson pudesse expressar a sua libido feminina com o pai, enchendo-lhe de cuidados, demonstrado ainda nas cartas escritas a ele.

Wilson é o personagem que exemplifica os desenvolvimentos teóricos apresentados por Freud em 1905 nos seus *Três ensaios* sobre a existência de um bissexualidade originária constitucional, de modo que tendências masculinas e femininas coexistem desde a infância em todo indivíduo. Ele resgata esse aporte teórico e faz dele o eixo central para a apresentação dessa história clínica, demonstrando que não apenas os traços de caráter como todos os comportamentos patológicos evidenciados no personagem demonstram a dupla constituição psíquica, estruturada por elementos da feminilidade e da masculinidade.

As histórias clínicas de Dostoiévski e de Thomas Wilson são construídas em um período no qual Freud tem posse de todos os seus principais desenvolvimentos teóricos. Entretanto, na comparação entre os dois textos evidenciam-se acentuações teóricas que demonstram que ambos são construídos de maneiras distintas. No extrato clínico de Dostoiévski, Freud aborda a temática da bissexualidade, mas prioriza uma leitura psicopatológica mais próxima da pulsão de morte e da segunda tópica. Já no trabalho sobre Wilson, visualizamos o contrário, uma vez que há uma acentuação da leitura a partir da bissexualidade, e todos os outros conceitos, como complexo de Édipo, libido, identificação e supereu, são trabalhados a partir desse suporte teórico.

Reiteramos ainda que nos dois escritos sobre Wilson reaparece uma outra leitura psicopatológica já apresentada nas histórias de Leonardo e de Schreber. Freud destaca que seu objetivo não é enquadrar o personagem nas concepções de normalidade ou patologia. Na sua visão, uma distinção dessa ordem é inadequada e ineficiente para a 1 psicanalítica, uma vez que este campo já evidenciou que os sintomas e as inibições são comuns a todos os seres humanos, de modo que “todas as pessoas são mais ou menos neuróticas” (Freud, 1931/2017, p. 67). Para o autor, o conflito é imanente à constituição humana e não define de antemão uma suposta normalidade ou patologia pela sua ausência ou presença. A partir dessa perspectiva, ele descreve moebianamente a sua percepção da psicopatologia e retoma o que anteriormente foi desenvolvido em teoria, mais especificamente no seu trabalho *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901/1997), onde demonstra que não há uma separação precisa entre a normalidade e a patologia.

Interrogamos no início deste capítulo se os extratos clínicos freudianos poderiam dar mostra das diferentes perspectivas da psicopatologia psicanalítica. E com as sete histórias analisadas, ratificamos nossa hipótese de que são inúmeros os eixos de reflexão implementados pelo autor, fazendo uso de diferentes formulações psicanalíticas a partir de distintos momentos teóricos. Embora suas histórias sejam todas sustentadas pelo saber da psicanálise, Freud apresenta diferentes concepções da psicopatologia: ora ela é sinônimo de uma defesa contra o desejo (como no caso Schreber), ora é o contrário disso, sendo resultado da realização do mesmo e manifestada como consciência de culpa (como em Lady Macbeth); em uma história é o desejo incestuoso que promove o sofrimento (Rebecca), enquanto em outra é o parricídio (Dostoiévski); já em Thomas Wilson é a presença de desejos antagônicos e simultâneos que caracterizam o personagem; e, no caso do pintor Haitzmann, é a posição de desamparo que irrompe a sua patologia. Sobre Leonardo da Vinci e Thomas Wilson, Freud se preocupa em fazer um estudo psicológico dos personagens sem a necessidade de interrogar uma patologia, e se aproxima da posição teórica que revela a impossibilidade de delimitar as fronteiras entre a normalidade e a doença. Essa visão também é apresentada na história sobre Schreber quando demonstra que ao mesmo tempo que o delírio pode desestabilizar e gerar um processo patológico, ele também é uma tentativa de cura.

Para analisar cada um desses personagens, é evidente que o autor emprega diferentes recursos teóricos na construção de suas hipóteses psicopatológicas. Ainda que ele não situe Leonardo e Wilson pelo ponto de vista da doença, ele emprega do enquadramento teórico da sexualidade infantil para a construção dos dois casos. Pela mesma perspectiva sexual ele estrutura a história de Schreber. Já na história de Haitzmann, Freud aborda a doença do pintor através de duas leituras: a partir do complexo de Édipo e de castração e, em outro momento, pela posição de desamparo, recurso teórico apresentado no *Projeto*. Sobre os personagens Rebecca e Dostoiévski, o autor interpreta a consciência de culpa de ambos pelo prisma da realização de desejo, contudo em Rebecca ele usa do eixo de reflexão do complexo de Édipo, enquanto em Dostoiévski ele progride para os campos conceituais da pulsão de morte e da segunda tópica.

Concluimos, portanto, que há uma heterogeneidade no modo de composição e nos recursos teóricos utilizados para cada história. Esses extratos clínicos apresentam diferentes modelos de leitura psicanalítica que evidenciam a inexistência de uma única forma de definição da doença na psicopatologia freudiana. Eles também corroboram a nossa hipótese de que essa psicopatologia não é linear e evolutiva, como se um modelo de análise destituísse o anterior ou como se a leitura psicopatológica utilizada em cada história estivesse de acordo com a

descoberta ou o desenvolvimento teórico daquele momento. Ao contrário, testemunhamos retomadas de perspectivas iniciais mesmo em extratos clínicos posteriores, como, por exemplo, quando o autor retoma a leitura da bissexualidade para apresentar a história de Thomas Wilson. Logo, não é possível perceber, através deste capítulo, as viradas dialéticas ou reconceituações apresentadas nos capítulos dois e três, já que não há uma similitude entre cada extrato clínico e cada momento teórico. Entretanto, ele ratifica, a partir de outra perspectiva, o que também foi evidenciado nos capítulos anteriores, isto é, a pluralidade da psicopatologia psicanalítica freudiana.

CONCLUSÕES

Apresentamos em um primeiro momento as diferentes psicopatologias ao longo da história e de que modo a psicanálise freudiana rompe com as leituras precedentes da psiquiatria clássica. Já nos capítulos seguintes, comprovamos a nossa hipótese de que Freud também não fornece apenas uma única definição psicopatológica. Através dos diferentes eixos de análise (teórico, nosológico e clínico), atestamos que sua psicopatologia não é única, imutável, mas marcada por constantes reelaborações. Isso nos permite aferir a presença de múltiplas leituras psicopatológicas também na teoria freudiana. Por isso, valemo-nos da expressão polêmica de Lacan (1971-1972/2003), *a mulher não existe* para dizer que *a psicopatologia freudiana também não existe*. Com essa expressão, Lacan buscou apresentar a ideia de que a mulher, enquanto representação do que é ser uma mulher, não existe. E se a mulher não tem uma representação de si mesma, isso significa que cada mulher pode inventar a sua essência. Logo, as mulheres existem, mas *a mulher* (no singular) não. Nesse mesmo contexto, apresentamos, no primeiro capítulo, que *as psicopatologias* existem, mas *a psicopatologia* não. E avançamos ainda mais nos capítulos seguintes, demonstrando que, mesmo no campo psicanalítico freudiano, a psicopatologia como unidade ou totalidade não existe. Embora em nenhum momento Freud tenha se distanciado do escopo conceitual e teórico a que se propôs, preservando sempre uma compreensão psicanalítica, evidenciamos que esse saber se ramificou em várias perspectivas e direções, chegando a apresentar diferentes jogos de linguagem sobre o sofrimento e padecimento psíquicos.

Estamos longe de acreditar que uma visão única da patologia seria mais correta ou eficaz. As inovações freudianas, suas redefinições e retomadas teóricas marcam o lugar de tensionamento entre a escrita teórica e o singular de uma clínica que sempre desafia o fechamento de sentido da teoria. Freud se lança e se permite estabelecer diferentes definições do *pathos* porque as suas elaborações estão de pleno acordo com a proposta da clínica desenvolvida por ele, que é a de escutar a singularidade de cada caso. Ele constrói em teoria diferentes leituras porque a sua clínica se revela sempre heteróclita, nunca universal, colocando à mostra a radical dessemelhança entre um caso e outro, redundando no inacabável desafio de descrever em teoria o que desvenda de novo no campo da clínica.

No entanto, as suas distintas perspectivas psicopatológicas resultam não só das suas descobertas no campo clínico, como também das suas invenções teóricas. Há um caminho de mão dupla na relação entre clínica e teoria que se retroalimenta, isto é, Freud adequa a teoria a

partir dos fenômenos que vai descobrindo na clínica, como também ajusta os conceitos psicopatológicos a partir das suas descobertas teóricas. Isso posto, acreditamos que a variação resulta da aliança entre a dinamicidade da clínica e da teoria.

Nossa hipótese é reiterada em algumas passagens da obra freudiana, como em um trecho do ensaio *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919[1918]/2017), em que o autor expressa a sua crença na não imutabilidade de suas ideias, abrindo espaço para mudanças, acréscimos e reinterpretações. Ele próprio admite que o modo de leitura psicanalítico pode alterar com o tempo, evidenciando uma posição ética que abre espaço para novas perspectivas, novos campos conceituais e conseqüentemente novas psicopatologias. Eis a passagem:

Nunca nos orgulhamos da completude e do fechamento do nosso saber e de nossas habilidades; estamos sempre dispostos, tanto antes quanto agora, a admitir a incompletude do nosso conhecimento, a aprender coisas novas e mudar em nosso procedimento aquilo que pode ser substituído por algo melhor (p. 180).

Já na história clínica de Thomas Wilson, recuperamos uma afirmação que complementa a anterior:

A expectativa de que detalhes de nossas ideias atuais não de ser alterados não nos deve impedir de utilizar as ideias no presente da maneira que as temos no momento. Nossa ciência ainda é muito jovem. O trabalho de Newton não perdeu seu valor pelo fato de Einstein ter apresentado sua doutrina a seguir, e, sem um Newton, é provável que nunca tivesse havido um Einstein (Freud, 1931/2017, p. 33 a 35).

Em suma, a certeza do caráter inacabado da teoria é recorrentemente encontrado nos trabalhos freudianos e demonstra a sua receptividade para inovações teóricas e a sua crença de que tais reformulações não necessariamente invalidam as bases conceituais da psicanálise. Freud apresenta em teoria o campo do paradoxo (e não o da contradição), que implica a possibilidade de formular ideias diferentes, sem necessariamente negar ou desbancar a formulação anterior.

Pressupomos que Freud vai na mesma linha de pensamento do filósofo alemão Martin Heidegger, quando este afirma que “a não essência (o elemento perturbador) do fundamento é [...] unicamente ‘superada’ no existir fático, mas nunca afastada” (Heidegger, 1973, p. 323). Essa afirmação é importante no contexto de nossa pesquisa, uma vez que a orientação freudiana é a de sustentar que a superação de uma perturbação teórica e clínica não afasta de modo nenhum a possibilidade de uma nova perturbação e a necessidade de uma reformulação posterior. Ao longo deste trabalho foi demonstrada a presença de perturbações em determinados momentos fáticos, apresentadas como dúvidas, incertezas e interrogações sobre o modelo

psicopatológico anterior. Diante de novas descobertas clínicas, como, por exemplo, a revelação da sexualidade infantil, e diante de inovações teóricas, como a criação do conceito de narcisismo, de pulsão de morte, da segunda teoria do aparelho psíquico, dentre outras, algumas perturbações se impuseram e fizeram Freud reformular a sua linguagem psicopatológica, muito embora não necessariamente tenham comprometido ou desqualificado o que já tinha se conquistado. Isso é claramente constatado no capítulo teórico e na seção sobre a melancolia.

Após termos comprovado nossa hipótese de pesquisa, pressupomos ser possível realizar o mesmo empreendimento e obter a mesma constatação no ensino do principal comentador de Freud, o psicanalista francês Jacques Lacan. Em resumo, acreditamos ser possível evidenciar pelo menos três diferentes modelos de leitura na psicopatologia lacaniana.

Tanto em sua tese de doutorado sobre a paranoia, quanto em algumas passagens do seu primeiro seminário (*Os escritos técnicos de Freud*), e no trabalho de 1949, *O estádio do espelho como formador da função do eu*, deduzimos encontrar, já de início, uma primeira leitura da doença a partir do imaginário e do seu principal representante, o Eu, articulando conceitos como o *narcisismo*, o *estádio do espelho*, as resistências e os modos de defesa do Eu. No seminário supracitado, Lacan (1953-1954/2019) chega a dizer, por exemplo, que “o eu se constrói [...] exatamente como um sintoma” (p. 27).

Mas objetivando resgatar o *sentido* da teoria e da clínica de Freud contra a tendência ao dogmatismo presente no movimento psicanalítico pós freudiano, Lacan desdobra os seus primeiros trabalhos para a mesma linha de interpretação do seu antecessor, definindo o sintoma a partir de uma estrutura de linguagem, como metáfora a ser decifrada. Até meados da década de sessenta, Lacan prioriza o simbólico não só na constituição dos sintomas, como na estruturação psíquica. Há uma *outra cena* onde *isso pensa*, que é regida simbolicamente por uma cadeia significante e que determina o sujeito. O Outro como matriz simbólica, “tesouro do significante”, evoca nesse primeiro momento o lugar do inconsciente freudiano, evidenciado na sua frase canônica de que “o inconsciente é o discurso do Outro” (Lacan, 1957/1998, p. 529). Um déficit da função simbólica, ordenado pela ausência do significante Nome-do-Pai, produziria um desarranjo no imaginário, trazendo consequências na relação com o corpo e com a própria linguagem. Nesse período, Lacan pensa as categorias psiquiátricas de forma estrutural e, claro, leva em conta a descoberta freudiana sobre o inconsciente.

Já em um terceiro momento, com a entrada da topologia no ensino de Lacan em 1974, ele passa a pensar as classes psicopatológicas de mais um modo, não mais pela presença ou pela ausência do significante Nome-do-Pai, mas fazendo uso do recurso do *nó borromeano*, o que traz reflexos para as categorizações precedentes. No seminário *O Sinthoma*, Lacan (1975-

1976/2007) chega a dizer que a cadeia borromeana é uma metáfora, a partir da qual ele inventa algo novo, um novo modo de escrita.

O diagnóstico clínico topológico implementa então uma nova concepção psicopatológica, nunca antes vista, pois enquanto o diagnóstico estrutural é descontínuista e opositivo, baseado na ideia de ter ou não ter o Nome-do-Pai, a categorização topológica é contínuista, baseada numa gradação alusiva à relação do sujeito com a linguagem. Neurose, psicose e perversão são estudadas sob o crivo da topologia, o que não implica necessariamente num descarte das primeiras formulações de Lacan sobre o diagnóstico.

Em seu antepenúltimo seminário, *L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre*, proferido entre 1976 e 1977, Lacan expõe uma afirmação altamente revolucionária sobre a presença de outra leitura do psiquismo que não através do inconsciente. À título de comparação, se anteriormente ele associa a patologia ao inconsciente, chegando a afirmar que “o inconsciente é a verdadeira doença mental do homem” (Lacan, *apud* Jorge, 2017, p. 16), em 1976 ele apresenta algo inédito que abala tal afirmação: “Este ano, digamos que [...] procurei introduzir algo que vai além do inconsciente”³⁷ (Lacan, 1976-1977, aula de 16 de novembro de 1976). Os enigmas dessa nova leitura psicanalítica, para-além do inconsciente, foram investigados pelo psicanalista francês Alain Didier-Weill, resultando em seu livro *Um mystère plus lointain que l'inconscient* (um mistério mais distante que o inconsciente) (2010), mas ainda é pouco explorado no meio psicanalítico brasileiro.

Presumimos, portanto, que se Lacan inicia o seu ensino sendo freudiano, ele o finaliza sendo lacaniano e altamente revolucionário, propondo novas hipóteses e promovendo reconceituações no discurso psicanalítico, tal como Freud o fez. Essa é a nossa nova visada de estudo para o futuro...

³⁷ “Cette année, disons que [...] j’ai essayé d’introduire quelque chose qui va plus loin que l’inconscient”.

REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. *Metafísica*. Bauru: Edipro, 2012.
- _____. *Órganon*. Bauru: Edipro, 2010.
- _____. “Problema XXX,1”. In: PIGEAUD, Jackie. *O homem de gênio e a melancolia*. Rio de Janeiro: Lacerda Editora, 1998.
- BERCHERIE, P. *Géographie du champ psychanalytique*. Paris: Navarin Éditeur, 1988.
- _____. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- BERLIOZ, H. *Mémoires*. Paris: Garnier-Flammarion, 1969, v.1.
- BLANCHOT, M. *A conversa infinita 2: a experiência limite*. São Paulo: Escuta, 2007.
- BOURLLOT, G. & VIVÈS, J. M. “Freud et la dimension sonore du langage”. In: *L'évolution psychiatrique*. Paris, 77 (4), p. 503-517, 2012. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 12 mar. 2023.
- BREUER, J. & FREUD, S. (1893-1895) “Estudios sobre la histeria”. In: FREUD, S. *Sigmund Freud: obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996, v.2.
- CAIRUS, H. F. & RIBEIRO JR, W. A. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2019.
- CASTELO BRANCO, F. O. *O espaço, a linguagem e a morte: sobre a melancolia em psicanálise*. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.
- CHARCOT, J. M. (1897) *La foi qui guérit*. Vanves: Hachette Livre-BNF, 2018.
- DESCARTES, R. (1637) “Discurso do método”. In: *Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultura, 1973.
- _____. (1641) *Meditações sobre filosofia primeira*. Campinas. Ed. Unicamp, 2004.
- DE LIBERA, A. *Arqueologia do sujeito: nascimento do sujeito*. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.
- DIDIER-WEILL, A. *Un mystère plus lointain que l'inconscient*. Paris: Aubier, 2010.
- DODDS, E. R. *Os gregos e o irracional*. São Paulo: Escuta, 2002.
- ENTRALGO, P. L. *La medicina hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente, 1970.
- FARIAS, F. R. *Histeria e psicanálise: o discurso histórico e o desejo de Freud*. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

- FÉDIDA, P. & WIDLÖCHER, D. Présentation. In: *Revue Internationale de Psychopathologie*. n° 1, pp. 3-4.
- FORRESTER, J. *A linguagem e as origens da psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1971/1996.
- _____. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972/2019.
- FREUD, S. (1887-1904) *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess: 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- _____. (1888) “Histeria”. In: FREUD, S. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1996, v.1.
- _____. (1890) “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996, v.1.
- _____. (1891) “Sobre a concepção das afasias”. In: FREUD, S.; GARCIA-ROZA, L. A. *Sobre a concepção das afasias; As afasias de 1891*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014.
- _____. (1892-1894) “Prólogo y notas de la traducción de J.-M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-88)*”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996, v.1.
- _____. (1893) “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.3.
- _____. (1893a) “Charcot”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.3.
- _____. (1894) “Las neuropsicosis de defensa”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.3.
- _____. (1896) “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.3.
- _____. (1896a) “La etiología de la histeria”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996, v. 3.
- _____. (1900) “La interpretación de los sueños”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996, v. 4 e 5.
- _____. (1901) “Psicopatología de la vida cotidiana”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.7.
- _____. (1905) “Tres ensayos de teoría sexual”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998, v. 7.
- _____. (1905a) “El chiste y su relación con lo inconsciente”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.8.

- _____. (1906[1905]) “Mis tesis sobre el papel de la sexualidade en la etiología de las neurosis”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998, v.7.
- _____. (1908) “Sobre las teorías sexuales infantiles”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996, v. 9.
- _____. (1909) “Análise da fobia de um garoto de 5 anos (caso pequeno Hans)”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Histórias clínicas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.
- _____. (1909a) “Carta de 17 de outubro de 1909”. In: FREUD, S. & JUNG, C. *Freud/Jung: Correspondência completa*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1909b) “Observações sobre um caso de neurose obsessiva (caso homem dos ratos)”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Histórias clínicas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.
- _____. (1909c) “Un fantasma de Léonard de Vinci”. In: *Les premiers psychanalystes: minutes de la Société psychanalytique de Vienne*. Paris: Gallimard, 1978, vol. II.
- _____. (1910) “La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.11.
- _____. (1910a) “Uma lembrança de infância de Leonardo da Vinci”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Arte, literatura e os artistas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- _____. (1910b) “Escritos breves: contribuciones para un debate sobre el suicidio”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.11.
- _____. (1911) “Psychoanalytische bemerkungen Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (*dementia paranoides*)”. In: _____. *Gesammelte Werke*. Frankfurt: S. Fischer Verlag, 1996, vol. 8.
- _____. (1912) “Sobre a dinâmica da transferência”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- _____. (1912[1911]) “Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) descrito com base em dados autobiográficos (caso Schreber)”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Histórias clínicas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.
- _____. (1914) “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998, v. 14.
- _____. (1914a) “Recordar, repetir e perlaborar”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- _____. (1914b) “À guisa de introdução ao narcisismo”. In: *Obras psicológicas completas: escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004, v.1.

- _____. (1915) “O inconsciente”. In: _____. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 2.
- _____. (1915a) *Neuroses de transferência: uma síntese*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- _____. (1916) “Alguns tipos de caráter a partir do trabalho psicanalítico”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Arte, literatura e os artistas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- _____. (1916a) “*Einige charaktertypen aus der psychoanalytischen arbeit*”. In: _____. *Gesammelte Werke*. Frankfurt: S. Fischer Verlag, 1996, vol. 10.
- _____. (1917) “Luto e melancolia”. In: _____. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v.2.
- _____. (1919[1918]) “Caminhos da terapia psicanalítica”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Fundamento da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- _____. (1919) “Lo ominoso”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v.17.
- _____. (1920) “Além do Princípio de Prazer”. In: _____. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 2.
- _____. (1923) “O Eu e o Id”. In: _____. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2007, v.3.
- _____. (1923a) “Uma neurose demoníaca no século XVII”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Neurose, psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- _____. (1923[1922]) “Eine teufelsneurose im siebzehnten jahrhundert”. In: _____. *Gesammelte Werke*. Frankfurt: S. Fischer Verlag, 1998, vol. 13.
- _____. (1924) “O declínio do complexo de Édipo”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Neurose, psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- _____. (1924a) “Neurose e Psicose”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Neurose, psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- _____. (1924b) “A perda da realidade na neurose e psicose”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Neurose, psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- _____. (1925[1924]) “Las resistencias contra el psicoanálisis”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v. 19.
- _____. (1928) “Dostoiévski e o parricídio”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud - Arte, literatura e os artistas*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- _____. (1931) *Manuscrito inédito de 1931*. São Paulo: Blucher, 2017.
- _____. (1933[1932]) “Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997, v. 22.

- _____. (1940) “Compêndio de psicanálise”. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud* - Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.
- _____. (1950[1895]) “Proyecto de psicología”. In: _____. *Sigmund Freud: Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996, v.1.
- _____. (1950[1895]a) “Projeto para uma psicologia científica”. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 1.
- _____. (1950[1895]) “Entwurf einer psychologie”. In: _____. *Gesammelte Werke*. Frankfurt: S. Fischer Verlag, 1998, vol. 1.
- FREUD, S. & BULLITT, W. *Thomas Woodrow Wilson: Twenty-eighth president of the United States – a psychological study*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1967.
- FRIAS, I. *Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica*. São Paulo: Loyola, 2004.
- GARCIA-ROZA, L. A. (1991) “As afasias de 1891”. In: FREUD, S. & GARCIA-ROZA, L. A. *Sobre a concepção das afasias; As afasias de 1891*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014.
- GAY, P. *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- HIPÓCRATES. *Des maladies IV*. Paris: Belles Lettres, 1970.
- _____. “La nature de l’homme”. In: *Corpus medicorum Graecorum*. Berlim: Akademie-Verlag, 1975.
- HEIDEGGER, Martin. *Sobre a essência do fundamento*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- HOMERO. *Ilíada*. São Paulo: Melhoramentos, 2010.
- _____. *Odisseia*. São Paulo: Cultrix, 2006.
- IANNINI, G.; TAVARES, P. H.; ROMÃO, T. L. C. “Prefácio”. In: FREUD, S. *Obras incompletas de Sigmund Freud* - Histórias clínicas. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.
- JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1973.
- JOLY, Robert. *Le niveau de la Science hippocratique*. Paris: Les Belles Lettres, 1966.
- JORGE, M. A. C. Apresentação: das afasias à histeria In: FREUD, S. & GARCIA-ROZA, L. A. *Sobre a concepção das afasias; As afasias de 1891*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014.
- _____. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. v. 1.
- _____. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010. v. 2.
- _____. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a prática clínica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2017. v. 3.

- _____. “Freud com Lacan: a psicanálise hoje”. In: *Reverso*. Belo Horizonte, v. 39, n. 73, p. 15-25, jun. 2017.
- JOUANNA, Jacques. *Hippocrate*. Paris: Fayard, 1992.
- KOYRÉ, A. *Études d'histoire de la pensée Scientifique*. Paris: Gallimard, 1985.
- LACAN, J. (1932) *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- _____. (1949) “O estágio do espelho como formador da função do eu”. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1951) “Intervenção sobre a transferência”. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1953-1954) *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2019.
- _____. (1954-1955) *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1957) “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1971-1972) *O Seminário, livro 19: ... ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- _____. (1972-1973) *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1975-1976) *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- _____. “Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines”. In: *Scilicet* 6/7, Paris: Seuil, 1976, p. 5-63.
- _____. (1976-1977) *Le Séminaire, Livre XXIV, L’insu que sait de l’une-bévue s’aile à mourre*. In: *Ornicar?* n°12/13, 1977.
- LAMBOTTE, M. C. *Les discours mélancolique: de la phénoménologie à la métapsychologie*. Paris: Anthropos, 1993.
- _____. *La mélancolie: études cliniques*. Paris: Anthropos, 2007.
- LANTÉRI-LAURA, G. “Prefácio”. In: BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LITTRÉ, E. *Oeuvres complètes d’Hippocrate*. Paris: J B Baillièrre, 10 v., 1839-1861.
- MAJOR, R. “Crises de razão, crises de loucura ou ‘a loucura’ de Foucault”. In: *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- MAURANO, D. *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

- MENEZES, L. C. “Posfácio”. In: FREUD, S. *Manuscrito inédito de 1931*. São Paulo: Blucher, 2017.
- MICHELET, J. *A feiticeira*. São Paulo: Editora Ground, 2020.
- MOREIRA, V. “Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica”. In: *Psicologia em Estudo*. 2010, v. 15, n. 4, pp. 723-731, acesso em 07 set. 2021.
- NUNBERG, H. & FEDERN, E. (org.) “Minutes de la Société psychanalytique de Vienne”. In: *Les premiers psychanalystes IV*. Paris: Gallimard, 1979.
- PEREIRA, M. E. C. “Formulando uma psicopatologia fundamental”. In: *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, v.1, n.1, p. 60-76, 1998.
- _____. “Griesinger e as bases da ‘primeira psiquiatria biológica’”. In: _____. São Paulo, v.10, n.4, p. 685-691, 2007.
- _____. “A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise”. In: *Physis: revista de saúde coletiva*. 2014, v.24, n.4, pp. 1035-1052. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400004>> acesso em 01 set. 2021.
- _____. Projeto de uma (psico)patologia do sujeito (I): Redefinição do conceito de psicopatologia à luz da questão do sujeito. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [online]. 2019, v. 22, n. 4, pp. 828-858. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n4p828.10>> acesso em 31 out. 2021.
- _____. Disciplina ministrada no Curso de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ. Rio de Janeiro, 2021.
- PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Ed.34, 1994.
- PIGEAUD, J. *O homem de gênio e a melancolia*. Rio de Janeiro: Lacerda Editora, 1998.
- _____. *La maladie de l'âme: étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-physologique antique*. Paris: Les Belles Letres, 2006.
- _____. *Metáfora e melancolia: ensaios médico-filosóficos*. Rio de Janeiro: Puc-Rio, 2009.
- PINEL, P. (1809). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.
- _____. *Compendio De La Nosografía Filosófica Del Dr. Pinel*. Londres: Hardpress Publishing, 1842/2019.
- PLATÃO. *Cármides*. (Introdução, versão do grego e notas de Francisco de Oliveira). Coimbra: INIC, 1998.
- _____. *Timeu*. Belém: Edufpa, 1975.

- ROBERT, P. *Le Petit Robert 1: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris: Le Robert, 1992;
- ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SCHREBER, D. P. *Memórias de um doente dos nervos*. São Paulo: Todavia, 2021.
- SOCHA, A. “Vestígios de uma controversa colaboração”. In: FREUD, S. *Manuscrito inédito de 1931*. São Paulo: Blucher, 2017.
- STAROBINSKY, J. *L'encre de la mélancolie*. Paris: Éditions du Seuil, 2012.
- STRACHEY, J. “Nota do Editor Inglês aos ‘Artigos sobre hipnotismo e sugestão’”. In: FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1888-1892/1996, v.1
- _____. Nota do Editor Inglês ao artigo “Charcot”. In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1893/1996, v.3
- TEIXEIRA, M. O. L. “Pinel e o nascimento do alienismo”. *Estudos e pesquisas em psicologia*. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 540-560, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812019000200012&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 01 set. 2021.
- VERNANT, J. P. *L'individu, la mort, l'amour: soi-même et l'autre em Grèce ancienne*. Paris: Gallimard, 1996.
- VIVÈS, J. M. “L'avocation mélancolique”. In: *Cliniques Méditerranéennes*. 2006/1 (nº 73), p. 303-317. DOI:10.3917/cm.073.0303. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2006-1-pge-303.htm>> Acesso em 01 mar. 2023.
- WIDLÖCHER, D. *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Paris: Odile Jacob, 1996.
- WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. São Paulo : Nova Cultural, 1991.
- ZWEIG, S. *A cura pelo espírito: Em perfis de Franz Mesmer, Mary Baker Eddy e Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2017.

ANEXO A – ÍNDICE DE NOMES

- Abraham, K.: 99, 110.
- Aristóteles: 19, 21, 22, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 42, 48, 49, 50, 51.
- Bauer, I.: 125.
- Bell, C.: 43.
- Bercherie, P.: 19, 45, 46, 57.
- Berlioz, H.: 98.
- Blanchot, M.: 53.
- Bourlot, G.: 67.
- Breuer, J.: 64, 74, 75, 122, 123.
- Bullitt, W. C.: 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157.
- Cairus, H. F.: 29, 30, 31.
- Canguilhem, G.: 68, 83.
- Castelo Branco, F.: 108, 116, 118.
- Charcot, J. M.: 62, 63, 64, 72, 73, 76, 120, 122.
- Cullen, W.: 42.
- Da Vinci, L.: 84, 124, 126, 127, 132, 133, 137, 153, 158.
- De Libera, A.: 48, 49, 50.
- Descartes, R.: 50, 51, 52, 55.
- Descombes, V.: 48.
- Derrida: 52.
- Didier-Weill, A.: 163.
- Dodds, E. R.: 25, 28.
- Dostoiévski, F.: 96, 126, 147, 148, 149, 150, 151, 157, 158.
- Emminghaus, H.: 23.
- Entralgo, P. L. : 28, 30.
- Ésquilo: 26, 27.
- Esquirol, J. E. D.: 21, 43, 44, 45.
- Eurípides: 26, 27, 31.
- Farias, F. R.: 75.
- Fédida, P.: 17.
- Federn, E.: 107.
- Ferenczi, S.: 99, 136.
- Fliess, W.: 20, 76, 77, 85, 99, 105, 127.
- Forrester, J.: 66.
- Foucault, M.: 22, 39, 42, 43, 49, 51, 52, 53, 54, 83.
- Freud, S.: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 27, 44, 46, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171.
- Frias, I.: 135, 168.
- Garcia-Roza, L. A.: 65, 165, 168.
- Gay, P.: 152, 168.
- Griesinger, W.: 19, 21, 43, 46, 47, 170.
- Goethe: 124.
- Graf, H.: 125.
- Haitzmann, C.: 16, 126, 143, 144, 145, 146, 147, 158.
- Hipócrates: 15, 19, 21, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 40, 42, 55, 168.

- Heidegger: 49, 161, 168, 170.
 Homero: 19, 21, 24, 25, 26, 168.
 Husserl, E.: 56, 57, 170.
 Ibsen, H.: 126, 138.
 Iannini, G.: 125, 168.
 Jaspers, K.: 15, 19, 21, 46, 55, 56, 57, 58, 168.
 Joly, R.: 30, 168.
 Jorge, M. A. C.: 66, 78, 89, 163, 168.
 Jouanna, J.: 30, 169.
 Kraepelin, E.: 19, 43, 46, 47, 48, 56, 58, 106.
 Krafft-Ebing: 84, 125.
 Koyré, A.: 54, 68, 169.
 Lacan, J.: 22, 54, 55, 82, 93, 160, 162, 163, 168, 169.
 Lambotte, M. C.: 109, 110, 169.
 Lantéri-Laura, G.: 122, 169.
 Laplanche, J.: 87, 169.
 Lanzer, E.: 125.
 Littré, E.: 29, 30, 169.
 Major, R.: 53, 169.
 Maurano, D.: 22, 169.
 Menezes, L. C.: 157, 170.
 Merejkovski: 128.
 Michelet, J.: 41, 170.
 Moreira, V.: 23, 170.
 Morel, B.: 19, 45, 63, 84.
 Nunberg, H.: 107, 170.
 Pankejeff, S. C.: 125.
 Pereira, M. E. C.: 17, 23, 32, 44, 47, 54, 170.
 Pessotti, I.: 19, 26, 27, 31, 32, 36, 40, 42, 43, 170.
 Pigeaud, J.: 19, 30, 37, 38, 39, 164, 170.
 Pinel, P.: 19, 21, 42, 43, 44, 45, 61, 170, 171.
 Platão: 15, 19, 21, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 48, 57, 170, 171.
 Plater, F.: 42.
 Plon, M.: 128, 153, 171.
 Pontalis, J. B.: 87, 169.
 Ribeiro Jr, W. A.: 29, 30, 31, 164.
 Ribot, T. A.: 23.
 Roazen, P.: 153.
 Robert, P.: 22, 171.
 Romão, T. L. C.: 125, 168.
 Roudinesco, E.: 128, 153, 171.
 Schreber, D. P.: 16, 105, 107, 117, 125, 126, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 157, 158, 166, 171.
 Sófocles: 26, 27, 85.
 Solmi, E.: 128.
 Socha, A.: 153, 154, 171.
 Starobinsky, J.: 99, 171.
 Strachey, J.: 64, 66, 171.
 Tausk, V.: 107.
 Tavares, P. H.: 125, 168.
 Vasari, G.: 128.
 Vernant, J. P.: 26, 171.
 Vivès, J-M.: 9, 119, 164, 171.
 Widlöcher, D.: 17, 23, 165, 171.
 Wilson, T. W.: 16, 84, 96, 126, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 168.
 Wittgenstein, L.: 18, 171.

ANEXO B – ÍNDICE DE CONCEITOS

- Ação específica: 100, 102
- Afasia: 64, 65, 66, 67, 67, 165, 168
- Alma: 15, 22, 34, 35, 36, 46, 50, 51, 134, 144, 165, 168.
- Ambivalência: 87, 111, 113, 136, 145, 149, 150.
- Aparelho de linguagem: 65, 66, 67.
- Aparelho psíquico: 65, 72, 79, 89, 91, 94, 96, 100, 113, 116, 149, 150, 161.
- Bissexualidade: 155, 156, 157, 159.
- Chiste: 81, 82, 94, 165.
- Complexo de castração: 19, 86, 87, 88, 146.
- Complexo de Édipo: 19, 85, 86, 87, 88, 97, 114, 115, 118, 125, 141, 142, 143, 146, 149, 151, 155, 157, 158, 167.
- Compulsão: 70, 89, 91, 92, 132.
- Conflito psíquico: 15, 92, 93, 94, 97, 114, 126, 140.
- Consciência: 25, 27, 47, 50, 51, 52, 57, 70, 74, 75, 76, 82, 94, 105, 110, 141, 148.
- Consciência de culpa: 142, 143, 151, 158.
- Defesa: 19, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 79, 83, 84, 93, 94, 97, 100, 101, 105, 114, 135, 136, 137, 138, 142, 143, 149, 158, 162.
- Degenerescência: 45, 63, 84.
- Delírio: 31, 40, 42, 45, 47, 53, 105, 106, 116, 117, 133, 134, 135, 136, 137, 138.
- Depressão: 92, 99, 103, 143, 146.
- Desamparo: 79, 145, 146, 147, 158.
- Desejo: 27, 76, 77, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 93, 94, 96, 97, 103, 112, 114, 115, 116, 117, 130, 132, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 148, 149, 150, 151, 155, 156, 158, 164.
- Doença mental: 26, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 52, 54, 56, 58, 84, 163.
- Epilepsia: 57, 63, 148.
- Fantasia: 15, 19, 53, 73, 77, 78, 80, 87, 91, 97, 106, 110, 117, 118, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 136, 137, 140, 141, 143, 144, 145, 168.
- Gozo: 129, 140, 141.
- Histeria: 62, 63, 64, 66, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 94, 101, 102, 105, 106, 121, 148, 164, 165, 168.
- Identificação: 40, 86, 96, 108, 110, 111, 114, 115, 131, 135, 148, 149, 154, 155, 156, 157.
- Inconsciente: 15, 18, 19, 20, 27, 66, 70, 75, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 97, 105, 113, 114, 115, 123, 135, 143, 148, 149, 150, 162, 163, 166, 167, 169.
- Isso: 87, 93, 96, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 149, 151, 162.
- Lapso: 81, 123.
- Libido: 101, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 130, 138, 139, 140, 149, 155, 157.

Luto: 98, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 119, 120, 145, 167.
Masoquismo: 147, 150, 151, 155.
Melancolia: 15, 16, 19, 32, 37, 38, 39, 42, 44, 53, 92, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 146, 148, 161, 164, 167, 170.
Metapsicologia: 83, 112, 113, 123.
Narcisismo: 15, 87, 90, 104, 105, 106, 107, 111, 112, 113, 119, 125, 130, 161, 162, 166.
Neurastenia: 101, 103.
Neuropsicose: 73, 74, 80, 103, 138.
Neurose: 57, 78, 80, 81, 82, 84, 87, 88, 96, 97, 99, 100, 101, 105, 106, 107, 115, 116, 117, 118, 121, 125, 132, 136, 138, 140, 141, 143, 145, 146, 148, 150, 163, 167.
Neuroses atuais: 101, 102, 103, 104, 106, 113.
Neurose de angústia: 99, 100, 101, 103.
Neuroses de defesa: 101, 104, 105, 105, 121.

Neuroses de transferência: 106, 107, 108, 116, 167.
Neurose obsessiva: 74, 103, 105, 106, 115, 121, 166.
Parafrenia: 74, 103, 105, 106, 115, 121, 166.
Perversão: 83, 163, 167.
Princípio de prazer: 72, 75, 79, 88, 89, 90, 91, 93, 167.
Privação: 1239, 140.
Projeção: 75, 105, 133, 143.
Psiconeurose: 71, 76, 79, 94, 104, 119.
Psicose: 76, 96, 101, 106, 116, 117, 118, 163, 167, 169.
Psicopatologia: 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 31, 41, 42, 43, 47, 48, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 66, 69, 71, 72, 74, 75, 76, 76, 80, 81, 82, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 98, 99, 104, 105, 106, 107, 112, 113, 121, 122, 124, 132, 133, 135, 137, 138, 139, 141, 143, 145, 146, 151, 157, 158, 159, 160, 171, 162, 168, 170.
Pulsão: 15, 18, 19, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 110, 123.

- Pulsão de autoconservação: 96.
- Pulsão de morte: 15, 19, 88, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 112, 115, 126, 151, 157, 158, 161.
- Pulsão de vida: 90, 91, 92, 95, 96, 112, 116.
- Pulsão do eu: 90, 95, 96, 139.
- Pulsão sexual: 72, 90, 95, 96, 100, 106, 130, 132, 139, 140
- Recalque: 70, 71, 75, 76, 85, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 116, 117, 130, 136, 137.
- Recordação: 77, 89, 129.
- Regressão: 110, 111, 113, 117.
- Repetição: 33, 53, 70, 74, 88, 89, 90, 91, 92, 130, 131, 145.
- Representação: 46, 65, 67, 70, 76, 79, 86, 89, 94, 95, 100, 101, 110, 113, 148.
- Sadismo: 111, 147, 150, 155.
- Sedução traumática: 71, 80, 91.
- Sentimento de culpa: 114, 115, 116, 118, 140, 141, 142, 147, 148, 149, 151.
- Sintoma: 28, 31, 42, 43, 63, 64, 66, 67, 68, 73, 76, 77, 80, 89, 93, 94, 101, 105, 107, 109, 110, 113, 119, 120, 121, 126, 131, 135, 136, 140, 142, 144, 148, 162.
- Sonho: 52, 66, 67, 68, 71, 76, 78, 81, 82, 88, 93, 123, 145.
- Sujeito: 15, 22, 26, 28, 38, 39, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 57, 58.
- Supereu: 19, 93, 96, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 140, 148, 149, 150, 151, 155, 157.
- Sexualidade infantil: 15, 19, 73, 77, 78, 80, 97, 125, 128, 130, 132, 134, 137, 139, 161.

ANEXO C – GLOSSÁRIO

Aristóteles (384 – 322 a.C.) Filósofo grego, aluno de Platão e professor de Alexandre, o grande. Fundou o conhecido *Liceu* (escola Peripatética), onde realizou importantes pesquisas filosóficas e científicas. Juntamente com Platão e Sócrates, é visto como um dos fundadores da filosofia ocidental.

Cláudio Galeno (131 – 200 d.C.) Médico e filósofo romano de origem grega. Escreveu diversos tratados médicos e muitos comentários sobre a coleção hipocrática e a filosofia de Platão.

Emminghaus, Hermann (1845-1904) Psiquiatra alemão, voltou seus estudos para o desenvolvimento da criança e do adolescente, sendo o fundador da psicopatologia do desenvolvimento.

Ésquilo (525 – 456 a.C.) Dramaturgo grego. É conhecido como o “pai da tragédia”, sendo o mais antigo dos três poetas trágicos gregos. Tem-se sete tragédias que chegaram até nós.

Esquirol, Jean-Étienne Dominique (1772 – 1840) Psiquiatra francês e discípulo de Pinel; tem vários importantes trabalhos, dentre os quais foi criado o termo *alucinação*. Diferencia *demência* (doença mental) de *amência* (deficiência mental), e acredita que enquanto o primeiro faz alusão à loucura, o segundo tem relação à idiotia. É com Esquirol que a idiotia deixa de ser classificada como doença, devendo ser estudada, segundo ele, pela pedagogia. Esquirol sucede Pinel na administração do hospital de *Salpêtrière* em Paris.

Eurípedes (485 – 406 a.C.) Poeta grego. O mais jovem dos três grandes expoentes da tragédia grega. Há dezessete tragédias e um drama satírico.

Falret, Jean-Pierre (1794 – 1870) Psiquiatra francês, foi influenciado pelos trabalhos de Pinel e de Esquirol. Foi um dos fundadores da psiquiatria clínica e dos estudos sobre a patologia mental.

Griesinger, Wilhelm (1817 – 1868) Neurologista e psiquiatra alemão, foi personagem central no campo da psiquiatria biológica. Apresenta uma sofisticada teoria, principalmente quanto à teoria do eu dos processos mentais.

Hipócrates (460 – 377 a.C.) Médico grego, considerado uma das figuras mais importantes da história da medicina, frequentemente considerado o “pai da medicina”. Foi líder proeminente da chamada “Escola de Cós” e há um conjunto de obras atribuído à Hipócrates, denominado *Corpus hippocraticum*.

Homero (928 – 898 a.C.) Poeta épico da Grécia Antiga. Compôs as duas peças mais antigas do ocidente: *Iliada* e *Odisséia*.

Jaspers, Karl Theodor (1883 – 1969) Filósofo e psiquiatra alemão, foi professor de psicologia e de filosofia. Teve notáveis influências sobre o campo da psicopatologia a partir do existencialismo e da fenomenologia. Seu principal trabalho é o livro intitulado *Psicopatologia Geral*, de 1900, um grande marco na história da psicopatologia. Buscou integrar a filosofia ao campo científico por considerar este último um domínio insuficiente, carente de reflexões e de exame crítico, que para ele só seriam possíveis com a filosofia.

Kraepelin, Emil (1856 – 1926) Psiquiatra alemão, considerado o fundador da psiquiatria moderna e da genética psiquiátrica. Defende que as doenças mentais são causadas por fatores biológicos e genético-hereditários. Sua teoria dominou o seio da psiquiatria do século XX e ainda é utilizada atualmente.

Lasègue, Charles (1816 – 1883) Neurologista francês, dedicou diversos trabalhos ao estudo dos delírios de perseguição e aos distúrbios advindos pelo uso do álcool, como o *delirium tremens*.

Morel, Bénédict Augustin (1809 – 1873) Psiquiatra franco-austríaco, foi o primeiro a utilizar o termo *démence precoce* (demência precoce), o que hoje é conhecido como esquizofrenia. Foi o fundador da teoria da degenerescência, em que acreditava que algumas doenças (inclusive as mentais) seriam causadas por degeneração. Sua teoria foi alvo de críticas devido a sua forte roupagem religiosa. No entanto, em anos seguintes, ela adquiriu adeptos principalmente quanto às considerações sobre a hereditariedade na etiologia da loucura.

Pinel, Philippe (1745 – 1826) Médico francês, foi um dos precursores da psiquiatria moderna e um dos vanguardistas no tratamento dos doentes mentais. Foi diretor dos hospitais e asilos públicos de Bicêtre e de Salpêtrière em Paris, tendo sido o pioneiro em separar os loucos da imensa gama de internados, conferindo-lhes tratamento médico sistematizado. Além disso, foi um dos primeiros a libertar os pacientes internos das correntes que os prendiam, propiciando-lhes liberdade, que, para ele, por si só era terapêutica. Ele banuiu os tratamentos até então usados, considerando-os agressivos, e os substituiu por práticas mais dignas e humanizadas. É autor do *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, de 1801. No entanto, sua teoria e seu método terapêutico nem sempre foram aceitos integralmente.

Platão (428/427 a.C – 348/347 a.C) Filósofo e matemático da Grécia clássica é uma das figuras mais proeminentes do grego antigo ao lado de seu mestre, Sócrates, e de seu discípulo, Aristóteles. Seus trabalhos influenciaram a ciência, a filosofia ocidental e a religião. Foi o inventor dos diálogos escritos e das formas dialéticas da filosofia.

Ribot, Théodule-Armand (1839 - 1916) Psicólogo francês e professor de psicologia experimental no Collège de France, se voltou para o estudo da psicologia experimental e para os processos físicos e materiais da vida mental.

Sófocles (497 a.C – 406 a.C) Dramaturgo grego, um dos escritores da tragédia, depois de Ésquilo e antes de Eurípidos. Escreveu 123 peças, tendo sobrevivido menos de uma dezena em forma completa. Seus trabalhos retratavam, em sua maioria, personagens da realeza.

Wittgenstein, Ludwig (1889 - 1951) Filósofo austríaco, naturalizado britânico. Um dos principais autores sobre a filosofia da linguagem no século XX.

Wundt, Wilhelm (1832 - 1920) Médico, filósofo e psicólogo alemão, professor e pesquisador na Universidade de Leipzig e um dos fundadores da psicologia experimental. O laboratório criado por ele foi voltado para os experimentos em psicologia e atraiu alunos de diversas partes do mundo.