



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

ELISE ALVES DOS SANTOS

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS ACERCA DA RELAÇÃO CORPO-
PSIQUISMO EM DOENTES DE CHARCOT COM ESCLEROSE MÚLTIPLA E
HISTERIA**

BRASÍLIA

2019



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

ELISE ALVES DOS SANTOS

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS ACERCA DA RELAÇÃO CORPO-
PSIQUISMO EM DOENTES DE CHARCOT COM ESCLEROSE MÚLTIPLA E
HISTERIA**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutora em
Psicologia Clínica e Cultura

Orientador: Doutor Luiz Augusto Monnerat Celes

BRASÍLIA

2019

ELISE ALVES DOS SANTOS

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS ACERCA DA RELAÇÃO CORPO-
PSIQUISMO EM DOENTES DE CHARCOT COM ESCLEROSE MÚLTIPLA E
HISTERIA**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutora em
Psicologia Clínica e Cultura

Comissão Examinadora:

Presidente: Professor Doutor Luiz Augusto Monnerat Celes
Universidade de Brasília – UnB

Membro: Professora Doutora Cristina Lindenmeyer
Université Sorbonne Paris Cité - Paris 7 - USPC Paris 7

Membro: Professor Doutor Marcelo Tavares
Universidade de Brasília – UnB

Membro: Professora Doutora Deise Matos do Amparo
Universidade de Brasília – UnB

Membro: Professora Doutora Terezinha de Camargo Viana
Universidade de Brasília – UnB

BRASÍLIA

2019

RESUMO

As múltiplas faces dos doentes de Charcot representa nesta tese a possibilidade de tecer considerações psicanalíticas acerca da relação corpo-psiquismo nos casos de esclerose múltipla e histeria. A pesquisa da gênese dos sintomas no corpo (incluindo os histéricos) já estava presente nos trabalhos de Charcot. A doença crônica autoimune pode ser considerada como uma possibilidade extrema do aparelho psíquico, que se manifesta em sintomas somáticos e psíquicos como se fosse um ato falho. Sustenta-se a hipótese que os pacientes de Charcot possuíam uma herança arcaica de "hipersensibilidade moral" com disposição patológica à melancolia, somada às vivências traumáticas de experiências reais. Os fragmentos de histórias dos doentes de Charcot permitem a dedução de que o desencadeamento dos sintomas de esclerose múltipla mantém ligação com as vivências singulares de desgostos, angústia e repressão dos doentes; com elementos não psiquizados, em que o retorno de traços brutos são suscitados por uma transferência. Os registros de casos inéditos de pacientes de Charcot (transcritos e traduzidos) levam à reflexão acerca do funcionamento do sistema nervoso com suas excitações internas e ou externas em simultaneidade às ocorrências derivadas da plasticidade neuronal, singular a cada sujeito, parece antecipar a noção conceitual de pulsão situada na fronteira entre o mental e o somático. O caráter retroativo, crônico e destrutivo do acontecimento traumático e a regressão no corpo são consideradas com base na ligação do trauma aos órgãos no circuito neuronal e à história marcada no circuito pulsional. A tarefa de alojamento da psique no corpo tem como apoio o acometimento orgânico e a escolha inconsciente da via de descarga de excitações excessivas nos órgãos complacentes. A esclerose múltipla (EM) indica ser um suporte onde a histeria pode se manifestar. Do mesmo modo que a histeria pode ser uma complacência psíquica que agrava os sintomas da EM. Discute-se a possibilidade de reconhecer de um desejo de vingança inconsciente contra o objeto original. A negação do ódio e a impossibilidade de descolamento do objeto no sujeito melancólico, impele-o ao restabelecimento de uma passividade do corpo. A própria doença tortura o ente amado a fim de evitar a expressão de sua hostilidade para com ele. O corpo dos doentes de Charcot parece que se vinga calado em si mesmo, marcado pelas escleroses do narcisismo e pelas lesões cerebrais inflamatórias da EM. A revelação das fantasias dos doentes ocorre na relação transferencial com Charcot, familiares ou colegas de trabalho, o que possibilita o descobrimento do material de desgosto presente neuroses de angústia. Os desgostos somáticos – uma outra ordem de reminiscências – sem representação a qual possam se ligar –, ligam-se diretamente à materialidade do corpo sexual, mas sem alcançar o estatuto de representação. É na relação transferencial que a desconexão entre a excitação e sua expressão psíquica pode encontrar uma via de ligação. A presença de Charcot, do uso da escrita e as comparações criativas foram eventualidades que permitiram emergir novas possibilidades de cuidado com o próprio corpo-psiquismo.

Palavras-chave: psicanálise; corpo; psiquismo; Charcot; esclerose múltipla.

ABSTRACT

Charcot's patients multiple faces represent in this thesis the possibility of drawing psychoanalytic considerations on body-psychism relation in multiple sclerosis and hysteria cases. Research on body symptoms genesis (including hysterics) was already in Charcot's work. Chronic autoimmune disease can be considered as an extreme possibility of psychic apparatus, which presents itself in somatic and psychic symptoms as faulty acts. There is a hypothesis that Charcot patients had an archaic inheritance of "moral hypersensitivity" with pathological disposition to melancholy, added to traumatic experiences of real experiences. The fragments of Charcot patients' histories allow deducing that multiple sclerosis symptoms onset is linked to patient's own experiences of displeasure, anguish and repression; with non-psychic elements, in which the return of gross features is triggered by transference. Unpublished records of Charcot patients cases (transcribed and translated) lead us to think about nervous system functioning with its internal and external excitations simultaneously derived from neuronal plasticity, singular to each subject, seems to anticipate the conceptual notion of drive between mental and somatic.

The retroactive, chronic and destructive feature of traumatic event and the regression in the body are based on the connection of trauma to the organs in neuronal circuit and marked history in the drive circuit. The psyche-housing task in the body is supported by organic involvement and unconscious choice of the discharge way of excessive excitations in compliant organs. Multiple sclerosis (MS) indicates a support where hysteria can arise. In the same way that hysteria can be a psychic complacency that worsens MS symptoms. The possibility of recognizing a desire for unconscious revenge against the original object is discussed. The hate denial and the impossibility of detachment from the object in a melancholic subject stimulates him to the reestablishment of a body passivity.

The illness itself tortures the loved one in order to avoid hostility towards it. Charcot patient's body seems to be avenging itself, marked by narcissism sclerosis and MS inflammatory brain lesions. The revelation of patients' fantasies happens in transferential relationship with Charcot, family members or co-workers, which enables the discovery of the material of disgust in neuroses of anguish. Somatic dislikes - another kind of reminiscences - without representation to which they can connect - are directly linked to sexual body materiality, but without achieving the status of representation. It is in the transferential relation that disconnection between excitation and its psychic expression can find a way of connection. Charcot presence, the use of writing and creative comparisons were eventualities that allowed to raise new possibilities of care with the body-psychism itself.

Keywords: psychoanalysis; body; psychism; Charcot; multiple sclerosis.

RÉSUMÉ

Les multiples visages des patients de Charcot représentent, dans cette thèse, la possibilité de tisser des considérations psychanalytiques sur la relation corps-psychisme dans les cas de sclérose en plaques et d'hystérie. Des recherches sur la genèse des symptômes corporels (y compris de l'hystérie) étaient déjà présentes dans les travaux de Charcot. La maladie auto-immune chronique peut être considérée comme une possibilité extrême de l'appareil psychique, qui se manifeste par des symptômes somatiques et psychiques comme s'il s'agissait d'un acte manqué. On suppose que les patients de Charcot avaient un héritage archaïque d'« hypersensibilité morale » avec une disposition pathologique à la mélancolie, ajouté aux vécus traumatiques d'expériences réelles. Les fragments d'histoires des patients de Charcot permettent de déduire que le déclenchement des symptômes de la sclérose en plaques est lié aux expériences uniques de déplaisir, d'angoisse et de refoulement des patients; avec des éléments non psychiques, dans lesquels le retour des traits bruts est déclenché par un transfert. Les enregistrements de cas non publiés de patients de Charcot (transcrits et traduits) conduisent à une réflexion sur le fonctionnement du système nerveux avec ses excitations internes et/ou externes dans la simultanéité des événements dérivés de la plasticité neuronale, singulière pour chaque sujet, ce qui semble anticiper la notion conceptuelle de pulsion, située à la frontière entre le mental et le somatique. Le caractère rétroactif, chronique et destructeur de l'événement traumatique et la régression dans le corps sont considérés en fonction de la connexion du traumatisme aux organes du circuit neuronal et de l'historique marquée du circuit pulsionnel. La tâche de loger la psyché dans le corps est soutenue par l'implication organique et le choix inconscient du mode de décharge des excitations excessives dans les organes compliants. La sclérose en plaques (SEP) indique être un support où l'hystérie peut se manifester. De la même manière, l'hystérie peut être une complaisance psychique qui aggrave les symptômes de la SEP. La possibilité de reconnaître un désir de vengeance inconsciente contre l'objet original est discutée. La négation de la haine et l'impossibilité de se détacher de l'objet chez le sujet mélancolique le poussent au rétablissement d'une passivité du corps. La maladie elle-même torture l'être aimé afin d'éviter l'expression de son hostilité à son égard. Le corps des patients de Charcot semble se venger, marqué par la sclérose du narcissisme et par les lésions cérébrales inflammatoires de la SEP. La révélation des fantasmes des patients se produit dans la relation de transfert avec Charcot, des membres de la famille ou des collègues, ce qui permet la découverte du matériel de dégoût présent dans l'appareil psychique des patients atteints de névrose d'angoisse. Les dégoûts somatiques - un autre ordre de réminiscences - sans représentation à laquelle ils peuvent se connecter - sont directement liés à la matérialité du corps sexuel, mais sans atteindre le statut de représentation. C'est dans la relation transférentielle que la déconnexion entre l'excitation et son expression psychique peut trouver un moyen de connexion. La présence de Charcot, l'utilisation de l'écriture et des comparaisons créatives ont été des éventualités permettant de faire émerger de nouvelles possibilités de soins avec le psychisme corporel lui-même.

Mots-clés: psychanalyse; corps; psychisme; Charcot; sclérose en plaques.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luiz Augusto Monnerat Celes, por ter escutado histórias mal-contadas e ter ajudado a escrevê-las, pelas orientações, supervisões clínicas, por movimentar a pulsão de saber, deixando-me inquietar pelos impasses, buscar respostas, múltiplos sentidos e explorar as possibilidades, por indicar caminhos, por sua presença no mundo, por ter facilitado, de todas essas maneiras, minha autoria de estudos e pesquisa para desenvolver a problemática desta tese.

Pela leitura cuidadosa e pela crítica habilidosa, agradeço à todos professores que participaram de minha banca de qualificação (Luiz Augusto Monnerat Celes, Cristina Lindenmeyer e Marcelo Tavares) e além destes aos que também participaram de minha banca de defesa (Deise Matos do Amparo e Terezinha de Camargo Viana).

Ao psicanalista Jacques André, pela gentileza do contato e apresentação à professora Cristina Lindenmeyer Saint Martin.

À Universidade de Brasília e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior(CAPES) pela oportunidade de participar do processo seletivo para bolsa de doutorado sanduíche em Paris e pela concessão da bolsa de estudos.

À Cristina Lindenmeyer pelo acolhimento e oportunidade dada de participar dos trabalhos em psicanálise no Centro de Pesquisa em Psicanálise, Medicina e Sociedade da Universidade de Paris VII – Denis Diderot.

À Guillaume Delaunay, Chantal Latin e Madame Thomaz que enriqueceram a estadia em Paris, auxiliando meu trabalho de pesquisa na Bibliothèque Charcot.

A todos pacientes de Charcot, cujos dossiês foram descobertos: Mme. XXX; Mme. Marie Joséphine COMON; Mme. BYR; Mme. Alexandrine Anne CAUSSE; Mme. Marie Elizabeth LUC; Mme. Anne Pierette ROGEAU; Mme. Adèle Marie SIMON; Mme. Joséphine LERUTH; Mme. Marie Louise Victoire ANDRÉ; Mme. Marie Joséphine

BROISAT; Mme. Antoineth Émile CARPENTIER; Mme. Catherine COADON; Mme. Hortense Delphine BAUDOIN; Mme. Zima Adelaïde VINCHON; Mme. Pauline Joséphine BERZOT; Mme. Louise GAUTAREL; Mme. Marie FICHER; Mme. GUILBERT; Marie Héloïse ROUSSEL; M. PASCUROT; M. Haron HIPP; Mme. Rosalie LECLAN; M. SIOEN; M. James LEVY; Maurice GIRARD; Mme. Anaïs MONACO; Mme. Joséphine DOISY. E aos pacientes de outros médicos (Vulpian, Zenker, Lasègue e Pierre Marie) contemporâneos de Charcot: Mme. Marie Catherine Lebrun; Mme. Dorette EIKE; Mme. Joséphine Célestine VAUTHIER; M. Georges GUILLAUME; M. Roger Eugène JULES; Mme. BLONDEAU, M. DOULET e Mme. Louise ANCEL.

À amiga Vivian Ligeiro, psicanalista associada ao Corpo Freudiano do Rio de Janeiro, que me concedeu o privilégio de viver experiências únicas de estudo, discussões e passeios durante nosso estágio de doutorado sanduíche em Paris.

À professora Auristela Morisson, pelos auxílios na tradução dos escritos de Jean-Martin Charcot, por ter feito parte de meu aprendizado para além dos oito anos de Aliança Francesa Goiânia. E à professora Isabelle Ribak pelo trabalho de revisão na tradução de minha conferência proferida no *Hôpital Pitié-Salpêtrière* em Paris pela revisão do resumo da tese em francês. E à professora Heloisa Andrada pela tradução do resumo para o inglês.

À todos professores de minha graduação e mestrado em psicologia, em especial à professora Anita C. A. Resende, por ter feito parte de minha formação e ter indicado leituras que facilitaram minha experiência de artesanato intelectual.

À Leilyane Masson que, ao longo dos anos, auxiliou no processo de conclamar uma existência mais criativa.

À Paula Francisqueti, Tatiana Mazarella, Rosângela Dutra, Maria Carolina Accioly e demais colegas do curso de formação em Psicanálise do Instituto *Sedes Sapientiae*.

À professora Monah Winograd por ter me presenteado com o livro *Freud e a fábrica da alma: sobre a relação corpo-psiquismo em psicanálise*.

À Cristina Lindenmeyer e Paul-Laurent Assoun que me auxiliaram no trajeto de escolher um chão teórico para se pensar a relação corpo-psiquismo. Aos demais professores, autores, psicanalistas e conferencistas da psicanálise que pude conhecer e acompanhar em Paris, em especial: Paola Miele, Claire Gilie, Alain Didier-Weil, Jacques André, Samuel Lepastier, Patrick Guyomard, Catherine Chabert, Bernard Golse, Sylvain Missonier, Alexandrine Schniewind, François Ansermet, Françoise Neau, Catherine Azoulay, Jacques Bouhsira, Jessica Trante, Cristian Hofmann, Christophe Dejours, Markos Zafiropoulos, Alain Vanier, Serge Lesourd (*Université Nice Sophia Antipolis*), Jacques Nassif, Élizabéth Roudinesco e outros.

À minha companheira de trabalho e amiga Ana Flávia Coutinho e às minhas chefes imediatas, Huilma Alves Cardoso, Tânia Silva Vaz e Edna Covém pelo incentivo e reconhecimento aos trabalhos dedicados ao doutorado e pela grata oportunidade de compartilhar minha vida de trabalho no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Goiás.

À psicanalista professora Dra. Elizabeth Cristina Landi de Lima e Sousa e à psicóloga Ms. Juliana Cherobino de Resende, amigas queridas, "cumpanheiras da madrugada", que gentilmente se dispuseram a revisar minha tese. Agradeço a maravilhosa companhia nas estradas rumo à Brasília e de volta à Goiânia, sempre renovada.

Aos amigos e familiares pela (in)compreensão e incentivo que ajudaram cada um a sua maneira para que eu pudesse assumir meu envolvimento com o doutorado à minha maneira.

Aos meus pais, Marilda e Luiz Gonzaga que possibilitaram o encontro com várias línguas, culturas e lugares especiais. Gratidão pelo incentivo e investimentos vários em minha educação.

Aos meus irmãos, cada um em sua singularidade por me ensinar a ver beleza na diferença. Ao meu cunhado Thiago, e ao meu irmão Luizinho, simpatizantes da psicanálise, pelo interesse. À minha afilhada Giovanna, que tornou minha vida mais alegre desde sua chegada no mundo.

Aos amigos que participaram, compreenderam e incentivaram a empreitada do doutorado, em especial Luciano Antunes, pela brilhante companhia e almoços revitalizantes, e torcida pelas conquistas, trazendo alegria em nosso compartilhar. À Raquel Guetti pela alegria do reencontro e privilégio de aprender com sua habilidade para transmitir a psicanálise. À Iara Flor pela atenção, apoio e simpatia. À Maria Fernanda pela companhia nas repetidas viagens de Goiânia à Brasília, à Tainá pelo acolhimento e conversas informais em Brasília.

Ao neurologista Sávio Beniz, pela parceria na clínica em Goiânia.

À Margarete Romano, pelos livros doados que auxiliaram meu percurso de estudos. E também aos demais colegas pelas variadas oportunidades de crescimento.

À minha amiga Fabi (*in memoriam*) pela amizade, pela experiência de vida diante da doença, pelos aprendizados mesmo na dor do luto, agradeço um dos melhores títulos que pude conquistar, o de sua “melhor amiga”. À meu amigo Getúlio que viveu, de modo especial, todo esse processo de amor, cuidado e perda de nossa amiga durante os últimos anos.

Ao Alexandre, meu esposo, por uma infinidade de acontecimentos e coisas boas, e que durante tanto tempo, sempre esteve presente e com quem escolho, a cada dia, seguir compartilhar a vida.

DEDICATÓRIA

Para todos aqueles que adoeceram, e que mesmo na rigidez de suas fidelidades, puderam com sua paixão procurar trair a própria destruição.

À todos que se lançam por uma linha de pensamento e que a siga aonde quer que ela leve, “por simples curiosidade científica, ou, se o leitor preferir, como um *advocatus diaboli*, que não se acha por essa razão, vendido ao demônio.” (Freud, 1920 / 1996, p. 69).

À memória de Sigmund Freud que continua inspirando estudiosos e escritores que não podem chegar voando, e que por isso, “temos de chegar manquejando (...)” [Freud, 1920 / 1996, p. 75, citando Al-Hariri (1054-1122)].

“A doença foi bem a razão
De todo o impulso de criar;
Criando eu pude me curar,
Criando eu me tornei são.”

(uma das Canções da Criação de Heine,
encontrado em “novos poemas (1844),
citado por Freud (1914 / 2010).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I – ESCLEROSE MÚLTIPLA E HISTERIA: RELAÇÕES ENTRE CORPO E PSQUIZISMO	11
1.1 Acontecimentos do corpo-psiquismo	11
1.2 Tensões entre o corpo da esclerose e o corpo da histeria	13
1.3 O estudo do corpo autoimune na psicanálise	20
1.4 Visão: janelas da alma	26
1.5 Histeroepilepsia	30
1.6 Trauma, regressão e destruição	35
1.7 Cronicidade do traumático	39
1.8 Maurice Girard: um caso de “esclerose múltipla e histeria”	42
CAPÍTULO II – ADOECIMENTO E CAUSALIDADE EM PSICANÁLISE	56
2.1 Antecedentes hereditários	56
2.2 Antecedentes pessoais	61
2.2.1 Gravidez, parto, perdas e quedas	66
2.3 Desgostos: antecedentes presentes na história dos doentes	72
2.4 Etiologia e diagnóstico diferencial	76
2.5 Quantidades e lealdades da energia pulsional	100
CAPÍTULO III – SINGULARIDADE E UNIVERSALIDADE DO SINTOMA	111
3.1 Reconhecimento dos terrenos do Eu	113
3.2 Circunstâncias humanas e sociais	113
3.2.1 O trabalho e as ocupações em meio ao adoecimento	118
3.2.1.1 O caso de James Lévy	118
3.2.1.2 O caso de Sioen	123
3.3 Sobre a defesa de fugir	128
3.4 Contato com a doença e suas bordas	141
3.5 Arranjos traumáticos na materialidade do corpo	147
CAPÍTULO IV – PSICANÁLISE E TRATAMENTO: O AVESSE DA CURA	150
4.1 Dor, sensibilidade e memória	156
4.2 Síncope e ataques apopléticos	160
4.3 Objeto-trauma e as superfícies corporais	166
4.4 Metáfora do curto-circuito pulsional	169
4.5 O caso de Joséphine Leruth	178
4.6 Considerações sobre o tratamento	186
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
REFERÊNCIAS	216

INTRODUÇÃO

A temática de estudo e pesquisa proposta nesta tese é a relação corpo-psiquismo, que aparece desde muito cedo na obra freudiana. Antes da criação da psicanálise e das elaborações de Freud, Jean-Martin Charcot¹, o mestre de Freud, em Paris, pesquisava doenças neurológicas e a histeria. O problema de estudo desta tese centra-se na relação corpo-psiquismo de doentes de Charcot de esclerose múltipla e histeria, considerando a psicanálise como aporte teórico.

Em seu relatório de estudos em Paris e Berlim, Freud (1886/1996) diz que embora tenha dado mais espaço à histeria, refere-se a algumas doenças orgânicas do sistema nervoso e menciona dentre elas, a esclerose múltipla (EM) que, com todas as suas complicações, estava recebendo atenção especial durante a época em que frequentou o serviço e estudos de Charcot no Salpêtrière.

O trabalho desenvolvido nesta pesquisa se deu na *Bibliothèque Charcot*, depois de nove anos de experiência clínica da autora em serviços de atenção psicossocial à saúde do trabalhador e sete anos no consultório de psicanálise, atendendo sujeitos diagnosticados com doença autoimune. O adoecimento pela autoimunidade tem sua etiologia desconhecida até os dias atuais. Charcot inaugurou a pesquisa da origem, diagnóstico, tratamento, processos de formação de sintomas de várias doenças neurológicas. A histeria se apresentava teatralmente aos seus olhos no Anfiteatro onde apresentava suas conferências, mas também se apresentava um tanto mais silenciosa nas visitas que fazia aos quartos de cada doente com esclerose múltipla.

¹Jean-Martin Charcot considerado pai da neurologia, também alcançou fama no terreno da psiquiatria na segunda metade do século XIX. Foi um dos maiores clínicos e professores de medicina da Europa. Seus trabalhos se cruzam com a histeria e a hipnose. Foi ele quem fez a histeria sair do campo do exorcismo e entrar no campo médico. (Chambaz, 2014).

Em uma doença autoimune instala-se um estado patológico em que o organismo, possuindo sua memória, é atingido por suas próprias defesas imunitárias contra agentes invasores. A autoimunidade é considerada uma falha do sistema imunológico chamada de autotolerância, que resulta em respostas imunes contra as células e tecidos do próprio organismo.

Interessada na pesquisa acerca dos acontecimentos e sintomas no corpo dos doentes² diagnosticados com esclerose múltipla de Charcot, sob orientação do estágio doutoral sanduíche na *Université Sorbonne Paris Cité / Paris 7*, transcrevi em primeira mão manuscritos de Charcot a respeito de seus pacientes, materiais esses descobertos e disponíveis recentemente na *Bibliothèque Charcot* do *Hôpital Pitié Salpêtrière* em Paris.

No segundo semestre de 2017, antes do início do calendário acadêmico da Paris 7, visitei o *Hôpital Pitié-Salpêtrière*, onde fui apresentada à Biblioteca bem como ao material que ela abrigava, o que possibilitou meu acesso aos dossiês escritos por Charcot.

O responsável pela Biblioteca informou que o material apresentado ainda não tinha sido sequer numerizado, e nem mesmo os bibliotecários do *Salpêtrière* saberiam dizer o que se tinha ali. O primeiro dossiê da caixa precisava de manuseio muito delicado, tendo em vista a condição de desfazimento do papel em suas extremidades.

Com o cuidado necessário fiz uma primeira leitura do caso de Maurice Girard (“*Sclérose en Plaques et hystérie*”), que decidi imediatamente transcrever. Depois deste caso, segui até o término de meu estágio no final de janeiro de 2018 com a transcrição de cerca de 234 páginas referentes aos registros de 36 pacientes com EM acompanhados por Charcot e alguns de seus colegas de trabalho entre 1859 e 1891.

²Optamos por referir aos sujeitos investigados e tratados por Charcot, da mesma maneira com que ele mesmo se referia à eles: “*malades*” (doentes).

A proposta de considerar psicanaliticamente o material referido acima desperta a atenção para a observação dos germens da psicanálise presentes na postura investigativa de Charcot, em seu interesse pelos antecedentes hereditários e pessoais de seus pacientes para pesquisar a etiologia das doenças. Se apenas hoje é possível fazer considerações psicanalíticas acerca do material descoberto, essa possibilidade se deve a relação existente entre Freud e Charcot e seus respectivos aportes teóricos e conceituais em construção. Se em Charcot, a linguagem neurológica predominava, assim como em Freud no momento de seu estágio com Charcot em Paris, uma outra linguagem se despontava à medida que Charcot aguçava sua escuta a respeito das histórias de seus doentes.

Para alguns, as considerações iniciais relativas a uma linguagem ainda neurológica deve ser afastada da psicanálise. Para outros, a psicanálise deve sim se ocupar das relações entre o funcionamento psíquico e o funcionamento do corpo, considerando que apesar de linguagens diferentes, o corpo do sujeito se apresenta por inteiro nas doenças, em especial nas autoimunes.

Reconhecendo a “lacuna explicativa” (Bezerra Júnior, 2013) entre processos objetivos do cérebro e experiência subjetiva de sujeitos adoecidos, reportamo-nos ao *Projeto para uma Psicologia Científica*, de Freud (1956 [1886] /1969) e consonante a ele mantemos, de certo modo, o entendimento acerca da formulação de que os fenômenos psicológicos e fenômenos neurais ocorrem em paralelo.

Charcot era um grande pesquisador, ele “pensava em voz alta”(Freud, 1892, p. 175). Para Charcot, pensar a clínica girava em torno da entidade clínica, “independente do conhecimento acerca de seus correlatos neuronais” (Bezerra Júnior, 2013, p. 84). Freud reconhecia e seguia o método francês de trabalhar a clínica médica de modo a averiguar até o fim a forma individual que cada caso assume e a combinação de seus sintomas.

Seguindo Charcot, Freud se diferenciou do usuário do método alemão – para o qual a existência de alguma lesão (*in vivo* ou *post mortem*) precisava constar na realidade material para explicar a causa para os sintomas. Apesar de um extenso aprendizado e diversas identificações com Charcot, foi de forma resumida – e, para alguns, até mesmo injusta – que Freud descreveu restritamente, no Obituário de Charcot, qualificando apenas a sua função nosográfica de descrição dos casos clínicos.

No entanto, Freud reconheceu e seguiu o método charcotiano de trabalho de pesquisa de Charcot, realizando apresentações comentadas extensas e descritivas, assim como Charcot fez dos casos de esclerose múltipla e histeria. A leitura dos dossiês parece permitir o leitor participar do rumo de suas conjecturas e investigações para combinar as abordagens germânicas e francesas de convicção de que a atividade da mente é solidária com o funcionamento do cérebro, a despeito do desconhecimento de suas bases fisiológicas.

Em alguns momentos, Charcot parecia se interessar especialmente em registrar circunstâncias humanas e sociais de habitação, alimentação, casamento, gravidez, aborto, parto, e trabalho realizado pelos doentes; descrevia a qualidade de vida em geral daquela pessoa. A falta de salubridade em algumas moradias (umidade, falta de luz solar, aquecimento e ventilação) era registrada marcando não só as respectivas doenças respiratórias e demais agravamentos das condições de saúde, como também o sofrimento gerado por estas circunstâncias.

Assim, no trabalho de Charcot, ganha espaço as peculiaridades clínicas apresentadas em alguns trechos de casos registrados por ele. Esses registros permitem refletir a respeito do diagnóstico diferencial entre esclerose múltipla e histeria, ou ainda discutir a

compreensão destas duas afecções em um mesmo doente, a partir de passagens de casos acompanhados por Charcot.

Afinal, o interesse de Charcot pela neuropatologia se expandiu para a psicopatologia, da mesma forma que em Freud. Adotamos a posição de que conteúdos das “publicações pré-psicanalíticas” redigidas sob a influência de Charcot, mantém seu valor teórico para os desenvolvimentos feitos por Freud ao criar a psicanálise e na escrita das obras que desenvolverá anos mais tarde, “desligado” de Charcot.

Diferente de Strachey (1966/1996), consideramos que a ponte entre os trabalhos neurológicos e os psicológicos de Freud, marca antes uma travessia no tempo pois conforme Bezerra Júnior (2013, p. 46) “nem todos os leitores do Projeto concordam com a tese de que Freud simplesmente o abandonou por completo”. Segundo este autor, seria mais útil investigar que parte do Projeto teria sido deixada de lado e o que teria permanecido nas elaborações teóricas que se seguiram a ele.

A relação entre o *Projeto* e as concepções de Charcot sobre a EM parece conjugar um momento em que há uma mesma linguagem de entendimento para a doença neurológica e para a histeria. Na própria descrição científica que Charcot fazia da esclerose múltipla, Freud parecia poder enxergar a abordagem das neuroses a que Charcot se propunha, a começar pela semelhança dos sintomas de indicação somática entre EM e histeria.

As obras iniciais de Freud não seriam apenas “pré” psicanalíticas em um sentido de cronologia das publicações freudianas, mas compõe a construção da psicanálise e a psicanálise em construção. Celes (2010) afirma que “antigas formulações e achados não perdem seu valor nem se integram de todo às novas formulações; vigoram parcialmente no que se avança e permanecem podendo ser considerados em sua independência”. Assim, justifica-se a pesquisa documental e as referências utilizadas para a discussão dos

conteúdos presentes nos manuscritos de Charcot acerca das manifestações no corpo-psi-quismo dos doentes que atendeu, diagnosticou, acompanhou e tratou.

A diferença entre sintomas orgânicos (neurológicos) e histéricos foi tarefa que ocupou Charcot por longos anos, projeto que Freud também se interessou ao longo de toda sua obra ao ocupar-se da compreensão da relação corpo-psi-quismo. Diferentes escolas de psicanálise de ontem e de hoje lançam diversos olhares acerca do mesmo problema. Iremos nos deter nas contribuições de Charcot, Freud e demais autores contemporâneos para propor as considerações acerca do material inédito sobre a esclerose múltipla e a histeria, cujo conteúdo antigo e repetido na história da ciência, ainda traz novos ângulos para discussão da ampla temática das relações corpo-psi-quismo na psicanálise.

Em períodos de grandes mudanças, perdas ou geradoras de angústias, as pessoas são “atacadas” por suas respectivas doenças autoimunes e parecem ter que “bastar-se a si mesmas” para usar a expressão de Brenner (2011). “O que meu corpo está fazendo com meu organismo?” refere-se a um dos questionamentos suscitados na clínica da pesquisadora que escutou uma demanda de busca de respostas frente ao desconhecido no corpo. Questionamentos assim não eram feitos, ou não foram registrados, pelos pacientes de Charcot. No entanto, uma pergunta nessa direção incita a investigação a respeito do que está acontecendo com o próprio corpo nos territórios do Eu e provoca indagações pela via da psicanálise sobre as relações entre corpo e psi-quismo, suas fronteiras e limites nas ciências do corpo humano.

Freud (1905/2016) afirma que boa parte da sintomatologia das neuroses – relacionadas a distúrbios dos processos sexuais – manifesta-se em distúrbios de outras funções do corpo, não sexuais. Partimos do pressuposto que nas doenças autoimunes, em especial nos doentes de Charcot, há uma produção de excitação sexual. (Lindenmeyer, 2017).

Nesse sentido, Freud (1905/2016) dá por conhecido o fato de que a atenção concentrada pode provocar excitação sexual e supõe que também o estado de excitação influi sobre a disponibilidade da atenção. Dessa forma, Freud ilustra as diversas constituições sexuais incluindo fontes indiretas de excitação sexual, cujo desenvolvimento privilegiado também ajudará na diferenciação das zonas erógenas. As excitações do e para o sistema nervoso central – excitações internas e ou externas – em cada sujeito forma uma especificidade da constituição sexual em simultaneidade às ocorrências derivadas da plasticidade neuronal. Entendimento que parece antecipar a noção de pulsão, no limite do psíquico e do somático, como singular a cada sujeito.

O que Freud (1905/2016) entende como atenção concentrada de algum modo remete aos processos afetivos mais intensos – como os que ocorrem no medo de fazer uma prova, na tensão por uma tarefa de solução difícil. A intensidade dos processos afetivos – até mesmo as excitações pavorosas - “transbordam para a sexualidade” (Freud, 1905/2016,p. 116), o que por sua vez contribui para a compreensão do efeito patogênico de tais emoções, bem como pode ser significativa na irrupção de manifestações sexuais e atitudes em relação a tais circunstâncias.

Freud (1905/2016) finaliza seu ensaio sobre a sexualidade infantil ponderando que as mesmas vias pelas quais os distúrbios sexuais transbordam para as demais funções do corpo serviriam para outra realização importante na “saúde normal” (p.119). Contudo, “devemos finalizar admitindo que pouco se sabe ainda de certo sobre essas vias, que seguramente existem e provavelmente são utilizáveis em ambas as direções” (Freud, 1905/2016, p. 120).

Freud (1909/2015) afirma que “doença” é um conceito-soma de natureza apenas prática em que a operação matemática de soma deve juntar predisposição e vivência para

permitir que se ultrapasse o limiar desta soma. Em consequência disso, muitos indivíduos passam continuamente da classe dos sãos para a dos doentes nervosos, e um número bem menor faz esse caminho na direção contrária. (p. 281).

A doença crônica autoimune pode ser considerada como uma possibilidade extrema do aparelho psíquico (Green, 1988). Sua característica de cronicidade remete ao tempo de longa duração, ao seu aspecto praticamente imutável, no sentido de que não há cura, ou de que não há volta, porque ela sempre terá o poder de reaparecer, retornar e se perenizar.

Mesmo com diferentes perspectivas teóricas, tanto Charcot como Freud conferiam à histeria uma função paradigmática. Charcot (1861-1891), e alguns de seus colegas como o psiquiatra Ernest-Charles Lasègue, e os médicos Edmé Félix Alfred Vulpian e Désiré-Magloire Bourneville registraram consideráveis observações, histórias, questionamentos e até mesmo em casos especiais, extratos de sua relação com pacientes de esclerose múltipla. Parte do material 3 apresentado nos capítulos desta tese pretende introduzir algumas considerações psicanalíticas acerca da relação corpo-psiquismo de doentes de Charcot com esclerose múltipla e histeria.

Início o capítulo I com a apresentação de pontos em comum entre a EM e a histeria, no que se refere ao funcionamento “quantitativo” do corpo (\mathcal{Q}) a partir das excitações e processos de defesa geradas no corpo-psiquismo. As inquietações a respeito do desconhecimento que paira em ambas doenças, parece mobilizar Charcot quando descobre a EM, e redescobre a histeria. Uma contextualização do ressurgimento da histeria na França do século XIX é feita com base nos posicionamentos críticos de Galanopoulos.

O capítulo introduz o objetivo da tese, que é o estudo do corpo autoimune, considerando o modelo melancólico de adoecimento a partir do narcisismo e dos limites do

³ Material transcrito pela autora na *Bibliothèque Jean-Martin Charcot*, no Hospital Universitário Pitié-Salpêtrière, em Paris.

Eu em face dos objetos. São abordadas as mudanças de posicionamento de Freud acerca da histeroepilepsia nos casos de neuroses mistas (neuropatias e crises histéricas) e o papel do trauma, das pulsões e da pré-história de fragilidades narcísicas do sujeito no desenvolvimento das doenças autoimunes.

A causalidade do adoecimento em psicanálise será assunto no capítulo II, que trata da inadequação da pergunta referente à origem psíquica ou somática dos sintomas histéricos. A esclerose múltipla é pensada como doença que serve como complacência somática, base para manifestação da histeria. A histeria também é pensada como complacência psíquica que facilita a manifestação e ou agravamento dos sintomas de EM.

Nesse sentido, pretende-se reunir compreensões acerca de como e o quando as expressões das quantidades da energia pulsional acontecem na clínica do corpo a partir dos casos relatados por Charcot. E para finalizar o capítulo abordo a questão do corpo doente como fonte e objeto de satisfação pulsional.

No Capítulo III será abordada a questão da singularidade do sintoma a partir do reconhecimento dos terrenos do Eu, do contato com a doença e suas bordas e dos arranjos traumáticos que acontecem na materialidade do corpo. Nesse capítulo será apresentado trechos de casos atendidos por Charcot que apresentam fragmentos de histórias das quais podemos deduzir que o desencadeamento dos sintomas de esclerose múltipla mantém ligação com as vivências singulares de angústia e repressão dos doentes.

As questões suscitadas por determinados jeitos (ou gestos) de adoecer podem contribuir para ampliar a escuta do traumático no corpo dos doentes, que chegavam ao serviço de Charcot e hoje nos vários consultórios de profissionais de saúde como corpos muitas vezes “fechados” à compreensão de suas histórias e de seus pensamentos.

O capítulo IV apresentará uma breve crítica às correntes psicossomáticas para

fundamentar a lógica de tratamento de doentes considerando uma perspectiva do corpo-psi-quismo no momento somático do conflito inconsciente. Os casos registrados por Charcot, apresentados demonstram de certo modo como um rigoroso acompanhamento médico e tratamento medicamentoso parecem promover uma forma de falar de si a partir da própria doença.

Considera-se a psicanálise e o tratamento a partir dos escritos de André Green acerca do objeto-trauma e das metáforas para se pensar o curto-circuito pulsional e sintomas no corpo diante das vulnerabilidades no mundo externo na constituição dos acontecimentos referentes à relação corpo-psi-quismo.

As considerações finais compõe o capítulo V. Nele, considerações psicanalíticas do adoecimento pela autoimunidade na esclerose múltipla são enaltecidas, uma vez que elas puderam ser feitas tendo em vista a história e pré-história da psicanálise desde Charcot.

CAPÍTULO I – ESCLEROSE MÚLTIPLA E HISTERIA: RELAÇÕES ENTRE CORPO E PSIQUISMO

“... quanto mais penetrantes nossos olhos se tornam, mais copiosamente esses fatos nos impressionam” (Freud, 1937/1996, p. 260).

A combinação da histeria com a EM marca a tensão entre corpos doentes que se oferecem em cada doente à investigação psicanalítica a partir dos casos escritos por Charcot. O capítulo introduz a temática da tese, promovendo o estudo do corpo autoimune relatado nos casos de Charcot a partir da psicanálise. Estes dois tipos de adoecimento em suas semelhanças e diferenças constituem um forma de expressão física e verbal desviante manifesta no corpo de pessoas excluídas e reprimidas da França do século XIX.

Esta contextualização sócio-histórica-cultural e intelectual da França – ou melhor dizendo, seu *Zeitgeist*– abre caminho para o desafio ao saber e à razão por meio da apresentação de alguns dos manuscritos de Charcot, em especial o caso de Maurice Girard, intitulado pelo autor como um caso de “Esclerose Múltipla e Histeria”. Este relato possibilita a apresentação de elementos para discussão acerca da autoimunidade e psicanálise. Para isso, busco a aproximação que Freud teve com Charcot e que se pereniza ou acaba por intensificar-se no século XX nos campos de estudo que cada um representou: a psicanálise e a neurologia respectivamente.

1.1 Acontecimentos do corpo-psiquismo

Por onde começa o corpo humano? Essa pergunta é título de um ensaio de Pierre

Fedida (2012) a partir da questão feita por Georges Bataille. Só se pode considerar psicanaliticamente tal questão, interrogando a visão de um analista que reconhece não ser possível dizer onde o corpo começa. É a própria regressão⁴ alucinatória do analista enquanto pesquisador em transferência com o material pesquisado que pode gerar condições para se considerar psicanaliticamente os dossiês charcotianos ao se questionar por onde o adoecimento começa.

Na descrição dos casos acompanhados e ou revisados por Charcot, percebe-se uma tentativa de organizar os sintomas e circunstâncias por categorias: órgãos dos sentidos (visão, olfato, paladar, audição e sensibilidade); tipo de ocupação exercida pelo paciente, moradia, trabalho com seus acidentes e traumas, diversos acontecimentos traumáticos relacionados com o início das manifestações somáticas da doença (quedas no rio, na cave, perda de familiares – filhos e pais –, gravidez, casamento, desgostos, violência doméstica, abuso sexual, aborto, agorafobia, dores e sensibilidades) e “hipersensibilidades morais” a eventos relativamente simples do dia-a-dia.

Charcot também apontava as alterações da inteligência, memória; dores e sensações experimentadas à flor da pele e cabelos, ataques de nervos, histéricos e/ou sincopais, vertigens, paralisias, paraplegias, paresias, dormências, entorpecimentos, câibras, tremores, convulsões, epilepsia, mal-estar geral, inapetência, sede viva, em alguns casos tão forte que fazia a doente “sofrer muito”, em doentes que bebiam quase nada, ainda que tivessem boa deglutição, fome, hipomania, “recusa de comida durante 20 dias”, vômitos, excreções com alterações inconstantes, habituais ou persistentes, menstruação, ereção; “movimentos” e as diversas condições corporais, especialmente musculares, que prejudicavam a marcha e autonomia dos doentes, interferências no sono, na voz, na fala e ocorrência de alucinações, temperatura, frios, calores e arrepios, respiração, pulso.

⁴Considerando a regressão como porções do desenvolvimento que logram avançar, em um movimento retrógrado, de retorno a estágios anteriores, cujo processo que não é, segundo Freud, puramente psíquico. (Freud, 1917/2014).

Nessas incontáveis descrições, em alguns momentos, Charcot parece estar diante do doente, ou revendo mentalmente as imagens que registrou de sua observação. Sua escrita parece se fazer de forma imediata e às vezes repetidamente em relação àquilo que lhe chama atenção, e lhe salta aos olhos, apresentando suas próprias associações das diversas manifestações de sintomas no doente.

A partir da tentativa da pesquisadora de refazer o caminho trilhado por Charcot em suas investigações, algumas inferências com base nas evidências registradas nos manuscritos nos faz sustentar a hipótese de que em alguns casos, a clínica do corpo charcotiana, que se dá a partir dos relatos de sintomas insólitos e acontecimentos estranhos, faz parte da investigação da histeria nos casos de esclerose múltipla pesquisados.

Apresentaremos uma seleção de trechos de casos ao longo da tese que ilustram a relação corpo-psiquismo a partir dos casos descritos e ou revisados por Jean-Martin Charcot, o caso de Maurice Girard.

1.2 Tensões entre o corpo da esclerose múltipla e o corpo da histeria

Dentre os 35 casos⁵ de pacientes registrados e arquivados por Charcot em sua pasta nomeada “*Sclérose en plaques et paralysie agitante*” (Esclerose múltipla e paralisia agitante) a maior parte são de mulheres (27), com idade entre 20 e 76 anos na data de admissão no *Salpêtrière*, que varia do ano de 1859 a 1891. O começo da doença é na maior parte das vezes manifesto anos antes da internação hospitalar. Charcot parecia buscar uma regularidade nos acontecimentos da doença que estava investigando.

Alguns casos da referida pasta possuem dossiês escritos por outros médicos tais como Edmé Felix Alfred Vulpian, Ernest-Charles Lasègue e Pierre Marie, contemporâneos

⁵ No Brasil são 35 mil pessoas ou 15 casos por cada 100 mil habitantes diagnosticadas com EM. (Brasil, 2018).

de Charcot. Alguns não estão identificados nem foram preenchidos no formato com que foram os casos de Charcot. No entanto, notamos, pela caligrafia, considerações importantes de Charcot em alguns deles, que parece ter revisado os casos e inserido novas afirmações, tais como nos casos da senhora Blondeau, senhor Doulet, senhor Georges Guillaume, senhora Louise Ancel e do senhor Roger Eugène Jules.

Em alguns dossiês (Adèle Marie Simon, Anne Pierrette Rogeau, Joséphine Leruth, Joséphine Célestine Vauthier, Marie Louise Victoire André, Pascurot, Sioen e outros) existem palavras ilegíveis para a pesquisadora e funcionários da biblioteca. As extremidades dos papéis de alguns dossiês estavam destruídos pela ação do tempo, ou recortadas, e por essas razões, foram perdidas definitivamente algumas palavras e trechos de frases.

Partindo de uma descrição da doença, que é o que geralmente se tem de disponível sobre os quadros de Esclerose Múltipla (EM), poderíamos imaginar Charcot, o primeiro neurologista a estudar e nomear a *sclérose en plaques* como uma doença neurológica do tipo desmielinizante. A EM é assim classificada por lesionar a mielina, que é uma substância lipoproteica que envolve e isola as fibras nervosas chamadas axônios, responsáveis pela condução dos impulsos nervosos.

A mielina permite que os nervos transmitam seus impulsos rapidamente, auxiliando na condução das mensagens que controlam a totalidade dos movimentos voluntários e involuntários do organismo. O mestre de Freud continuaria a dizer que a perda de mielina (desmielinização) compromete essa transmissão, e assim provoca os diversos sintomas da doença, dentre alguns deles: a alteração nas funções sensitivas, tais como a estereognosia⁶, a propriocepção⁷ e a anestesia; a diminuição da acuidade visual,

⁶ Capacidade de reconhecer, pelo tato, a forma e a consistência dos objetos, através da sensibilidade tátil, da sensibilidade às pressões e da sensibilidade profunda.

⁷ Capacidade em reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão.

nistagmo⁸; a ataxia⁹, a paraparesia¹⁰; as alterações nas funções vesicais e intestinais (incontinência ou retenção urinária ou fecal); disartria¹¹ e alterações nas funções mentais, que podem variar desde uma alteração do humor até uma demência.

Por fim, ele concluiria que até certo ponto, a maioria dos pacientes recupera-se clinicamente dos ataques de desmielinização, que produzem o curso clássico da doença de surtos e remissões e já estaria ocupado em estudar as neuroses numa próxima ocasião. Essa transição de sua ocupação – em investigar as marcas no cérebro que ficavam visíveis nas autópsias na forma de placas de esclerose para investigar as marcas das histórias vividas por seus pacientes – parece se apresentar nas entrelinhas e linhas a mais que Charcot escreveu desde os primeiros casos de pacientes com EM no final dos 1850 até o início dos 1890.

A desmielinização das células nervosas indica ser o resultado de um contra-ataque, ao mesmo tempo, defesa do organismo. Que defesa é esta e contra o quê? Um vírus “incubado”, “quieto”, incorporado de alguma forma, quando não é ativado não causa adoecimento do corpo. No entanto esse mesmo corpo estranho interno quando excitado se manifesta tal como um ato falho, peremptoriamente despertado em momentos de vulnerabilidade, marcado pelos excessos pulsionais. De modo equivalente a uma condensação extrema que participa na formação de um sintoma neurótico, que "pode ser comprimida em uma única sensação ou inervação". (Freud, 1917/2014, p. 487).

Esse processo parece ocorrer da mesma forma que as memórias e seus traços reativados que despertam trajetos sinápticos, ou como diria Freud no *Projeto*, facilitações são criadas para que o corpo possa se proteger em primeiro lugar daquilo que desencadeou uma reação inesperada, gerando inflamações no mesmo processo defensivo.

⁸ Oscilações rítmicas, repetidas e involuntárias de um ou ambos os olhos.

⁹ Perda do controle muscular durante movimentos voluntários, como andar ou pegar objetos.

¹⁰ Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores ou superiores.

¹¹ Distúrbio da articulação da fala (dificuldade na produção de fonemas).

Mas depois, ainda que este mecanismo de proteção não seja mais necessário quando a inflamação na EM é controlada, o corpo continua se defendendo, percorrendo o mesmo trajeto de defesa, sendo que o trabalho repetido e incessante do sistema imunológico passa a destruir proteínas que são as suas próprias – como se aquele vírus ou agente excitante ainda estivesse em atividade. Diríamos, metaforicamente, que existe um fantasma agressor sempre presente assombrando o corpo doente.

Freud (1939 / 1996) aponta um ponto de concordância entre o problema da neurose traumática e do monoteísmo judaico: a latência ou período de incubação. Pensando em determinadas doenças, tais como as autoimunes associadas a ‘neuroses traumáticas’ (Freud, 1939/1996, p. 82), dir-se-ia que há uma movimentação das “placas tectônicas” do corpo-psiquismo. Essa movimentação facilita a ocorrência de inflamações que por um longo período durante o qual não se detectou sinal, talvez por falta de simbolização (notícia) de diversos acidentes, mas que em determinado momento em que o inconsciente se mostra no corpo, como se fosse um ato falho, desenvolve-se variados sintomas psíquicos e motores graves, dentre outros.

A analogia com a erupção vulcânica vem a calhar, bem como com o desenvolvimento de lesões cerebrais, “comparadas a cicatrizes” (Freud, 1939/1996, p. 91) que vão se desenvolvendo em um período de latência que conta com uma complacência somática até sua erupção na forma de inflamações perceptíveis na superfície corporal.

Diante de um estado nervoso, no sentido de acometimento orgânico tal como um adoecimento com as especificidades da EM, a questão da excitação ou cotas de afeto remetem à característica da Quantidade (\mathcal{Q}), noção freudiana do Projeto que alude “mais à intensidade do que a uma economia mensurável”. Segundo Bezerra Júnior (2013, p.118) “a \mathcal{Q} enquanto montante de energia circula no sistema nervoso produzindo alterações fisiológicas subjacentes aos fenômenos psíquicos”.

O excesso pulsional ou a excitação no corpo também é característico da histeria. No final do século XIX, o clínico e alienista Ernest-Charles Lasègue, colega de Charcot, declarou em uma passagem que ficou famosa: “A definição de histeria nunca foi dada e não será jamais”. Raramente uma doença tenha suscitado tantas controvérsias e colocado tão forte resistência à inteligência dos médicos, sejam anatomistas, fisiologistas, clínicos, neurólogos ou psiquiatras. (Galanopoulos¹², 2015). Diferente da EM com suas placas desmielinizadas visíveis, objeto de estudo e pesquisa de Charcot e demais neurologistas contemporâneos.

A tentativa de definição da histeria surgiu com Charcot, Janet e Freud. Mas antes mesmo de Charcot, a histeria poderia ser entendida como um estado psíquico, em que, ao lado de perturbações mentais, apresentam vários sintomas somáticos, sem se poder constatar causas somáticas correspondentes.

As considerações de Galanopoulos (2015) acerca do contexto da época para dizer da ressurgência da histeria na França do século XIX incluem a caracterização do mundo do trabalho, do modo como a vida se produzia:

Não foi por um acaso histórico que a grande figura da histeria, conhecida desde a Antiguidade egípcia e mesopotâmica, decidiu ressurgir justamente nas primeiras décadas do século XIX e de marcar seu retorno pela intensidade de suas manifestações, tanto físicas como verbais. Não foi também por acaso que esse retorno se deu com força mais viva em Paris, capital política, cultural e intelectual da França, “esse país único da Europa” (p. 10). A França, filha mais velha da Igreja, antiga terra cristã que também foi o berço das Luzes, e chão do terremoto revolucionário de 1789 e de suas réplicas democráticas de 1830, 1848 e 1871. A

¹² Tradução da autora.

potente nação francesa, gloriosa do tempo de Napoleão I, submissa e humilhada algumas décadas mais tarde por seu sobrinho Napoleão III, capturado pelos alemães na Batalha de Sedan. Depois de Sedan, a França se encontrava rasgada, diminuída, e mesmo amputada de uma parte de seu território nacional, assassinada, penhorada em plena crise de identidade, uma crise que se passou igualmente sobre o terreno das crenças.

Assim, em pleno século positivista, a histeria, essa doença inalcançável, confrontou sua inquietante estranheza ao olhar da ciência; ela constituiu um último desafio ao saber e à razão. Na madrugada de uma era social e política nova, essa doença deu corpo e emprestou voz aos sem-corpos e aos sem-vozes: às mulheres sobretudo, excluídas da arena política, mas também – e através delas – aos desclassificados de todo gênero, a esse pequeno mundo do labor obstinado de cidades tornadas tentaculares, aos escravos da industrialização crescente e de um maquinismo desumanizante, às vítimas de tantas violências físicas e sexuais ordinárias.

A histeria tornou-se uma obra de carne, e essa forma de expressividade desviante tomou o lugar do discurso quando a voz dos indivíduos não contavam mais, enquanto toda esperança de salvação (de felicidade) desertava o mundo. Não se pode esquecer que no fim do século XIX a morte de Deus foi publicamente decretada e que a religião social teve agora que tomar como ídolo a ideia mesma de progresso. (Galanopoulos, 2015, p.12).

Galanopoulos (2015) observou que à frente de sua poderosa escola – Escola da Salpêtrière – Jean-Martin Charcot mostrou para a França e depois para a Europa inteira uma galeria de pobres mulheres prostradas ou convulsivas, contraídas, paralisadas ou vorazes, capazes de mil prodígios, hediondos e lascivos todos de uma vez. Em torno delas,

a ciência médica soube mobilizar seu poder coercitivo para experimentar livremente sobre o corpo feminino – essa *terra incognita*.

No entanto, Galanopoulos afirma que das tentativas perturbadas de compreensão científica no *Salpêtrière* houve nenhum ou pouco saber positivo. Nada ou pouco sobre a etiologia histérica e nada no plano terapêutico. De qualquer forma os discursos produzidos eram marcados pela impotência científica e masculina para compreender o mistério sem fim da sexualidade feminina e da psique humana. É sem dúvida por isso que Charcot, segundo Galanopoulos (2015) chamou tanta atenção dos pesquisadores há mais de um século.

O “último desafio” do saber e da razão que a histeria apresenta continua inquietando os estudiosos do século XXI. Desde que Charcot descobriu e sistematizou a EM enquanto diagnóstico neurológico em suas especificidades, muitos esclarecimentos médicos se desenvolveram no decorrer do tempo. Porém, ainda que a histeria e a EM configurem dois tipos de adoecimento distintos, ambos objetos de interesse de Charcot, nota-se um crescente interesse pela relação entre corpo e psiquismo, que permanece enigmático e cujo interesse se revela ainda maior na contemporaneidade.

Neste ponto, justifica-se a apresentação de casos atendidos por Charcot que parecem indicar muito mais que “nada ou tão pouco” do ponto de vista terapêutico e também do ponto de vista etiológico da EM e da histeria da época, bem diferentes que os propostos pelo compressor de ovário, da medicação química, da metaloscopia¹³, da eletroterapia ou ainda da hipnose.

De saída a histeria tem uma semelhança com as doenças autoimunes no que se refere à manifestação de sintomas somáticos incompreensíveis ou sem causa aparente. Embora a histeria pareça hoje *démodé* para muitos, as doenças ligadas à razões imunológicas são objetos de estudos importantes em instituições de pesquisa, que clamam

¹³ Estudo dos efeitos que produz no sistema nervoso o contato dos metais na pele.

por recursos para tratar tais doenças misteriosas e recebem amplos incentivos para este propósito.

A histeria pode estar combinada com muitas outras doenças nervosas neuróticas e orgânicas, e tais casos oferecem grandes dificuldades à análise. As múltiplas faces dos doentes de Charcot reapresenta à psicanálise uma possibilidade de investigação acerca da relação corpo-psiquismo nos casos de esclerose múltipla e histeria. Freud (1888, p. 90) cita casos em que a doença orgânica torna-se causa eventual da neurose. Considerando que “a sexualidade não é algo puramente mental”; a “faceta somática” de características “desconhecidas até o momento” (Freud, 1926 / 2014) continuam a ser estudadas com a perspectiva de favorecer o trabalho da clínica psicanalítica contemporânea no auxílio da compreensão diagnóstica e do tratamento de pacientes que se apresentam como portadores de doenças autoimunes, tal como a EM.

Esta tese objetiva reunir considerações psicanalíticas que podem ser feitas com vistas a entender as diferenças do curso da doença, na remissão e recidiva dos surtos sintomáticos, que marcam a singularidade da história de cada sujeito e ao mesmo tempo denota algo de universal entre eles. Propõe-se pensar uma clínica psicanalítica do corpo a partir da clínica de doentes de Charcot com esclerose múltipla e histeria.

1.3 O estudo do corpo autoimune na psicanálise

Para se falar do corpo na psicanálise deve-se considerar inicialmente que ele não é um conceito psicanalítico propriamente, mas que pela via da psicanálise ele pode ser apreendido em sua ligação com o inconsciente pelos efeitos que se operam entre somático e psíquico, considerando o inconsciente como o lugar de passagem necessário a essa relação.

Para Assoun (1993), Freud apreende o corpo através de termos cujas semânticas são

férteis na língua alemã. Como *Körper*, o corpo comparece em Freud como materialidade real, visível, espacial, contendo certa coesão anatômica. Como *Leib*, refere-se ao princípio de vida e individuação. Como *Somatices*, o termo envolve o registro somático, que quando utilizado por Freud adjetiva os processos que ocorrem no corpo, evitando os substantivos *Körper* e *Leib*, proporcionando uma racionalidade somática determinada.

Destacando o corpo *Somatices*, Lazzarini e Viana (2006) afirmam que o trabalho psíquico empreendido pelos estímulos somáticos garante a constituição do corpo erógeno como destino, sendo que a própria erogividade garante as funções somáticas do corpo. Green (2001) afirma que Freud utiliza tanto o termo somático quanto o termo organismo para exprimir a mesma ideia. Contudo, para Green é importante marcar o somático como o que se relaciona ao organismo, uma entidade biológica, sendo o corpo permeado pelo investimento libidinal.

Assoun (1993) afirma que, por um lado, o corpo é uma superfície, “um horizonte de visibilidade insuperável” e, por outro, uma profundidade, um “dentro insondável” (p. 235). Questionando o dentro insondável que se apresenta no horizonte visível da superfície do corpo, Freud vislumbra, nos sintomas conversivos da histérica, as articulações simbólicas como processos mediadores do psíquico e somático. De outro modo, a psicanálise na clínica é convocada a compreender para além do modelo neurótico de subjetivação: o que parece escapar no *Körper* e *Leib*, comparecendo na intensidade de adoecimento do *Soma*, em uma lesão, em uma destruição celular de partes fundamentais ao funcionamento do corpo.

Segundo Lima e Cardozo (2005, p. 263) a doença autoimune apresenta manifestações “que o organismo, e não mais o sujeito, poderia ser seu próprio inimigo, parasita de si mesmo”. Atacando-se enlouquecido, esse corpo desconhece a si próprio e precisa ser defendido por medicamentos que baixam a imunidade, justamente para que os

anticorpos não destruam o próprio corpo.

Freud em “O Mal-estar na civilização” (1930/2010) cita a decadência do corpo como uma das fontes de sofrimento, da qual não se pode escapar. O corpo na doença autoimune está sujeito à um excesso de defesa que se transforma em ataques em nome da proteção, diríamos, ataques preventivos inconscientes. Esse tipo de funcionamento do corpo surpreende pelo fato do próprio organismo comportar-se como agente nocivo. Em um determinado momento da vida, o corpo passa a não reconhecer suas próprias proteínas e as destrói através do seu sistema imunológico.

Nos casos de sujeitos com doença autoimune, é comum deparar-se com o estranho acontecimento da decadência do corpo autoprovocada e da expressão de sofrimento psíquico proveniente dela. As especificidades do modelo narcísico de adoecimento auxiliam na compreensão da expressão do corpo no próprio corpo.

O corpo torna-se um palco onde os doentes se mostram por meio da doença autoimune que as acomete de forma crônica e em constante risco. O corpo parece ser convocado a provar sua própria existência e relações com os outros, pela regulação da angústia no adoecimento. Pesquisadoras do Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Corrêa e Câmara, 2012), discutem um caso de histeria concomitante ao diagnóstico de esclerose múltipla, mostrando como a histeria se apropria de algo orgânico.

Na discussão sobre as coisas corporais e sobre os acontecimentos incorporais, Deleuze (2011, p. 25) considera determinadas doenças em que as perturbações da linguagem são acompanhadas por “comportamentos”. Em seguida, propõe que não há uma dualidade corpo-linguagem, e sim uma fronteira em que se articulam suas diferenças:

Se compararmos o acontecimento a um vapor nos prados, este vapor se eleva precisamente na fronteira, na dobradiça das coisas e das proposições. Tanto que a dualidade se reflete dos dois lados, em cada um dos dois termos. Do lado da coisa, há as qualidades físicas e relações reais, constitutivas do estado de coisas; além disso, os atributos lógicos ideais que marcam os acontecimentos incorporais. E, do lado da proposição, há os nomes e adjetivos que designam o estado de coisas e, além disso, os verbos que exprimem os acontecimentos ou atributos lógicos. De um lado, os nomes próprios singulares, os substantivos e adjetivos gerais que marcam as medidas, as paradas e repousos, as presenças; de outro, os verbos que carregam consigo o devir e seu cortejo de acontecimentos reversíveis e cujo presente se divide ao infinito em passado e futuro. (Deleuze, 2011, p. 26).

Lindenmeyer (2012) questiona sobre a existência de uma psicologia própria às doenças ou manifestações somáticas, no intento de engajar este questionamento a partir de uma releitura do sintoma somático e do estatuto do corpo na psicanálise. Consideraremos que o corpo do sujeito com esclerose múltipla assume o papel de objeto (percebido, representado e vivido) o qual iremos discutir em meio às especulações pertinentes ao adoecimento nos casos registrados por Charcot e apresentados nesta tese.

As primeiras percepções relativas à EM podem ser justamente os próprios sintomas somáticos que ela manifesta. Trata-se do momento em que uma modificação orgânica põe em movimento a pulsão, ou seja, a moção pulsional que é a “pulsão em ato”. (Laplanche e Pontalis, 1991, p. 286). A partir de uma reflexão inicial sobre saúde e doença, pode-se pensar o caminho iniciado por médicos sensíveis à psicanálise em utilizar a psicossomática

para compreender as doenças somáticas, o que gerou segundo Lindenmeyer (2012) uma grande confusão terminológica.

Sem um rigor terminológico, McDougall (2000) afirma que tudo aquilo que atinge o corpo real (diferentemente do corpo imaginário da conversão histérica), inclusive suas funções autônomas é considerado como ligado aos fenômenos psicossomáticos, incluindo aí as predisposições aos acidentes corporais e as falhas do sistema imunológico de um indivíduo. Nessa perspectiva cresce a adoção de um corpo conceitual que amplia a psicopatologia psicanalítica e que se posiciona em relação à própria psicanálise como um todo no auxílio das questões ligadas ao adoecimento autoimune.

Esse desenraizamento de noções psicanalíticas elaboradas a partir da metodologia própria ao tratamento analítico, de um lado aproxima-se da teorização da medicina psicossomática, e de outro, distancia-se do método clínico no qual é fundada a teorização psicanalítica. É sob este terreno que a psicossomática arrisca seu caminhar, mas para evitar tropeços nas considerações acerca da relação corpo-psiquismo, terreno acidentado e repleto de labirintos, daremos as mãos inicialmente a Charcot e Freud¹⁴.

As especificidades de adoecimento no campo psicanalítico podem ser discutidas a partir da expressão do psíquico no corpo por meio de dois aspectos do modelo melancólico: o do narcisismo, isto é, do investimento libidinal e destrutivo do próprio Eu, e dos limites da constituição do Eu em face dos objetos (Celes, 2010). Com base nas diferentes formas de expressão do corpo, abordaremos a especificidade de cada adoecimento em alguns dos doentes de Charcot, considerando as temáticas de análise que surgem em cada um deles.

Moreira (2007) em seu trabalho sobre doenças autoimunes, afirma que os repetidos traumas incidem sobre o psiquismo e podem estar relacionados a falhas no processo de

¹⁴ A este respeito “Pode-se dizer, da psicanálise, que basta lhe dar a mão e ela já nos pega pelo braço” (Freud, 1916/2014, p. 260).

maturação orgânica. De forma semelhante à Charcot que falava de sujeitos impressionáveis ou hipersensíveis moralmente, ela descreve suas pacientes com collagenoses como intensas e facilmente desorganizadas a ponto de que “um menor detalhe poderia abrir um abismo a qualquer momento... a ponto de desencadear uma crise quase letal”.

O processo de adoecimento autoimune poderia ser nomeado pela expressão de Green (1988), como uma “demência do soma”. O desencadeamento de processos regressivos¹⁵ é comum e, geralmente, estão relacionados a momentos de relativa intensidade pulsional ou, “excesso de excitação pulsional” ligada à angústia atualizada com as experiências traumáticas.

Assim, o estudo das doenças autoimunes pode se aproximar ao das neuroses narcísicas, em que a libido está vinculada ao próprio Eu (Freud, 1925-1926 / 1969, p. 58). Esta espécie de estudo pode favorecer o diálogo entre autoimunidade e psicanálise, a partir de uma formulação de simultaneidade do que acontece na materialidade do corpo em seus limites e que se refere à destruição do próprio Eu, seja nas bordas de sua constituição, seja nas bordas do elemento material mais insondável do “órgão da psique”, tal como Freud (1930/2010, p. 22) se referia ao cérebro, receptor de excitações, em suas respectivas relações face a objetos externos ou internos e internalizados.

A experiência da doença pode reatualizar movimentos psíquicos, temores e inibições presentes na construção da sexualidade. Lembrando que no caso das doenças neurológicas os órgãos do sistema nervoso central, tais como cérebro e medula espinhal tem funções essenciais na percepção e sensação de estímulos que possibilitam as funções cognitivas e motoras.

¹⁵ O movimento da regressão, segundo André (2007), é inseparável das exigências do princípio do prazer, das vias às avessas que ele toma quando as saídas mais diretas são inacessíveis. Segundo Freud (1900/1996, p.578) existem três tipos de regressão – formal, tópica e temporal – que “no fundo... constituem um só”, pois o que é mais antigo no tempo é também mais primitivo na forma e, na tópica psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva”.

O sistema nervoso é, segundo Freud (1914/1996, p. 125), “um aparelho que tem por função livrar-se dos estímulos que lhe chegam, ou reduzi-los ao nível mais baixo possível”. Mas os estímulos que se originam de dentro do organismo exigem muito mais do sistema nervoso, obrigam o sistema nervoso a renunciar à sua intenção ideal de afastar os estímulos, pois mantém um fluxo incessante e inevitável de estimulação.

Após essa discussão, Freud supõe que as próprias pulsões sejam, pelo menos em parte, precipitados dos efeitos da estimulação externa, que no decorrer da filogênese ocasionaram modificações na substância viva. A seguir, apresento registros dos casos de Charcot que nos levam a refletir acerca do funcionamento do sistema nervoso a partir da noção conceitual de pulsão situada na fronteira entre o mental e o somático, como o “representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo” (Freud, 1914/1996, p. 127).

1.4 Visão: janelas da alma

Dentre os 35 casos transcritos e traduzidos, 28 apresentam referências aos problemas da visão. Dentre eles a diplopia era recorrente (visão dupla: “o doente via quatro cavalos quando tinha dois”), despertada pelo olhar oblíquo ou após as refeições. Charcot associava a diplopia ao desaparecimento de reflexos, dores de cabeça e à ambliopia¹⁶ e considerava o estrabismo como determinante da diplopia.

Charcot também registrou a presença, intensidade, persistência e desaparecimento da ptose, o aumento da esclerótica, do estrabismo e da diplopia, bem como do nistagmo e

¹⁶ Segundo Charcot em suas “Lições sobre doenças do sistema nervoso” a diplopia e a ambliopia são sintomas cefálicos que se diferenciam pelo fato de que o primeiro era transitório, já a ambliopia, um sintoma mais durável e frequente que podia chegar à cegueira completa. Em alguns momentos reconhecia a desproporção entre os sintomas apresentados pelo doente e a lesão depois encontrada. Nesse ponto ele desenvolve a ideia de continuidade funcional dos tubos nervosos (p. 206). A imagem fantasma ou visão com sombra gerado pela diplopia era um sintoma, segundo Freud (1886/1996, p. 64): peculiar dos pacientes histéricos.

sua ocorrência ligada ao olhar fixo e direto em que “os movimentos dos olhos são completamente livres”: A tendência à inércia em manifestações como esta remete a um modo de funcionar desordenado da matéria, que para proteger-se dos estímulos, torna a função de proteção mais importante que do que a recepção deles.

Charcot incluía suas análises do exame oftalmoscópico que mostrava como um tremor detectado podia reduzir a acuidade visual. Tonturas eram acompanhadas de dores de cabeça diárias. Observava o campo visual e suas alterações, parestesia dos movimentos oculares, a atrofia dos nervos ópticos ou da pupila, as lesões de fundo de olho, e lesões dos núcleos gerando paralisias incompletas, acromatopsia¹⁷ a discromatopsia¹⁸. No caso de Joséphine Doisy ele escreve, à lápis, que o estreitamento do campo visual era histérico e móvel, ela não reconhecia a cor roxa.

Nota-se que Freud podia considerar que as variadas perturbações da visão presentes nos dossiês de Charcot acima citadas ligavam-se à etiologia histérica. Charcot anunciou o mistério da cena onde se inscreve o sujeito histérico e Freud, por sua vez, chama o mistério à sua porta. (Huot, 1991). De 1885, Freud reuniu conhecimentos em suas experiências de estágio de três meses em oftalmologia em Viena e em Paris, junto de Charcot. Nesta ocasião encontra o oftalmologista Parinaud. Três anos depois escreve em seu artigo « Histeria » :

O distúrbio histérico da visão consiste em amaurose¹⁹ ou ambliopia unilaterais, ou ambliopia bilateral, mas nunca em hemianopsia²⁰. Seus sintomas são: fundo de olho normal ao exame; ausência do reflexo conjuntival (reflexo corneano diminuído); estreitamento concêntrico do campo visual; redução da percepção luminosa; e

¹⁷ Condição de visão que torna o indivíduo quase ou completamente daltônico.

¹⁸ Distúrbio de visão que se traduz em não se distinguirem bem as cores.

¹⁹ Cegueira total ou parcial, esp. aquela que não apresenta alteração ou lesão grosseira dos olhos (como se dá com a que resulta de doença da retina ou do nervo óptico).

²⁰ Perda parcial ou completa da visão em uma das metades do campo visual de um ou ambos olhos.

acromatopsia. No caso do último sintoma citado, a sensibilidade ao roxo é a primeira a ser perdida, e a sensibilidade ao vermelho ou ao azul é a que persiste por mais tempo. Os fenômenos não se coadunam com nenhuma teoria do daltonismo; as diferentes sensibilidades às cores comportam-se independentemente umas das outras. São frequentes os distúrbios da acomodação, assim como as falsas conclusões deles resultantes. Os objetos que se aproximam do olho e que dele se afastam são vistos em tamanhos diferentes e duplicados ou multiplicados (diplopia monocular com macropsia ou micropsia) (Freud, 1893, p. 21 e 22).

Charcot observava a simetria e coloração dos olhos, a contração (miose convulsiva), a dilatação, a mobilidade e a descoloração das pupilas, a opacidade das lentes cristalinas, a vertigem, a capacidade de distinguir os objetos e acompanhava quando estes fenômenos ocorriam: “ela não tem mais clareza há 3 ou 4 dias somente”. Sintomas estes que evoluíam e se alteravam em uma mesma pessoa, enfraquecimento da visão, fraqueza dos olhos, até a completa abolição da vista em períodos de até três semanas, sem maiores explicações. A senhora Guilbert havia ficado completamente cega por vários meses. Ocasões em que a visão sofria rebaixamento ou perda (após o parto, por exemplo), o quanto a luz brilhante podia ser insuportável à doente além do fechamento de um dos olhos.

Algumas vezes registrava os diagnósticos de M. Henri Parinaud²¹, M. Paul, M. Fieusalles e M. Desmarres²² afirmando congestão cerebral (congestão da retina), retinopatias e os tratamentos receitados, tais como o de pílulas purgativas, iodeto de potássio ou atropina. Alguns doentes relatavam a sensação semelhante à que se tem quando se está andando para lá e para cá durante uma caminhada. A incapacidade de levar a mão ao nariz de primeira vez com os olhos fechados.

²¹ Oftalmologista e neurologista francês (1844-1905), conhecido por seu trabalho no campo da neuro-oftalmologia, incluindo a esclerose múltipla e a histeria.

²² Louis-Auguste Desmarres, oftalmologista francês nascido em Évreux.

As tonturas e vertigens eram recorrentes, apresentaram-se em Antoineth Émile Carpentier, Marie Joséphine Comon, Madame xxx. É possível verificar em diferentes casos, situações relativas ao (des)equilíbrio quando os doentes estão com os olhos fechados: o medo de cair, que se resolvia na escolha de dormir no chão. (Antoineth Émile Carpentier). No entanto, as tonturas nunca foram tão fortes ao ponto de fazê-la cair”; outras que se deixavam cair assim que estivessem no escuro: “Assim que ela fecha os olhos, situação de queda da doente se não for segurada”. (Joséphine Célestine Vauthier).

No caso de Sioen “sua vista treme, ele vê os objetos girar, ele era obrigado a se segurar para não cair, mas nunca perdeu a consciência”, ele mesmo escreve acerca do ofuscamento de sua visão: “quando eu ando eu vejo menos claro que no repouso”, embora sua crença era a de que não era a doença que o fazia ver os objetos ampliados. Ou ainda a privação da visão, impedindo a paciente de andar (Marie Joséphine Broisat). As consequências de sintomas como estes até a cegueiras que duravam cinco meses prejudicavam a capacidade para o trabalho, ocupações domésticas e sociais a autonomia tais como andar na rua somente acompanhados por uma pessoa, muleta ou bengala; a dificuldade de escrever, ler, costurar.

Afinal o que uma fraqueza dos olhos tem a ver com determinados tipos de enfraquecimento e perda da visão? As questões hormonais de fato eram relacionadas quando se considerava o acometimento de sintomas após o parto, por exemplo. No entanto, Charcot marca as ocorrências de problemas na visão no momento de internação nos Hospitais, percebendo que alguns doentes perdiam a visão ou viam duplo (diplopia): Hortense Délyphine Baudoin, no *Salpêtrière* e Georges Guillaume no *Charité e Tenon*, e Zima Adelaïde Vinchon, no *Hôtel Dieu* e Sioen quando entra no Hospital Militar de Bordeaux que vê « como através de um nevoeiro ».

O « olhar oblíquo », ou o « olhar vago » que mais parece com a metáfora do olhar perdido, ou as dores de cabeça, geralmente associadas às experiências vividas são associadas à diplopia e ao nistagmo. « as expressões e o olhar são um pouco aborrecidos » também caracterizam a visão dos doentes. E mesmo sem lacrimejamento, Zima Adelaïde Vinchon diz « chorar muito mais fácil do que antes ». As diversas repetições de diplopia desta doente em algum momento recebeu a seguinte avaliação de Vinchon: « meus olhos estão dançando menos ».

Para Charcot, essas crises eram histeriformes, vários distúrbios mórbidos começavam a se manifestar, segundo Charcot (1868), quando se você se aproximava da doente especialmente ao lhe endereçar a palavra: « O que acontece são de primeira, é um nistagmo duplo muito rápido e muito carregado e ao mesmo tempo se mostra um tremor rítmico, sobretudo lateral da cabeça ». Diferente da maior parte dos doentes, quando Vinchon está de olhos fechados, ela mantém uma noção perfeita exata da atitude que foi impressa em seus membros inferiores. Charcot acrescenta posteriormente que ela também tem uma percepção muito clara do ponto em que os membros superiores e inferiores foram tocados ou beliscados. Além disso, a oclusão dos olhos não alterava a estação e a marcha.

1.5 Histeroepilepsia

Freud em 1887 objeta o uso do termo ‘histeroepilepsia’ e conclui que ele deve ser abolido. No *Prefácio e notas de rodapé à tradução das conferências das terças-feiras, de Charcot*, Freud afirma que alguns pacientes indicados sob essa designação simplesmente padecem de histeria; outros sofrem de histeria e epilepsia, que segundo ele, são duas doenças que têm pouca relação essencial entre si e que *só por acaso são encontradas num mesmo indivíduo* (grifo da autora). Freud faz um alerta para a compreensão do termo, para

que alguns médicos não ficassem desatualizados ao serem da opinião de que a histeroepilepsia fosse um agravamento da histeria, ou uma transição da histeria para a epilepsia, considerando que o próprio Charcot havia abandonado este ponto de vista.

Mais uma vez retomando o problema de diagnóstico diferencial, sete anos depois, em 1893, Freud parece mudar sua consideração de que só por acaso duas formas de adoecimento acontecem num mesmo indivíduo. Após 24 anos de experiência clínica, Freud (1917/2014, p. 517) afirma que apenas ocasionalmente as neuroses atuais e psíquicas ocorrem de maneira pura; "mais frequente é, no entanto, que se misturem entre si e com uma afecção psiconeurótica". Em 1926, Freud afirma que vê no terreno das neuroses atuais – onde o excesso de libido não utilizada acha descarga na geração de angústia – o desenvolvimento de psiconeuroses com muita facilidade, “o que pode significar que o Eu faz tentativas de furtar-se à angústia, que aprendeu a manter suspensa por algum tempo, e atá-la por meio da formação de sintomas”. (Freud, 1926/2014, p. 84).

Freud observa, no caso da Sra. Emmy, que muitas neuropatas costumam ter crises histéricas (espasmos e delírios) juntamente com um acometimento de enxaqueca. E refere-se às neuroses mistas, na epícrise de seus *Estudos sobre a histeria*, dizendo que:

sem entendimento prévio e minucioso do valor e da significação dos nomes, não é fácil decidir se determinado caso de doença deve ser incluído entre os de histeria ou de outras neuroses (não puramente neurastênicas); e ainda se espera a mão ordenadora que, no campo das neuroses mistas comumente encontradas, assentará o marco de fronteira e destacará os traços distintivos essenciais para sua caracterização. (p. 127).

Assim, com as neuroses mistas sendo mais comumente encontradas, Freud refere-se

em casos clínicos ao mecanismo das ideias fixas baseadas e apoiadas por diversas experiências. Tais ideias fixas atuavam com tal intensidade que apenas de “um cérebro verdadeiramente patológico é que se poderiam varrer por mera sugestão produtos tão bem fundamentados de eventos psíquicos intensos”. Nota-se que tais produtos de eventos psíquicos intensos são alocados em um lugar diferente dos conflitos histéricos. Parece tratar-se de uma neurose em que a sugestão não tem o efeito esperado como na histeria. Segue adiante trecho da nota em que Freud apresenta a discussão de um diagnóstico de esclerose múltipla ou histeria:

Um outro caso deixou-me profunda impressão desse interessante contraste entre a extrema obediência sonâmbula em todos os demais aspectos e a obstinada persistência dos sintomas da doença, por estes se acharem profundamente alicerçados e inacessíveis à análise. Havia mais de cinco meses, e sem que pudesse ajudá-la, eu tratava uma garota, cheia de vida e talentosa, que havia um ano e meio padecia de grave perturbação do andar. A menina tinha analgesia e pontos dolorosos nas duas pernas, além de rápido tremor nas mãos. Andava inclinada para frente, com pernas pesadas e passos curtos, cambaleava como na marcha cerebelar e também caía com frequência. Seu ânimo era extraordinariamente alegre. Uma de nossas autoridades vienenses da época deixara-se levar por esse complexo de sintomas, diagnosticando uma esclerose múltipla. Outro especialista reconheceu no caso uma histeria a favor da qual também falava a complicada configuração do quadro clínico no início da doença (dores, desmaios, amaurose), e confiou-me o tratamento da doente (Freud, 1893/2016, p.147).

A natureza histérica da doente ou da doença é investigada por Freud que percebe

uma persistência dos sintomas somáticos apresentados. Quando Freud se propõe a investigar qual emoção havia precedido a irrupção da doença, depara-se com a morte de um primo, que se associa à figura do pai ligada misteriosamente a origem da doença da filha.

A fantasia de que o pai enquanto primeiro homem na vida de uma mulher deve morrer, coincide com as indicações de demais casos de EM em que a doença está atrelada a eventos significativos da sexualidade, por exemplo, após o casamento, após o nascimento de um filho ou às demais representações presentes em relações de trabalho ou em precárias condições de vida. Mesmo sem dizer em palavras o que aconteceu, o intenso sofrimento do pai da moça, descrito por Freud, está ligado a um reconhecimento evidenciado na manifestação somática de soluçar em choro diante da única alusão feita pela filha em hipnose sobre a emoção precedida à irrupção de sua doença.

Para pensar no adoecimento do corpo-psiquismo a partir de doença neurológica autoimune e histeria, no relato da crise de angústia de Katharina, Freud destaca que os sinais de “aura” histérica precedem um ataque epilético ou histérico. Breuer (1983 / 1996, p. 261-262) compara convulsão histérica não-ideogênica a ataques epiléticos, em que a massa de excitação acumulada por soma é descarregada, do mesmo modo que a massa de estímulos causada por modificações anatômicas. Assim, os sintomas histéricos são descritos por Freud: “como afetos e restos de excitações que atuaram sobre o sistema nervoso como traumas” (Freud, 1893/2016, p. 128). No caso de Marie Joséphine Comon, os fenômenos paralisantes apareceram, segundo Charcot, rapidamente depois da queda que ela fez. E em Marie Joséphine Broisat, a paralisia do braço esquerdo já havia aumentado ao ponto de não mais poder levantar a mão.

Em pesquisa realizada pela Federação Internacional de Esclerose Múltipla (Atlas de Esclerose Múltipla, 2013), 339 pacientes foram avaliados pelos testes psicológicos Pirâmide Colorida de Pfister e Bateria Fatorial de Personalidade. Os dados indicam

características de rigidez e perfeccionismo que os pacientes impõem em si mesmos, irritabilidade, dificuldades emocionais, ansiedade, repressão, baixa tolerância à frustração, baixa produtividade e retraimento defensivo.

Conforme Canzioneri²³, esses aspectos são prejudiciais, pois “quanto maior a rigidez, sem se permitir uma flexibilidade consigo mesmo, mais se castiga o corpo, piorando o estado emocional e, conseqüentemente, a Esclerose Múltipla”. A EM parece conversar intimamente com a histeria há séculos. Nas considerações teóricas sobre “Estados Hipnoides” (Freud, 1893/1996, p. 236), Breuer afirma que em raras ocasiões uma paralisia fica como seqüela após um ataque histérico. O que nos leva a pensar no caso da senhora Comon que, consoante às considerações de Freud, os distúrbios da motilidade são mutáveis e dependem de diversas condições (Freud, 1886/1996, p. 65).

Quarenta anos depois de sua nota sobre histeroepilepsia, Freud (1926/2014) apresenta em certas passagens do texto *Dostoievski e o parricídio*, questões relativas ao representante superegótico, na figura do pai e relaciona, diferencia ou aproxima conceitos em que desenvolve a ideia de como ocorre a possibilidade de ambas manifestações (histeria e epilepsia) no mesmo sujeito. Assim Freud se reposiciona perante o acaso de a histeria se combinar com epilepsia ou com outra doença neurológica, tal como a esclerose múltipla.

Os processos simbólicos e a histeria formam a matriz da psicanálise, mas isso não dá conta de todos os fenômenos da clínica, há problemas que aparecem no corpo que não podem ser reduzidos a conversões histéricas. Assim, o acaso de encontrar simultaneidade na histeria e demais fenômenos neurológicos pode ser mais frequente do que se imagina.

John Hughlings Jackson combinou uma perspectiva fisiológica e uma perspectiva evolucionária que influenciou o pensamento de Freud. Esse autor (1884), *apud* Winograd

²³ Disponível em: <http://abem.org.br/conhecendo-o-paciente-de-em-aspectos-psicologicos-2/>

(2013), mostrou que a diferenciação entre estados de consciência (mentais) e estados nervosos não impede que ambos ocorram juntos, tendo em vista a doutrina da concomitância, em que para cada estado mental há um estado nervoso correlativo. Sendo as doenças do sistema nervoso tidas como exemplos de dissolução, no sentido de reverso do processo evolutivo.

Se de um lado na histeria existe a possibilidade de conversão em que a excitação psíquica seria deslocada para o somático, via inervação somática “sem lesão”, de outro nas doenças neurológicas autoimunes parece existir uma espécie de reversão no sentido dado por Jackson, a tensão física não expressa psiquicamente, permaneceria como energia física (Freud, 1894/1996b), com a presença de “lesões grosseiras”.

1.6 Trauma, regressão e destruição

Na mesma época do estágio de Freud no serviço de clínica médica do Salpêtrière, Charcot e seus contemporâneos já apontavam o trauma psíquico desempenhando papel importante no desenvolvimento de doenças hoje consideradas autoimunes. Embora seus sintomas devam ser considerados como consequências tóxicas diretas de processos químicos sexuais perturbados (por exemplo, lesões anatômicas grosseiras, em que a sexualidade não era algo puramente mental), pois não são mentalmente determinados ou removíveis pela análise.

O caráter disruptivo, desorganizativo ou imprevisível do trauma é uma tônica em Freud, mas sabemos que depois que ele deixa de acreditar em sua neurótica, é o caráter retroativo da eficácia traumática que entra em cena. O trauma – evento hiperintenso que excede a capacidade representacional do sujeito antes que ele possa tramitá-lo psiquicamente – possui um caráter retroativo. Pode-se dizer que o trauma só acontece

voltando no tempo, pois não produz seus efeitos imediatamente, mas pela sua ressignificação posterior, no quadro da fantasia.

O problema é quando a ressignificação de eventos hipertensos não acontece. E a via para a descarga de excessivas excitações só pode se dar no corpo. O caráter retroativo do trauma é inerente à sua existência, pois ele fica guardado na memória (inconsciente) ou, para usar de uma comparação, fica incubado como um vírus, tal como uma “presença adiada” (Celes, 1999), e só vai ser reativado posteriormente em outros momentos de excitação, não necessariamente fantasísticos.

A regressão em suas diversas manifestações pode ser emblemática nas doenças neurológicas autoimunes, tal como a Esclerose Múltipla (EM). O aparelho psíquico, em especial nas neuroses narcísicas, em que a participação do Eu é bem mais intensa no adoecimento, pode no extremo de suas possibilidades fazer com que o físico somático invada o psiquismo. O provável, segundo Green (1988) é que a reversibilidade da regressão destrutiva pode ser temporária ou definitiva e dependerá dos cuidados físicos e psíquicos de um objeto que nunca esteve. Este objeto que nunca esteve no Eu é o objeto-trauma que limita o inevitável traumatismo à sua não adequação perfeita ao Eu. Este objeto-trauma não consegue misturar às suas intervenções à angústia nascida de suas próprias pulsões.

McDougall (2000) mostra no fragmento de análise do caso de um paciente com colopatia funcional (doença autoimune também conhecida como síndrome do cólon irritável) que na regressão psicossomática acontece um fenômeno psíquico semelhante ao que ocorre na psicose: “as palavras, esvaziadas de seu conteúdo afetivo, perdem seu valor simbólico e são tratadas como coisas” (McDougall, 2000, p.65). A experiência psíquica que deveria conter tanto a representação da palavra quanto o afeto a ela associada é lançada

para fora do psiquismo – como registros psíquicos primitivos –, de forma que sem sintoma psíquico, ocorre uma explosão somática no corpo.

As manifestações da esclerose múltipla são curiosas, assim como as de outras doenças autoimunes, por apresentarem uma singularidade muito peculiar em cada sujeito com o diagnóstico. Afinal cada corpo é único. Existem casos em que o surgimento de lesões inflamatórias da mielina afeta apenas determinados lugares corporais e em outros casos elas podem aparecer ininterruptamente e em grandes intensidades/quantidades com sintomas espacializados pelo corpo. A falta de tratamento adequado – em cerca de 10% dos doentes com curso progressivo da doença – pode levar a sequelas importantes devido à agressão com que o sistema imunológico trata a mielina. (Leon, 2017).

As interferências destruidoras – equiparadas a causas de doenças – na instância psíquica são comparadas por Freud (1930 / 2010, p. 22-23) até certo ponto à morada humana, tal como Roma que representa espacialmente o suceder histórico por meio da representação visual de lugares que já foram devastados pelo inimigo, que sofreram demolições e substituições prediais. No entanto, alerta que essa comparação da conservação do passado de uma cidade com o passado psíquico só vale “na condição de que o órgão da psique tenha permanecido intacto, de que seus tecidos não tenham sido afetados por trauma ou inflamação”.

Nesse caso as marcas materiais são inferidas pela conservação do acontecimento passado: de acontecimento incorporal para coisa corporal, a comparação torna-se acontecimento concreto, factual ensaiada por Freud ao dizer do corpo humano com sua própria história de evolução:

Não se pode ver o embrião no adulto; a glândula do timo, que a criança possui, é substituída por tecido conjuntivo após a puberdade, deixando ela mesma de existir; no osso largo do homem adulto podemos desenhar o contorno do osso infantil, mas este desapareceu, ao se estirar e adensar até atingir sua forma final. (Freud, 1930/2010, p. 24).

E mais uma vez pondera que a conservação de todos os estágios anteriores, ao lado da configuração definitiva, é possível apenas no âmbito psíquico, e que sua representação visual desse fenômeno não é possível. Na EM, o órgão da psique traumatizado e inflamado em suas células neuronais, encontra a partir do século XX representação visual nítida nos exames de imagem. No mundo fantasmático (psíquico) do doente ocorre uma espécie de representação – no sentido dado por Freud no *Projeto* – que remete à regressão destrutiva.

Essa reflexão inicial acerca do acontecimento traumático que se liga aos órgãos no circuito neuronal e à história marcada no circuito pulsional, nos leva a pensar o trauma na organização crônica destrutiva caracterizada nos casos de Charcot de esclerose múltipla e histeria cujos “apanhados” privilegiam o remonte da tarefa de alojamento da psique no corpo.

Embora Freud (1926/2014) tenha afirmado na época de Breuer (1880-1882) que “ainda não havia os trabalhos de Charcot e P. Janet sobre a gênese dos sintomas histéricos” (Freud, 1926/2014, p. 312), os registros de Charcot demonstram que sua investigação sobre a emergência de sintomas no corpo relacionados ao diagnóstico de EM não excluía a emergência de sintomas em função de impressões de um período agitado, como bem registrou nos dossiês de seus doentes. A pesquisa da gênese dos sintomas no corpo (incluindo os histéricos) já existia nos trabalhos de Charcot.

Nas palavras de McDougall (2000, p. 66):“a mensagem primitiva proveniente do psiquismo vai repercutir no funcionamento somático do indivíduo, seguindo os vestígios contidos *na memória da qual está dotado o funcionamento automático do corpo*”. (grifo da autora).

1.7 Cronicidade do traumático

A teoria freudiana do trauma permitiu iniciar uma compreensão ímpar dos processos de subjetivação e do trabalho psíquico (Celes, 2017). A questão da temporalidade psíquica envolvida no entendimento do trauma na clínica bem como no desenvolvimento das discussões teóricas deve auxiliar a busca de cenas anteriores que tenham despertado toda pujança de seus efeitos, depois, em um outro tempo.

A herança do trauma – como intensidade psíquica insuportável – se renova segundo as variações das excitações pulsionais presentes na cultura. O trauma, ainda que muitas vezes, restrito à ideia de traumatismos (Canavê, 2015) traz de toda forma a ideia de uma herança crônica que o sujeito carrega, ainda que seu peso só seja sentido em condições especiais, tal como no adoecimento.

O próprio psiquismo é uma herança dos traumas vivenciados. Bion (1967/1988) considera que o aparelho de pensar – forma como nomeia o aparelho psíquico – se constitui mediante frustrações, em outras palavras, traumas vivenciados. Assim, os traumas, de forma geral, já estão inscritos desde muito cedo na vida dos indivíduos, em sua pré-história. No segundo dos *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud (1905 /2016) já se referia a dois tipos de pré-história na explicação das características e reações do indivíduo adulto.

Uma pré-história abarcada pelas “vidas dos antepassados”, que também foi referida mais tarde nas *Conferências introdutórias à psicanálise* (1917/2014, p. 479): “As predisposições constitucionais são, certamente, efeitos remotos das vivências de antepassados, também foram adquiridas um dia; sem tal aquisição não haveria hereditariedade”. E um outro tipo de pré-história que se situa já na existência individual da pessoa, a infância. Para Freud (1905/1996) é a influência desse período da vida que é mais facilmente compreensível e deve ser considerada antes da hereditariedade.

Se a esclerose múltipla não é transmitida hereditariamente, em um sentido biológico (Leon, 2010 / 2017), Freud em 1915, em nota de rodapé de sua publicação original de 1905/1996 (p. 89), nos leva a reconsiderar a erogeneização para todas as partes do corpo, inclusive do sistema nervoso central. Freud harmoniza seu saber fisiológico com uma modificação real da zona erógena, quando reconhece o fato de a necessidade de satisfação também poder ser despertada periféricamente, por “isso gera alguma estranheza apenas porque, para ser anulado, um estímulo parece requerer outro, produzido no mesmo local” (p. 90). No caso de pacientes de EM em surto inflamatório, somente uma pulsoterapia²⁴ – tão potente como o surto – administrada no corpo pode diminuir a inflamação a tempo de evitar sequelas.

Freud (1915/2010, p. 56) aponta quanto às pulsões

podemos, então, concluir que as pulsões, e não os estímulos externos, são os autênticos motores dos progressos que levaram o sistema nervoso, tão infinitamente, capaz, ao seu grau de desenvolvimento presente. Claro que nada contraria a suposição de que as próprias pulsões sejam, ao menos em parte, precipitados de

²⁴Pulsoterapia é o tratamento das exacerbações (surto) de esclerose múltipla, que consiste na administração de altas doses de corticoides com início de ação rápida para diminuir a inflamação.

efeitos de estímulos externos, que no curso da filogênese atuaram de modo transformador sobre a substância viva.

Laplanche (1973) ressalta que Charcot tentou transpor seus trabalhos neurológicos para o estudo das neuroses. As investigações de Charcot guiaram a cartografia das zonas histerógenas, prefigurando as zonas erógenas, considerando-as pontos de excitação do corpo histérico. A partir da análise do material transcrito pode-se ter uma outra perspectiva de análise que deu continuidade ao trabalho de Freud acerca das experiências de doenças manifestas no corpo, qualquer que fosse sua etiologia.

Seguindo o caminho de Charcot, Freud deixou a neuropatologia para se consagrar à psicanálise com os estudos da histeria. Hoje, vemos que a aproximação entre esses dois campos de estudos tem crescido, a contar pelas publicações atuais feitas sobre o assunto (Ansermet e Magistretti, 2011; Ansermet, 2012; Davidoch e Winograd, 2010, Winograd, 2004, 2013, e outros).

Ansermet reforça a ideia de que a psicanálise não é um sistema, ela é uma obra aberta, não fechada. A história da histeria (Trillat, 1991) juntamente com a neuropsicanálise e suas críticas, limites, adesões e aversões que a neuropsicanálise gera corrobora para pensar a modificação da substância viva cerebral diante das vicissitudes da vida pulsional.

Lima (2015) nos ajuda a afirmar que determinadas formas de adoecimento se despertam juntamente com os afetos pré-históricos do sujeito. A ideia de acessos históricos universais, cuja ideia de intensidade está presente, nos leva a pensar na hipótese de “histeria arcaica” de McDougall (1996, p. 39; p. 67), de uma erotização primitiva, em que o corpo se oferece como local de conflito.

A ideia de antepassados herdados, de alguma forma pesquisada por Charcot, remete às vivências ancestrais de inumeráveis existências de egos de gerações anteriores (Freud, 1923) de longa data e sempre presentes, remete a uma existência crônica, que se estende no tempo, assim como o trauma psíquico. Lima (2015) reforça a ideia de que o constitucional é cortado pela cultura, isto é, algo é transmitido como herança, veiculado pela linguagem. Compara a existência de transmissões de ordem cromossômica dos genes com leis análogas às da construção da linguagem.

Segundo McDougall (2000) analisando cuja constituição é marcada por fragilidades narcísicas procuram proteger sua sobrevivência mental através de um trabalho de desafetação, mantendo uma barreira desvitalizada diante do investimento narcísico do próprio corpo e de seu próprio psiquismo. A ideia de barreira desvitalizada aproxima-se à ideia de barreira “facilitada” nos termos de Freud no *Projeto*, semelhante ao “comportamento” dos neurônios no que se refere à recepção das excitações, sem impedimento, sem proteção, já que se mantém “desafetados”, “neutros”.

Todo este trabalho de defesa em favor da sobrevivência mental seria justificado pelo temor de perder as barreiras psíquicas contra a implosão provocada por investimentos autoeróticos comuns na estrutura narcísica, mas também a perda de seus próprios limites corporais. Essa vulnerabilidade psicossomática produz uma ressomatização regressiva da experiência afetiva rejeitada, o que representa o risco, dentre outros, de produzir o esfacelamento das barreiras imunológicas. (McDougall, 2000). O caso a seguir é relatado por Charcot e possibilita algumas considerações acerca da relação corpo-psiquismo.

1.8 Maurice Girard²⁵: um caso de “esclerose múltipla e histeria”

²⁵ Tradução do manuscrito de Charcot comentada pela autora, seguido de análises acerca do caso.

Maurice Girard é um jovem de 21 anos, paciente de Charcot, portador de “esclerose múltipla e histeria”, que sempre trabalhou regularmente. Antes de ser admitido no *Hôpital Pitié-Salpêtrière* em 1889, trabalhava como cutedeiro desde os 15 anos. Ele era empregado na têmpera²⁶ de facas em uma fábrica, trabalhava quase sempre em pé e sem muita fadiga. Maurice podia fazer corridas longas, embora andasse com as pernas afastadas e um pouco em ziguezague. Ele era desajeitado de suas pernas, batia os pés em cada obstáculo. Apesar disso, ele era um "bom caminhante"; uma vez, relata Charcot, ele foi para *Villeneuve Saint Georges*²⁷ a pé e sem estar cansado.

Nessa mesma época sofreu um acidente numa cave, teve contusões leves, e segundo Charcot, este acidente não teve consequências lamentáveis. No entanto, quando estava com 16 anos, (18 meses após a queda na cave) ele vomitou meio litro de sangue. Charcot registrou que esta hematemese aconteceu de repente, uma noite, sem causa aparente, sem mal-estar precursor. Durante a noite e nos dias seguintes, este vômito foi repetido várias vezes. Quando a hematemese parou depois de 15 dias, ele voltou a trabalhar. Durante o vômito, ele não tinha febre, nem dor no estômago, comia bem e digería sem dificuldade. Não havia perdido peso antes do início do vômito, e não emagreceu na sequência.

De 16 a 21 anos parece ter vivido uma espécie de período de latência, em que não se notou nada. Depois desse período ingressou no serviço militar, onde tornou-se soldado da infantaria na cidade de *Montbrison*, região central da França (aproximadamente a 530 quilômetros de Paris). Durante os quatro anos de duração de seu serviço militar, Maurice

²⁶Cutedeiro é o trabalhador que fabrica facas, e a têmpera é o processo de enrijecer um aço. A temperagem ocorre em “aços doces”, ou seja, não temperados que irão passar por um aquecimento de seu material seguido por um choque térmico. Uma faca que passou pelo processo de temperagem, modifica a matéria do aço, que passa a ter uma melhor *performance* quando o aço fica mais rígido, mas ao mesmo tempo tem flexibilidade. Cada peça pode ser mais rígida ou mais flexível, podendo ou não voltar à posição em que estava anteriormente conforme for feito o processo de temperagem. Aços muito duros quebram com mais facilidade, por terem menos flexibilidade. Quaisquer semelhanças do trabalho que Maurice realizava no processo de temperagem das facas que cunhava com a constituição de seu narcisismo é hipótese comparativa de alguma coincidência.

²⁷ Uma distância de aproximadamente 17 km até o hospital onde era atendido.

foi sujeito a “ataques de nervos” que se produziam sempre e somente a cada vez que ele passava por uma revista. Essa experiência o emocionava fortemente. Em posição, enquanto ele se mantinha por alguns instantes de imobilidade regulamentar, ele dizia sentir alguma coisa lhe subir do ventre à garganta, isso lhe fechava a garganta, ele passava a ficar muito vermelho, suas pernas tremiam; ele teve batimentos nas têmporas, zumbidos de ouvido, visão perturbada e então caiu. Em uma ocasião como esta foi transportado para sua cama, não sabia dizer o que havia acontecido, se teve convulsões enquanto estava sem conhecimento. Depois que tudo acabou, recuperou a consciência.

A mesma cena se reproduzia a cada vez que ele passava regularmente por uma revista. Seu segundo tenente o isentou de muitas revistas. Uma vez, no entanto, ele caiu em circunstâncias quase semelhantes. Ele estava empregado na Biblioteca dos Oficiais. Um dia ele estava trabalhando com alguns camaradas na biblioteca. De repente o capitão entrou e disse: “Parado – que ninguém se mexa!”. E quase imediatamente Maurice se sentiu sufocado, apertado na garganta, batimento nas têmporas, tremores nas pernas, etc. e caiu inconsciente. Em suma, ele se encontrou em condições fortes semelhantes àquelas em que um soldado está passando uma revista: imobilidade absoluta, emoção, nervosismo. Ou seja, seus ataques se davam em momentos em que se sentia observado ou vigiado.

Charcot descreveu Maurice como sóbrio, organizado, jamais apresentando excessos. No entanto, sempre foi muito impressionável, receoso; a menor reprovação, a mais pequena contrariedade o transtornava. Em seu trabalho de coteleiro, os menores contratemplos, a mais leve reprovação de seu contramestre o colocava em um estado de aborrecimento, de “desgosto raivoso”²⁸ que ele não podia superar.

²⁸ “Chagrin” é uma palavra recorrente nos manuscritos de Charcot (1859-1891) nos casos de seus pacientes com esclerose múltipla. Refere-se a um estado moralmente doloroso, uma aflição ou desprazer causado por eventos específicos, pode também caracterizar um humor triste, melancólico. Chagrin também tem o significado de “Couro cuja superfície tem pequenos grãos, feitos da pele de jumento” (Le petit Robert, p.

Freud (1917/2014, p. 464) utilizou o termo "desgosto" para se referir ao produto de um conflito psíquico. Inferimos que a neurose de Maurice Girard apresentava um caráter patogênico, em que sua libido era facilmente privada de satisfação.

Os episódios de Maurice com a revista nos faz pensar, com base em Assoun (2013a) que os efeitos da ameaça da castração, por meio da intimidação da qual Maurice sofre quando precisa ficar imóvel, que o "se deixar-intimidar" ocupa um espaço importante "sua característica sexual psíquica" homossexual de identificação com sua mãe. Ainda que sua escolha de objeto matrimonial tenha sido heterossexual - sua atitude feminina é a de não resistir à intimidação é reagida com angústia, enfraquecimento e desmaio.

Durante seu serviço militar, em um momento que ele não pode especificar, provavelmente como resultado dos ataques que ele tinha, notou que suas pernas não eram como antes. Para Assoun (2013a, p. 49) é no canteiro de trabalho ou no campo de batalha, seja "no fogo da ação" que, sob o efeito do trauma, se engaja a passivação no masculino ou a "impotência psíquica" (p. 33), no uso de uma uniforme que a histeria no homem se revela. Maurice não podia aproximar os calcanhares senão que dificilmente e ele andava com as pernas afastadas. Quando chegava ao regimento, esforçava-se para juntar os calcanhares e andar como os outros soldados.

Por motivos que parecem muito mais "orgânicos", uma vez que não há registros da história deste doente feita por Charcot, ele observou a micção do senhor Doulet a partir de 1877, ele tinha frequentes desejos de urinar, com

217). Esta última acepção somada à primeira aparece no livro de Honoré de Balzac, "La peau de chagrin" que traz em seu bojo o "ônus" de ter seus desejos todos satisfeitos à flor da pele. A milagrosa pele de onagro (espécie de jumento do Oriente) confere a seu dono poderes especiais que permite a satisfação de todos seus desejos. Porém há um feitiço neste talismã, em que a cada desejo satisfeito ele encolhe e encurta a vida de seu proprietário. O fim da pele de onagro é o fim da vida. O protagonista percebe que "querer nos queima e poder nos destrói". A expressão francesa "*c'est une peau de chagrin*" remete àquilo que não cessa de encolher. Este livro foi escolhido por Freud para ser lido no fim de sua vida.

problemas de micção: vontades frequentes de urinar. Muitas vezes surpreso sem ter tempo para pegar seu mictório. Atualmente, o paciente mantém seu mictório permanentemente à noite, sem o qual ele diz que molha a cama (sem acordar). Tendo levantado durante o dia, mantém seu mictório próximo a ele para que ele tenha tempo de pegá-lo. No entanto, algumas vezes urina em suas calças.

A incontinência urinária de Maurice Girard, além de ser um sintoma de esclerose múltipla, pode segundo Freud (1909[1908]/1996, p. 212), certamente não ser incompatível com o diagnóstico de ataque histérico, “já que não faz senão repetir uma forma infantil de poluição violenta”, no caso de Maurice uma retenção excessiva da urina.

Para Freud (1905 /2016) os sintomas da masturbação ativa aparecem em lugar do aparelho sexual ainda não desenvolvido, citando como exemplo o aparelho urinário como tutor do aparelho sexual. A maioria das doenças atribuídas à bexiga são distúrbios sexuais; a enurese noturna, por exemplo, quando não representa um ataque epilético, corresponde a uma poluição. A disúria emocional de Maurice Girard teria representação semelhante.

No caso de Maurice Girard, Charcot vai apresentar uma narrativa que revela uma espécie de constipação persistente e disúria, apontando o fator emocional:

Em todos os momentos era impossível a ele urinar ou defecar na presença de alguém. Durante seu serviço militar ele iria para longas caminhadas sem urinar - (uma vez 18h), porque ele não podia se isolar. Sozinho, ele urinava sem dificuldade. Essa disúria emocional (...) persistiu desde que ele deixou o serviço militar.

E quando estes problemas deixam de ser de ordem emocional: “Por 18 meses constipação persistente e disúria. Neste momento a disúria não era mais apenas emocional, como já foi. Quando está sozinho, Maurice era obrigado a empurrar, a esperar um momento

antes de o jato de urina chegar. A constipação de que ele se queixa é muito intensa - ele usa purgativos com frequência. Ficava até sete dias sem defecar”.

Depois a retenção deu lugar à expulsão: “Várias vezes ele deixou suas fezes escaparem em suas calças porque ele não podia se conter. Porque ele precisava, era muito urgente e ele não teve tempo de desabotoar as calças”. (...) “Este foi o estado do paciente quando ele partiu no dia 28 de agosto para completar 28 dias (2º período)...continua com constipação e disúria com falsas necessidades frequentes (micção difícil)”.

Segundo Freud (1894, p. 61) em “As Neuropsicoses de defesa”, a angústia liberada cuja origem sexual não deva ser lembrada pelo paciente irá apoderar-se das “fobias primárias comuns da espécie humana, relacionadas (...) de um modo ou de outro com o que é sexual – tais como a micção, a defecação”.

Naquela época ele estava casado há dois anos e meio, queixava do polegar esquerdo que foi seguido de uma contratura deste dedo (em extensão) que durou um ano. Há dois anos, durante o primeiro período de 28 dias de internação, Maurice fazia grandes manobras, andava mal, com as pernas afastadas, ainda não conseguia juntar os calcanhares. E ainda assim ele foi capaz de fazer o seu serviço sem se cansar em excesso.

Por 18 meses ele teve constipação persistente e disúria. Neste momento a disúria não era mais apenas emocional, como já foi. Quando estava sozinho, Maurice era obrigado a empurrar, a esperar um momento antes de o jato de urina chegar. A constipação de que ele se queixa é muito intensa: ele usava purgativos com frequência. Ficava até sete dias sem defecar. Várias vezes ele deixou suas fezes escaparem em suas calças porque ele não podia se conter. Porque ele precisava, era muito urgente e ele não teve tempo de desabotoar as calças.

Este foi o estado de Maurice quando ele partiu no dia 28 de agosto para completar 28 dias (2º período). Na véspera, ele estava trabalhando o dia todo, como de costume - essa partida o incomodava, o deixava muito triste, ele queria chorar.

Ele deixou sua casa²⁹ às 6 da manhã e foi de bonde até o quartel (bastião) de *Saint-Ouen*. Às 11 horas partiu a pé com o destacamento de reservistas para ir à *Gare de Lyon*³⁰. Ele andou como ele costumava andar. Isso quer dizer com as pernas afastadas e um pouco cambaleantes, ele e seus colegas chegaram ao auge do número 8 ou 10 *Boulevard Rochechouard*³¹ e ele ficou repentinamente atordoado. Ele se lembra muito bem que ele teve um momento como uma nuvem na frente de seus olhos, que seus ouvidos zumbiram que "isso lhe bateu nas têmporas" e então perdeu a consciência.

Como ele estava no posto, seus companheiros o viram dobrar sobre as pernas e se debruçar para frente como se quisesse cair. Eles puderam segurá-lo a tempo e apoiá-lo segurando-o debaixo de cada braço. Ele não sabe se ele se debateu; quando ele voltou à si, ele estava bastante desgastado, apoiado por dois de seus camaradas que o seguraram pelos braços e, assim, o arrastaram enquanto ele estava fazendo das pernas o melhor que podia.

O destacamento estava então no início do *Boulevard Magenta*; seu esvanecimento, portanto, durou todo o caminho desde a *Boulevard Rochechouard*³². As pernas estavam muito fracas, pesadas, debaixo do braço esquerdo estava enrijecido, de forma que Charcot desenhou a "atitude" deste braço e escreveu ao lado do desenho que a rigidez do braço não

²⁹ Maurice Girard foi um dos pacientes com esclerose múltipla que teve seu endereço residencial anotado por Charcot. O trajeto de sua residência (Rue de la Fontaine au Roi, nº 24, no 11º arrondissement) até Saint-Ouen é de aproximadamente 11 quilômetros.

³⁰ A distância de *Saint Ouen* até a *Gare de Lyon* é de aproximadamente de 17 quilômetros.

³¹ A distância da *Gare de Lyon* até o *Boulevard Rochechouard* é de cinco quilômetros, tendo percorrido uma distância de aproximadamente 32 quilômetros de sua casa, sendo que mais de 22 quilômetros, foram de caminhada, quando ficou "repentinamente atordoado". Neste ponto da caminhada ele estava a quatro km de sua residência.

³² Trajeto de aproximadamente dois quilômetros.

estava completa. Quando ele chegou à *Gare de Lyon* ele poderia levantá-lo, movê-lo um pouco.

Mas ele estava incapaz de levá-lo até sua cabeça, de estendê-lo completamente. Ele mal podia se levantar e sentar na plataforma de embarque enquanto esperava a partida do trem. Sua esposa estava lá, vindo para vê-lo antes de sua partida. Ela o encontrou neste estado. Ele estava, disse ela, todo tonto, ela acreditou que ele estava bebendo. Para colocá-lo no vagão, foi preciso apoiá-lo e empurrá-lo. Durante o trajeto da *Gare de Lyon* para *Lons-le-Saulnier*, das duas da tarde ao meio-dia do dia seguinte (11:15 min), ele ficou com a cabeça pesada, ele resistiu com grande dificuldade aos solavancos do carro e sua cabeça estava batendo de tempos em tempos contra a parede. Em *Châlons*³³ ainda precisava estar apoiado por dois ajudantes, ele andou para um restaurante localizado a um km da estação e almoçou com apetite.

Quando ele chegou a *Lons-le-Saulnier*³⁴ ele foi capaz de andar no quartel (600 metros) sem ser apoiado – as pernas estavam um pouco mais fortes, menos pesadas – mas os braços estavam sempre endurecidos na atitude indicada (no desenho em anexo) e ele manteve seu estado de embotamento, de “ondas na cabeça”. No entanto ele estava vestido, equipado. No dia seguinte o major diante de quem ele se apresentou recusou-se a reconhecê-lo doente. Ele o chamou de fumista. Disse que ele precisava fazer exercícios.

Quando era comandado a atirar de joelhos ele caía para a frente e não conseguia mais se levantar – a manipulação de rifle, em marcha, tudo isso foi aos poucos impossível. Ele foi posto de lado.

Dois dias depois ele foi enviado para tiro ao alvo. Ele pôde atirar onze tiros. Mas como ele apoiava muito mal sua arma com o braço esquerdo contraturado, um oficial

³³ *Châlons-en-Champagne*, de metrô, fica a duas horas e meia aproximadamente da *Gare de Lyon*.

³⁴ Mais duas horas de viagem depois de *Châlons-en-Champagne*.

aproximou-se dele, empurrou-o rudemente. Ele tocou sobre o lado esquerdo, começou a tremer e perdeu a consciência. A partir deste ataque novamente ele foi incapaz de andar sozinho, ele foi trazido de volta, apoiando-o e “nós o colocamos na enfermaria”.

Ele ficou lá 18 dias. Enquanto ele estava na enfermaria, uma noite à meia-noite e meia ele se levantou para ir ao banheiro, de repente ele se sentiu alguma coisa subir da barriga ao pescoço, e apertar sua garganta, batendo nas têmporas, barulhos em seus ouvidos, ele teve tempo de agarrar-se a uma porta e ele perdeu consciência. Ele ficou neste estado 10 minutos depois, ainda se agarrando à porta, suas pernas estavam mais pesadas, e ele teve muita dificuldade voltar para sua cama. Durante a sua estadia na enfermaria após oito dias, a atitude do braço se modificou progressivamente. Ele pôde estender o antebraço e os dedos. O dia antes de sair de *Lons-le-Saulnier*³⁵ para voltar a Paris, sua mão e seus dedos começaram a se mover. Apesar dele (movimentos atônicos) retornou a Paris no dia 18 de setembro ao meio-dia. Desde então, ele foi tratado em casa.

Seus sintomas a partir de então são mantidos de forma geral: o braço esquerdo com contratura incompleta (movimentos involuntários da mão), pernas espasmódicas, movimentos lentos e sem energia. Passos incertos e titubeantes, precisa de ajuda para andar; continua com constipação e disúria com falsas necessidades frequentes (micção difícil); reflexos rotulares exagerados, trepidação epileptoide e rigidez funcional, leve diminuição da sensibilidade ao contato, à picadas e temperatura.

A esposa do paciente percebeu que, do ponto de vista intelectual está totalmente mudado. A memória ficou diminuída. Ele ri e chora com muita facilidade: "Ele é um pouco como uma criança". Não consegue segurar um copo com a mão esquerda, nem abotoar suas roupas.

³⁵ Localizada na região sul da França, no mesmo sentido de sua cidade natal (*Thiers* em *Puy de Dôme*).

Desde a sua liberação do regimento, ele nunca teve mais ataques. Segundo Charcot, Maurice sempre foi impressionável, sujeito a crises de bocejo, ele bocejava de oito a dez vezes consecutivas. Seus colegas de oficina e sua esposa percebiam a frequência de seus bocejos chegava a incomodar e irritar as pessoas que estavam perto dele.

Mesmo depois que deixou o serviço militar, persistiram a disúria emocional, as desordens da marcha, (andar com as pernas afastadas, tropeçando em todos os obstáculos do caminho), a crise de bocejos.

A última nota de Charcot sobre o caso deste paciente diz que Maurice não tinha “sonhos histerogênicos”. O seu primeiro apontamento se volta para os “antecedentes hereditários”, cuja observação da mãe de Maurice que era considerada “histérica” e que tinha ataques provocados por emoções, sendo que ela ficou paralisada das duas pernas depois de um ataque. A filha de uma tia que morreu “alienada” também era considerada histérica e também havia ficado paralisada das duas pernas depois de um susto com cães raivosos. O pai foi descrito como um sujeito nervoso, “arreatado” (*emporté*), colérico e bizarro.

Supomos que Maurice tivesse temor a seu pai, que também fora militar. O homossexualismo latente reforça a ideia de ambivalência de atitudes de amor e ódio para com o pai. Identificado com a figura de seu pai, se ele foi nervoso, arreatado, colérico e bizarro, Maurice herda da influência parental esses mesmos atributos, de forma que seu superego apresentará esses mesmos atributos "nas relações entre o ego e ele", de forma que "a passividade que se imaginava ter sido reprimida é restabelecida. O superego se tornou sádico e o ego se torna masoquista, isto é, no fundo, passivo, de uma maneira feminina", (Freud, 1928[1927]/1996, p. 190).

Retomando a leitura dos registros de Charcot percebemos que sua atenção diante dos antecedentes hereditários antecipa uma ideia de herança da influência parental, protótipo do superego freudiano. Os sintomas de Maurice semelhantes à morte – no caso dos desmaios, especialmente – podem ser compreendidos como uma identificação paterna por parte de seu ego, a qual é permitida pelo superego como punição. Segundo Freud (1928[1927]/1996, p. 190):

Você queria matar seu pai, a fim de ser você mesmo o pai. Agora, você *é* seu pai, mas um pai morto - o mecanismo regular dos sintomas histéricos. E, além disso: 'Agora, seu pai está matando você'. Para o ego, o sintoma da morte constitui uma satisfação, em fantasia, do desejo masculino e, ao mesmo tempo, uma satisfação masoquista; para o superego, trata-se de uma satisfação punitiva, isto é, uma satisfação sádica. Ambos, o ego e o superego, levam avante o papel de pai.

Nesse sentido, Freud (1928[1927]/1996, p. 189) auxilia a pensar o temor à "atitude feminina" de Maurice Girard, revelado quase que como um ato falho, em suas crises de desmaio, manifestação no corpo de uma autopunição por um desejo de morte contra um pai odiado. Assim como esta disposição presente em Dostoievski, parece que o ódio de Maurice pelo pai pudesse ter sido reprimido pelo medo direto da punição e da castração.

Maurice jamais teve diplopia, um tipo mais frequente de poliopia, que segundo Freud (1886, p. 64) era peculiar nos pacientes histéricos. O relato de Freud na *Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico* aproxima-se ao estilo de redação adotado por Charcot (1889) no caso de Maurice Girard, embora Charcot não

apresentasse uma discussão mais detalhada de suas suposições que aparecem de forma mais sutil ou nas entrelinhas.

O fato de Maurice ser “muito impressionável”, em que a menor reprovação, a menor contrariedade o transtornava mostra como que em sua relação de trabalho com seu contramestre, ele parecia incorporar uma “carapaça narcisista protetora e preventiva contra os traumas” (Green, 1988, p. 171). Justamente porque qualquer questionamento poderia tocar na alienação do sujeito nas suas identificações ideais e desencadear um grave sentimento de fracasso, de erro, ou melhor, de *falha* narcisista.

Em alguns aspectos o caso de Maurice Girard assemelha-se ao caso de August apresentado por Freud (1886) em que há uma confusão dos territórios da superfície corporal do paciente que apresenta “anestesia de estruturas profundas” em consonância com a falta de noção da posição de seu braço esquerdo no espaço ou de qualquer movimento que Freud executava em seu braço:

Passo uma venda em seus olhos e depois lhe pergunto o que fiz com sua mão esquerda. Ele não consegue dizer. Peço-lhe que, com a mão direita, segure o polegar, o cotovelo ou o ombro esquerdos. Ele tateia às cegas, confunde sua própria mão com a minha, que lhe estendo, e então admite que não sabe a quem pertence a mão que segurou” (Freud, 1886, p. 64).

Embora Maurice Girard não tenha sido submetido a este exame citado acima no caso de August, nota-se uma dificuldade de percepção de seu próprio corpo em relação ao ambiente, demais objetos e pessoas à sua volta, que parece reagir às excitações que lhe

chegam com grande intensidade. Sintomas que se assemelham à resposta de reflexos exagerados ainda hoje característicos na clínica de pacientes com EM.

A tendência a sofrer acidentes, ou tropeçar em quaisquer obstáculos à frente também poderia ser interpretada à luz dos atos falhos. No caso de Maurice, infelizmente, não há elementos que favoreçam essa análise.

Freud (1895) apresentou em seu primeiro artigo sobre a neurose de angústia a hipótese neurofisiológica sobre os processos de excitação e descarga sexuais. Nessa mesma época já escrevia sobre “causas acumuladas” agindo como substitutos quantitativos para compreender a enxaqueca, da qual tanto ele como seu amigo Fliess sofriam.

Na linguagem cotidiana, em algum momento o sujeito pode se dar conta dizendo que está “estressado” ou que sua vida é estressante, ou ainda sem dizer nada, revelar os excessos em seu corpo. Neste caso, pode-se fazer referência à impotência de elaboração da angústia de transbordamento, em que o tempo se apresenta nesta condição, como que sendo carregado com um fator de quantidade (Ω) na causação de doenças ou surtos sintomáticos. Durante a noite, quando estava internado na enfermaria, Maurice tem um acidente quando vai ao banheiro em que perde a consciência.

O corpo se torna o palco onde os pacientes, em constante risco, diagnosticados com doença crônica se mostram por meio da doença autoimune que as acomete. O corpo parece ser convocado a provar sua própria existência e relações com os outros (internalizados ou não), pela regulação da angústia no adoecimento.

Maurice passa, segundo relatos de sua esposa, a expressar excessos: “ele é um pouco como uma criança”, “ri e chora com muita facilidade”. O braço esquerdo contraturado, que foi segurado por seus camaradas para que ele não viesse a cair foi o mesmo membro inábil para atirar, tocado rudemente por um oficial. Situação que o levou a

perder a consciência. Com a memória diminuída e estando “totalmente mudado” do ponto de vista intelectual esses sintomas trazem certa estranheza que parece aproximar sintomas neurológicos e sintomas histéricos.

Há sintomas, tais como os de uma doença autoimune, que embora sem explicação de etiologia somática, que não são necessariamente histéricos ou que não participaram de uma história de simbolizações prévias no psiquismo. Ainda assim, por mais que, supostamente, seu início tenha se dado no organismo, cria-se uma demanda de trabalho psíquico relativo ao acontecimento do sintoma somático.

A partir das investigações nos dossiês de pacientes de Charcot entendemos que mesmo diante de uma lesão, marcada no real do corpo, o sujeito pode ser convocado ao trabalho psíquico, para buscar palavras na tentativa de simbolizar aquilo que escapa ao sentido e até mesmo à(s) história(s) que o sujeito pôde conhecer.

Sustentamos a hipótese de que os pacientes de Charcot, com histórias de perdas de objetos amados e traumas (“experiências reais”, Freud, 1917[1915], p. 256), possuíam uma disposição patológica à melancolia, de forma que as afecções somáticas correspondiam à característica de “hipersensibilidade moral” apresentada pelos mesmos associada à identificação do ego com o objeto perdido/abandonado/ou persistente. O caso de Maurice Girard, em específico, indica uma identificação derivada do complexo de Édipo em que o investimento objeto persiste e manifesta sua influência em certas ações e inervações isoladas. Em casos como o da Senhora Blondeau, Alexandrine Anne Causse e outros, deduzimos um caminho indireto da autopunição, que de certa forma consegue vingar-se do objeto original (o marido violento, a mãe ausente, a perda do marido e filhos) e torturar o ente amado através de sua doença, à qual recorrem a fim de evitar a necessidade de expressar abertamente sua hostilidade para com ele.

CAPÍTULO II – ADOECIMENTO E CAUSALIDADE EM PSICANÁLISE

“...nas neuroses o problema da etiologia é tão complicado quanto em outras enfermidades” (Freud, 1906/2016, p. 360).

2.1 Antecedentes hereditários

Freud (1887-8/1996) criticava a “valorização excessiva da influência do fator hereditário” (p. 182) de Charcot para doenças autoimunes, tais como artrite, doença de Graves e orbitopatia de Graves (“bócio exoftálmico”, como Freud chamou em 1925 / 1996, p. 32). Chegou a afirmar que Charcot não fazia distinção entre a disposição para as neuroses e a disposição para as doenças nervosas orgânicas. Freud ainda o acusou de superestimar a hereditariedade como agente causativo da doença nervosa, e não teria dado espaço algum para a aquisição da mesma (Freud, 1894/1996, p. 31).

Charcot, desde 1885, entretanto já apresentava a questão da hereditariedade de forma semelhante à que Freud irá apresentar no caso Dora. Ou seja, considerava a hereditariedade, mas não a partir de um ponto de vista que a considerasse como única etiologia da histeria, nem como uma hereditariedade puramente biológica, aproximando-se de uma ideia de “constituição”. Freud (1905 [1901]/ 1996, p. 31).

Na “Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico”, Freud (1886/1996) faz uma descrição semelhante à de Charcot, não só das indicações somáticas da histeria, como também da presença da histeria nos membros da família do doente para compreensão da etiologia da doença do próprio doente.

Era a partir dos “antecedentes hereditários” e “antecedentes pessoais” que Charcot inseria informações sobre a história de saúde-doença dos familiares do doente e do próprio doente. De um certo modo, Freud parece substituir o termo “antecedentes hereditários”

usado por Charcot para “história familiar” e “antecedentes pessoais” por “história pessoal”. No texto citado acima, Freud (1886/1996) destaca o papel do irmão do “homem histérico” na etiologia da doença, visto que ele próprio era histérico. Destaques semelhantes são feitos por Charcot na investigação dos “antecedentes hereditários” de seus doentes.

Charcot reunia em especial as características da personalidade dos pais do doente: se os pais eram bebedores, com caráter violento, se as mães tinham frequentes ataques de nervos ao longo dos anos. Os “antecedentes nervosos” incluíam informações de que os ataques de nervos em algumas situações, como com a mãe de Byr, pararam depois do casamento. A indicação de algum modo da presença do fator sexual na etiologia das doenças, seja na esclerose ou na histeria já existia nos registros de Charcot.

O mestre de Freud o ensinou a ser detalhista na investigação dos antecedentes hereditários e pessoais. Registrava a quantidade de irmãos do doente e sua condição de saúde, realçando as pessoas da família que tinham ataques de nervo “como a mãe” e os irmãos que tinham “ataques convulsivos”. Em alguns casos como o da jovem Anaïs Monaco, realçou que “ela nunca teve como sua mãe e suas irmãs, ataques de nervos”. Nos casos que acompanhou descrevia mães com dores e enfraquecimento nas pernas e nos braços; uma outra que morreu de doença do coração, mas que “não era nervosa”; outra cuja mãe era “um pouco viva”, mas não histérica e seu pai saudável, não tendo portanto “pais alienados”.

No caso trágico de Marie Héloïse Roussel, Charcot registrou que ela teve um irmão morto por acidente (esmagado) e sua mãe teve “infecção na mama”, morrendo jovem de desgosto de ver sua filha doente e o pai bebedor, que abandonou a filha depois da morte da esposa.

Charcot também anotava a idade dos pais quando vivos, situações traumáticas que ocorreram com a família (o pai tabelião que perdeu a fortuna e morreu de apoplexia³⁶, mortes prematuras de pais e mães jovens; pai morto paralisado com escaras, mãe com nevralgia violenta, porém sem nenhuma doença nervosa na família, morte da mãe após uma doença de alguns dias; mãe com ataque de nervos na juventude mas “nada hoje”; mãe morta atropelada). A variedade de antecedentes registrados por Charcot parece demonstrar que um dos fatores aos quais ele dava bastante peso na análise do doente eram os traumas vividos por eles, em especial envolvendo perdas significativas na família.

Seguia no registro de eventos traumáticos: a morte de irmãos e suas respectivas doenças epiléticas, a morte de maridos das doentes, e os motivos da morte ou doença que haviam acometido os familiares que já morreram (acidente; suicídio, tuberculose, apoplexia, doenças circulatórias e respiratórias, hidropsia³⁷, hemoptise³⁸ doenças reumáticas, paralisias, catarata, cólera, inflamação dos seios, nevralgia facial persistente, bronquite).

No caso de Marie Ficher, ela teve afecções análogas à do pai doente que havia ficado 29 anos paralisado ao ponto de não poder andar: as pernas e depois os braços ficaram rígidos. Outras três irmãs e um irmão desta paciente morreram com pouca idade de convulsões.

Há casos, porém, que Charcot não encontrou “nenhum antecedente hereditário”, que eles eram “nulos”, “sem hereditariedade”, “sem antecedentes neuropáticos ou artríticos hereditários ou pessoais” ou ainda que os pais eram saudáveis ou morreram bem idosos. No

³⁶Apoplexia ou Acidente Vascular Cerebral é uma afecção cerebral que surge inesperadamente, acompanhada da privação do uso dos sentidos e/ou da suspensão dos movimentos.

³⁷ Designava a causa principal dos edemas generalizados, a saber, a insuficiência cardíaca congestiva.

³⁸Expectoração de sangue proveniente dos pulmões, traqueia e brônquios, mais comumente observável na tuberculose pulmonar.

caso da senhora Blondeau não havia encontrado nenhum episódio agudo das manifestações sintomáticas na história da doença.

No caso em que Charcot questiona claramente o diagnóstico de doença neurológica, sugerindo histeria, há uma série de outros casos que o ajudam a questionar: embora a mãe tivesse morrido do coração, “Nenhuma informação sobre o estado de saúde dos pais”. Famílias que “gozavam de boa saúde” e irmãos com “saúde perfeita” que estão bem e nunca tiveram uma doença nervosa ou ataques de nervos. Doentes que dentre outros parentes “não teria nem alienados nem paráliticos”, “sem doenças nervosas”. Charcot vai reunindo elementos que nos faz perceber que a hereditariedade relatada por ele estava além da constituição orgânica transmitida biologicamente. Os antecedentes hereditários que sempre vinham em primeiro plano passam a ser registrados após as informações pessoais da doente.

Um dos últimos casos de esclerose múltipla e histeria, registrado por Charcot em 1891, relatado no capítulo I, apresenta os “antecedentes hereditários” de Maurice Girard, cuja mãe era considerada histérica e que tinha ataques provocados por emoções, sendo que ela ficou paralisada das duas pernas depois de um ataque. A filha de uma tia que morreu “alienada” também era histérica e também havia ficado paralisada das duas pernas depois de um susto com cães raivosos. O pai foi descrito como um sujeito nervoso, “arreatado” (*emporté*), colérico e bizarro. Em outro caso, Charcot cita curiosamente que o pai do doente havia sido soldado muito tempo.

Freud (1914/1996), em “Sobre o narcisismo: uma introdução” postula que a constituição da subjetividade é tributária de uma projeção do narcisismo dos pais na criança, ou seja, é produto de uma idealização. Ou ainda, como considera Pinheiro (2002), o eu narcísico e, conseqüentemente, a unificação da imagem, nascem da ficção montada na

fantasia de dois adultos.

Os antecedentes hereditários prenunciam as marcas traumáticas que haveriam de ficar registradas e serem atualizadas a cada nova ativação diretamente no corpo dos doentes ou ainda convertidos pela histeria em corpos previamente complacentes aos sintomas apresentados.

Charcot poderia concluir com seus apanhados clínicos que onde falta histeria, doenças da neurologia se manifestariam. Mas ambos adoecimentos apareciam ao mesmo tempo, embora pareciam ter etiologias diferentes. As doenças neurológicas também poderiam ser o suporte para que a histeria pudesse se manifestar.

O efeito traumático da sexualidade (que poderíamos chamar também de afeto) nos sujeitos que desenvolvem doenças autoimunes se dá em seu próprio corpo. A “escolha” inconsciente do jeito de adoecer é que não é tão óbvia, pois a “forma” e “local” de choque constituem aspectos da história sexual do sujeito e envolve, o ser do-ente. Adoecer no corpo-psiquismo envolve adoecer em sua vida de relação, pois a vulnerabilidade pela excitação é provocada também pelo que vem de fora ou do outro em suas variadas cenas de sedução.

Por outro lado, Freud (1939) compila sobre o que opera na vida psíquica do sujeito podendo incluir não apenas o que ele experimentou, mas também coisas que estão inatamente presentes nele, ou seja, elementos de origem filogenética – uma herança arcaica ou ainda fatores constitucionais. Freud ainda postula a ideia de traços de memória da experiência de gerações anteriores, ampliando significativamente a extensão da importância da herança arcaica.

Heranças filogenéticas e ontogenéticas que tornam os sujeitos mais vulneráveis ao impacto de um mesmo jeito ao qual ele se apropriou, o s(e)u jeito de adoecer. O que remete

às suas relações primordiais, a uma histeria arcaica, cujas cenas primitivas, impossíveis de serem lembradas, marcam a condição de imaturidade sexual.

Segundo Freud (1917/2014) as predisposições constitucionais também são, certamente, efeitos remotos das vivências de antepassados, também foram adquiridas um dia; sem tal aquisição não haveria hereditariedade. A hereditariedade, ou a constituição herdada do indivíduo descrita por Freud, assemelha-se ao conteúdo dos registros feitos por Charcot em seus “antecedentes hereditários”. Freud (1914/1996, p. 28) afirma que

A disposição e a experiência estão ligadas numa unidade etiológica indissolúvel, pois a disposição exagera impressões que de outra forma teriam sido inteiramente comuns e não teriam nenhum efeito –, de modo a transformá-las em traumas que dão margem a estímulos e fixações; por outro lado, as experiências despertam fatores na disposição que, sem elas, poderiam ter ficado adormecidos por muito tempo e talvez nunca se desenvolvessem.

2.2 Antecedentes pessoais

A investigação clínica dos antecedentes pessoais dos doentes permitiu Charcot descrever desde 1. a compleição física e atitude dos doentes, 2. doenças e experiências traumáticas vividas e sintomas e 3. determinação da época e parte do corpo em a doença havia se instalado. Essas prioridades de pesquisa para Charcot eram categorias de análise que se apresentavam aparentemente disseminadas no relato colhido dos doentes, com um esforço de sua parte em organizá-los sempre que possível.

Em alguns momentos a preocupação com essa sequência dá lugar a uma espécie de associação livre de assuntos lembrados por ele, que podia também soltar-se de suas amarras metodológicas, quase que em atenção flutuante de suas próprias lembranças das observações que realizava e das histórias relatadas das quais se recordava.

1. descrição dos corpos: “mulher pequena, magra, cabeça pequena, músculos flácidos” ou ainda “mulher de altura média, fisionomia bastante distinta, pálida, um pouco magra”. No caso de Zima Adelaïde Vinchon, Charcot descreve que quando a doente estava deitada na cama ela ficava calma, não apresentava nenhum fenômeno que, à primeira vista distinguia uma pessoa de boa saúde, “mas ao se aproximar dela e especialmente se você lhe endereçar a palavra, vários distúrbios mórbidos começam a se manifestar” com suas “caretas agonizantes”. Marie Joséphine Broisat embora estivesse calma, como sua respiração, o rosto muito vermelho durante a noite, no entanto “muito melhor do que ontem desde a tarde”. Charcot visualiza as doentes e conforme sua visitação perió ica ia se apercebendo que as aparências enganavam.

Charcot observa no caso da paciente Byr que ela havia sido exposta ao frio e a maus tratamentos. Em meio aos desgostos sofridos na vida, apresentava tremores convulsivos, e falava sozinha, tal como um *ticconvulsif*. Tais satisfações cumprem circuitos possíveis, no rol de uma confusão de intensidades. Assim como um vírus incubado pode ser acionado em momentos de um excesso do funcionamento imunológico, determinadas excitações ou conteúdos latentes também podem ser despertados nesses momentos, em que “sensibilidades reflexas exageradas”, por exemplo, se apresentam sempre juntas   “hipersensibilidade moral” dos pacientes.

Dentre alguns “sintomas insólitos”, Charcot descreve a sensibilidade de tato de Marie Joséphine Broisat extremamente diminuída, os contatos mais leves eram tidos como

dolorosos no pé esquerdo. Ela tinha um calor geral, cujas oscilações de temperatura e pressão foram assim descritas por Charcot: “a temperatura é talvez um pouco mais elevada neste membro [superior esquerdo que estava paralisado] do que no membro correspondente. Todos dois um pouco quentes”. A coxa esquerda se alternava entre ficar mais ou menos quente que a direita. A virilha do lado esquerdo se apresentava mais quente, já o joelho esquerdo, muito mais frio. Pernas e pés quentes o suficiente em ambos os lados. Ela tinha um resfriamento geral da pele, embora sua temperatura estivesse em febre de 39,2 graus celsius. A mão esquerda, gelada. E as mudanças de um dia para outro persistiam:

“O padrão de esfigmo³⁹ difere profundamente do que era ontem. Mesmo para a mão direita, cuja temperatura mudou pouco e embora a temperatura retal tenha mudado pouco desde ontem, a doente está bem. A coxa anterior é mais fria que a do lado afixada. Ambos os joelhos e as pernas estão quentes.

Charcot descreve os frios e arrepios, parecendo investigar para além dos sinais vitais ou febris, parece rascunhar perguntas acerca de quais seriam as explicações para sintomas tão estranhos de diferenças de temperatura em partes do corpo tão próximas e de paralisias que podem diminuir e movimentos que podem se realizar mesmo em tempo frio.

Observando sempre o surgimento de arrepios, Charcot relata no caso de Sioen: “Ele já tinha um pouco de tremor que não aparecia a não ser na ocasião de emoções ou sob a influência do frio”. Charcot via os doentes à noite, anotava as mediações do pulso, temperatura e fazia variadas observações. Alguns dossiês de pacientes possuíam anotações diárias e via os mesmos doentes pela manhã e à noite. O fenômeno de arrepios muito

³⁹Esfignomanômetro é um aparelho usado para verificar a pressão arterial.

marcados (por exemplo, no caso de Baudoin) remete à piloereção ou horripilação que pode ser uma reação do organismo face a algumas situações como o frio, o medo e o gozo.

O arrepio é um mecanismo reflexo que consiste na contração dos músculos eretores (também chamado de “músculos horripilantes”) que conectando os pelos à pele, que tem o efeito de puxar os pelos na superfície do corpo e, assim, criar uma fina camada de ar isolante. Esta camada transmite o calor para o exterior por condução e o ar, sendo um bom isolante térmico, constitui uma camada isolante mais eficaz que é espessa. Assim como o tremor (*frisson* que acompanha uma emoção), ajuda a defender contra a perda de calor e manter constante a temperatura interna do corpo. No entanto, em humanos, a redução de pelos durante a evolução tornou esse mecanismo ineficaz, já que pouco ar é realmente retido por meio dos pelos.

Essa defesa por falta de calor somada à hipersensibilidade ao frio pode também ser intensificada pelo medo. Conforme Assoun (2013) percebe-se como existem “relações íntimas entre a histeria e a neurose de angústia” em que a excitação corpórea em alguns doentes de Charcot remete a um conjunto de fatores que vem da palavra à coisa. A reação do arrepio pode ser o próprio destino conversivo da excitação, o que se transformou em queixa de algumas pacientes devido à intensificação de sintomas e manifestações corporais.

A sensibilidade ao frio e as emoções concomitantes nos arrepios, ou melhor dizendo *frissons*, são elementos deste último, cujo termo é usado em sua forma original no Brasil, mas originário do francês marca um significante de ser algo do tipo de um tremor produzido por uma emoção, seja de medo, temor, ou de prazer. Sendo que o orgasmo recebe o nome familiar de “*grand frisson*”, daquilo que vibra, treme, ou agita um movimento. Esse movimento de *frisson* do corpo-psiquismo parece ser uma reação ao sentimento de desamparo experimentado no corpo em que a realidade psíquica e material de cada paciente trazia para além do inverno parisiense.

2. Outro tipo de descrição feita por Charcot, referia-se às doenças na infância tais como varíola, rubéola, sarampo, febre escarlate, febre tifóide, glândulas no pescoço etc.: “De uma saúde bastante fraca, ele teve uma bronquite aos 6 anos de idade até 10 anos uma escarlatina; dos 12 aos 17 anos a saúde foi boa o suficiente”. Em Marie Héloïse Roussel:

Nenhuma doença na infância. Pouca certeza nos registros de começo da doença aos 16 anos e meio depois de um medo (“de homens”, ela diz, e se recusou a entrar em detalhes) começou andando de lado. Então vertigem. Ela continuou andando e seu pai a amarrou para trabalhar pelo braço, de medo que ela caísse. Como resultado de vertigem mais violenta do que outras, levou ao hospício de Troyes (21 anos), onde ela permanece 4 ½ meses, os médicos não se lembram do que ela tinha.

Roger Eugène Jules durante sua permanência no hospital *Saint Antoine* havia experimentado vertigens frequentes e intensas: “Parecia-lhe que ele estava girando com o pé e teria caído se não tivesse conseguido um ponto de apoio. Estas vertigens duraram 4 ou 5 meses; elas então cessaram e não reapareceram desde então”. Na revisão desse caso, Charcot acrescenta a informação de que as vertigens reapareciam quando ele caminhava: “quando ele está de pé, tudo gira”.

Um outro fenômeno curioso relatado neste caso por Charcot, refere-se aos “transportes cerebrais”, assim nomeado pelo senhor Jules para referir-se à algumas horas em que ele era incapaz de falar, embora não tivesse perda da consciência nem hemiplegia.

O que parecia negar qualquer síncope⁴⁰, no entanto, de acordo com a enfermeira, por algum tempo, ele seria muito propenso a fraquezas e ficaria tomado de vertigens.

Charcot estava disposto a descrever tudo o que lhe chamasse atenção para pensar a origem dos adoecimentos com os quais se deparava. Em 1864 Charcot já havia reconhecido com todas as letras de que era a vida sexual do sujeito a origem das fobias (caso do medo de andar na rua). No caso de Marie Héloïse, Charcot afirma que ela se recusou a falar sobre o assunto do “medo de homens”, que Freud diferentemente conseguiria depois fazer suas pacientes falarem.

Os registros de Charcot apontavam para um conjunto de observações que ia além da busca de etiologia e causalidade buscada nos exames e observação do corpo doente “à olho nu”. Charcot dava sinais de que suas observações seriam instrumentos mais importantes que o microscópio.

2.2.1 Gravidez, parto, perdas e quedas

A gravidez e o parto formam uma categoria marcante quando se trata de analisar os antecedentes pessoais relativos ao adoecimento tanto considerando como momento coincidente ao início dos sintomas, como também o prelúdio do entendimento de que este momento também pode ser considerado como o maior choque a que está sujeito o organismo feminino, como Freud (1892-3/1996) anunciou.

Existem alguns sintomas que são característicos do período gestacional, no entanto a intensidade ou frequência com que aparecem as tonturas, fraqueza das pernas,

⁴⁰ Perda temporária de consciência devida à má perfusão sanguínea encefálica, e que pode ser em razão de causas diversas. Em linguagem popular, dentre outros termos, é conhecido como “chilique”, segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (Ferreira, 2010). Este vocábulo é ainda usado para se referir à supressão de fonema(s) no interior da palavra. Ex.: *mor* em vez de *maior*.

dores de cabeça, vômitos associam-se à história de cada corpo-psiquismo.

A diplopia durante a gravidez de Anne Alexandrine Causse e a perda da visão de Antoineth Émile Carpentier após o parto marcam sintomas de perturbação da visão, “congestão da retina”, segundo Charcot e/ou seus contemporâneos, que surge após um período exaustivo de ocupação da doente de cuidados com o marido durante três meses enquanto estava grávida.

Os primeiros sintomas relativos ao enfraquecimento muscular das pernas de Alexandrine apareceram durante os meses de sua gravidez, período – como se sabe hoje, cujo primeiro trimestre torna a EM muito ativa, com risco de surtos mais graves. Charcot observa na sequência da história da paciente que ela tinha grandes discussões de família com a mãe (residente em Paris) e após o parto de seu primeiro filho feito na cidade de Lion, ajudado por uma parteira, suas pernas cambaleavam e ela não conseguia se sustentar convenientemente em pé, até o ponto de que ela não pôde mais trabalhar como anteriormente, exercendo o ofício de costureira.

A informação de que Causse não havia tido convulsões ou acidentes no parto não auxiliou a compreender o porquê ela não tentou alimentar seu filho. Não há referências ao pai da criança. Algumas inferências podem ser feitas à medida que Charcot privilegiou, ou não, registros de acontecimentos estranhos em meio aos sintomas orgânicos que se apresentavam. Por exemplo, outra paciente que, mesmo após aborto, gravidez e pós-parto continuava fazendo faxinas, e alimentou sua criança por nove meses. Charcot tomava nota de todas essas disparidades.

Situação semelhante à da senhora Causse é discutida por Freud (1892-93/1996) que resgata a expressão de Charcot *hystérique d'occasion* para classificar a jovem

senhora que atendeu como incapaz de amamentar o bebê. Neste texto, Freud estende seu escopo de análise da histeria afirmando que o *status nervosus* em geral supõe a presença primária de uma tendência à depressão e à diminuição da autoconfiança, “tal como encontramos muito desenvolvidas e individualizadas na melancolia” (Freud, 1892-93/1996, p. 163). No caso de Causse, o estado nervoso, referido à neurose de angústia parece predominar juntamente ao seu diagnóstico de esclerose múltipla.

Depois de 15 dias com a parteira, quando Causse quis se levantar, suas pernas fracas não a sustentaram convenientemente. O mesmo aconteceu quando ela havia ido à missa pela primeira vez. Após seis meses em Lion depois do parto, Causse sem poder trabalhar, encontrava-se em um estado de lassidão geral. Ela não podia sair de casa sozinha, pois cairia em função da fraqueza de suas pernas. Depois dessa época nunca mais pôde andar. Tinha muitas dores em todo corpo, que a fazia acordar com frequência durante a noite, embora não a impedisse de dormir. Era também durante à noite que os tremores eram prevalentes.

Dores e tremores espasmódicos nas pernas, pernas que arrastavam, mulheres que ficavam dementes e paravam de andar desde a gravidez, convalescença, febres tifóide, rebaixamento da visão, a incapacidade de suportar a luz brilhante. Todos esses sintomas que surgiram depois do parto, inclusive casos em que um dos olhos da doente se fechava, trazia uma pergunta acerca desse momento na ocorrência das manifestações somáticas.

A relação entre começo da doença e parto se dá com evidência no caso de Louise Guatarel, Charcot relata que

a doença começou há cerca de 6 anos, cerca de seis meses após o último parto. Ela

começou quando saiu para a rua sentindo um medo extremo sempre que encontrava uma pessoa caminhando depressa. Ela sempre teve medo de ser derrubada e se refugiava em uma porta ou em uma loja, e só decidiu a sair e retomar sua jornada apenas quando via a calçada livre.

Freud (1926/2014) nos permite pensar que no caso da senhora Roussel com EM está conjugado um sintoma neurótico. Este sintoma chama atenção de Charcot que registra o “medo de homens” de uma mulher agorafóbica que impunha a seu Eu uma restrição, para escapar de um perigo pulsional. Esse perigo seria a tentação de ceder a desejos eróticos, o que suscitaria o perigo da castração ou algum outro análogo. De maneira semelhante pode-se pensar o funcionamento psíquico no caso da senhora Guatarel com seu medo de ser derrubada por alguma pessoa que passava na rua.

Os casos de Louise Guatarel (1872), Marie Héloïse Roussel e Maurice Girard (1889) marcam a presença da fobia (da micção; fobia da revista militar; dos homens; das pessoas na rua) que remetem a esses medos inexplicáveis ou pouco desenvolvidos na narração e elaboração.

No caso do açougueiro Pascurot, Charcot também aproxima o início de doença com a queda do doente: “Tem dois anos a doença começou por uma paralisia do 6º par. Próximo a essa época caiu nos matadouros, sem perda da consciência”.

3. Charcot buscava especificar a época e parte do corpo em que a doença havia se instalado: “os primeiros sintomas foram mostrados em fevereiro de 1859. Isto é com a

idade de 22 anos”; “data de 4 anos, tinha 26 anos”, “Saudável até a idade de 30 anos, época na qual surgiria sua doença atual”. No caso de Hortense Délyphine Baudoin:

Nos treze dias que antecederam sua entrada no hospício, seu marido estava muito doente (morreu no primeiro dia) ela foi um pouco negligenciada em sua entrada, ela tinha uma leve escara no sacro. A paciente parece estar atribuindo sua doença à queda que ela fez e da qual nós conversamos (ela tinha 28 anos).

Foi justamente essa paciente que “desde que entrou no *Salpêtrière* ela não viu nada”; situação semelhante foi relatada no caso de Marie Louise Victoire André cujo início da doença foi relacionado ao momento em que seu marido estava gravemente ferido.

“Doente por 18 anos”, por quanto tempo a doença existia e em que parte do corpo ela havia se manifestado inicialmente. Esses fragmentos anotados por Charcot apontavam na maior parte dos casos que a doença se iniciava por fraqueza, vertigens, contraturas e paresias nos membros inferiores. No caso de Marie Fischer, por exemplo:

Início: a doente tinha 8 anos e $\frac{1}{2}$ assim que ela foi acometida. Depois de alguns anos ela tinha sempre formigamento nas pernas mas, ela dava pouca importância porque isso não a incomodava de uma forma notável. De repente sem causa apreciável no meio do dia, ela sentiu uma câibra dolorosa em seu membro inferior direito: no mesmo dia ela foi pega de uma dor obtusa, limitada à parte inferior da coluna vertebral e que jamais se irradiou dos dois lados (...). Na manhã que precedeu a invasão da doença a pequena doente não tinha experimentado nada de

extraordinário. Ela tinha brincado com seus camaradas e não tinha sentido nenhum mal-estar. As dores nos rins e nos membros inferiores direito continuaram e teve uma certa violência. Os pais da doente a internaram no Hospício de Santa Eugênia onde ela foi tratada durante vários meses. Naquela época somente o membro inferior esquerdo direito estava doente. Nenhum problema se mostrava nos membros inferiores esquerdo nem nos membros superiores. Foi apenas cerca de três meses após o início dos acidentes que a doença se espalhou para o membro inferior esquerdo. Absolutamente da mesma maneira que ela invadira sua perna direita. Sem uma causa, como a doente sentiu uma câibra dolorosa da perna à coxa esquerda, a partir desse momento o membro permaneceu rígido. A doente permaneceu nesse estado por 12 anos - usando as muletas, ela conseguia andar um pouco, mas com muitas dificuldades.

Para Marie Elizabeth Luc o começo da doença remonta à quando tinha então 35 anos. Nas palavras de Charcot, “ela percebeu que depois de uma corrida feita de Montmartre à Bastilha” ela começou a andar em ziguezague como alguém que estivesse bêbada⁴¹ e caía frequentemente na rua.

Ela apresentou tremor que começou sobretudo do lado esquerdo no braço, assim como na perna. Era inverno e apesar de tudo isso ela pôde continuar seu serviço até o mês de agosto. Ela deixou então seu lugar e retornou por seis meses para seu país de origem (Bélgica). Em seu retorno ela foi consultar no serviço de Charcot onde ficou dois anos (fevereiro de 1860 a fevereiro de 1862).

⁴¹“à aller de travers comme quelqu’un en ribotte”, tradução consultada com Auristela Morisson.

Ela chegou para tratamento constante para a parte inferior do corpo, tomava banhos sulfurosos de ferro, mas sem efeito algum. O tremor estava ficando sempre mais forte e ela começava a correr. Ao mesmo tempo, sua força diminuía, fazer uma grande corrida lhe era impossível. O tremor da cabeça começava agora a se manifestar.

2.3 Desgostos: antecedentes presentes na história dos doentes

Charcot toma nota de ocorrência de cinco anos antes da admissão de Joséphine Leruth no *Salpêtrière* (26-27 anos de idade), referindo a uma história misteriosa com um homem que a teria sequestrado e estuprado, e que disso teria decorrido uma possível gravidez. Informação que coincide com a idade do início de suas queixas relativas aos sintomas somáticos. A informação referente ao sequestro, estupro e criança, ao que tudo indica, não foi dada por Joséphine.

A característica de “hipersensibilidade moral” descrita por Charcot para alguns de seus pacientes relaciona-a a uma conduta de agitação nervosa e impressionabilidade, que contrastavam com a calma, quietude e um estado de estar “sem alma” de outros momentos. Charcot relata sobre Louise Ancel “Na sua juventude ela era de uma sensibilidade excessiva, desmaiava a uma simples narração de um acidente”.

Embora Charcot sempre apresentasse os eventos acidentais, considerados traumáticos relativos ao início da doença, percebe-se que ele ponderava acerca deste evento ter sido ou não importante para o desenvolvimento do estado atual do doente em questão. Logo, Charcot aproxima-se muito da posição que Freud (1906/2016) veio ocupar ao considerar que o que interessava não era necessariamente o que um indivíduo havia experimentado de excitações sexuais mas principalmente o modo de reação diante dessas vivências. Charcot parecia anteciper o entendimento acerca do uso de defesas por doentes

impressionáveis, mais tarde essas defesas diante tais impressões foram nomeadas por Freud como repressão.

Voltando ao caso de Maurice, Charcot o descreveu como sóbrio, organizado, jamais apresentando excessos. No entanto, sempre foi muito impressionável, receoso; a menor reprovação, a mais pequena contrariedade o transtornava. Em seu trabalho de cuteleiro, os menores contratemplos, a mais leve reprovação de seu contramestre o colocava em um estado de aborrecimento, de “desgosto raivoso”¹ que ele não podia superar.

São várias as vezes que a palavra *chagrin*⁴² aparece nos manuscritos de Charcot e refere-se a um estado moralmente doloroso, uma aflição ou desprazer causado por eventos específicos, traumáticos e ou inesperados, como abuso sexual, gravidez, morte de filhos ou cônjuges, enfim, o que poderia representar os “desgostos domésticos” sofridos pelos doentes da época. E ainda os desgostos provenientes de uma rotina violenta: “Depois de seu casamento por volta de cinco anos a doente ‘sofreu sobretudo moralmente’ em função dos hábitos viciosos de seu marido” (de brigar e bater nela).

Chagrin pode caracterizar um humor triste, melancólico e também tem o significado de “Couro cuja superfície tem pequenos grãos, feitos da pele de jumento” (Rey, 2011, p. 217). Esta última acepção pode trazer em seu bojo o “ônus” de ter seus desejos todos satisfeitos à flor da pele. No livro de Honoré de Balzac, *La peau de chagrin*, a milagrosa pele de onagro (espécie de jumento do Oriente) confere a seu dono poderes especiais que permite a satisfação de todos seus desejos. Porém há um feitiço neste talismã, em que a cada desejo satisfeito ele encolhe e encurta a vida de seu proprietário. O fim da pele de onagro é o fim da vida. O protagonista percebe que “querer nos queima e poder nos

⁴²*Chagrin* traduzida por mim como desgosto.

destrói”. A expressão francesa “c’est une peau de chagrin” remete à aquilo que não cessa de encolher.

Ao mesmo tempo os chagrins também são referidos como desgostos somáticos (caso de madame Blondeau), algumas vezes Charcot caracteriza a violência dos chagrins, associados aos maus tratamentos, considerados “causas ocasionais” da doença neurológica que portavam seus pacientes que nunca tiveram ataques histéricos (Joséphine Célestine Vauthier).

Charcot descreve a ligação do desgosto com o uso do verbo pronominal, comum no francês, o que torna o sujeito um tanto ativo em seus envolvimento com os desgostos: “*ils’engage dans le chagrins*”. Fruto de sua cultura e/ou de sua intuição, Charcot parece referir-se a um querer inconsciente, sem representação, que sequer pode ter sido inscrito na memória. O mesmo parece acontecer no caso relatado por Charcot da identificação de uma criança que desenvolve a mesma doença de pele que sua mãe. Segundo Green (1988, p. 153) a identificação suprime a distância que separa o objeto (“fator de excitações”) do Eu.

Alguns dos sintomas de EM como já dito anteriormente se assemelham aos da histeria. Freud (1886/1996) lista alguns dos sintomas observados no caso grave de hemianestesia em um homem histérico (p.66-67): “cansaço com muita facilidade”; “reflexos mais vivos que o normal”; “áreas dolorosas”. No caso de Joséphine Leruth os sintomas comuns à esclerose múltipla partilhavam lugar com os sintomas histéricos: “dores de cabeça, frequentes câibras nos membros inferiores várias vezes por semana. Embora jamais tivesse tido ataque de nervos, estava sujeita a experimentar a sensação de bola histérica”.

No caso de Vinchon os desgostos prolongados – dos quais a doente não explica claramente – teriam precedido a doença e segundo ela, teriam sido a causa disso. Charcot

toma conhecimento quando Vinchon retorna ao hospital, de que quando tinha saído teve tosse e expectoração de sangue mais frequentes.

Certamente a experiência clínica favoreceu os questionamentos de Charcot para desenvolver um esquema do inconsciente feito por ele em 1892. Freud em 1894 vai dissertar como os processos que ocorrem fora da consciência se dão pela separação da representação sexual de seu afeto incompreensivelmente forte e a ligação deste com outra representação. Charcot presumia a existência de representações de ordem sexual mas não podia dizer sobre elas, talvez porque algumas delas nem chegassem ao estatuto de representação.

O reconhecimento da coisa sexual feito por Charcot não foi acompanhado de um dizer responsável, pois a situação informal em uma recepção em sua casa torna esta consideração algo do nível de palavras soltas, descompromissadas com seu discurso assumidamente profissional. A ideia de sexualidade ampliada estava longe de estar ao seu alcance. Charcot conhecia algumas letras da ordem do sexual, mas pode-se dizer que o seu protótipo de abecedário estava ainda muito precário para uma linguagem do sexual, ele não pôde esposar a ideia da sexualidade com todos os seus deveres e dificuldades, como Freud fizera posteriormente. Charcot, de certa maneira, transmitiu um conhecimento à Freud, que nem ele próprio possuía. Ou seja, algo se transmitiu de inconsciente para inconsciente.

Freud (1894, p. 60) chega a ponderar acerca das manifestações sintomáticas na esfera psicofísica:

Talvez fosse mais correto dizer que tais processos não são absolutamente de natureza psíquica, e sim processos físicos cujas consequências psíquicas se

apresentam como se de fato tivesse ocorrido o que se expressa pelos termos “separação entre a representação e seu afeto” e “falsa ligação” deste último.

Investigar a coincidência de sintomas somáticos nestes pacientes que acumulam sintomas notáveis, tais como os sintomas de fobia e suas alterações permanecem na esfera psíquica e a relação entre a excitação psíquica e a inervação somática não sofre mudanças nesses casos. Mas quando se agrega a estas manifestações o diagnóstico de EM a complexidade na manifestação dos sintomas é quase incrível; mesmo para um pesquisador como Charcot que tentava diferenciar sintomas decorrentes ou não de lesões cerebrais.

2.4 Etiologia e diagnóstico diferencial

Para auxiliar sua investigação, Charcot escrevia, desenhava partes do cérebro, medula e demais partes do corpo afetadas para ilustrar e aprofundar suas pesquisas, consultava os ex-médicos de pacientes, solicitava exames oftalmológicos, buscava informações importantes que eram ditas pelo próprio doente, por membros da família, cônjuges, e até mesmo vizinhos do paciente. Charcot demonstra que se utilizava de todas as fontes possíveis para buscar entendimento sobre os casos que atendia. Quando algum caso já havia sido publicado ou discutido por algum médico a ele contemporâneo, escrevia a citação da revista e página da publicação onde a referência podia ser encontrada.

Os doentes de Charcot tiveram o cérebro analisado, comprovando a existência de lesões ou ainda em raros casos questionando as mesmas no diagnóstico. Charcot realizava um estudo detalhado da neuroanatomia, fazendo referências à hiperemia da pia-máter, descrevia a coloração, o tamanho e localização de cada parte observada, relatava a

aparência esclerosa dos cordões, as partes do cérebro e da medula saudáveis e doentes. Charcot em suas anotações percorreu o trajeto que vai da neuroanatomia aos sonhos.

No caso de Louise Guatarel, ele toma nota:

12 de novembro de 1872.14:00 Esta doente que comeu como de costume (?) foi subitamente tomada de estranhos sintomas insólitos. Arrepios, problemas de inteligência, delírios sem perda de consciência. Problema da respiração. A enfermeira a ouviu se amontoar(?). Ao mesmo tempo, percebeu que tinha perdido a consciência pela metade, mas a doente conseguiu falar com ela imediatamente. A enfermeira percebeu ao mesmo tempo que ela tinha unhas roxas.

No caso de Marie Ficher o questionamento acerca do diagnóstico parecia entrelinhas:

Os membros inferiores ficaram mais rígidos. A doente não pode mais ficar em pé. Além disso, os membros superiores foram invadidos. O modo de invasão da doença nos braços não foi caracterizado, como nas pernas. Não foi uma câibra repentina e dolorosa, pouco a pouco sem dor, sem formigamento. Os membros superiores direitos tornaram-se rígidos: a doente sentiu dor ao levantá-lo para estendê-lo e, finalmente, foi forçada a abandonar todos os pequenos trabalhos aos quais ela se permitia. O membro superior esquerdo também se tornou um pouco rígido, mas ele só foi invadido após o membro superior direito e ele ainda está muito menos doente do que lento.

Nestas observações de sintomas insólitos, Charcot parece tentar diferenciar a evolução da doença pela esclerose múltipla da histeria. Durante o mês de abril de 1873, a doente, que nunca antes havia tido ataques de nervos ou convulsões de qualquer espécie, foi acometida de convulsões muito violentas, com perda de consciência. A primeira vez que ela teve esses ataques, ela teve uma série de 12 no mesmo dia. Desde aquela época ela tinha intervalos muito irregulares de ataques epileptiformes. Ela ficou até dois meses sem tê-lo.

Depois, passou a ter dois ou três ataques por cada dia. Estes ataques são repentinos eles começam tremendo o braço direito que endurece e sobe apesar disto. Quando o cotovelo atinge a altura do ombro, a doente solta um pequeno grito; quando está em sua cadeira, ela cai para a frente, torna-se muito pálida, depois sua boca se desvia, faz careta e a convulsão dos membros começam. Segundo Charcot, os ataques geralmente tinham uma duração muito curta.

Embora Freud (1909[1908]/1996, p. 213) considerasse a gênese dos ataques epiléticos mais obscura que a dos ataques histéricos, ele lembra que “já na Antiguidade o coito era descrito como uma ‘pequena epilepsia’” e usa dessa ideia para comparar um ataque histérico convulsivo ao coito. No caso de Rosalie Leclan, uma paciente histérica de Charcot, ela tinha hemianalgia esquerda, mas sem ataques.

Essas digressões de qualquer forma, nos levam a considerar que o saber fisiológico tem seu lugar, especialmente considerando, como fez Freud (1905/1996) ao dizer que a necessidade também pode ser despertada periféricamente, por uma modificação real da zona erógena. “Isso gera alguma estranheza apenas porque, para ser anulado, um estímulo parece requerer outro, produzido no mesmo local”. Em alguns momentos, Charcot nos leva a pensar como que um sintoma convulsivo pode levar a um ataque histérico. Em outros,

como o perfil constitutivo histérico pode levar aos sintomas neurológicos amplamente descritos por ele.

Para Charcot, o caso da senhora Blondeau (1882), diagnosticada com esclerose múltipla, a etiologia suposta para a doença estava relacionada ao casamento desta doente que “casou com 24 anos com um florista, bêbado, que brigava e batia nela”.

Para Freud (1917/2014, p. 518) "não é raro suceder em pessoas predispostas à neurose, mas que não têm uma neurose evidente, que uma alteração física de natureza patológica - uma inflamação digamos, ou algum ferimento - põe em marcha o trabalho da formação do sintoma, que, então, transforma rapidamente o sintoma que lhe é dado pela realidade em representante de todas as fantasias inconscientes que se acham à espreita de um meio de expressão do qual se apoderem". Freud (1920/2010, p. 287) anos mais tarde, reitera o assunto considerando que “matrimônio infeliz e enfermidade física são os sucedâneos mais comuns da neurose”.

Pode-se reafirmar que a neurose abre caminho para a enfermidade física, de forma tão comum desde a época Charcot. Por outro lado, as neuroses também podem irromper após “emoções fortes e até por razões somáticas” (Freud, 1906/2016, p. 358). De forma que uma etiologia específica ou única na pesquisa psicanalítica é abandonada por Freud, certamente inspirado pela pesquisa do adoecimento de Charcot.

Dezesseis anos antes desta consideração freudiana, em 1866, Charcot atendeu Marie Louise Victoire André, doente que já havia feito Charcot colocar em questão o diagnóstico de esclerose múltipla, que embora tivesse “sintomas de esclerose múltipla”, não possuía lesão grosseira aparente seja na medula, no cérebro ou no bulbo. O curioso caso de Marie Louise Victoire André é descrito por Charcot de forma a mostrar que quando ela andava ocorria um fenômeno de retro-pulsão muito pronunciado a cada 3 ou 4 passos. Ela então

vivia experimentando uma sensação de tração para trás: “Ela pára e dá quatro passos para trás”.

Querer realizar um movimento das pernas ou braços (ainda que seja ficar em pé ou segurar um copo) gera uma excitação grande, em que o “tremor intencional” é uma das principais características da EM, sintetizada por Charcot no caso de Marie Louise Victoire André: “todo o corpo é assim colocado em movimento assim que um primeiro impulso é dado a ele”. Em geral, os reflexos patelares são exagerados, há trepidação epileptoide e rigidez funcional dos membros inferiores.

Para usar a expressão de Trillat (1991) uma multidão de sintomas e seus agravantes são descritos nos vários casos de Charcot, com particularidades em cada um. Em 1868 é a vez de registrar o caso de Zima Adelaïde Vinchon. Charcot investiga as internações anteriores da doente em diferentes hospitais antes de ingressar no Salpêtrière em 28 de junho de 1862 e lista os diagnósticos prévios de Vinchon: “histeria convulsiva (Briquet) e coreia⁴³ rítmica (Aran)”.

É preciso lembrar que a concepção de histeria de Charcot parece ser semelhante à proposta por Oppenheim [1890], citada por Freud (1894, p. 58): uma expressão intensificada da emoção que representa o montante de excitação psíquica que normalmente sofre conversão. A concepção de histeria também parece próxima à de Strümpell (1892) que sustenta que “na histeria, o distúrbio reside na esfera psicofísica – na região onde se vinculam o somático e o mental”. Charcot ficava às voltas tentando diferenciar os sintomas de esclerose múltipla e histeria.

Os mais diversos tratamentos – ópio de alta dose, arsênico –eram aplicados sem nunca produzir qualquer melhoria apreciável. Segundo Charcot, já no final de 1859, a doença estava constituída, e já apresentava, ter todos os sintomas que lhe foram dados a

⁴³Distúrbio neurológico caracterizado por movimentos rápidos e involuntários que se assemelham à uma dança.

observar quando conheceu a doente. Vinchon esteve pela primeira vez nos dormitórios do Salpêtrière, em setembro de 1862. Não mudou nada alguns anos depois.

Para o estado atual da doente em novembro de 1862, Charcot registrou que a observação de Vinchon foi coletada regularmente. Essa doente havia sido admitida na enfermaria por uma indisposição leve, para ser tratada ali, de uma afecção intercorrente e teve o diagnóstico “colocado com alguma sutileza”, pois conforme Charcot, não havia apenas lesões no cérebro e medula (examinada), e “durante a vida o braço e a cabeça estavam sozinhos afetados”.

Embora a manifestação da esclerose múltipla começasse em geral pela marcha – titubeante e espasmódica, dificuldade e incerteza de andar, cansaço, fraqueza, contraturas, tremores intencionais persistentes que surgiam e desapareciam ou paralisia nas pernas –, a amplitude e diferença das manifestações sintomáticas em doentes de Charcot permite concluir que na esclerose múltipla não há uniformidade dos sintomas somáticos, em especial, se considerarmos os casos de esclerose múltipla de forma frusta ou “apagada” e demais diagnósticos em que sintomas histéricos se apresentam.

O caso de Zima Adelaïde Vinchon aproxima Charcot das manifestações histéricas já no final de 1859. Segundo Charcot ela “não mudou nada alguns anos depois, mantendo dificuldade para se combinar com as pessoas; se entediava. Estado moral alterado com ataques de nervos desde que ela está doente, tontura como se estivesse bêbada”.

A questão da emoção aparece em alguns casos, em especial no caso de Vinchon, bem como no caso de Maurice Girard em que o enigma da passagem do psiquismo para o somático faz questão. Somente Freud poderá mostrar que não há tal passagem. A conversão é a proposição freudiana para sustentar a existência de uma representação desvitalizada que passa para o inconsciente e uma excitação liberada que passa para os nervos.

Pois a emoção enquanto acontecimento vivido, tem um substrato neurofisiológico,

mas esses planos não se juntam. Trillat (1991) chama atenção para como a crise emocional era tida como um fenômeno neurovegetativo que diz respeito ao organismo inteiro e que não se confunde com o afeto. Estes diferentes planos nos fazem perceber a diferença de concepção entre Breuer mais interessado no plano neurológico e Freud, no plano psicológico da mesma forma que as diferenças entre Freud e Charcot. A ideia de sintomas remissivos e recidivantes, comuns à classificação diagnóstica atual menos grave de esclerose múltipla se assemelha a essas

transferências de excitação para a inervação corporal” que “provoca nos histéricos os sintomas duráveis, como as paralisias ou anestésias. Mas nada é definitivo: tudo permanece lábil. A excitação convertida em sintoma pode retornar à representação da qual ela foi desligada. Nesse caso, o sujeito deve elaborar novamente outros sintomas de defesa; um deles é o ataque histérico que liquida as tensões. Assim se explica a alternância entre os sintomas de conversão (estigmas duráveis) e as crises. (Trillat, 1991, p. 236-237).

A semelhança com as crises ditas “neurológicas” de ordem inflamatória da EM parecem seguir um enigmático trajeto muito próximo à discussão acerca da conversão feita por Trillat (1991). Exemplo intrigante é o da doente Dorette Eike, admitida no Salpêtrière em 5 de novembro de 1863, que apresentava dentre variados sintomas associados à esclerose múltipla, ptose no olho esquerdo que persistia durante a manhã para desaparecer no período da tarde.

Bezerra Júnior (2014), em consonância com Davidoch e Winograd (2010), indica que há espaço para uma interlocução em torno da subjetividade no qual descrições psicanalíticas e neurobiológicas se interpelem de modo fértil. Para ele, o simbólico, a

cultura e a linguagem, incidem não só na constituição do psiquismo, da personalidade ou do estilo subjetivo, mas na própria configuração anatômica e na fisiologia dos processos neurobiológicos.

Com o desenvolvimento da epigenética molecular e dos estudos sobre neuroplasticidade, não há mais lugar para um hiato separando funcionamento biológico, influências ambientais, determinantes sociais e trajetória psíquica individual. Pesquisas nesses campos têm recorrentemente mostrado como, por intermediação de práticas sociais, valores culturais interferem na formação de regiões cerebrais (Bezerra Júnior, p. 121).

Jerusalinsk (2011) demonstra que a plasticidade cerebral ocorre de forma mais frequente nas crianças em função das mudanças que ocorrem em seu desenvolvimento até a adolescência, e também em função de atividades e experiências dos adultos. Grande parte da plasticidade cerebral ocorre no nível das sinapses, modificando o funcionamento de alguns circuitos, favorecendo que a informação transcorra com maior eficiência por certas sinapses e com menor por outras. Assim, “as comunicações entre os neurônios se modificam frente à experiência”. (Jerusalinsk, 2011, p. 250).

A respeito do diagnóstico na psicanálise, podemos retomar o realce dado por Melman (2009) à dúvida de Freud, no caso do sonho com sua paciente Irma, acerca do medo específico do psicanalista de negligenciar uma afecção orgânica. Por outro ângulo, essa preocupação torna-se hoje mais presente quando o diálogo da psicanálise com as neurociências (Toyos, 2013) consideram o estudo da autoimunidade para entendimento da ordem ou desordem do corpo do simbólico e do corpo pulsional na clínica psicanalítica (Garcia-Roza, 2004).

Freud (1896/1996) no texto que escreveu a partir da sugestão de Charcot “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” considera três classes de influências etiológicas, diferentes entre si tanto em importância quanto na maneira como se relacionam com o

efeito que produzem:

1. *Precondições*, que são indispensáveis para produzir o distúrbio em causa, mas que são de caráter geral e igualmente encontráveis na etiologia de muitos outros distúrbios; 2. *Causas Concorrentes*, que compartilham com as precondições a característica de funcionarem tanto na causação de outros distúrbios quanto na do distúrbio em questão, mas que não são indispensáveis para a produção deste último; e 3. *Causas específicas*, que são indispensáveis como as precondições, mas têm natureza limitada e só aparecem na etiologia do distúrbio que são específicas. (Freud, 1896/1996, p. 146).

Mello Filho (2005) entende da seguinte maneira os postulados de Freud na etiologia das enfermidades: os primeiros (precondições) são os fatores congênitos e hereditários, representando a constituição. Os segundos (causas concorrentes) compõem os acontecimentos e vivências da infância, que, junto com os primeiros, representariam a disposição. E os terceiros (causas específicas) constituem os fatores atuais ou desencadeantes.

A Esclerose Múltipla, como doença autoimune de causalidade desconhecida, parece trazer, invariavelmente, algum tipo de angústia ligada à origem da enfermidade. Os sintomas apresentados no corpo são semelhantes aos descritos por Freud (1917/2014, p. 513) quando fala das neuroses atuais, tais como "pressões no interior da cabeça, sensação de dor, irritabilidade em um órgão, enfraquecimento ou impedimento de alguma função que não tem um "sentido", um significado psíquico". Laplanche e Pontalis (1991) ao caracterizar a neurastenia também citam sintomas presentes na EM: lesões orgânicas, parestesias espinhais e fadiga física.

Freud (1916) afirma que na vida psíquica culmina o funcionamento de “maravilhosa complexidade do organismo” (p. 26) e a psicanálise pretende descobrir o terreno comum a partir do qual se possa compreender a convergência do distúrbio físico e do psíquico. Nesse sentido, os fatores somáticos e psíquicos tem papel importante em certos estados nervosos, embora pouco se saiba dos últimos:

certos estados nervosos que chamamos de 'neuroses atuais', tais como a neurastenia típica e a neurose de angústia simples, obviamente dependem do fator somático da vida sexual, enquanto não temos, até agora, um quadro nítido do papel neles desempenhado pelo fator psíquico e pela repressão. (Freud, 1910, p. 235-236).

A neurastenia é considerada por Freud (1887, p. 71) um estado patológico do sistema nervoso e que podia ser seguramente classificada como a mais comum de todas as doenças na sociedade de sua época. Para Freud, essa patologia deveria ser descrita como um modo de reação do sistema nervoso. Em alguns casos, Charcot parecia descrever a neurastenia e a histeria percebidas a partir do acompanhamento de seus pacientes no serviço de neurologia do *Salpêtrière*.

Independente do diagnóstico, Charcot parecia antecipar a consideração de Freud (1917/2014, p. 505) de que "na causação e no mecanismo de todas as formas possíveis de neurose, atuam sempre os mesmos fatores; o que ocorre é que cabe ora a um, ora a outro a importância na formação do sintoma".

Freud observa, ao resenhar o trabalho do médico Averbeck “Neurastenia aguda, um quadro médico e social” que a assistência em saúde deve abrir para discussão e objetar o serviço militar obrigatório (trabalho onde se desencadeia as crises de EM e histeria do

jovem Maurice Girard). Nessa resenha Freud também apresenta a proposição de recuperação periódica para os trabalhadores em épocas de boa saúde, por intermédio da assistência do Estado, iniciativas estas inexistentes na época de Charcot, que trabalhava na assistência pública no *Salpêtrière*.

Freud ([1887-88/1996] já havia tomado nota de que Charcot expressar a sua opinião sobre o excesso de trabalho como causa de “neurastenia cerebral”. E acrescenta que todas essas discussões etiológicas referentes à neurastenia são incompletas na medida em que não são consideradas as influências nocivas sexuais, que para Freud, em sua experiência, constituíam o fator mais importante, o único fator etiológico indispensável. A depreciação inicial de Freud, da importância etiológica de fatores tais como “o trabalho excessivo” data, segundo nota de Strachey, de aproximadamente 1892. Momento em que ele ainda não havia pensado o trabalho como lugar privilegiado de exercício da sexualidade.

Somente em 1937, Freud concede importância etiológica a fatores “não específicos” como o trabalho excessivo, o choque, a doença e a exaustão em *Análise Terminável e Interminável* (1937/ 1996, p. 241). Freud reconhece como a psicanálise relegou para segundo plano esses fatores que diminuem a força do Eu e que participam da definição de saúde, mas que só podem ser definidos em termos metapsicológicos, isto é, por referência às relações dinâmicas entre as instâncias do aparelho psíquico.

Conforme Junqueira e Coelho Junior (2006) as neuroses atuais descritas por Freud também dizem respeito às doenças que hoje constituem o grupo das patologias atuais, quadros-limite ou *borderline*, caracterizados pela ausência de significado simbólico nos sintomas.

“Uma nevrálgia pode sobrevir após um sofrimento mental” nas histerias (Freud, 1893/1996, p.41). Nos casos atendidos por Charcot presumimos que outros prejuízos em nível cerebral podem ter acontecido considerando a intensidade dos eventos psíquicos que

precederam um adoecimento no corpo.

Por outro lado, as causas do adoecimento nem sempre apontam para a vida sexual (Freud, 1917/2014, p.512): "um doente podia, de fato, ter adoecido... em razão de ter perdido sua fortuna ou de ter passado por uma doença orgânica extenuante". Pois, uma pessoa só adoece de neurose quando seu Eu perde a capacidade de acomodar de alguma maneira a libido.

Para fins diagnósticos Charcot almejava a distinção dos sintomas histéricos típicos (hemianestesia, contração do campo visual, paresia de membros acompanhada de contraturas, convulsões epileptiformes) dos sintomas tão semelhantes que esclerose múltipla lhe apresentava. Seria a existência prévia de lesões orgânicas neste último diagnóstico que marcaria essa distinção? As lesões inflamatórias, para Lima e Cardozo (2005) concretizam a ideia de libido represada fora do psiquismo, corresponde à uma libido corporificada.

O represamento da libido no Eu é experimentado como desagradável pois, segundo Freud (1914/1996), o desprazer é sempre a expressão de um grau mais elevado de tensão, e que, portanto, o que ocorre é uma transformação de uma quantidade (p.92) no campo dos acontecimentos materiais na qualidade psíquica do desprazer.

O dano físico ou as marcas decorrentes de sequelas da EM podem gerar uma espécie de neurose traumática cuja causa atuante da doença participem afetos que alimentam excitações, seja pelo susto da apresentação de um sintoma ou pela constante possibilidade da ocorrência inesperada dos mesmos. Essa neurose secundária das neuroses atuais tende a integrar a patogênese da histeria comum. Assim, o trauma das neuroses atuais seria primeiro físico (inflamação na medula ou cérebro, com suas respectivas manifestações somáticas) e depois psíquico (tais como experiências que possam evocar afetos aflitivos como o susto, a angústia, a vergonha, ou a dor física). Entretanto, pode-se pensar na ordem

inversa do aparecimento de tais sintomas.

Em outra perspectiva mais anterior, pode-se supor que a ocorrência de vários traumas parciais (do sujeito suscetível a se afetar, por exemplo) ou microtraumas se somem a um trauma principal. Na neurose atual, afetos não representados se descarregariam diretamente onde há uma complacência somática ou um trajeto somático já percorrido pelo circuito neuronal. Segundo Freud (1893 / 1996, p. 42) “essas causas só puderam exercer um efeito traumático por adição e constituem um conjunto por serem, em parte, componentes de uma mesma história de sofrimento”.

É como se os vários traumas psíquicos parciais (presentes na gênese da neurose atual) soltos na memória, tal como afetos não ligados a representações – ou excitações “facilitadas” no circuito neuronal, que não palpitam enquanto lembrança e também não reagidos nem na forma de lágrimas nem em atos de vingança, tentassem, enquanto “corpo estranho” traumático, para usar o termo de Freud (1893 / 1996, p. 42), se inscrever de um modo direto no corpo, como uma espécie de “ação específica”. A diferença da neurose atual para a histeria é que na primeira as possíveis reações reprimidas da pessoa ao trauma não chegaram a ser vinculadas a uma lembrança.

Esse corpo estranho traumático, feito de excitação, não tendo encontrado uma representação para se ligar, pode ter se ligado à materialidade do corpo, como às proteínas da própria mielina do neurônio e desencadeia em seu sistema imunológico uma confusão que passa a não reconhecer sua própria constituição celular.

Essa ligação parece se dar de um modo originário pelo psiquismo que se estruturou assim como a “memória” de um vírus adquirido na infância (Epstein Barr, p. ex.) que pode ser ativada por determinadas histórias de excitações, de forma que “acontecimentos incorporais” só podem ser vivenciados como “coisas corporais”. A complacência somática é a base para que uma “demência do soma” possa entrar em funcionamento e que pode

entrar em ação quando o excesso de afetos aflitivos irrompem no sujeito. É de outra ordem de reminiscências que o sujeito com doença autoimune sofre.

A excitabilidade anormal do sistema nervoso (e seus problemas básicos), a que Breuer se refere (1983 / 1996, p. 212) em um grande número de fenômenos histéricos que não sejam ideogênicos, pode corresponder ao mecanismo de formação de outros tipos de sintomas.

Freud (1956 [1886] /1969, p. 93) suscita o pensamento de que sujeitos que passam pelo evento de uma “drástica alteração das excitações no sistema nervoso”, tal como as de um ataque convulsivo ou de um surto neurológico assintomático, estariam, sob a influência de um motivo psíquico suficiente, de alguma forma, livres de sintomas histéricos. Por outro lado, somos levados a pensar, junto com Trillat (1991), que sintomas histéricos influenciam lesões do sistema nervoso central e podem ser resultantes (ou melhor dizendo alimentados) pela mesma “drástica alteração das excitações no sistema nervoso”, vindos de um processo histórico crônico, no sentido de que a energia libidinal que não pôde transformar-se em lembrança, dissipa-se diretamente nas células nervosas.

Gori (1998) questiona a busca de causas psicológicas no sofrimento e na doença, indicando que essa necessidade está consubstanciada à experiência de aquisição da linguagem. E assim, assume as “misérias da fraqueza epistemológica” sobre doença orgânica ou psicossomática (Gori, 2004, p. 165) em que o corpo é uma “cena perdida” da experiência imediata (p. 176).

Pensando na múltipla causalidade em psicanálise e ainda na ampliação do conceito de complacência feito a partir das traduções de Freud, Gori (1998) apresenta na pauta de investigação da constituição social do trauma psíquico que vem acompanhado / se desenvolve juntamente / ou ainda pode gerar, literalmente, um trauma no corpo em forma de inflamações. Crises neurológicas (geradoras de lesões) e diversas manifestações

somáticas podem ser resultados de ataques de angústia. Assim, as relações de complacências possíveis entre o sofrimento corporal e seu valor inconsciente acontece:

sempre que uma alteração corporal mórbida, pela inflamação ou lesão, desperta o trabalho de formação de sintomas, de tal sorte que o sintoma fornecido pela realidade se torna imediatamente o representante de todas as fantasias inconscientes que espreitavam a primeira ocasião para se manifestar (Gori,1998, p. 180).

A expressão física de uma excitação libidinal pode ser o núcleo dos sintomas histéricos e segundo Freud (1917/2014), esse é frequentemente o caso e que todas as influências que a excitação libidinal exerce no corpo - normais ou patológicas - têm preferência na formação dos sintomas da histeria. Essas influências da excitação libidinal "desempenham o papel do grão de areia que o molusco envolve em camadas de madreperola." (Freud, 1917/2014, p. 518). Metáfora discutida por Assoun (2015) no prefácio da 3ª edição de seu livro *Corps et symptôme*.

Dando seguimento à fundamentação da constituição social do trauma, podemos, inspirados em Freud, responsabilizar com justiça a cultura e o sujeito em suas relações sociais que favorecem a disseminação da neurastenia. Nos casos charcotianos, que revelam os “violentos desgostos”, certamente os doentes também sofreram de uma “injúria contundente ou uma humilhação, que inclusive, pode dar um fim repentino à vida”. (Freud, 1905/1996, p. 275). A presença do fator traumático estava presente nos registros de Charcot de seus doentes.

Evidente que corpo e psiquismo são instâncias absolutamente integradas, se vamos retomar a ideia de corpo arcaico, como sugere Mariz (2015), talvez caiba buscar o entendimento de determinadas causalidades. Essa busca não deve objetivar uma perspectiva

de corpo fundada em uma relação de causalidade do psiquismo, como fazem algumas abordagens da psicossomática – que chegam a pregar uma hipótese causal reducionista – mas para articular o que vem de dentro e o que vem de fora, para pensar quais mecanismos de defesa que o corpo põe em ação na iminência de perigos para sua integridade.

Pode-se pensar em fatores presentes no desencadeamento da manifestação de sintomas somáticos gerados dentre as mais variadas causas, também por uma descarga de excesso pulsional no corpo que é atingido onde já existe um trajeto prévio percorrido pelo circuito pulsional. Enfim, o adoecimento do corpo-psiquismo pode-se dizer, com base em Freud (1906/2016, p. 360), que é “resultado de uma soma, e a medida de precondições etiológicas pode ser completada a partir de qualquer direção”. Da mesma forma que a etiologia das neuroses não pode ser buscada exclusivamente na hereditariedade ou na constituição, as influências acidentais que a sexualidade experimenta também não devem ser os únicos fatores etiológicos para compreensão dos doentes de Charcot. À Charcot faltou assumir em alguns dos casos que relatou de EM e histeria o que suspeitava nas enfermidades que estudava: a presença de distúrbios dos processos sexuais do organismo.

A partir dos casos que descreve, na linha de diagnóstico diferencial entre EM e histeria, Charcot podia se questionar sobre manifestações corporais que seriam de histeria ou de epilepsia. Algumas das crises nervosas, episódios de apoplexia e síncope, se apresentavam com sacudidas e perdas de consciência. Outros doentes não tiveram ataques apopleptiformes nem epileptiformes. Nesse ponto, percebemos a saga de Charcot nas entrelinhas dos dossiês investigando os caminhos da excitação entre ataques histéricos e os sintomas crônicos da esclerose múltipla.

Nos Esboços para a “Comunicação Preliminar” de 1893, Freud escrevendo para Breuer, descreveu sobre a teoria dos ataques histéricos e considerou a descrição de Charcot

das fases de um ataque típico (1. Fase epileptoide; 2. Fase dos grandes movimentos; 3. Fase das atitudes passionais e 4. Fase do delírio final).

A primeira fase – fase epileptoide, cuja forma de ataque pode se tornar independente de outras fases, podem ainda se prolongar, se modificar ou serem omitidas – seria o momento crucial relevante para a observação de Charcot na tentativa de diferenciar sintomas histéricos e sintomas crônicos da EM. No entanto, a consideração de que esta fase pode se tornar independente das demais, por exemplo, demonstra como Charcot poderia aventar um diagnóstico histérico, ainda que o doente apresentasse apenas sintomas aparentemente neurológicos.

Freud fez “Algumas observações gerais sobre ataques histéricos”, 15 anos depois, dizendo que “muitas vezes um sonho pode substituir um ataque” (1909 [1908], p. 209). Os pacientes de Charcot aparentemente não sonhavam, e mesmo no caso do paciente diagnosticado com “esclerose múltipla e histeria”, o mesmo não tinha “sonhos histerogênicos”. Neste caso, a mesma fantasia que poderia se expressar no sonho, é a mesma que se manifesta no ataque ou demais reações motoras. Zima Adelaïde Vinchon tinha um sono bastante bom, porém, segundo Charcot:

ela raramente tem sonhos e pesadelos; apenas durante o sono, muitas vezes notava-se que ela estava rangendo os dentes. Algumas vezes, mesmo sem dormir; quando ela está em repouso, ela tem rangidos semelhantes. Durante a noite, muitas vezes lhe acontece frequentemente de ranger os dentes, apesar dela. Ela teria esse hábito desde que ela está no mundo, ela ficou surpresa, a noite rangendo os dentes, segundo ela: “Foi can-sa-ti-vo”.

Freud considerou que poderíamos supor que, pela observação de um ataque, viéssemos a descobrir a fantasia nele representada, “mas isso é raro”. Talvez o caso de Maurice Girard tenha permitido esta reflexão, a partir do relato de Charcot:

Via de regra, devido à influência da censura, a representação mímica da fantasia sofre distorções idênticas às distorções alucinatórias do sonho, de forma que ambas se tornam incompreensíveis tanto para a consciência do indivíduo como para a compreensão do observador. O ataque histérico, portanto, deve ser submetido à mesma revisão interpretativa que empregamos para os sonhos noturnos, pois tanto as forças que dão origem à distorção, como a finalidade dessa distorção e a técnica nela empregada são as mesmas que deduzimos da interpretação dos sonhos. (Freud, 1909[1908]/1996, p. 209).

Maurice Girard era tomado de uma desorganização corporal que o invadia e produzia desmaios perante a revista militar, ou ordens de seu superior hierárquico de manter-se estático. Seus desmaios indicavam uma expressão sintomática cuja condensação de fantasias – seja de um desejo recente ou numa reativação de uma impressão infantil ligada a autoridade dos pais – eram manifestas na forma do ataque histérico que começava pela fraqueza das pernas. O acometimento das pernas é sintoma facilitado pelas características da esclerose múltipla e pode se intensificar histericamente até o ponto de cair em desmaio. Freud (1909[1908]/1996) ressalta que nos pacientes histéricos com alto grau de condensação, uma única forma de ataque pode ser suficiente, enquanto que em outros são expressas numerosas fantasias patogênicas através da multiplicidade das formas de ataque.

Charcot descreve extensamente os acontecimentos nas pernas de Georges Guillaume:

Quando o doente é levado a andar, suas pernas endurecem sem estarem, no entanto, em contratura verdadeira; ele experimenta a pena de as levantar sem ter que dar no entanto fortes impulsos de quadril (como pessoas que ~~acometidas de paraplegia espásticas~~. [A observação feita é riscada por Charcot, que parece desistir dessa comparação no momento de sua escrita] nos quais os músculos que vão desde a coxa até a pélvis são vistos contraturados em tônus exagerado. Nele os músculos no tônus é exagerado somente aqueles que vão do fêmur até a tíbia, ao perônio e aos ossos do pé, de modo que ao caminhar sempre apresenta um leve grau de flexão na articulação do joelho, mesmo que a perna esteja para a frente e que o membro devesse estar em extensão completa. Ele sente um certo incômodo ao se virar e, às vezes, suas pernas ficam emaranhadas. Nenhum sinal de Romberg. Anda com os olhos fechados sem qualquer mudança perceptível no seu ritmo. Reflexos patelares exagerados de ambos os lados. Reflexos tendinosos exagerados nos membros superiores, mas muito mais para a direita do que para a esquerda (...) Reflexos cremasterianos⁴⁴ abolidos.

Charcot escreve sobre o começo da doença no caso de Georges Guillaume: “Em 1877 época em que nasceu sua filha suas pernas se tornaram mais enfraquecidas e tremiam

⁴⁴ Para verificar a existência deste reflexo, o médico estimula a região medial da coxa da direção distal para a proximal, ou seja, em direção aos testículos para observarem se estes sobem. Segundo Charcot, durante três anos Georges Guillaume quase não teve ereções “e ainda incompletas” às vezes a polução noturna era percebida com muita clareza. No caso de Sioen as ereções também eram raras, segundo Charcot “inutilizáveis”. Os reflexos cremasterianos eram abolidos durante o exame com o doente em vigília, mas durante o sono a polução acontecia. Neste ponto, observamos Charcot atento às manifestações corporais para além da vigília e consciência.

quando ele andava ou subia escadas”. Ele nunca sentiu dor nas pernas, pescoço ou cintura. Progressivamente, a marcha tornou-se mais difícil, tornou-se impossível para ele trabalhar, porque quando ele queria "bater pernas", a perna direita começou a pular. Charcot continua na evolução da doença:

27 de março de 1881 não podia mais trabalhar, andando com extrema dificuldade ele vai para a consulta de St. Louis, o Sr. Fournier leva-o em seu serviço onde ele fica por 3 meses, 95 gramas por dia de iodeto de potássio e melhorias consideráveis o paciente quer sair para retomar seu trabalho, embora o Sr. Fournier aconselhou-o a ficar mais algum tempo. Mas depois de três semanas, ele ficou mais doente do que antes e entrou no Charité em 8 de julho no serviço de M. Hardy.

Para Louise Guatarel também foi com o nascimento de seu filho que começou a sentir dores nas pernas que culminaram em sua paralisia:

Três meses depois [do parto], ela começou a sentir dores violentas em suas panturrilhas. Essas dores voltavam uma vez por semana e duraram cerca de uma hora e meia. Elas [as dores] tinham o caráter de uma constrição atroz. Acompanhavam de uma maneira e lhe arrancavam gritos, ela era formada ao mesmo tempo ao nível da parte superior das panturrilhas. Uma bola dura do tamanho de um ovo. A dor existia ao nível desta bola e no resto da perna. É na mesma época aproximadamente que a doença começou com estes fenômenos dolorosos que fez a doente repentinamente parar de andar: as pernas dela cederam debaixo dela quando ela quis se levantar e ela caiu. Ela passou dias numa poltrona. As câibras duraram cerca de 2 ou 3 anos. Não podia andar. Na

sequência desses fenômenos dolorosos, sobrevieram vertigens e problema da marcha. Por muito tempo a doente pôde continuar a andar com a ajuda de uma bengala e um braço. O enfraquecimento das pernas tem aumentado progressivamente. É impossível saber desde qual época ela parou completamente de andar. A doente teria ido sucessivamente ao Charité e ao Pitié.

Voltando ao caso de Maurice, cogitamos que o desencadeamento dos ataques destinava-se a substituir uma satisfação autoerótica praticada no passado – de cunho homossexual – a qual ele possa ter renunciado. Os ataques então ocorriam devido a um aumento da libido que a rotina da revista lhe proporcionava. A perda das forças e a entrega do corpo às forças da gravidade e às ordens de seu superior hierárquico demonstravam a inversão antagônica das inervações em Maurice Girard, que precisava apresentar-se de pé, em postura reta, rígida e continente.

Maurice Girard chegava a perder a consciência, essa *absense* ou falta de conhecimento do que se passou, deriva segundo Freud (1909[1908]/1996, p. 212) “do fugaz mas inegável lapso de consciência que se observa no clímax de toda satisfação sexual intensa, inclusive as autoeróticas”.

O pai de Maurice “havia sido soldado por muito tempo”, parecia ser violento na realidade, considerando que fora descrito como “nervoso, arrebatado, colérico e bizarro” e sua mãe, histérica. Nesta descrição de antecedentes hereditários, Charcot dá pistas para a cena edípica e as possíveis identificações de Maurice com o pai.

As considerações de Freud no caso de Dostoievski (1928[1927]/1996) nos permitem inferir o desejo inconsciente de matar o pai ou de ser amado por ele que reforçam

imediatamente as medidas defensivas (de “culpa filial” paralisante) usadas no serviço militar, onde Maurice percebia-se “inapto em cumprir sua missão” de apresentar-se para revista. As crises de Maurice Girard, à semelhança das graves crises de Dostoievski – acompanhadas por perda de consciência, convulsões musculares, incontinência urinária, e alterações de humor –, assumem um caráter epiléptico. Segundo Freud (1928/1996) essa configuração da epilepsia constituiria apenas um sintoma de sua neurose e devesse ser classificada como histeroepilepsia.

Em Maurice Girard, o superego parece de certo modo assumir os atributos do pai e nas relações entre o ego e ele, a passividade que se imaginava ter sido reprimida é restabelecida. Afinal,

uma grande necessidade de punição se desenvolve no ego, que em parte se oferece como vítima do destino e em parte encontra satisfação nos maus tratos que lhe são dados pelo superego (isto é, no sentimento de culpa), pois toda punição é em última análise, uma castração, e, como tal, realização da antiga atitude passiva para com o pai. (Freud, 1928/1996, p. 190).

Em tese, a ‘reação epiléptica’ à disposição da neurose só ocorre tendo Maurice um substrato prévio de lesões cerebrais da EM, cujo início não poderíamos precisar, considerando a hipótese de uma repetição de um mecanismo para a descarga pulsional em diferentes circunstâncias. A sua história edípica, da qual não há maiores registros que os relatados por Charcot, aponta para um outro entendimento não alcançado por Charcot. Quando a essência da crise epiléptica reside em livrar-se, através de meios somáticos, de quantidades de excitação com as quais não pode lidar psiquicamente, ela se transforma em

um sintoma de histeria, ou ainda como Freud (1928/1996, p. 187) a distinguiu, em uma “epilepsia afetiva”.

Os desmaios podem ser interpretados, nesse sentido, como desinvestimentos e correspondem, com base em Green (1998) não somente à revivescência de uma experiência de fusão como também a uma experiência “de corte, de vazio, que esburaca o inconsciente”. (Green, 1988, p. 165) em que a alucinação negativa é o correspondente na ordem da representação.

É provável que a relação com um pai autoritário, ou um superego rigoroso, seja um “a mais de excitação” e a submissão incondicional a ele reforce o desencadeamento de inflamações no corpo. Nesse sentido o possível desejo recai de fazer sofrer quem o fez sofrer (a vingança, segundo Mezan, 2005) talvez nem tenha chegado à condição de ser desejo e ter um objeto, e o que seria em sua origem foi um esforço reativo incompreensível para retribuir o mal a que foi submetido, esse protótipo de desejo nunca representado se expressa apenas como excitação que vai encontrar vazão direta onde o corpo apresenta a brecha de uma complacência somática⁴⁵.

No caso de Dora, Freud (1905 [1901]/2016) lembra a questão tão frequentemente levantada de saber se os sintomas da histeria são de origem psíquica ou somática. No caso de se admitir o primeiro caso Freud condiciona a existência necessária de um condicionamento psíquico. Para Freud, essa pergunta frequente e sem sucesso, não é adequada, pois as alternativas nelas expostas não cobrem a essência real dos fatos. Todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a

⁴⁵ A noção de complacência somática transcende amplamente o campo da histeria e segundo Laplanche e Pontalis (1991) possibilita questionar o poder expressivo do corpo e sua aptidão especial para significar o recaiado. Utilizamos o sentido dados pelos autores de que na medida em que a expressão “complacência somática” pretende explicar não mais apenas a escolha de determinado órgão do corpo, mas “a escolha do próprio corpo como meio de expressão” (p.70), somos levados a tomar em consideração as vicissitudes do investimento narcísico do próprio corpo.

presença de uma complacência somática⁴⁶ fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo, ou nele relacionado.

Esse processo patológico, porém não se produz mais de uma vez – e é do caráter do sintoma histérico a capacidade de se repetir – a menos que tenha uma significação psíquica, um sentido. O sintoma histérico não traz em si esse sentido, mas este lhe é emprestado, soldado a ele, por assim dizer, e em cada caso pode ser diferente, segundo a natureza dos pensamentos suprimidos que lutam por se expressar. Todavia, há uma série de fatores que operam para tornar menos arbitrárias as relações entre os pensamentos inconscientes e os processos somáticos de que aqueles dispõem como meio de expressão, assim como para aproximá-las de algumas formas típicas. Freud destaca:

Somente a técnica terapêutica é puramente psicológica; a teoria de modo algum deixa de apontar para as bases orgânicas da neurose, muito embora não as procure em alguma alteração anatomopatológica e substitua provisoriamente pela função orgânica a alteração química esperada, mas ainda impossível de conceber atualmente. (Freud, 1905[1901]/1996, p. 109).

Retomando os sintomas no corpo de Maurice Girard, pensamos a questão no caso de Dostoievski (Freud, 1926 / 2014) que parece ser da ordem da passividade, pois a ambivalência na relação paterna entre negação da morte e o desejo pelo parricídio impede o sujeito envergonhado de ser ativo ao ponto de fazer do outro um sujeitado a passar vergonha. Ele assume esse cargo ou esta carga. Nesses casos, deve-se tornar possível o

⁴⁶ Segundo Strachey, parece ter sido a primeira vez em que Freud usou esse termo, que raramente reaparece nos trabalhos subsequentes.

reconhecimento de um desejo de vingança, da existência de uma humilhação que sofreu e descobrir este material no aparelho psíquico para recobrir o cuidado com próprio corpo que se vingava calado em si mesmo.

Reconhecer este possível desejo não significa necessariamente a punição dos objetos que rejeita. A ameaça de castração, segundo Mezan (1995), não deve ser confundida com a intenção de vingança. Por esta via, o trabalho da psicanálise passa pela consideração dos elementos em jogo, inclusive os de ordem biológica, ao forjar produção linguística para o esforço do acontecimento da psicanálise, seja enquanto teoria ou como tratamento. Considerações que não podiam ser feitas na época de Maurice Girard e Charcot.

2.5 Quantidades e lealdades da energia pulsional

A experiência de dor aguda é um processo complexo, pois ela não se limita à alteração dos tecidos, mas que põe em jogo toda uma série de mecanismos neurofisiológicos, hormonais e psicológicos. A resposta emocional básica que acompanha a dor aguda estaria ligada a diferentes tipos de temores surgidos sempre que haja alguma doença muito grave (proporcional à intensidade de dor), a possibilidade de que “o sofrimento se possa perpetuar”. (Mello Filho, 1992, p. 168).

Essas reflexões também levam à busca de compreensão de como a dor da comoção, descrita por Nasio (1997), fica latente na EM em sua cronicidade, considerando a presença de estimulações suficientemente fortes que, além da lesão tissular, desencadeariam traumas internos. O desencadeamento de uma crise de sintomas nos doentes de Charcot, via de regra, coincide com a ocorrência de estimulações suficientemente fortes recebidas como um

ataque interno.

Esses ataques tendo lesado o invólucro de proteção do Eu, causam uma dor “pulsional”, que segundo Nasio (1997, p. 75) vem imediatamente como uma corrente de energia direcionada à pessoa, de forma devastadora e não controlada, que mergulha o Eu em um estado de choque traumático. Construto este que equiparamos aos “desgostos somáticos” descritos por Charcot.

Já em 1868, Charcot interessou-se em registrar a expressão das dores de Alexandrine Anne Causse sentia por todo corpo, por exemplo, a partir do uso de comparações: “era como se cães estivessem roendo seu corpo”, ou como se recebesse “golpes de martelo”; ou ainda um formigamento insuportável no ombro direito comparado ao efeito de uma tração no dedo anelar da mão esquerda [da paciente de 32 anos, solteira]; o trabalho que costumava fazer com as mãos passa a ser comparado a “uma sensação de quando se puxa a pele”.

A senhora Vinchon, nesse sentido, comparava suas dores frequentes em alguns pontos da cabeça – que vinham por crises e desapareciam bastante rápido (um ou dois minutos) – a um calor extremo acompanhada de pontadas, em suas palavras: “é como um dardo”. Ou cólicas estomacais tão violentas que a doente teve uma síncope de meia hora. Dorette Eike teve ataques de síncope várias vezes em intervalos durante um ano. Na senhora Blondeau, Charcot atribuiu suas sínopes inicialmente à anemia que a doente teve por volta dos 15 anos, depois as designa de ataques histéricos sincopais, que durante um mês se manifestaram diariamente.

Comparações como essas transformavam puras sensações de dor com caráter de “constrição atroz” em uma espécie de representação das mesmas quando relatadas, pois falavam para além dos sintomas da EM, diziam de um sofrimento que vinha junto com eles: algo penível como “um véu que cobria seu cérebro”.

Charcot observou que a rigidez marcada no corpo dessa paciente só cessou, depois de horas de rigidez cadavérica após sua morte. No entanto, a experiência de relato da dor intensa na doença demonstrava ser capaz de mobilizar o desenvolvimento de um processo de representação dos acontecimentos no corpo-psiquismo.

Apesar da intensidade com que os sintomas somáticos apareciam, o uso inventivo das comparações aparecia como um recurso próprio de interpretação dos mesmos, quando as pacientes podiam falar deles para Charcot. Os sintomas eram descritos como uma espécie de manifestação automática– para usar da comparação – um ato falho do corpo que se assemelha a um funcionamento narcísico de um corpo que “se vira sozinho”.

De toda forma, fica marcada como as comparações feitas pelos pacientes e qualificadas anotações de Charcot sobre a dor, de que ela é uma irrupção de quantidades de energia excessivas de excitação, que passa por todas as vias possíveis de descarga no corpo. Freud (1895/1996) dizia que os neurônios e suas barreiras de contato ficam permanentemente alterados pela passagem de uma excitação, “mais capazes de condução, menos impermeáveis” (p.352), ou seja, possuem um grau de facilitação em relação à passagem de excitação.

O que a memória não registou como palavras ou histórias, ela registra como diferentes facilitações entre neurônios. Assim, a magnitude da impressão e da frequência com que uma mesma impressão se repete gera uma memória das experiências (isto é, sua força contínua eficaz) ou ainda, antes disso, traços de memória aquém das lembranças.

Assim as dores e traumas participam na formação do mecanismo psíquico, segundo Freud (1895/1996, p. 281), o material presente em forma de traços de memória estaria sujeito, de tempos em tempos a uma retranscrição. Assim, a experiência da dor e da sensibilidade no corpo parecem se ligar ao mecanismo da memória que se desdobra em vários tempos, em outras palavras, eu diria, da formação do corpo-psiquismo.

No caso da dor e demais sintomas psicofisiológicos que uma doença pode trazer, Freud (1923, p. 39) discorre sobre a maneira pela qual obtemos conhecimento de nossos órgãos durante as doenças, constituindo talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo. Sendo que “o próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas.” Está aí a chance forjada de vir à tona aquilo que ficou adormecido, mas não reprimido, aquilo que acumulado no psiquismo, chega um momento que irrompe em fenômenos corporais.

É nesse momento importante da obra de Freud que o Eu é entendido como derivado de sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo, podendo ser encarado, além de entidade de superfície do aparelho mental, como uma projeção mental da superfície do corpo.

Paralelamente ao momento dessas estimulações fortes há um determinante inconsciente suposto em que a energia que vem de fora e se transforma no sistema psíquico cria uma brecha na barreira de proteção (usando a metáfora freudiana da vesícula viva).

Essa brecha criada na barreira de proteção se pensarmos na desmielinização da EM irromperia no seio do sistema nervoso um afluxo súbito e maciço de energia que aparece na forma de inflamações em diferentes regiões do SNC, visto que essa energia pode ser retomada pelos “neurônios da lembrança”, (Freud, 1895/1996) que conservam vestígios de acontecimentos marcados no trajeto da coisa material.

Supomos a semelhança do processo de desmielinização com uma espécie de ação motora neural, conforme sugere Zusman (1994) citado por Junqueira e Coelho Junior (2006) sobre o pensamento sígnico. Para este autor o pensamento sígnico “é um pensamento do corpo, no corpo, que não ganhou transformação simbólica, e que se anuncia como ação motora, secretória ou visceral [...] o usual é que a interpretação simbólica não

alcance a camada sgnica.” (Zusman, 1994, *apud* Junqueira e Coelho Junior, 2006, p.31).

Ainda sobre o “momento” do adoecimento é interessante notar quando Freud (1916/2014) fala de distúrbios da atenção, “de causas orgânicas ou psíquicas” (p. 37), visto que os sintomas apresentados nas neuroses atuais, podem associar fadiga e falta de atenção. O trabalho do inconsciente de um sujeito neurótico com extrema vigilância às exigências sociais pode impor o desencadeamento de uma doença orgânica justamente para aliviar as tensões que as pulsões sexuais reprimidas demandam, especialmente quando um trabalho simbólico ou sublimatrio não pôde entrar em cena.

O sentido de se pensar neste mecanismo inconsciente reside no fato de que muitas ações – no caso, as relacionadas ao exercício da sexualidade – são tanto mais bem-sucedidas quanto menos atenção especial se presta a elas, e que o percalço da doença, tal como Freud defende em relação ao ato falho, pode ocorrer “quando se atribui particular importância ao desempenho correto, ou seja, quando seguramente não há desvio nenhum da atenção necessária”. (Freud, 1916 /2014 ,p. 38).

Segundo Guir (2003, p. 54) não está excluído que os “fenômenos psicossomáticos” se constituam durante a fase onírica do sono, momento em que as amarras do superego são relaxadas e suas vozes se presentificam para aquém (ou além) do sonho. Ganhito (2014) traz elementos que favorecem a afirmação de Guir (2003), para se discutir a hipótese de que desarranjos celulares aconteçam no período do sono, considerando que há uma “desorganização e apagamento dos limites corporais e suas consequências para o eu” (p. 46). Ou ainda, como afirma Freud (1907/2015, p. 83): “durante o sono, com a diminuição geral da atividade psíquica, há um rebaixamento do vigor da resistência que as forças psíquicas dominantes opõem ao reprimido”.

Ainda como Freud (1940 [1938]) sugere descrevendo a pulsão de morte, ela permanece silenciosa: “s chama atenção quando é desviada para fora, como pulsão de

destruição”. (p. 162-163). Seria esse desvio para fora, as manifestações de sintomas em que o corpo serve a esse intuito de destruir. Dessa forma, faz sentido pensar o desencadeamento de sintomas de doenças autoimunes que surgem “na calada da noite”, talvez no mesmo “lugar” onde deveriam chegar os sonhos, inexistentes e não relatados nos doentes de Charcot.

Binz, citado por Freud (1900/1996) nos dá a entender que as células cerebrais, justamente onde trazem as marcas mais sensíveis do que se experimentou, permanecem, em sua maioria, silenciosas e inertes, a menos que tenham sido incitadas a uma nova atividade pouco antes, durante a vida de vigília” (p. 56-57). Nos doentes de Charcot que não sonhavam ou não tinham “sonhos histerogênicos”, supõe-se que as células cerebrais seriam ruidosas e excitadas.

Essa especulação faz pensar o sintoma como “acontecer acidental”, posto que a palavra “sintoma” deriva etimologicamente de *sumpiptein* que vem de *sun* que significa “com”, “junto”, e de *piptein* que significa “cair”, “acontecer acidentalmente”. Para Gori (1998, p. 180-181) então, o sintoma é o que acontece acidentalmente ao mesmo tempo, é o que cai junto: “No mito das construções do infantil é o que cai junto sob os auspícios complacentes do acaso, dos acontecimentos, das necessidades, da linguagem e aquelas das exigências somáticas, neste destino singular que se chama história.”

No Esboço de Psicanálise, Freud (1940[1938]) explica que de tempos em tempos, o Eu abandona sua conexão com o mundo externo e se retira para o estado de sono, no qual “efetua alterações de grande alcance em sua organização” (p. 159). De acordo com Freud, concordamos que é de se inferir, do estado de sono, uma organização consistente na distribuição específica de energia mental.

Freud e Breuer (1892 / 1996) em *Estudos sobre a Histeria* já afirmavam que os estados hipnoides (seja da leve sonolência até o sonambulismo) fornecem terreno em que o

afeto planta a lembrança patogênica com suas conseqüentes manifestações somáticas, a isso, os autores nomearam “histeria disposicional”. Em alguns doentes de Charcot parece que o trauma ainda que relatado não chegou ao estatuto de lembrança patogênica. As paralisias e paresias nas extremidades do corpo nos inclinam a pensar, com Freud (1893 / 1996, p. 79): “que seu surgimento não se deveu ao mesmo processo psíquico dos outros sintomas, mas que cabe atribuí-lo a uma extensão secundária daquela condição desconhecida que constitui o fundamento somático dos fenômenos histéricos”.

Segundo Charcot a face é respeitada numa hemiplegia histérica, mas a paralisia facial é simulada por um espasmo glosso-labiado do lado oposto; chama-se assim ao desvio espasmódico da comissura labial. Segundo Loureiro (1917), Charcot diferenciava as manifestações de paralisias em diferentes partes do corpo, de forma que enquanto nos indivíduos histéricos hipnotizados era fácil sugerir a paralisia de uma parte de um membro ou mesmo de um membro completo, era impossível sugerir-lhe a paralisia facial, no entanto não era raro ver-se produzir por sugestão um espasmo glosso-labiado semelhante em tudo ao que se observa em algumas paralisias histéricas.

Na maior parte da manifestação de sintomas relatados por Charcot os diversos ataques nervosos, caracterizados como surtos de EM, crises inflamatórias na pele, intestino etc., “parecem consistir exclusivamente em fenômenos motores” (viscerais) “e nos quais a fase de *attitudes passionnelles* se acha ausente.” (Freud, 1892 / 1996 , p. 49). Tais manifestações surgem sempre que a personalidade está esgotada ou incapacitada, condição frequente nos doentes de Charcot.

A condição de esgotamento psíquico no caso de ocorrências que não chegaram a se tornar lembranças alcança um *status* de traumas cumulativos que corroboram a eclosão de crises tanto de EM como de histeria. A hipótese da tela do sonho como superfície de

proteção às ameaças de dentro se aproximam da analogia da membrana protetora da vesícula viva de Freud (1920/1996) contra o excesso de excitação, traumatismos. Assim, uma tela frágil para o sonho e uma membrana fragilizada das vesículas (células) acaba por receber os excessos de excitação na forma de lesões no corpo. No tratamento psicanalítico, aposta-se que a criação de histórias possam ligar os afetos de carga traumática e concorram para atenuar as crises inflamatórias que irrompem no corpo do doente.

Seja pela EM ou pela histeria, é como se, o sujeito inicialmente “apaixonado” por sua doença, no sentido de que a fronteira entre seu Eu e objeto (sua própria condição de doente do *Salpêtrière*) ameaçasse desaparecer. Segundo Freud (1920/1996, p. 17): “Algo que pode ser temporariamente abolido por uma função fisiológica também poderá ser transtornado por processos mórbidos”. De forma que a experiência de uma doença problematiza os limites do Eu ante o mundo externo, remetendo à ideia de regressão, ilustrada pelo momento em que o bebê lactante ainda não separava seu Eu do mundo exterior e das sensações que lhe sobrevêm. Essa experiência regressiva parece se intensificar quando EM e histeria aparecem juntas, como no caso emblemático de Maurice Girard.

O conceito de regressão aparece como uma complacência, na medida em que a expressão “complacência somática” pretende explicar não mais apenas a escolha de determinado órgão do corpo, mas a escolha do próprio corpo como meio de expressão. Assim, tem-se em consideração as vicissitudes do investimento narcísico do próprio corpo, que retorna àquilo que ficou registrado nele.

A partir do entendimento da regressão como uma complacência, Chabert (2017) afirma no *Programme de la Journée Scientifique “Splendeurs et misères de la régression”* como a regressão impregna o inconsciente e o irradia, constituindo um motor potente do

funcionamento psíquico. Ela pode referir-se tanto aos esplendores do retorno ao primitivo em seus fragmentos de idealização, do narcisismo e de toda-potência dos começos, ou ainda às misérias da impotência, do abandono ou da perseguição na medida em que ela conduz aos porões da psique. Quotidianamente a regressão se apresenta na simplicidade da vida, mas também inquietante e enigmática nos derivados das doenças graves, e atrativa e perigosa nos tratamentos psíquicos onde reina a transferência, suas ameaças e suas esperanças.

A par dos avanços da medicina que contribuíram para o diagnóstico de esclerose múltipla de Charcot para os dias atuais, interessa-nos partir do princípio de que não é o mal-estar do adoecimento por esclerose múltipla que mudou, mas sim a atualização desse mal-estar (Assoun, 2017 em comunicação verbal na conferência *Nouvelles Perspectives em Psychanalyse*). Poderíamos dizer, de forma geral, que a doença crônica remete à castração com maior frequência. E o analista é convocado a ser o testemunho arcaico para o sujeito se desembaraçar de seus trajetos repetidos, revelados em sintomas.

Para além da complexidade que este cenário apresenta na vida íntima de cada doente acometido pela EM e/ou pela histeria, nota-se que seu corpo se torna fonte e objeto de satisfação pulsional, considerando o caráter intersubjetivo do trauma. Com base em Freud (1915/2010, p.81) a polaridade real “Eu-mundo exterior” governa o que se passa no corpo do sujeito.

Freud (1937/1996) não descobriu nenhuma razão especial para a “lealdade catexial” (p. 258) que algumas pessoas apresentavam quando não podiam decidir-se desligar catexias libidinais de um determinado objeto e deslocá-la para outro. Nessas pessoas que possuem uma especial “adesividade da libido” os processos que o tratamento colocava em movimento eram muito mais lentos do que em outras. Esse questionamento insere-se no

contexto onde Freud coloca a questão de saber se toda alteração do Eu é adquirida durante as lutas defensivas dos primeiros anos.

Para discussão das características distintivas, originais e inatas do Eu, recorreremos a Bion (1897 /1988) para quem todas as teorias psicanalíticas se destinam ao uso prático. Em sua teoria sobre o processo de pensar, ele restringe o termo “pensamento” – concepções, concepções, pensamentos e conceitos, qual seja, à união de uma preconcepção (a expectativa do bebê de um seio, que corresponderia a uma disposição inata) com uma frustração (uma “realização” de um não-seio disponível para satisfação). Essa união da expectativa com a frustração é vivida como um não-seio, ou seio “ausente”, dentro dele.

Assim, se a capacidade de o bebê tolerar a frustração for suficiente, o não-seio se transforma em um pensamento, e desenvolve-se um aparelho para pensá-lo. Esse processo de pensar coincide conforme Bion (1897 / 1988) com o início do estado em que a predominância do princípio de realidade é sincrônica com o desenvolvimento da capacidade de pensar, descrito por Freud em *Dois princípios do funcionamento mental*. Para ele (Bion, 1897 / 1988, p. 103) “a capacidade de tolerar frustração, portanto, possibilita que o psiquismo desenvolva o pensamento como um meio através do qual a frustração que for tolerada se tornará mais tolerável”.

A incapacidade de tolerar frustração faz como que a balança se incline no sentido da fuga à frustração. E assim, Bion denuncia a fuga ao pensamento recorrente nos adoecimentos psicossomáticos, visto que essa forma de funcionamento resulta em um afastamento significativo dos fatos que Freud descreve como típicos do pensamento na fase de predominância do princípio de realidade.

O que ocorre, segundo a teoria de Bion (1967/1988), é a transformação do que deveria ser um pensamento em um objeto mau, indistinguível de uma coisa-em-si, e que se

presta apenas à evacuação, o que nos faz pensar na disúria e incontinência de Maurice Girard para defecar. Em consequência, o desenvolvimento de um aparelho para pensar fica perturbado de forma que todos os pensamentos fiquem indistinguíveis de objetos internos maus. E ele trabalha não como um aparelho para pensar os pensamentos, mas um aparelho para livrar a psique do acúmulo de objetos internos maus.

Os mecanismos possíveis de defesa são sempre os mesmos a serem utilizados. Esta lealdade na seleção de um modo de funcionamento ou o apego à doença e ao sofrimento parece indicar que o Eu está dotado, desde o início, com disposições e tendências individuais (Freud, 1937/1996) “embora seja verdade que não podemos especificar sua natureza ou o que as determina” (p. 257).

Finalmente, podemos aventar que os registros feitos por Charcot, especialmente no caso de Maurice Girard apresentado no capítulo 1, fornece elementos para discutir a existência de relação entre mecanismo mental e anatomia. Sendo que, nas palavras de Freud (1905/1996, p.179) “a pesquisa nos tem fornecido provas irrefutáveis de que a atividade mental está vinculada à função do cérebro como a nenhum outro órgão.”

Essa vinculação dos eventos psíquicos com eventos fisiológicos do sistema nervoso”, rejeita uma ligação causal para Freud (1915/1996, p. 214). O que acontece é que “o psíquico é um processo paralelo ao fisiológico”, pois os eventos fisiológicos não cessam tão logo se iniciam os psíquicos. As modificações fisiológicas das fibras nervosas que acompanha a excitação sensorial acontecem sempre que o mesmo estado do córtex é novamente provocado, ocasião em que o aspecto psíquico passa outra vez a existir como uma imagem mnêmica.

CAPÍTULO III – SINGULARIDADE E UNIVERSALIDADE DO SINTOMA

Com base em Rocha (2012), considera-se que o que especifica o sujeito é o sintoma. Nos doentes de Charcot a doença parece explodir depois de, originariamente, passar por um processo de implosão em que o esfacelamento de barreiras imunológicas transbordou sua capacidade normativa em determinado momento. A intensidade pulsional comum nos doentes, corrobora com a ideia de um sujeito “politicamente correto” foi marcado por uma educação que “transforma o desagradável em incorreto” (Freud, 1908).

Neste capítulo será apresentado fragmentos de casos atendidos por Charcot que apresentam fragmentos de histórias das quais podemos deduzir que o desencadeamento dos sintomas de esclerose múltipla mantém ligação com as vivências singulares de angústia, desgostos e repressão dos doentes.

No caso de Marie Elizabeth Luc a impossibilidade de andar parecia sustentar como todo o seu corpo-psiquismo se apresentava, na singularidade da manifestação de seus sintomas:

Sentada em uma poltrona ela mantém a cabeça franzindo a testa; suas respostas são claras e nítidas, sua memória intacta; nenhum sentido experimentou alteração. Mas a articulação de falas se tornaram muito difíceis depois de dois meses, de maneira que nós temos dificuldade para compreender.

A senhora Luc chamou atenção de Charcot em relação à manifestação dos tremores comuns à esclerose múltipla, mas ao mesmo tempo muito particular na forma em que eles aparecem, considerando que se tratava de uma corredora:

Se a cabeça está apoiada, as mãos suportam; nenhum tremor é visível, mas a partir do momento, que ela pode pegar alguma coisa, no momento em que nós a fazemos

falar, durante alguns instantes as oscilações rítmicas no braço e na cabeça começam a manifestar. Um fenômeno bem curioso nesta doença é ainda o impulso que ela experimenta de pender seu tronco para frente, estica as mãos à frente como se fosse pegar alguma coisa, indubitavelmente traços da antiga propulsão de correr.

O curioso fenômeno expresso pela senhora Luc de "pender seu tronco para frente e esticar as mãos à frente como se fosse pegar alguma coisa" só parece fazer sentido quando consideramos sua experiência prévia enquanto corredora. Charcot precisou escutar a particularidade de sua história para caracterizar o sintoma apresentado por esta mulher. A leitura de Lebrun (2004, p. 166) nos leva a pensar que sintomas como este promovem uma satisfação pulsional arcaica, o que equivale a preconizar um retorno a imediatez, ao "direto", às palavras-ato, a rejeitar a representação.

As considerações de Assoun (2013a) acerca da impotência psíquica nos auxilia a pensar esse fenômeno à luz da psicanálise quando descreve uma "recusa pelos órgãos executivos da sexualidade da realização do ato sexual" o que ocorre simultaneamente a "uma forte inclinação psíquica à realização desse ato". Para Assoun essa discordância - entre uma apetência psíquica intensa, uma vontade de atividade de uma parte, uma falha prática sentida como uma passivação dolorosa de outro lado - pode se descrever, do ponto de vista do vivido, pela "percepção de uma contravontade, que perturba a intenção consciente" (Assoun, 2013a, p. 33).

A par do diagnóstico de esclerose múltipla da senhora Luc, há uma hipótese de impotência seletiva que ocorre em sua movimentação pronunciada pelo histórico de sua vivência enquanto corredora. Segundo Assoun (2013a) os órgãos que se revelam não executivos diante certos objetos ou ocasiões podem mostrar-se executivos diante outros objetos ou ocasiões propostas, recuperando uma operacionalidade inesperada.

3.1 Reconhecimento dos terrenos do Eu

Ao descrever o quadro clínico de Dora, Freud alerta para como se deve proceder, considerando a natureza das coisas que compõem o material da psicanálise:

compete-nos o dever, em nossos casos clínicos, de prestar tanta atenção às circunstâncias puramente humanas e sociais dos enfermos quanto aos dados somáticos e aos sintomas patológicos. Acima de tudo, nosso interesse dirigirá para as circunstâncias familiares do paciente – e isso, como se verá mais adiante, não apenas com o objetivo de investigar a hereditariedade, mas também em função de outros vínculos (Freud, 1905 [1901]/ 1996, p. 29).

É considerando este dever do psicanalista, que Charcot na cronologia pregressa à psicanálise parece tentar descrever os casos de seus pacientes e observar os casos atendidos por seus colegas. Em seus registros, Charcot faz emergir circunstâncias que delimitavam o contexto social e humano em que os dados somáticos e patológicos emergiam no corpo dos doentes.

3.2 Circunstâncias humanas e sociais

Joséphine Célestine Vauthier “dormia em um lugar úmido em Rouen, durante uma dezena de anos”. Embora Hortense Déphine Baudoin sempre fora bem alimentada, “ela viveu por 2 anos em uma casa úmida”. No caso de Anne Pierrette Rougeau, a própria doente alimentava a crença de que a paralisia quase completa em que se encontrava era atribuída aos resfriamentos aos quais ela tinha sido exposta na América em uma casa de madeira, mal fechada.

Independentemente da pertinência desta informação para a investigação das condições de saúde de Vauthier, a casa "mal fechada" e a localização das moradias de outros doentes anotadas por Charcot, permitiam mais que inferir fatores de risco para o adoecimento orgânico, mas também permitem uma leitura das precárias condições de vida dos doentes.

No caso de Zima Adelaïde Vinchon, a doente que morava em 1856 longe dos pais, estava "mal" no endereço de sua moradia: *rue des Egoûts, n ° 6*. A conhecida "rua do esgoto" era atravessada por um esgoto à céu aberto escavado na cidade em 1578. Essa rua do sexto distrito de Paris deixou de existir depois de 1860 para estender a rua Rennes.

Fica evidente no relato de Charcot, descrevendo o caso de Antoineth Émile Carpentier (1868) o quanto ele presta atenção às circunstâncias humanas e sociais dos enfermos quanto aos dados somáticos e sintomas patológicos e ao sofrimento gerado por essas circunstâncias, mais tarde também valorizados por Freud:

Ela não bebeu a não ser água durante os primeiros anos que ela ficou na hospedagem de Madame de Vaugiraud: insônia, dores de cabeça, algumas dores no ombro esquerdo, sem histeria, menstruação sempre bem regulada.

Má alimentação em estadia em um alojamento... úmido na casa da Madame de Vaugiraud. Veio para Paris aos 17 anos. Na sua chegada, ela teria vivido em um quarto úmido, voltado para o norte (5º andar). Os papeis da parede estavam úmidos, molhados. Ela ficou 7 anos no mesmo lugar (24 anos). Indo para o campo a cada verão. Desnutrida casou-se aos 26 anos de idade. Deixando a estadia na casa de Madame Vaugiraud, ela foi para a casa da irmã algumas vezes, onde ficou por seis semanas. De lá ela foi trabalhar como camareira em outro lugar: bem alojada, bem alimentada, saudável. Ela se casou, e ficou neste

lugar, com a idade de 26 anos (1859). Ela trabalhava [?] com costura. Depois ela morou na Rua de *Fossés St. Jacques*, um entre-sol úmido, estreito e obscuro, onde ela fica grande parte do dia. Seis meses depois de estar nesse local *ela começou a sofrer*. Dormia no chão. Então apareceram dores de cabeça e tonturas: sensação de uma barra de madeira que dava medo de cair; sem hemiopia. Suas tonturas eram acompanhadas de uma dor no nível das têmporas; elas voltavam quase diariamente.

Viver de uma forma que literalmente dava dor de cabeça se somava ao fato de que a senhora Carpentier tinha o diagnóstico de esclerose cérebro-espinhal com seus respectivos sintomas. Embora com o mesmo diagnóstico, Pascurot e Blondeau não tinham vertigens. Joséphine Doisy tivera vertigens apenas no começo, e Joséphine Leruth tinha apenas algumas tonturas e vertigens. Ao passo que Joséphine Célestine Vauthier tinha tonturas vertiginosas muito frequentes. Para Marie Héloïse Roussel as violentas e frequentes vertigens pareciam consequências do “medo de homens”.

Observando repetidamente os dossiês de Charcot, é notável a presença dos registros referentes às irregularidades na menstruação de algumas das doentes. Alexandrine Anne Causse, Antoineth Émile Carpentier e Joséphine Leruth tiveram supressão da menstruação coincidente à sua entrada no hospital. Marie Joséphine Comon e Marie Joséphine Broisat tiveram a menstruação suprimida durante algum tempo após queda em uma cave. Mais tarde, com a progressão da doença Alexandrine mostra que ela passa a ter uma menstruação irregular. Em Marie Elizabeth Luc a menstruação parou inexplicavelmente por um período de seis meses, “mas ficaram depois desta época até hoje perfeitamente regulares embora pouco abundantes”. E Rosalie Leclan cujas “regras não voltaram desde 9 de junho”, sem maiores explicações.

Para Dorette Eike a menstruação cessou de aparecer após os ataques cardiálgicos e a doença piorou. Em 18 de janeiro de Hortense Délyphine Baudoin viveu momentos de pressão e dores, ocasião em que a menstruação reapareceu. Em 20 de janeiro a dor mencionada reapareceu e então a menstruação foi suprimida.

Charcot parecia atento à potência das dores para desencadear ou cessar a menstruação. Já madame xxx “menstruou normalmente até 1856, ano em que começou a doença atual”. Segundo anotação de Charcot ela “não tinha jamais sofrido até o momento da menstruação, e nessa época ela ficou incomodada durante muitos anos”. E também há o curioso caso de Louise Ancel que “depois da idade de 45 anos suas regras ficaram mais abundantes e ainda que elas venham com regularidade elas continuam de 6 dias no lugar de 2 dias como antes”.

Assoun (2013) considera o turbilhão de vertigens, assim como as intensificações de enxaquecas, o destino físico da dor, fricção, frio, calor, e até mesmo a experiência periódica da menstruação, como excitações submetidas a uma somatização, como uma “neurose de angústia com um processo orgânico de base”. Sintomas como estes e outros relatados nos doentes de Charcot mostram a caracterização de uma angústia reacional. O que se opera então é uma desconexão do “complexo somático” e do “grupo psíquico”. É de se pensar como uma espécie de autonomização da “excitação sexual somática” que contrasta com “a excitação sexual psíquica” própria da histeria.

Hortense Délyphine Baudoin (1882) não teve seu diagnóstico declarado, porém recebeu as seguintes anotações de Charcot que se referiam à vida e morte de pessoas da família: “casou aos 23 anos, teve 3 filhos e abortos espontâneos. Os dois primeiros mortos. O primeiro morreu com um ano”.

Na sequência destas informações Charcot empreende a tarefa de relatar o desastre da morte de um dos filhos de Baudoin e da situação em que se deu seu aborto:

“sua mãe teve uma queda, a cabeça da criança bateu no ângulo de uma parede. Ela estava grávida de cinco meses. A criança (mais velha) morreu 4 ou 5 dias após o nascimento”. O filho de quatro anos e meio teria tido convulsões por volta dos 18 meses. E assim como a mãe, o filho ficou coberto de crostas (doença do couro cabeludo) e com doença nos olhos. Neste caso o apartamento da doente torna-se um lugar coincidente onde ela teria começado a ficar doente.

Rosalie Leclan e Louise Ancel também possuíam histórias de crianças que morreram e sintomas relacionados às experiências da gravidez e parto. Sobre Rosalie Leclan, Charcot escreve:

Ela é casada. Sem aborto. Duas crianças morreram, um com 13 dias de atrepsia e outro com 2 anos de tuberculose pulmonar. Há 5 anos. Três meses depois dos últimos partos que foram fáceis, ela contraiu uma febre tifóide de intensidade média sem acidentes nervosos bem marcados. Durante a convalescência (um mês depois do começo da febre tifóide) ela percebeu que sua perna esquerda tremia.

Louise Ancel, que casou-se com 20 anos, teve uma filha com 21 anos que perdeu devido a meningite quando estava com cinco anos de idade. Segundo Charcot, “nessa época não tinha nada nas mãos”, expressão que nos remete justamente à perda de sua filha. No entanto, é só depois que Louise Ancel apresentará tremores no braço direito. Embora o tremor fosse muito forte, “a doente podia sempre escrever ainda que de uma forma legível”.

Este tremor, segundo Charcot, era suscetível de muito grandes variações e podia ser muito forte um dia e muito fraco no dia seguinte. Os tremores eram caracterizados

por Charcot da seguinte maneira quando se ocupava dos membros acometidos: “A tremulação inicialmente pequena dura mais e mais enquanto o experimento é prolongado”. No caso de Marie Louise Victoire André, seus tremores começaram repentinamente do lado direito quando ela foi informada que seu marido estava gravemente ferido.

O frustrado, ou a descarga das tensões vivenciadas, enquanto caracterização mais material das frustrações, é descrita por Assoun (2013) como uma energia que está fadada a se afastar do psíquico, a não se "psiquicizar". Com a neurose de angústia, se produz uma desconexão entre a excitação e sua expressão psíquica.

3.2.1 O trabalho e as ocupações em meio ao adoecimento

O trabalho e demais ocupações são mediações que perpassam a história de adoecimento desde muito cedo quando os jovens saíam de casa.

3.2.1.1 O caso de James Lévy

James Lévy era um jovem suíço de 29 anos cuja profissão era contador. Ele se apresentou no Salpêtrière pela primeira vez em primeiro de novembro de 1888 e a segunda vez em dezembro do mesmo ano. No campo “temperamento” do dossiê, Charcot insere a seguinte informação: “originário de Genebra”. Ao investigar os “antecedentes hereditários”, termo quase sempre abreviado com as letras A.H. em seus registros, Charcot inicia este dossiê escrevendo que o avô, o pai e o tio do paciente eram

judeus⁴⁷. A mãe era nervosa, mas não tinha crises. No lado maternal não havia antecedentes semitas.

A circunstância social que envolve a questão da origem da família do paciente certamente era de interesse de Charcot, assim como o nome de família. O nome dos pacientes de Charcot era referido na maioria das vezes escrevendo o sobrenome de família com letras maiúsculas, seguida dos demais nomes com letras normais. O sobrenome Lévy é especificamente judaico na natureza: é derivado de ancestrais tribais que foram gravadas pelo povo judeu e reconhecido em sinagoga com várias distinções⁴⁸.

Charcot (1885) já nesta época apresentava a questão da hereditariedade de forma semelhante à que Freud irá apresentar no caso Dora. Ou seja, considerava a hereditariedade mas não a partir de um ponto de vista que a considerasse como única etiologia da histeria, nem como uma hereditariedade puramente biológica, aproximando-se de uma ideia de “constituição” (Freud, 1905 [1901]/ 1996, p. 31).

No caso de Lévy, a carga patológica hereditária, revelada por Charcot, está para além das “crises nervosas” e temperamento que a família de James Lévy poderia apresentar. Charcot está mais interessado neste caso pela herança cultural, da origem semita. Os semitas, segundo a Bíblia, são os descendentes de “Sem”, filho mais velho de Noé – grupo étnico e linguístico que compreende os hebreus, que significa “povo do outro lado do rio”, foram os primeiros povos a professar uma religião monoteísta, cultuando um único Deus. Lebrun (2004, p. 48) nota que, em nossa civilização, “a representatividade garantida pelo Pai pode ser atribuída à influência do monoteísmo”.

⁴⁷ Interessante notar que em 1912, Freud considera que poder-se-ia ousar encarar a própria constituição (fatores inatos) como um precipitado efeitos acidentais produzidos na cadeia infindavelmente longa de nossos ancestrais. (Freud, 1912/1996, p. 111).

⁴⁸ Acesso em https://www.coisasjudaicas.com/2010/04/nomes-judaicos_29.html. Acesso em 04/09/2018.

A partir do período românico (século VIII a.C.) o etnônimo “hebreu” passou a ser utilizado para se referir aos judeus. Por toda história judaica (há mais de 2000 a.C.), os judeus foram repetidamente direta ou indiretamente expulsos de suas terras natais originais ou das áreas onde estavam residindo.

Foram difamados como grupo inferior, sendo que os antissemitas negam que eles sejam parte das nações em que residem. O termo antissemitismo, embora tenha sido criado na Alemanha no final do século XIX, já se faz presente na história da humanidade. Ele aparece como estrutura latente persistente de crenças hostis em relação aos judeus enquanto um coletivo marcado por acontecimentos históricos de massacres, perseguições, expulsões e diversos outros tipos de violência que se seguiram com o Holocausto e conflitos contemporâneos.

Na sequência dos A. H., Charcot começa a descrever os antecedentes pessoais (A.P.) informando que James Lévy havia urinado em sua cama até os cinco, seis anos. Idade em que caiu no Rhône⁴⁹ em Genebra. Embora ele tenha sido retirado de lá imediatamente, após deste acidente, ele ficou duas horas rindo muito sem poder parar.

Com 15 anos James Levy teve uma febre tifóide e com 16 anos abandonou furtivamente a casa de seus pais. Fez viagens para a América do Sul até os 20 anos. Durante sua estadia na República da Argentina⁵⁰ ele teve dois ou três acessos de febre. Com 20 anos ele voltou à França *bien portant* e foi empregado em um banco durante seis ou sete meses. Depois disso, as “vontades de viajar” o retomam (poder do desejo inconsciente) e ele se engaja na Legião Estrangeira⁵¹. Nota-se que há um desejo

⁴⁹Rio que nasce na Suíça e termina na França, com uma extensão de 821 km.

⁵⁰Argentina situa-se à aproximadamente 11670 quilômetros de Paris.

⁵¹A Legião Estrangeira é um destacamento militar de grande desempenho criado por um país e formado por voluntários estrangeiros. Uma vez que os seus membros estão permanentemente em serviço, não seguem a mesma estrutura de um regimento padrão. Normalmente, a expressão “Legião Estrangeira” é usada em alusão à Legião Estrangeira Francesa que é uma unidade militar da França criada no século XIX (1831) por Luís

poderoso de viajar. Esses lugares para onde vai parecem representar um lugar onde James não muda de posição, onde seu deslocamento é atuado, numa procura de um espaço desconhecido, uma vez que seu espaço psíquico indica estar absorvido pelo “sequestro do objeto fantasma” como diria Green (1988, p. 163) ao se referir à mobilidade dos limites espaciais, tal como a errância ou realização de viagens, como defesa contra a dor psíquica.

Nos cinco anos que estive no sul oranês⁵², aos 25 anos, acampava frequentemente. No penúltimo ano de serviço militar teve várias repetições de febres intermitentes. No final de 1885 James parece ter tido seus últimos acessos, na sequência começou a ver duplo (diplopia) que persistiu por dois anos. No fim de agosto deste ano começou a ter rigidez e fraqueza das pernas, o que afetou sua marcha.

James Lévy retornou à França quando foi liberado do serviço em 1886, com 26 anos, ainda com diplopia e marcha alterada. A fraqueza era mais presente na perna esquerda, que já esteve bem pior, segundo Charcot. Em janeiro de 1889 a fala se tornou embaraçada, “o doente remarcou que ele não podia mais tocar piano. Quando ele queria fazer os acordes, ele tinha sempre um ou dois dedos que ficavam atrasados em relação aos outros.” Estes eram os sintomas apresentados por James Lévy quando entrou no *Salpêtrière*.

Este caso marcado pelos eventos de abandono da casa dos pais, vontades imponentes de viajar, milhares de quilômetros percorridos para diferentes continentes, distantes geograficamente e longe da família coincide com uma escrita sem desfecho do

Filipi I de França, cuja sede fica na cidade de Aubagne (aproximadamente 800 quilômetros de Paris). Atualmente é a mais famosa e única legião estrangeira cuja tropa de elite está em operação no mundo.

⁵²Orão há mais de 2200 quilômetros de distância de Paris, uma das maiores cidades da Algéria Francesa, na época era território francês além mar.

caso que Charcot termina descrevendo os sintomas do “estado atual”, e não deu mais sinais de acompanhar o caso deste paciente, que provavelmente, abandonou seu tratamento:

Estado atual: Marcha espasmódica e titubeante. Sem tremores em repouso. Quando o doente anda a cabeça oscila no sentido flexão – extensão mas de vez em quando – não constantemente o tremor intencional bem leve (...) Nistagmo bem acusado. A fala é sempre lenta e às vezes escandida. Hemiespasma glossolabial do lado direito (...) A língua está desviada mas moderadamente para a esquerda. Parece existir um certo grau de paresia do facial inferior do lado esquerdo. (...) Paraplegia espasmódica (contratura – exageração dos reflexos). A perna direita é muito mais contraída que a esquerda. (...) Dores na cintura. Formigamentos nos membros. Nada de mais.⁵³

Em nota posterior, Charcot realçou dentre alguns pontos que Lévy era semita de origem “convertido, não sabemos porquê”. Outros pontos marcados parece ter chamado atenção de Charcot o fato de Lévy urinar na cama até os seis anos aproximadamente; o estranho rir de duas horas após queda no Rhône; a necessidade de viajar despontada aos 16 anos no jovem que continua partindo em viagem, seja para América do Sul ou para o norte da África (território francês na época) e seus acessos de febre intermitentes, somadas ao problema com a marcha e diplopia.

Os antecedentes hereditários e pessoais deste paciente aparecem neste caso com

⁵³Tradução da autora.

maior frequência que em outros casos mais antigos, no entanto, são os sintomas somáticos que ainda possuem o lugar privilegiado nos registros de Charcot. De toda forma, os apontamentos charcotianos acerca da queda do paciente no rio Rhône questionam nas entrelinhas o desencadeamento de uma histeria traumática, mais tarde diferenciada por Breuer e Charcot (1895) de uma histeria comum, não traumática. Charcot estava, como diria Freud (1906[1905]/1996) seguindo “o rastro dos traumas psíquicos” (p. 259), investigando as vivências pertencentes ao enfermo e as repercussões delas na irrupção da doença. Semelhante a este caso, Charcot descreve fragmentos da história do doente Sioen.

3.2.1.2 O caso de Sioen

O caso de Sioen é outro caso registrado por Charcot que também atravessa a temática da fuga, do desejo de viajar, descrito em folhas em branco sem a tipografia com campos pré-definidos de preenchimento impressos utilizados com frequência por Charcot. No decorrer do texto sabemos que este paciente foi avaliado por Charcot em 25 de fevereiro de 1888.

Não se sabe o nome completo deste jovem de 24 anos, diagnosticado com esclerose múltipla, que foi referido apenas por seu sobrenome. Suas origens genealógicas⁵⁴ provavelmente de famílias do norte da França e Bélgica não foi assunto ao qual Charcot se ocupou em registrar desta vez.

Os breves escritos de Charcot sobre os antecedentes hereditários de Sioen remetem à sua “mãe um pouco viva, mas não histérica” e ao seu pai saudável, não

⁵⁴ Consultadas em <https://pt.geneanet.org/fonds/individus/?go=1&nom=SIOEN+SION>

tendo, portanto “pais alienados”. Os antecedentes pessoais de Sioen foram registrados na forma de uma historieta:

com 14 anos, estando no colégio da Argélia, fugiu para Marselha⁵⁵. Seu pai furioso o embarca como espuma (?) a bordo de um três mastros americano que viaja Inglaterra – Nova Iorque – e retorna à Argélia. Seu pai o recebe friamente e o enviara à escola agrícola no departamento de Isère⁵⁶ quando tinha 16 anos. Algum tempo depois disso, ele entra na Escola de Agricultura de Montpellier⁵⁷, de onde sai diplomado.

A partir deste momento ele é “retomado pelo desejo de viajar”. Ele volta para Nova Iorque. Lá ele se torna miserável – faltava tudo. Foi obrigado a “figurar” em um teatro para conseguir pão (apontamos a coincidência da necessidade de atuar uma história como trabalho a ser realizado presente no caso de outra paciente de Charcot). Parte para o Panamá – lá durante sua estadia que dura oito meses ele teve numerosos acessos de febre intermitente.

De volta para França, ele ainda teve acessos de febre à bordo do barco. Em sua chegada na França ele tinha 20 anos; quando terminou seus acessos de febre intermitente *ele apresentou os primeiros sintomas de sua afecção atual*.

A “apreensão ansiosa” é um termo utilizado por Assoun (2013) para dizer do modo de emprego cotidiano da excitação na “neurose atual”. O frustrado espera o pior assistindo uma espécie de ganância mórbida as possibilidades de eclosão de todas as catástrofes possíveis; ele vê sem parar o drama à sua porta. Segundo Assoun é a espera

⁵⁵ São 1728 quilômetro a travessia do continente africano (Argélia) para a costa marítima francesa do Mediterrâneo (Marselha).

⁵⁶ Situado no sul da França, quase dois mil quilômetros distante da Argélia.

⁵⁷ Aproximadamente 340 quilômetros de distância de Isère.

da catástrofe que mantém o sujeito em um estado febril de excitação, permitindo-o de utilizá-lo.

De tempos em tempos Sioen tinha vertigens, sua vista tremia, via os objetos girar, e era obrigado a se segurar para não cair, mas nunca perdeu a consciência. As vertigens não deixavam sequelas. Ele já tinha um pouco de tremor que não aparecia a não ser na ocasião de emoções ou sob a influência do frio.

Depois de dois meses as vertigens se acalmaram. Ele “entra em desgostos”. Durante os exercícios à pé – o reprovavam de não andar direito, de fazer ziguezagues. Charcot anota “Excesso de mulheres – de tabaco – de café”, fazendo referência às características de excessividade presentes em Sioen.

Ao sugerir a instabilidade da vida sentimental e sexual também presentes em Sioen, Charcot fornece material para a afirmação de Chabert (2016) de que os dois grandes domínios de expressão – do corpo e do comportamento – estão fortemente associados.

Sioen passa uma segunda temporada na Algéria, onde então passa a ter uma marcha claramente titubeante. Entrada no hospital de Oran apresentou vertigens, titubeação e rigidez nas pernas. Fora enviado ao hospital militar de Bordeaux três meses depois (novembro de 1887). Em 25 de dezembro teve problemas na visão e via como através de um nevoeiro.

Em 27 de janeiro saiu do hospital militar reformado com as pernas rígidas de tal forma que não podia andar senão apoiado por uma ajuda. Em 25 de fevereiro de 1888, o estado do doente foi resumido por Charcot da maneira seguinte:

Mobilidade – marcha titubeante e espasmódica

Cãibras.

Reflexos da patela exagerados – trepidação

Tremor intencional clássico (prova do copo d'água).

Nistagmo bem nítido.

Sensibilidade – nenhum problema da sensibilidade geral.

Vista com problema – não tem diplopia – não possui sinais pupilares.

Os outros órgãos do sentido estão ilesos.

Esfíncteres – falsas necessidades – pressionando frequente – micção difícil

Ereção rara – inutilizáveis

Falas – um pouco lenta

Riso fácil – tem explosões de riso por causa de nada sem poder se conter.

As próximas páginas do dossiê formam o registro feito por Sioen, escrito em fevereiro de 1888:

Estado atual – Rigidez nas pernas de manhã. Ao levantar o ofuscamento volta (?) talvez eu não me canse de maneira que não volte...(?) Em todo caso, ele se alonga. A câibra não aparece mais. À noite quando estou cansado (...) A perna esquerda obedece menos vontade.

Memória – eu procuro uma palavra há bastante tempo mas não a encontro. Eu nunca tive uma memória prodigiosa [12]. Acredito que talvez que não é a doença que me faça ver os objetos ampliados. Eu insisto na constipação.

Carne refinada e ovos. Sem farináceos.

Como remédios (...) ordena – 0,50 e codificação de Potássio à noite e 3 ou 4 tigelas de extrato de quinino a 0.5 – voilà (?) algum tratamento interno - tratamento externos.

(...) Visão – quando eu ando eu vejo menos claro que ao repouso.

Aparelho genito-urinário

Poderia dizer que as urinas estão bem legais no papel de girassol⁵⁸

Quando eu me inclino eu cairei inevitavelmente se eu não me segurar

A “memória enfraquecida”, termo usado por Charcot em outros casos para caracterizar o estado de seus pacientes com esclerose múltipla retoma a questão do esquecimento enquanto complicações possíveis da doença, e por outro, remete à relação de complementaridade feita por Freud (1905[1901], p. 28) entre as amnésias e as ilusões de memória. Segundo Freud, quando há grandes lacunas mnêmicas, são poucas as ilusões de memória. Inversamente, estas podem à primeira vista encobrir completamente a presença de amnésias. Embora Freud não as diferencie claramente, pode-se supor que o julgamento descrito por Sioen a respeito de sua própria memória possa ser discutido com base nas experiências vividas guardadas na memória do doente, registradas por ele mesmo no dossiê de Charcot.

Assim, a incapacidade de encontrar as palavras pode ser considerada a partir do propósito subjacente às amnésias em que se destrói uma ligação, e em que lembranças são cercadas de dúvidas e depois esquecidas ou ainda falsificadas. Embora a história clínica de Sioen seja muito resumida, estes elementos nos levam a pensar no recalçamento em operação, gérmen das elaborações teóricas de Charcot que em 1892 apresentaria um esboço da representação do inconsciente.

Este relato da história clínica de James Levy nos faz lembrar a consideração de Freud de que “não há nenhuma história clínica de neurose sem algum tipo de amnésia”

⁵⁸Material utilizado para examinar as urinas na época.

(Freud, 1904 [1903], p. 238), considerando que as amnésias nestes casos são resultado do recalçamento e cuja motivação é identificada no sentido de desprazer. Para Freud, as forças psíquicas que deram origem a esse recalçamento estariam, segundo ele, na *resistência* que se opõe à restauração das lembranças.

Segundo Assoun (2013) é nessa espera de catástrofes ou malogros que aparece a angústia como fato clínico básico, se formando nesse ponto de doença psíquica consecutiva à uma espécie de afastamento ou isolamento da excitação sexual fisiológica. O que é totalmente diferente da histeria que, pelo efeito do recalçamento, dá um status psíquico à excitação sexual, de toda forma igualmente insatisfeito.

O reconhecimento da diferença da qualidade de insatisfação presente na histeria e na neurose de angústia não impede Assoun (2013) de estabelecer “relações íntimas” entre elas visto que um “pedaço” de neurose de angústia não faltará nas histerias como também em outras “psiconeuroses”.

3.3 Sobre a defesa de fugir

A fuga, segundo Green (1988, p.126), “é uma atitude, se é que pode dizer, “ativamente passiva”. Um modo de defesa que responde às excitações internas, pratica um refluxo utilizando todos os seus recursos “na efetivação de uma tática da terra queimada, até um lugar fortificado onde os dias melhores serão esperados”.

Em setembro de 2017 Eric Baudelaire apresentou o projeto artístico no *Centre Pompidou de Paris* nomeado “*après*”. Nele procurou um princípio de trabalho que admitia que nos sentimos perdidos face ao indizível e que permitia interrogar os eventos que nos inquietam. Em discussão com psicanalistas, filósofa e jurista Baudelaire (2017)

expõe o distúrbio psicológico de Albert Dadas, descrito pelo médico Philippe-Auguste Tissié em seu texto de 1887: “*Les aliénés voyageurs: essai medico-psychologique*”.

Um estudo semelhante é feito em 2002 pelo filósofo Ian Hacking “*Les fous voyageurs*” que ressalta a epidemia de fugas patológicas. Alguns pacientes de Charcot – James Levy e Sioen – “fugitivos” nesse sentido ilustram uma espécie de manifestação comportamental, fortemente associada ao domínio de expressão do corpo. (Chabert, 2016, p. 187).

Os casos acima descritos retratam um diagnóstico próximo à ideia de “fuga patológica”, comum no final do século XIX na Europa em parte ligado a uma mutação social e cultural que participava da democratização do turismo, que possibilitou alargar o horizonte fantasmático dos europeus. Esta espécie de viagens incontroláveis, segundo Dr. Tissié, citado por Baudelaire (2017), seriam menos viagens de descobertas de si que de tentativas de eliminar-se a si mesmo.

O trabalho artístico do alemão Kurt Schwitters (1937) cujas fotografias estão a serviço de construções oníricas, remetem a um exílio interior assim como geográfico. O francês Jean Arp, com seus “*Papiers Déchirés*” (1930) descreve em escala de miniatura, constelações de entidades disjuntivas, flutuantes à maneira de continentes à deriva. Em outro trabalho “*Homme vu par une fleur*” (1958) propõe uma outra imagem da trajetória humana: o artista abandona o antropocentrismo para um devaneio de alteridade absoluta.

Baudelaire (2017) também apresenta uma ação dirigida por Andrei Monastyrsky (1978) denominada “*The Slogan*”, associada ao poema “*Le Voyage*” de Charles Baudelaire apresentado acima, que encerra a busca do poeta em escapar da melancolia,

e ele termina com a morte. O trabalho de Monastyrsky foi feito em Zvenigorod, perto de Moscou, onde suspendeu uma faixa em um clarão de neve anunciando: “Eu me pergunto por quê eu menti para mim mesmo, pensando não ter jamais estado aqui e ignorar todo esse lugar – na realidade, esse lugar é como qualquer outro lugar, somente o sentimento é mais forte, a incompreensão mais profunda”.

E por fim, Francis Alÿs (2010) retrata o itinerário de uma viagem feita entre San Diego (USA) e Tijuana (México) em “*Carte Postale*”, em que o outro lado da fronteira é figurado pelo trajeto mais longo, refutando toda implicação crítica acerca do “deslocamento do corpo do artista”.

Charcot antecipa nestes casos as “condições psíquicas”, depois compiladas por Freud 1905 [1901]/ 1996, p.34) para compor um estado patológico histórico: o trauma psíquico presente na queda de James Levy no rio Rhône, nas relações conflituosas com os pais e a comoção na esfera sexual (“excesso de mulheres”).

Os doentes de esclerose múltipla de Charcot que passaram pelo trabalho no serviço militar tinham uma particularidade de propiciar a manifestação de sintomas atrelados à dificuldade de marcha, doenças cutâneas e ataques de nervos pouco diferenciados dos ataques histéricos. As experiências traumáticas, vividas em ambientes de trabalho também compunham a configuração da instalação da doença, tal como revisado por Charcot no caso do funcionário da Estrada de Ferro, Roger Eugène Jules:

Exercitou uma profissão um pouco penível, mas obrigado a sair ao ar livre; muitas vezes tomou frio, estava sempre molhado. Em 1878 foi machucado por uma locomotiva e foi dois meses após que começaram os primeiros sintomas. O

começo, diz o doente, ocorreu pelos olhos e pelo embaraço da fala. A visão ficou turva, mas não houve nem estrabismo nem diplopia. A fala tornou-se gradualmente lenta e difícil; no começo havia algum tipo de acesso de agravamento com remissões. Então as pernas começaram a enfraquecer; a marcha ficou menos certa, andando o paciente agarrava a parte inferior das pernas.

No caso de Roger Eugène Jules o tremor que de início era leve, aumentou pouco a pouco e seis meses após, o doente foi forçado a interromper seu trabalho. A fraqueza, os tremores convulsivos (dos membros e da fala), as tonturas, as vertigens e os problemas com a visão perfazem sintomas que marcaram prejuízos e impossibilidades em diversas circunstâncias, especialmente no trabalho e ocupações diárias com a família, no caso das mulheres.

Charcot reconhecia que havia um grave excesso de trabalho na vida dessas doentes, ilustrado claramente no caso de Antoineth Émile Carpentier, que precisou trabalhar como faxineira, cuidar do marido doente e ainda alimentar sua criança simultaneamente, durante três meses “ela se cansava, passava noites em claro”. Elas, em sua maioria, trabalhavam como costureiras, camareiras ou atendente de loja.

No caso de Alexandrine Anne Causse seu trabalho manual com os tecidos tornou-se impossível depois do parto de seu filho, coincidente com o embaraço que surge em sua fala. As dificuldades para ler e escrever eram queixas frequentes. Ainda assim a leitura era possível para a doente que fechava um dos olhos para possibilitar a leitura, de alguma forma ainda que tremendo era possível para algumas escrever e trabalhar na agulha e no tricô.

Os sintomas que iam se acentuando geravam incerteza e constrangimento de não

ser mais capaz de realizar trabalhos rotineiros. Ou ainda a emergência de sintomas tais como vertigens, dores fulgurantes e diplopia após eventos traumáticos chegavam ao ponto de tornar a doente incapaz ao trabalho: “Desde a idade de 17 anos, a doente não pode se envolver em nenhum trabalho.” Trabalhar podia ser impossível pela simples sensação de parecer que “sua cabeça está vazia”. (Charcot referindo-se à Marie Joséphine Comon).

Já no caso de Louise Ancel, a escolha de seu trabalho parece ter favorecido sua condição de saúde: “Com 32 anos ela se tornou artista dramática, e não parece nessa profissão ter experimentado cansaços excessivos”.

Após a leitura do texto de Mezan, “Tempo de muda” (1995), é possível melhor compreender a escolha de uma paciente tendo em vista que é preciso “ser artista para não enlouquecer”, ou no mínimo para morrer menos em tempos de amputações reais e simbólicas. Contudo, as criações de artistas renomados não impediram muitas vezes que acabassem se aproximando mais da morte. A capacidade de transformar a emoção em prol da gênese de uma obra de arte remete à formação de sintomas. Segundo Mezan (1995, p. 65):

é preciso que o artista dê forma à sua experiência, e a forma não é uma questão de afetos. É uma questão de cultura, neste termo estando incluído o domínio das técnicas apropriadas a cada meio, a história das obras que nele já se compuseram, o estilo, os debates contemporâneos, o repertório das maneiras de representação comuns a uma época ou a um círculo, e outros elementos mais.

Assim, “a questão de cultura ou o domínio de técnicas apropriadas” está encarnada na estruturação psíquica do sujeito, no que ele consegue ou não representar,

na “escolha” que sua angústia traça de caminho. A possibilidade do humano em dar forma às loucuras da vida depende do que foi erigido em sua história.

Logo, a intensidade afetiva que traz certas experiências irrepresentáveis, que podemos chamar comumente de “loucuras da vida”, pode incitar o funcionamento de desligamento, especialmente para aqueles temas que não estão sujeitos à possibilidade de vincular representações, porque tais experiências não têm explicação plausível, ou história vivida para se derivar criação de estórias.

Semelhante aos pacientes de Charcot, ainda hoje alguns pacientes chegam ao consultório do psicanalista ou ao serviço de atenção psicossocial, buscando alívio de sua dor psíquica – muitas vezes manifesta pela dor física de sintomas de origem incompreensíveis, na forma de falta de ar, tonturas, dores de cabeça, diarreia, vômitos – mostram-se abalados em sua existência pelos (re)cortes infligidos em suas vidas, por exemplo, de uma doença inesperada, de uma cirurgia de emergência, a ameaça de morte e perdas significativas sem motivo aparente. Nestes pacientes, considerando a dimensão do encontro de um litoral corpo-linguagem, a perda “é da ordem da violência de um ato originário, que incide no corpo do sujeito” (Costa, 2006, p. 72).

Tais pacientes que procuram atendimento mais parecem artistas plásticos que trabalham no material denso, concreto, dando marretadas em seu próprio mármore, derretendo seus metais, cerrando sua madeira, arrancando suas massas, lixando suas arestas, destruindo um material que é sua própria extensão, sua própria constituição para construir outro que não sabe o que é, sendo que não tem consciência deste processo. Para alguns assuntos é mais difícil criar um drama, por mais infernal que sejam as emoções vividas, o sujeito que não domina esta técnica, não tem estrutura nem para se inspirar.

É como se fosse mais complexo criar um drama para o sujeito que carece de uma

capacidade para a metáfora, mas sem uma estrutura “técnica” para tanto não se tem arte para suportar as loucuras da vida, sem que se destrua seu próprio material. Uma das fantasias que parece mais assombrar esses pacientes é a de que seus objetos de rejeição ou paixão (sua doença, seus sintomas somáticos e sua angústia - seja em relação a eles ou não) desapareçam, se desmaterializem. Seu fantasma aparece justamente porque deseja negar a morte. Expressão de um ódio inconsciente ao inimigo que se instalou, ou ao mesmo tempo, de amor que passa a existir para conseguir lidar com ele.

Embora as perdas reais ou imaginárias relativas à doença com seus sintomas corporais sejam profundamente dolorosas, desvencilhar-se desse modo de funcionamento requer renunciar o único caminho que soube percorrer. Seria preciso assumir um trajeto desconhecido, que reacende ainda mais o desamparo, de quem não tem pernas para fazer a passagem para uma nova produção. Como não produziu outra forma de expressar suas emoções, como não pôde desenvolver outra estrutura para suportar as loucuras da vida, suas psicossomatoses se mantêm, e sua doença crônica se manifesta no silêncio dos órgãos, sempre capaz de se recidivar, tanto pela “técnica” ou pelo “dom” da complacência somática, como por suas incapacidades em se expressar de outras formas. Para autores como Altoé (2006) e Costa (2006) as reações inflamadas de sujeitos que não souberam contar uma história dramática se acusam diretamente em doenças autoimunes inflamatórias.

Nas histórias dos doentes de Charcot na singularidade de cada caso tem-se em comum o sofrimento vindo da fragilidade do próprio corpo, do mundo externo e da insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos. Todas essas diferentes formas de viver o mal-estar parece algo relativamente fácil de experimentar, pois “somos feitos de modo a poder fruir intensamente só o contraste, muito pouco o estado” (Freud 1930 / 2010, p. 31). Logo, será justamente nas situações de adoecimento em contraste com o bem-estar

da saúde, no “nervoso” e estressado em contraste com o “calmo” e a pacificado em que as intensidades poderão ser fruídas.

Há um “objeto autônomo” (Green, 1988, p. 166) no sujeito adoecido que parece intolerável para o Eu, que o olha alternadamente como parte de si mesmo e como estranho absoluto. Para Freud (1919/2010, p. 363) “o efeito inquietante da epilepsia e da loucura tem a mesma origem”. Os leigos veem nelas a manifestação de forças que não suspeitavam existir no seu próximo, mas que sentem obscuramente mover-se em cantos remotos de sua própria personalidade.

Ao examinar pessoas e coisas, impressões, eventos e situações que despertam a sensação do inquietante, produzido pelo ataque epilético e pelas manifestações de loucura, Freud mostra que se provoca no espectador a suspeita de que “processos automáticos – mecânicos – podem se esconder por trás da imagem habitual que temos do ser vivo.” (Freud, 1919/2010, p. 340).

A força traumática da significação de estar doente é algo que torna-se facilmente assustador e inquietante, devido sua novidade não-familiar. Freud utiliza essa expressão na análise da fobia do pequeno Hans, e notamos que essa espécie de novidade não-familiar comparece nos doentes de Charcot. A força traumática das sensações do adoecimento surge quando os doentes são admitidos no *Salpêtrière*. Lembrando que no contexto do século XIX ser internado para tratamento de saúde no *Salpêtrière* indicava uma grande proximidade com a morte. Essa experiência afetaria ainda mais o estado de saúde e a fragilidade narcisista dos doentes, pois reforçava a perspectiva de mudança em relação ao signo ideal de saúde – além da perspectiva real de morte –, frequentemente um substituto para o medo da castração. O efeito inquietante, segundo Freud (1919/2010), é fácil e frequentemente atingido quando a fronteira entre a fantasia e a realidade é apagada.

A analogia do copo cuja água transbordou serve para explicar o que se passa com os sujeitos que perdem sua capacidade normativa e adoecem repentinamente, por causas estranhas, desconhecidas ou sem causa aparente. Nessa esteira de pensamento, Green (1988) aborda a ideia de sedimentos de acontecimentos traumáticos (do fundo do copo) muito antigos que são reativados, ou melhor dizendo, revividos em situações análogas como símbolos mnêmicos. É dessa forma que Freud reitera sua concepção dos estados afetivos incorporados à vida psíquica, e a partir dessa concepção pode-se compreender a angústia das estruturas narcisistas para falar em como a dor psíquica é de um estado produto de “traumatismos cumulativos” (Masud Khan, *apud* Green, 1988, p. 163).

O ideal do Eu, “herdeiro do narcisismo primário” (Green, 1988, p. 170), conclama um bem-estar para o Eu, pois como afirma Green (1988) “sua ataraxia, sua quietude para realizar suas tarefas ideais, não são mais estados de segurança bem-aventurada, mas imperativos.” O oposto do extremo é também um extremo. Para Green essa necessidade do Eu sentir paz é uma procura vã e, além do mais, perigosa, pois “nada se parece mais com a paz do que a mortificação da esclerose, signo anunciador da morte psíquica” (Green, 1988, p. 170).

Nesse sentido, a experiência propriamente humana tem uma característica estranha e extraordinária de poder tornar-se indiferente, ou até mesmo avessa, às normas do funcionamento vital. Essa dimensão autônoma da subjetividade “transcende à ordem vital da qual ela própria emerge pela intervenção do simbólico, complexifica e amplia as expressões da normatividade vital.” (Bezerra Jr., 2014, p. 119).

Sobre a experiência de poder tornar-se indiferente ou avessa às normas do funcionamento vital, Batistella (2008) apresenta no caso que descreve, a presença do controle sobre a vida que modela as relações com os outros e consigo próprio, com base no

caráter traumático dos acontecimentos da vida de uma paciente que por meses dependia de um respirador na UTI.

Por outro lado, diferente do “abraço com a pulsão de morte”, um dado diagnóstico pode ter o potencial de reabrir feridas narcísicas, ameaçando a ilusão de controle, de “poder sobre a vida”, tal como descrito por Batistella (2008, p. 277), seja de controlar a doença ou de ser controlado por ela, e gera um estado interno de uma experiência traumática contínua, regida por um funcionamento psíquico interno reativo.

No processo de organização do Eu, o estado interno de experiência traumática repetida demanda uma dessexualização da libido, em que o Eu vai se tornando inflexível, duro, esclerosado. Rompe brechas onde já existia cicatrizes, como se reabrisse suas feridas antigas. Essa dessexualização relativa entre o investimento de objeto e o investimento narcisista, embora necessária ao funcionamento do Eu e sua narcização, parece, segundo Green (1988) se converter em desorganização quando o Eu está vulnerável. Green (1988, p. 169) diria que “o Eu rompe, mas não se dobra”. E continua em sua explicação nos ajudando a compreender a caso de James Lévy acerca do abandono furtivo da casa de seus pais, e o enfraquecimento da memória de Sioen e outros doentes de Charcot que parecem não encontrar outra forma de “esquecer” afetos desagradáveis:

Acuado entre duas defesas extremas, o sujeito fica preso entre a angústia de separação que significa a perda do objeto e a angústia de intrusão, o perigo da sua invasão, onde o desejo de fusão será sinônimo de uma vampirização por parte do objeto. Em suma, o objeto é ou perdido, isto é, morto para o sujeito, ou um fantasma, isto é, transformado em vampiro sedento de sangue. Submetida a essas ameaças, a carapaça narcisista por um lado protege o Eu e alimenta a ilusão da

onipotência da libertação do objeto, assegurando-o da autossuficiência ideal e, por outro, deve enfrentar a dupla angústia de separação e de intrusão... No entanto, a tendência a funcionar segundo o modelo do tudo ou nada estará sempre presente. (Green, 1988, p. 171).

Segundo Green (1988) a estrutura do afeto refere-se ao objeto e ao afeto do Eu. E o objeto é, de fato, para o Eu, de certa forma, sempre uma causa de desequilíbrio, em suma, um trauma. (p.151), como se as experiências de dor do sujeito narcisista fossem sempre as de um “Eu-corpo” (Green, 1988, p. 162), onde a psique transforma-se em corpo e o corpo em psique.

Para Freud (1930/2010) a rendição às fontes de sofrimento inevitável (o adoecimento do corpo, por exemplo) não deve produzir um efeito paralisante; pelo contrário deve mostrar à nossa atividade a direção que deve tomar, mesmo porque “nunca dominaremos completamente a natureza, e nosso organismo, ele mesmo parte dessa natureza, será sempre uma construção transitória, limitada em adequação e desempenho”.

Ao se considerar o adoecimento do corpo como parte de uma natureza sempre transitória e limitada em adequação e desempenho, nota-se que o que caracteriza o organismo nesse sentido vincula-se tanto a algo que vem do “interior”, que acontece no corpo do sujeito e também de um “exterior” que vem do contexto das relações em que o sujeito experimenta com uma variedade de objetos. Com vistas a inibir, eliminar ou tornar inofensiva a agressividade, a cultura se vale da introjeção, internalização da mesma. De forma que é “mandada de volta para o lugar de onde veio, ou seja, é dirigida contra o próprio Eu”. (Freud, 1930/2010, p. 92).

Voltando a comparação do corpo com a morada, o mundo externo, os outros, nota-se que a civilização e o próprio corpo se reúnem enquanto fontes de controle do perigoso prazer em agredir que tem o indivíduo. Ao enfraquecê-lo, desarmá-lo e fazer com que seja vigiado por uma instância no seu interior, o adoecimento reflete uma guarnição que se destaca em determinado lugar em uma cidade conquistada.

O controle da doença, sua compreensão, a busca de auxílio para seu combate, a apropriação do conhecimento disponível sobre a mesma, ou ainda a transferência positiva do doente com seus cuidadores (a figura de Charcot, por exemplo) parece reforçar o desejo de transformar a doença “intrusa” como parte do seu território que se instala no corpo. Como se este movimento permitisse a imposição de novos ideais, modelando o real à própria imagem, tornando a enfermidade em algo de que possa também obter satisfação.

Freud costumava nomear conceitos a partir de palavras que eram usadas no dia-a-dia de sua cultura. Assim como a palavra *Trieb* era usada no sentido mecânico de uma força que não para, a palavra trauma em nossa língua portuguesa indica um “choque violento capaz de desencadear perturbações somáticas e psíquicas” (Cunha, 2007, p.785). A aproximação entre componentes destes dois conceitos serve para pensar que o objeto enquanto objeto da pulsão é necessariamente objeto-trauma.

Segundo Green (1988) o papel do objeto, enquanto objeto externo (isto é, exterior à montagem pulsional), tem como função remediar o mal de que é causa. Fator de perturbação, agente do estranho, perturbador da tranquilidade do Eu, o objeto interno pode também, à medida que é um bom objeto, ser utilizado como objeto consolador, apaziguador, “objeto-portador”, no sentido de *holding* de Winnicott.

Mas quando a ação específica (a satisfação pulsional) é má, ou seja, não consegue tornar as pulsões toleráveis para o Eu, e o objeto não cumpre mais seu papel de espelho, de continente e auxiliar do Eu, o que surge é uma segunda fonte de conflito. Isto é, o Eu, em vez de ter que se defender somente das pulsões e seus derivados (objetos fantasmáticos), travará um combate de dupla frente. Por um lado, continuará a lutar contra as pulsões; por outro, terá de lutar contra o objeto. Entre dois fogos, não sabendo o que fazer primeiro e em que frente o perigo é mais presente, porá em ação os recursos de que dispõe pela colocação em jogo das pulsões de destruição.

As pulsões de destruição deter-se-ão alternadamente no objeto externo, no objeto interno, inclusive sobre o próprio Eu. A identificação projetiva será então excessiva. Inspirado em Bion, Green (1988) afirma que a realidade externa, assim como a realidade interna serão odiadas. O aparelho psíquico trabalhará como extremo, no extremo de suas possibilidades no Eu-corporal, tal como a falha, conhecida como “autotolerância”, que acontece no sistema imunológico de sujeitos com doença autoimune.

Tudo o que é percebido, representado ou vivido em torno do diagnóstico de doença crônica autoimune pode ser relacionado, conforme a hipótese de objeto-trauma de Green (1988), com a ameaça que o objeto representa para o Eu, à medida que força o Eu a modificar seu regime pela sua simples existência, aparição inusitada no corpo.

O objeto-trauma está em uma perspectiva interna à montagem pulsional “carregado de toda energética e de toda a fantasmática pulsionais” (Green, 1988, p. 154), que procura penetrar no Eu desde o interior. Em outra perspectiva, à medida que o objeto é externo à montagem pulsional, ele não está à disposição do Eu e este deve violentar-se para sair de sua quietude e ir ao objeto, como se diz, ir ao trabalho.

Este objeto, apesar de não ser fixo ou permanente segundo Green, de certa forma marca a história de adoecimento singular a cada sujeito no tempo e no espaço do corpo numa perspectiva de cronicidade, e imprevisibilidade. Tudo isso força o Eu a um trabalho de ajustamento considerável. O trauma age no Eu-corporal, em espaços onde já se está acostumado a passar, onde existe uma fidelidade no percurso dos caminhos. Lembremos, ainda mais, que os sujeitos de nosso tempo com uma história de objetos-trauma relativos aos objetos do adoecimento, também carregam uma série de outras fontes de traumatismos – ligados ao mundo do trabalho, por exemplo – que acentua a incapacidade do Eu para controlá-los.

Se por um lado, “a neurose traumática nasce por surpresa, não tendo o sinal de angústia podido ser disparado por causa do despreparo do Eu.” (Green, 1988, p. 175), por outro todo contexto de adoecimento do sujeito marca uma contradição do Eu que quer ser ele mesmo, mas só pode realizar este projeto através da contribuição libidinal do objeto com o qual deseja se unir. Em sujeitos com adesão ao tratamento, por exemplo, parece haver um desejo de incorporar as novas condições de saúde, além do próprio diagnóstico para poder, de alguma forma, controlá-los, ou fugir do desamparo.

3.4 Contato com a doença e suas bordas

No caso de Haron Hipp a dificuldade para marcha melhorou por três meses, depois tornava-se titubeante e tremida na ocasião na ocasião de movimento. Charcot percebeu o olhar vago desse paciente enquanto andava, seguido de tremor generalizado com medo de cair. Para Hipp

Andar em uma sala pode ser feito sem qualquer manutenção; mas no quintal o doente só pode progredir com a ajuda de uma bengala; porque ele receia cair, tomando sua bengala, ele permanece no lugar, não pode se mover para trás ou para frente. Depois de uma caminhada de 1 hora a progressão se torna mais difícil. As pernas são então projetadas para frente ou para dentro ou para fora e resulta em uma confusão real nos movimentos combinados de marcha, que acabam não sendo mais possíveis. Os reflexos da patela são muito fortes, mas não há trepidação. Não há dores.

Em março de 1885, segundo Charcot, ele notou que a caminhada se tornou difícil, as pernas pareciam amarradas juntas, ele teve dificuldade em separá-las do chão, a ponta estava se arrastando. Cerca de três meses após a marcha parecia voltar ao estado normal, a ponta do pé não tremeu mais, mas veio a tremer durante os movimentos.

Charcot reiterou que os membros inferiores de Haron Hipp no momento da caminhada são animados por fortes solavancos que dificultam a caminhada. Esses solavancos param em repouso. Neste momento, Charcot descrevia os tremores típicos da esclerose múltipla, antecedidos de sintomas aparentemente histéricos.

Os sintomas somáticos ou cognitivos de EM podem surgir no corpo do sujeito doente, bem como componentes de sua própria vida psíquica, como as percepções, os pensamentos e afetos como alheios e não pertencentes ao Eu. Em cada caso, uma particularidade, no caso de Sioen, por exemplo, o jovem analisa as falhas de sua memória não atribuindo seu prejuízo à doença.

Ainda na esteira de Freud (1930 / 2010) também é possível em alguns casos atribuir ao mundo externo o que evidentemente surgiu no Eu (Joséphine Leruth atribuindo sua melhora na escrita à Charcot). De forma que o sentimento do Eu fica sujeito aos transtornos, demonstrando como as fronteiras do Eu não são permanentes, em que se pode

observar a potência da relação transferencial entre cuidador e doente na transformação dos quadros sintomáticos apresentados.

Apesar das intensificações das vivências de sofrimento do sujeito que passou a ter uma doença crônica, são, paradoxalmente, essas mesmas inevitáveis sensações de dor e desprazer que, o princípio de prazer busca eliminar e evitar, em sua ilimitada vigência. Então, cresce a tendência em isolar do Eu tudo o que pode se tornar fonte de tal desprazer. A cronicidade da doença, então, pode também colocar em movimento a formação de um “primitivo Eu-de-prazer”.

O trabalho de Pinheiro e cols. (2006) compara as patologias narcísicas e doenças autoimunes, em especial a melancolia e a doença conhecida como Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), e discute a especificidade com que o corpo se apresenta “em ambas configurações subjetivas”. Os autores entendem que esta problemática se insere nas “novas formas de sofrimento psíquico”.

Na pesquisa clínico-teórica *Patologias narcísicas e doenças autoimunes: estudo comparativo sob a ótica da psicanálise* que é realizada em função do acordo entre o Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), do Rio de Janeiro, e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) – UFRJ, os dados preliminares levaram os autores a pressupor que as pacientes lúpicas apresentavam importantes características em comum com o modelo narcísico, cujo principal paradigma seria a melancolia.

A melancolia enquanto modelo de funcionamento psíquico, aparentemente pode ser potencializado com o diagnóstico e sintomas manifestos em função da doença autoimune. Com base na análise dos dossiês de Charcot, o paradigma de funcionamento psíquico,

considerando o corpo e seus sintomas, tornaria a categorização de “psicossomático” um engodo (Assoun, 2015).

Se a reflexão da clínica contemporânea tem encontrado fatores tais como uma “vivência da temporalidade achatada, a fixação da identidade em uma imagem sem perspectiva, a pretensão à univocidade da linguagem”, então estes fatores coincidem com a composição do quadro de vida com doença. Já existem casos relatados que apontam para a presença destes elementos – e até mesmo esta suposição já foi feita – de que o mais desenvolvido literata com uma rica capacidade de linguagem, ou ainda de um sujeito com uma identidade analisada em suas melhores perspectivas, que, percebendo-se com uma doença autoimune, crônica e na maior parte das vezes restritiva para a vida de relação, vai apresentar uma vivência da temporalidade de forma diferente de quem não carrega no corpo uma doença autoimune.

O circuito de defesa em sobrecarga, engano ou confusão é caracterizado corriqueiramente de “estresse” ronda as relações entre os seres humanos, que tem se ocupado cada vez mais de precarizar as relações e acelerar os modos de produzir a vida, especialmente no mundo do trabalho.

A analogia de um curto-circuito no organismo talvez sirva para cogitar o engano no reconhecimento de proteínas que levam células defensoras do sujeito a ganhar espaço e tempo na corrida pela defesa, que na verdade, está agindo para a destruição de fragmentos de seu próprio corpo que parece irreconhecível a ele mesmo. A autopreservação nestes casos está muito mais próxima da morte. Então a autoimunidade se combina com intensidade ao lado oposto da vida, em rigor, uma mescla pulsional potente e em constante atividade, realçando seus efeitos a cada experiência.

Nesse sentido, cabe à psicanálise investigar, as relações mais arcaicas com a alteridade, coincidentes com o corpo vulnerável do bebê. A partir desse raciocínio pode-se

pensar a complacência somática como obra do acaso (Garcia-Roza) cuja presença ficaria “incubada” até o momento em que uma integração corpo-psiquismo fosse requerida no exercício da sexualidade do sujeito, que parece mais intensa justamente em sujeitos melancólicos.

A pouca relação de intimidade e privacidade estabelecida com o próprio corpo é mostra que o corpo mais parece um invólucro exterior, uma casca (Assoun, 2013). Isso se expressa em uma organização subjetiva dotada de transparência, ou em uma ausência de segredo (a primeira prancha do Rorschach descrita, por exemplo, como um “raio-X”; ou ainda a própria vida ser “como um livro aberto”, Santos, 2015).

Esse modo de funcionamento faz com que o sujeito vivencie uma espécie de funcionamento telepático que pudesse permitir nada dizer e que tudo fosse transmitido por meio de uma operação de “facilitação” do trajeto das emoções e sensações vividas.

Não querer nem conseguir dizer sobre a doença pode ser uma estratégia para não se colocar “refém” de um discurso externo que concede atributos desorganizadores ou taxativos em relação à progressão da doença, também fonte de excitação. A ambivalência entre se calar no corpo e tudo falar, além do receio em relação ao que o outro diz torna-se uma questão a ser desenvolvida quando contiver a angústia e reprimir desejos alternam lugares de risco e proteção à saúde.

A clínica mostra como os sujeitos adoecidos pela autoimunidade se mantêm à distância de seu mundo interno e reclamam de uma indisposição depressiva em torno de pensar em suas doenças neurológicas, assim predomina a solicitação de um olhar sobre este corpo que os traiu tornando-os doentes (Lindenmeyer, 2011; Santos, 2016), ainda que em sua lealdade à doença.

Por outro lado, a doença, segundo Canguilhem (2017/1966, p. 157) é também uma norma de vida,

mas é uma “norma inferior” no sentido de que ela não tolera nenhuma diferença nas condições nas quais ela custa, incapaz de se transformar em outra norma. O doente vivo é normalizado sob condições definidas de existência e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir outras normas sob outras condições... a doença não é uma variação sobre a dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida (p.160).

Por sua vez, a doença se caracteriza pela economia de recursos, pelo estreitamento do campo de possibilidades, pela diminuição da tolerância às “infidelidades do meio”, ou seja, acontecimentos incontornáveis no decorrer da vida. Nesta condição, “o organismo fica mais limitado, depende mais da constância das condições, suporta menos as variações típicas da saúde. Torna-se, assim, menos normativo.

Freud (1937/1996, p. 258) também se surpreende com o que nos chama atenção nas escleroses do narcisismo:

ficamos surpreendidos por uma atitude de nossos pacientes que só pode ser atribuída a um esgotamento da plasticidade, da capacidade de modificação e desenvolvimento ulterior, que comumente esperaríamos encontrar. É verdade que estamos preparados para encontrar na análise uma certa quantidade de inércia psíquica.

Trata-se de pessoas ainda jovens cujos processos mentais, relacionamentos e distribuição de força são imutáveis, fixos e rígidos. Para Freud, essa força do hábito ou exaustão da receptividade pode estar relacionada a algumas características temporais, tais como alterações de um ritmo de desenvolvimento na vida psíquica pela presença da pulsão de morte original da matéria viva.

3.5 Arranjos traumáticos na materialidade do corpo

Com o texto de André (2010) intitulado “traumas primitivos” somos levados a refletir o que acontece na coisa material (órgãos do sistema nervoso central, por exemplo) do corpo em que os significantes envolvidos nas relações com a alteridade incluem uma mensagem (ou impulso elétrico), que em um primeiro momento é uma reação às percepções do mundo externo processadas pelos órgãos dos sentidos (situações que foram vividas, eventos presenciados, vistos, escutados, discursos falados, sensações “sentidas”) e chegam de forma abrupta (silenciosa ou não) tal qual um arrombamento (quantitativo) de uma barreira externa.

Se se considerar que a bainha de mielina de um neurônio em tese deveria estar preparada para receber o impacto da chegada do impulso elétrico, repleto de energia, ocorre a ideia de que o sujeito deste corpo, encontra-se num estado de incapacidade ou degeneração pelo desgaste, em que sua capacidade de absorção de tais estímulos transborda. Assim, a mensagem não fica mais integrada, ela se perde no substrato orgânico, gerando danos motores e ou sensíveis, tornando o Eu, enquanto superfície do corpo, danificado pela frequência (tempo) e intensidade (economia) com que chegam as mensagens, uma quantidade (\mathfrak{Q}) que passou de forma facilitada.

Parece que não há “tempo”, no sentido de condições do corpo processar percepções para que se tornem ações motoras “adequadas”, o que torna a ocorrência de sintomas neurológicos imprevisíveis e de início insidioso. De forma imediata, ou imediatamente inconsciente, um “não processamento” pelo corpo acontece como um sintoma que sai da ordem do esperado e aparece como tremores, desequilíbrio, hipersensibilidades, parestias, etc. Alguns sintomas de doentes de Charcot pareciam se apresentar “à *anteriori*” de qualquer representação. Afinal, não houve tempo para isso.

É provável que desde o início, seu psiquismo se estruturou por uma história de “correr às pressas” para atender demandas de uma mistura psíquica intensa, conflituosa, apaixonada e desamparada de objetos internalizados, de uma imago fálica e potente, em que o ideal de ego é reconhecido no exterior, ou ainda no outro extremo, quando aquele que deveria ser seu objeto de proteção é percebido como frágil e faltoso, tendo poder de suscitar incapacidades, sendo insuficiente de forma que a aliança narcísica obstaculize o acesso à feminilidade. (Lindenmeyer, 2011).

Nessa trama, o sujeito pode posicionar-se como protetor, ainda que seja em detrimento dele mesmo, pois essa posição assegura-lhe a repressão da sua agressividade, e garante-lhe o amor do objeto investido (perdido). Descrição similar ao funcionamento psíquico de sujeitos melancólicos com doenças neurológicas autoimunes. Cabe aqui a ilustração de algumas nomeações que mulheres doentes receberam e se identificaram como “teimosa” (Batistella, 2008), “matuta casca grossa” (Fonseca e cols., 2008) e “nega dura” (Santos, 2016) de empoderamento e onipotência.

A ideia de um certo “protesto masculino” (Freud, 1914a/1996, p. 63) que a nomeação destas mulheres traz representa uma vontade de poder dominante em suas condutas. Este protesto, encarnado por uma “superestima do poder de seus desejos e atos

mentais” (Freud, 1914b/1996, p. 83) parece remontar a uma perturbação do narcisismo primário devido a ameaças de castração ou às primeiras coerções das atividades sexuais. No entanto, a análise dos casos de Charcot apresentados não nos permitem equiparar esta possibilidade de interpretação feita na contemporaneidade.

Para Green (1988) uma visão ideal do Eu – um Eu ideal que não adocece / uma frágil construção bem-sucedida representada pela organização do Eu, como rede de investimentos de nível relativamente constante – é rompida pela falta de objeto. O caráter narcisista é mais independente, mas mais vulnerável. Quando o Eu se decepciona frente ao Ideal do Eu que se torna seu objeto, o Eu ideal perde seu frágil equilíbrio. Surgem duas saídas: a depressão por decepção do objeto e, mais regressivamente, o sentimento de falência do Eu às exigências do Ideal do Eu que tomou o lugar do objeto. Ou, então, segunda possibilidade, o despedaçamento quando, frente à decepção do objeto, surge o sentimento de perseguição pelo objeto – resultante da identificação projetiva – onde o Eu se identifica com as suas partes projetadas, o Eu mau sendo identificado com o objeto. Vemos, portanto, que o conflito entre o Eu e o objeto-trauma é inevitável, e que o desinvestimento de objeto e o refluxo narcisista expõem o Eu do sujeito a um tipo de angústia muito ameaçadora: as angústias narcisistas, cujos extremos da pulsionalidade ocupam, segundo Guir (2003), o lugar da destruição do próprio lar orgânico.

Lógica e cronologicamente, é só a partir do monumental trabalho freudiano sobre o psiquismo e seu funcionamento que foi possível pensar metapsicologicamente o adoecimento daquilo que está, senão para além do psiquismo, ao menos em suas bordas.

CAPÍTULO IV – PSICANÁLISE E TRATAMENTO: O AVESSE DA CURA

“Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar” (Freud, 1914/1996, p. 92).

As elaborações teóricas acerca da relação corpo-psiquismo se distribuem em torno de dois polos. Para alguns (McDougall, 2000, Aulagnier, 2016) o “transtorno psicossomático” é a transcrição de uma “histeria generalizada” ou “arcaica”, o que conduz a pesquisar o sentido.

Enquanto outros, que se desempregaram da metapsicologia, segundo Assoun (2015) em particular os precursores e discípulos da “Escola de Paris” e simpatizantes do pensamento de Dunbar, Alexander, Pierre Marty (Volich, 2008; Mello Filho, 1992, 2005; Dejourn, 2003), o transtorno psicossomático constitui um par contrastado com o sintoma histórico, pois é resultado de uma “falha de mentalização” e será em vão querer interpretá-lo. A multiplicidade destes pontos de vista, assim como a vivacidade das confrontações e debates e a necessidade de retornar à Freud no domínio somático, testemunha um campo de pesquisa em pleno desenvolvimento e foi motivação para Paul-Laurent Assoun (2015) escrever o livro “*Corps et Symptôme*”.

Assoun (2015) com sua atenta leitura freudiana compreende que a psicanálise não nega a medicina científica – tendo em vista que ela mesma é produto do professor Sigmund Freud, doutor em medicina. No entanto, a hipótese do inconsciente vai complicar o problema do sintoma somático e pesar de maneira funda a descrição do sintoma corporal. Para Assoun a psicanálise precisa se situar firmemente em relação à “psicossomática”, essa

disciplina e abordagem clínica candidata a jogar as utilidades entre saber médico e psicologia, edificando uma “ponte” frágil e bastante instável entre duas margens. Para Assoun (2015) trata-se de alcançar o momento somático do conflito inconsciente.

De qualquer forma, em relação ao tratamento persiste a importante possibilidade “quase mágica” do trabalho da psicanálise em poder transformar o real de seu paciente, a partir do efeito da palavra no corpo, tal como nos mostrou Freud (1905) em seu texto *Tratamento Psíquico (ou anímico)*. O rigoroso acompanhamento médico e tratamento medicamentoso parecem promover uma forma de falar de si a partir da própria doença.

O método de trabalho de Charcot, presente em Freud (1893), possibilitou observar e ordenar a configuração de doenças nervosas orgânicas tais como a esclerose múltipla. Ainda que Freud tenha assumido a histeria e a desenvolvido enormemente, neste momento de início de estudo da histeria Freud identificava-se com o método anátomo-clínico do mestre com admiração:

Não era Charcot um homem dado a reflexões excessivas, um pensador: tinha, antes, a natureza de um artista - era, como ele mesmo dizia, um “*visuel*”, um homem que vê. Eis o que nos falou sobre seu método de trabalho. Costumava olhar repetidamente as coisas que não compreendia, para aprofundar sua impressão delas no dia-a-dia, até que subitamente a compreensão raiava nele. Em sua visão mental, o aparente caos apresentado pela repetição contínua dos mesmos sintomas cedia então lugar à ordem: os novos quadros nosológicos emergiam, caracterizados pela combinação constante de certos grupos de sintomas. Os casos extremos e completos, os “tipos”, podiam ser destacados com a ajuda de uma espécie de planejamento esquemático e, tomando esses tipos como ponto de partida, a mente

podia viajar pela longa série de casos mal definidos - as “*formes frustes*”⁵⁹ - que, bifurcando-se a partir de um ou outro traço característico do tipo, desvaneciam-se na indistinção. Ele chamava essa espécie de trabalho intelectual, no qual ninguém o igualava, de “nosografia prática”, e se orgulhava dele. Podia-se ouvi-lo dizer que a maior satisfação humana era ver alguma coisa nova - isto é, reconhecê-la como nova; e insistia repetidamente na dificuldade e na importância dessa espécie de “visão”. Costumava indagar por que, na medicina, as pessoas enxergavam apenas o que tinham aprendido a ver. Falava em como era maravilhoso que alguém pudesse subitamente ver coisas novas - novos estados de doença - provavelmente tão velhas quanto a raça humana, e em como tinha que confessar a si mesmo que via agora nas enfermarias hospitalares inúmeras coisas que lhe haviam passado despercebidas durante trinta anos. Não é preciso falar a nenhum médico a respeito da riqueza de formas que a neuropatologia adquiriu através dele, nem do aumento de precisão e segurança de diagnóstico que suas observações tornaram possível.

Charcot observava a presença ou ausência de ronco e suores noturnos, as doenças respiratórias (tuberculose e pneumonia) com suas características (tosse, dispneia, ruídos na respiração, zumbidos sonoros, escarros sangrentos) observadas pelos sinais estetoscópicos e evolução, o quanto se dormia, a facilidade com que se removia a doente do sono, ou a facilidade com que ela dormia e a apontava a proximidade da consciência e agitação com a distância do sono: “A consciência é sempre completa. Menos sono”; “dorme pouco”.

O sono de Hortense Délyphine Baudoin era ruim desde que entrou no Salpêtrière. Em Dorette Eike “o sono está ausente”. A senhora Carpentier que “passava as noites” (em

⁵⁹ A palavra francesa *fruste*, com o significado de “embaçada” ou “apagadas”. Freud (1896/1996, p. 150) utiliza este termo francês em seu texto sobre “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” para referir-se à qualidade das perturbações da vida sexual não consumada ou não aliviada, seja de uma excitação ou de uma abstinência forçada.

claro) desde o terceiro mês de sua gravidez para cuidar do marido doente por três meses cansativos, também dormia pouco desde sua admissão no hospital. Os incômodos da fala e pronúncia são registrados em alguns momentos atrelados à entrada no hospital para tratamento.

O acompanhamento feito por Charcot a partir de suas observações, mostrou que o atraso nas respostas, a lentificação da dicção ou escansão excessiva das palavras não impediam algumas doentes de se expressarem: “a doente falava muito durante o dia; palavras incompreensíveis”. Em alguns casos os sintomas ligados à fala desapareciam ou se atenuavam após certo tempo, quando comparados ao início da afecção.

Mais ao final do acompanhamento de Marie Joséphine Broisat, Charcot anota simplesmente que a doente fala e depois, registra: “Esta manhã a doente parece um pouco perdida, mas na realidade ela tem o conhecimento dela. Apenas palavras lentas e embaraçadas. Ela repete as mesmas palavras que não podemos compreender”, embora quando questionada ela responda de forma muito direta, em voz fraca e articulada.

Todas as noites Louise Guatarel, mais ou menos na mesma hora, era “pega de um mal-estar que nós somos obrigados a mudá-la de posição em sua cama”; “de vez em quando nós despertamos a doente, ela responde e adormece falando ou cantando em voz baixa”.

Esta caracterização aproxima-se a um estado hipnoide vivenciado por Louise Guatarel, que segundo Freud (1909[1908]/1996) são *absences* durante devaneios, comuns entre indivíduos histéricos que revelam a origem sexual deste enfraquecimento de consciência.

A presença de Charcot que a fez despertar pode ser equiparada a um momento em que toda atenção passa a se concentrar no curso de um processo de satisfação – seja ele o de

poder dirigir a fala para Charcot – quando esta ocorre, toda essa catexia⁶⁰ de atenção é subitamente removida, daí resultando um momentâneo vazio na consciência. Esse vazio, segundo Freud (1909[1908]/1996, p. 213), “que se poderia qualificar de *fisiológico*, amplia-se a serviço da repressão para tragar tudo aquilo que a instância repressora rejeita”.

Foi olhando repetidamente os fragmentos de registros de Charcot que as leituras dos dossiês permitiu uma compreensão de fenômenos acontecidos no corpo-psiismo de doentes admitidos no *Salpêtrière*. Sendo que os « momentos traumáticos » como o da internação no hospital, as quedas do corpo, seja na cave ou no desamparo vindo com a morte de entes queridos indicam uma coincidente intensificação dos sintomas apresentados no corpo, sejam eles considerados neurológicos ou histéricos. Confrontar-se com uma experiência de tratamento de saúde no século XIX, e de certa forma ainda hoje, está estreitamente ligado ao conteúdo castrador, mortífero ou angustiante da experiência de estar doente.

Coincidências de mortes na família, e outras experiências traumáticas contemporâneas ao adoecimento/internação parecem ter suscitado afetos tão aflitivos que os sujeitos ingressantes nos hospitais desencadearam reações sintomáticas, tais como perder visão, a voz, a mobilidade, piorando sintomas que já faziam parte de suas manifestações corporais anteriores à internação, fruto correlato da disposição patológica já existente em cada doente.

Resultado, com base em Freud (1894/1996, p. 55) da incapacidade do sujeito na vivência no campo da experiência de « resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento ». A internação ocorreria como um « momento auxiliar » (Freud, 1894, p.57) como uma intenção de « expulsar aquilo para longe », a ideia que se internar em um Hospital como *Salpêtrière* na época, o aproximaria

⁶⁰ Outro significado do termo *Besetzung* o de “ocupação”, que nos textos psicanalíticos se traduz por “investimento”. (Nota de Paulo César de Souza em Freud, 1926/2014, p. 29). Manteve-se, no entanto, a palavra catexia, conforme a tradução utilizada na edição consultada.

da própria morte e das duras realidades vivenciadas enquanto doentes naquele lugar. Melhor não ver, nada dizer, e não se mover diante da realidade paralisante diante da admissão no hospital. Bendita defesa « adquirida », relatada por Freud pela primeira vez no texto das Neuropsicoses de defesa, citado acima.

O tratamento aos doentes marcados por um funcionamento do corpo sob o registro do impacto traumático, nos leva a crer que alguns deles se modificavam diante a presença física de Charcot. Haja vista as observações feitas por ele, relatando alterações corporais dos doentes : « Pele vermelha e quente no momento da visita noturna », ataques de dor, « rosto muito vermelho ainda que estivesse calma ».

No caso de Elisabeth von R., Freud (1893/1996, p. 163-164) parece ter percebido justamente a importância do contato com a paciente para que o tratamento somático pudesse apresentar efeitos. Considerando que Elisabeth teria um distúrbio misto (reumatismo muscular crônico e a neurose ligada a ela) fazendo-o parecer exageradamente importante, Freud recomendava a continuação da massagem e faradização sistemática dos músculos sensíveis, independentemente da dor resultante, e reservou para ele o tratamento das pernas com correntes elétricas de alta tensão, « a fim de poder manter-se em contato com a paciente ». Em relação à pergunta de Elisabeth quanto a se deveria forçar-se a andar, Freud a respondeu com um incisivo « sim ».

Quanto às alterações da superfície a partir de uma ideia de presença do outro incorporada, o caso de Georges Guillaume ilustra uma relação de como suas manchas nas mucosas na língua na garganta e ânus estavam atreladas ao período em que o doente era soldado em Metz, considerando que não teve erupções no corpo quando uma de suas filhas morreu após oito dias de idade.

Charcot observou algumas peculiaridades nas alterações de sensibilidade cutânea

em diferentes doentes: insensibilidade nos pés, hiperestesia⁶¹, abolição da sensibilidade no joelho esquerdo, vermelhidão e calor intenso aparente na mão, placas vermelhas com contornos irregulares geralmente arredondados no peito, pescoço e face (que aparecem e somem), coceira entre os ombros e por todo corpo; erisipela, inchaços, edemas e gangrenas; erupção de vesículas nos lábios; surgimento e evolução de escaras no sacro, escoriações nas nádegas, e ulcerações; modificação de reflexos cutâneos.

Observou também características da pele (aquecimento ou resfriamento geral da pele, dilatação venosas subcutâneas, coloração, ictiose⁶², equimose⁶³, umidade e desidratação): « púbis eritematosa, da face interna no interior da coxa »; momentos de mudança de uma face fresca pela manhã, de uma palidez natural para a incidência de suores e enrubescimento da pele. Pele ictérica com a bochecha esquerda vermelha, *croutes* (cascas ou crostas escurecidas) no couro cabeludo que culminou no corte de cabelos e em outro caso, « herdado » pelo filho de uma doente. E depois o curioso fenômeno acontecer com o bebê de uma destas pacientes.

Anzieu (1989) propõe um modelo epistemológico de entendimento da especificidade dos fenômenos psíquicos em relação às realidade orgânicas em que a pele é dado de origem orgânica e ao mesmo tempo imaginária, como sistema de proteção de nossa individualidade assim como primeiro instrumento e lugar de troca com o outro.

4.1 Dor, sensibilidade e memória

A dor é o fenômeno mais imperativo de todos os processos (Freud, 1895, p. 359). A dor mói, gira como moinho fazendo de nosso corpo suas pás. (Tânia Rivera, 2018, p. 27).

⁶¹ Paroxismo da sensibilidade, tendente a transformar as sensações ordinárias em sensações dolorosas; acuidade anormal da sensibilidade a estímulos.

⁶² Dermatose caracterizada pela formação de massas epidérmicas semelhantes a escamas de peixes.

⁶³ Mancha na pele, de coloração variável, produzida por extravasamento de sangue.

Em relação à experiência subjetiva da dor Charcot parece dizer nas entrelinhas que nada se podia fazer a respeito dela, senão relatá-la; não havia referências à analgésicos para o tratamento das dores destes pacientes. Assim a dor aparece nos registros dos dossiês, nas palavras de Chabert (2015, p. 9) como “companheira fiel do corpo e da psique, um puro experimentar, impensável e indizível”.

Diferentes tipos, intensidades, momentâneas, contínuas, frequentes ou recorrentes e localizações das dores: “dores fulgurantes” às vezes parelhadas com formigamentos⁶⁴, “dores lancinantes”, “suportáveis”, “dores vagas” ou “sem exasperações”, “dores difusas”, “Dores em todo corpo, embora não a impedisse de dormir, a fazia acordar com frequência durante a noite”, “cãibras que duram cerca de ¼ de hora e são muito dolorosas”.

Charcot mostra como seus doentes sofriam com dores agudas nos membros inferiores (“dor nos membros inferiores à noite depois de uma fadiga (inserido depois) à noite; elas duram ao se deitar um quarto de hora algumas vezes e ela volta um ou dois dias por mês”), dor hepática (que gerava inapetência e vômitos), dor nos rins, na coluna lombar (durante até quatro anos) e na cintura, geralmente manifestas na mesma época, durando até 20 dias, persistindo com uma “certa violência”. No caso de Hortense Délyphine Baudoin, a peculiaridade da dor na cintura era

mais marcada na metade direita na base do tórax; dor que perturba significativamente a respiração. Encontra um ponto nevrálgico 1º em direção à quinta vértebra dorsal; 2º abaixo da mama direita, 3º sensibilidade exagerada ao epigástrico? Suas dores seriam lancinantes e apareceriam pelas crises. Dores vagas na metade direita do sacro e na espinha ilíaca anterossuperior direita.

⁶⁴ Geralmente compreendidos como certo incômodo, e por este motivo, subvalorizado enquanto sinal de alerta pelas doentes.

A localização de pontos sensíveis às dores e sua intensidade relacionam-se a causas e efeitos dos mesmos: “A pressão exercida ao longo da coluna é dolorosa do *cérvix* até o *cóccix*”. Dores nas costas, dor cervical, nos ombros, dolorosas pontadas na perna direita, dores lancinantes na perna esquerda, joelhos, calcanhares, tornozelo, interior das orelhas; dor de reumatismo, nas articulações das falanges, metacarpo e articulações dos dedos; “suas articulações são a sede da dor exagerada pelos movimentos”. Dores que a senhora Vinchon dizia ter com frequência localizadas em alguns pontos da cabeça, dor que ela compara a um calor extremo acompanhada de pontadas; “é como um dardo”. As dores existem, bem como de um lado como de outro, elas vêm por crises e desaparecem bastante rápido (um ou dois minutos).

No caso da dor e demais sintomas psicofisiológicos que uma doença pode trazer, Freud (1923, p. 39) discorre sobre a maneira pela qual obtemos conhecimento de nossos órgãos durante as doenças constituindo talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo. Sendo que “o próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas.” Está aí a chance forjada de vir à tona aquilo que ficou adormecido, mas não reprimido, aquilo que acumulado no psiquismo, chega um momento que irrompe em fenômenos corporais.

É nesse momento importante da obra de Freud que o Eu é entendido como derivado de sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo, podendo ser encarado, além de entidade de superfície do aparelho mental, como uma projeção mental da superfície do corpo.

Já em 1868, Charcot interessou-se em registrar a expressão das dores de Alexandrine Anne Causse sentia por todo corpo, por exemplo, a partir do uso de comparações: “era como se cães estivessem roendo seu corpo”, ou como se recebesse

“golpes de martelo”; ou ainda um formigamento insuportável no ombro direito comparado ao efeito de uma tração no dedo anelar da mão esquerda [da paciente de 32 anos, solteira]; o trabalho que costumava fazer com as mãos passa a ser comparado a “uma sensação de quando se puxa a pele”. Comparações como essas transformavam puras sensações de dor em uma espécie de representação das mesmas quando relatadas, pois falavam para além dos sintomas da EM, diziam de um sofrimento que vinha junto com eles: algo penível como “um véu que cobria seu cérebro”. Charcot observou que a rigidez marcada no corpo dessa paciente só cessou, depois de horas de rigidez cadavérica após sua morte.

Acerca das vivências dolorosas, Charcot registrou: “Algumas dores nevrálgicas nas têmporas, dores que reaparecem sempre no momento da menstruação”, “Algumas dores lancinantes ao redor do umbigo”, “Cólicas estomacais tão violentas que ela teve uma síncope de meia hora”, “fraqueza nos pés e mãos” imediatamente após ataque gastrálgico, dor no estômago. Charcot também registrava quando a cólica era bastante frequente e às vezes muito fortes e quando não havia crises gástricas.

Considerando as diversas perdas que os doentes de Charcot vivenciavam, consideramos que se produz um investimento narcísico muito alto do lugar do corpo doloroso. Segundo Chabert (2013, p. 25):

Da mesma maneira, a sensação dolorosa pode se estender por transferência para o domínio do psiquismo. O superinvestimento do objeto ausente constituirá um estado de excitação insaciável, aumentando sem parar, de forma que as condições econômicas dessa dor psíquica será equivalente às que provocam a dor corporal.

No que se refere à memória dos doentes de Charcot existia uma variação de “boa”, “intacta” à diminuição ou enfraquecimento notável até o ponto de não ser possível de obter

qualquer informação, perda da memória. Embora com a consciência dos sentidos completa, apresentava demência há longo tempo. Alguns deles apresentavam choro ou riso fácil.

O termo “esclerosado” na linguagem popular é ainda fortemente carregado de um prejuízo referente às capacidades cognitivas, embora não tenha correspondência nem nos achados de Charcot nem nos dias de hoje quanto às manifestações de ordem motora da doença que são mais frequentes.

As referências à inteligência em alguns casos de Charcot era descrita como “perfeitamente sã” e em outros o estado intelectual tinha sido “profundamente diminuído, na maioria das vezes está abatido”, “pouca inteligência” ou “obnubilação intelectual”. Inteligência enfraquecida, pois segundo a própria doente “não seria capaz de fazer uma soma, porque a cabeça está muito fraca”.

4.2 Síncope e ataques apopléticos

O ataque de síncope no caso de Dorette Eike, foi repetido seis semanas depois. E depois, várias vezes em intervalos durante um ano. Ela mantinha um estado de estupor. A síncope no caso do senhor Doulet foi descrito por Charcot, da seguinte forma:

Ele estava na cama quando de repente sentiu uma fraqueza, tontura; ele perdeu a consciência e depois de 10 minutos? ¼ hora? O doente retornou a ele [recuperou a consciência] sem ter oferecido fenômenos convulsivos. O doente permanece na cama até o ano de 1877. Desde aquela época, nenhum episódio mais agudo; mas os sintomas da esclerose múltipla demonstraram ser mais pronunciados.

Charcot mostra como seus pacientes sofriam com dores agudas nos membros inferiores (“dor nos membros inferiores à noite depois de uma fadiga [inserido depois] à noite; elas duram ao se deitar um quarto de hora algumas vezes e ela volta um ou dois dias por mês”), dor hepática (que gerava inapetência e vômitos), dor nos rins, na coluna lombar (durante até quatro anos) ena cintura, geralmente manifestas na mesma época, durando até 20 dias, persistindo com uma “certa violência”.No entanto, a dor corporal permanecia sem tratamento.

Dores intensas (“viva”) e persistente (“beliscando”) em momentos específicos tal qual “quando queremos alongar os membros inferiores” ou ainda o caso de dores violentas nas panturrilhas três meses após o parto. A recorrência e caso das dores de Louise Guatarel são assim descritas:

Essas dores voltavam uma vez por semana e duraram cerca de uma hora e meia. Eles tinham o caráter de uma constrição atroz. Acompanhavam de uma maneira e lhe arrancavam gritos, ela era formada ao mesmo tempo ao nível da parte superior das panturrilhas. Uma bola dura do tamanho de um ovo. A dor existia ao nível desta bola e no resto da perna. É na mesma época (...) aproximadamente que a doença começou com estes fenômenos dolorosos que fez a doente repentinamente parar de andar: as pernas dela cederam debaixo dela quando ela quis se levantar e ela caiu, ela passou dias numa poltrona. As câibras duraram cerca de 2 ou 3 anos. Não podia andar. Na sequência desses fenômenos dolorosos, sobrevieram vertigens e problema da marcha; por muito tempo a doente pôde continuar a andar com a ajuda de uma bengala e um braço. O enfraquecimento das pernas tem aumentado progressivamente. É impossível saber desde qual época ela parou completamente de andar. A doente teria ido sucessivamente ao Charité e no Pitié.

Marie Ficher também apresentava uma cãibra dolorosa em seu membro inferior direito: “no mesmo dia ela foi pega de uma dor obtusa, limitada à parte inferior da coluna vertebral e que jamais se irradiou dos dois lados”. A hiperestesia também foi relatada no caso de Marie Ficher em todo o tronco e barriga acometidos. Segundo Charcot, ela começa a 2 ou 3 centímetros abaixo da clavícula. Os músculos anteriores direitos do abdômen ficavam contraídos e formavam sob a pele dois ligamentos tensos, muito sensíveis à pressão.

Quanto às reações à sensibilidade, Charcot descreveu:

Ela sente muito bem o contato da mão ou do dedo sobre as diferentes partes do corpo - que ela tem ou nomeia com os olhos abertos. Muito mais livre esse simples contato é suficiente para produzir sobressaltos (nas mãos). O contato nos membros inferiores é igualmente percebido. Além disso, essa sensação parece muito dolorosa, imediatamente a doente tenta manter a perna afastada, que é tomada por tremores tetânicos. A cócega da sola do pé determina fenômenos semelhantes, mas muito mais marcantes”, tal como tremores tetânicos persistentes.

A doente tinha dores difusas: “nevralgias faciais com dores vagas sem lugar bem determinado” e até mesmo em raros casos, ausência de dores ou distúrbios da sensibilidade (formigamento, dormência, sensação de fadiga e peso).

Em alguns casos, a sensibilidade geral ao contato, dor, e temperatura era bem preservada em ambos os lados do corpo, sem formigamento ou coceiras, menos ou nenhum fenômeno doloroso espontâneo. Joséphine Célestine Vauthier teve a sensibilidade diminuída dos membros superiores, inferiores e mesmo da face. As dores do lado esquerdo

apareciam mais que a do lado direito.

Marie Ficher conjugava as dores como queimadura, choques (“relâmpagos”), com persistência de hiperestesia da pele e “enquanto caminhava, ela disse que não sentia as pernas e os pés”. Ao pressionar um pouco fortemente a planta do pé, Charcot explica, “como se quiséssemos colocar em flexão forçada isso provocou a epilepsia espinhal”. Neste registro Charcot demonstra como uma epilepsia podia ser provocada.

Essa mesma doente tinha a sensibilidade reflexa exagerada e ao menor contato provocava um sobressalto violento em seus membros. A simples cócega da sola do pé provocava uma tremulação que persistia por alguns segundos após a excitação ter parado. As sensibilidades em função das cócegas e da temperatura eram mantidas intactas. A sensibilidade à dor parecia exagerada para Charcot. O beliscar dava à doente "uma sensação terrível". Sob os músculos dos membros inferiores era doloroso pressionar. A doente dizia que muitas vezes ela tinha câibras nos membros inferiores que duravam cerca de ¼ de hora e eram muito dolorosas. E não tinha nenhuma atrofia aparente.

O membro superior direito estava em ½ flexão. O cotovelo perto do tronco. A doente não podia estendê-lo a não ser que de uma forma muito incompleta e dificilmente pode levantá-lo. Sem câibras, sem tremor espontâneo ou provocado. O membro superior esquerdo é menos doente do que a direito: a doente ainda podia usá-lo bem, mas começava a ficar rígido.

No caso de Marie Joséphine Broisat a sensibilidade de tato era extremamente diminuída, cometia erros de ligação, mas aos contatos mais leves estes eram percebidos, entretanto no doloroso do pé esquerdo. Também há erro sobre a posição dos membros sobretudo à direita. Era muito comum em seu caso que o pé ficasse insensível à esquerda e quase insensível à direita. O membro inferior esquerdo é mais quente que o mesmo direito para o membro superior. A esquerda é um pouco mais quente. De forma geral ela tinha um

resfriamento geral da pele, embora sua temperatura estivesse em febre de 39,2 graus *celsius*. As coxas eram especialmente frias.

Em alguns momentos a sensibilidade toma lugar da dor e são registradas como “sensibilidade ao epigástrico. Barriga um pouco tensa, sonora”; “sensibilidade à pressão sob as costelas à esquerda”. No caso de Catherine Coadon os sintomas frequentes relacionados “a emoção ou o arrepio” parou logo após a visita de Charcot. Em outros casos, a sensibilidade era perdida nos membros paralisados. Outra ocorrência que se passava após a visita de Charcot, no caso de Louise Ancel:

Aos poucos, os fenômenos espasmódicos de acidentes no lado dos membros inferiores foram atenuados, o tremor diminuiu e o estado atual, dois anos após o exame precedente, oferece os seguintes caracteres: os fenômenos tendinosos ainda são um pouco exagerados, mas infinitamente menos.

No caso de Marie Louise Victoire André, Charcot relatou: “Estava muito agitada a noite toda. Esta manhã, ela está muito calma, sonolenta, mas acorda quando nos aproximamos da cama e reclama imediatamente de dor nas costas. Ela pede para beber; sempre com sede”.

Sabemos que a psicanálise considera os sujeitos um por um em sua particularidade, mas Charcot intencionava trazer as generalidades das categorias observadas acima descritas. Foi justamente assim fazendo - considerando os doentes um a um - que pudemos notar a particularidade de cada doente experimentando suas dores, sensações e demandas conforme a violência da reivindicação pulsional com sua ambivalência. A personalidade de Charcot, por vezes marcava o reconhecimento de sua presença como atenuadora ou desencadeadora de sintomas expressos, tendo a entrada no hospital e demais perdas de

objeto cumprindo o papel de intensificadoras da manifestação dos sintomas apresentados.

Charcot em suas anotações já demonstrava fazer a ligação do organismo vivo como suporte para o funcionamento psíquico. Embora não elaborasse hipóteses acerca de tais manifestações, seus registros sinalizam um destaque para o qual a perspectiva psicanalítica faria posteriormente: “considerar a existência e a importância permanente da fantasia individual consciente, pré-consciente e inconsciente e seu papel de ligação e de tela intermediária entre a psique e corpo, o mundo, as outras psiques”. (Anzieu, 1989, p. 4).

O tratamento teria de considerar as singularidades de cada doente, o entendimento do funcionamento do corpo-psiquismo com a sexualidade histórica de cada doente. A presença de Charcot no acompanhamento de cada doente movimentava o tratamento.

De toda forma, fica marcada como as comparações feitas pelos doentes e qualificadas anotações de Charcot sobre a dor, de que ela é uma irrupção de quantidades de energia excessivas de excitação, que passa por todas as vias possíveis de descarga no corpo. Freud (1895/1996) dizia que os neurônios e suas barreiras de contato ficam permanentemente alterados pela passagem de uma excitação, “mais capazes de condução, menos impermeáveis” (Freud, 1895/1996, p.352), ou seja, possuem um grau de facilitação em relação à passagem de excitação.

O que a memória não registrou como representações de palavras ou histórias, ela registra como diferentes facilitações entre neurônios. Assim, a magnitude da impressão e da frequência com que uma mesma impressão se repete gera uma memória das experiências (isto é, sua força contínua eficaz) ou ainda, antes disso, traços de memória aquém das lembranças.

Assim as dores e traumas participam na formação do mecanismo psíquico, e segundo Freud (1895/1996, p. 281) o material presente em forma de traços de memória estaria sujeito, de tempos em tempos a uma retranscrição. Assim, a experiência da dor e da

sensibilidade no corpo parecem se ligar ao mecanismo da memória que se desdobra em vários tempos, em outras palavras, eu diria, da formação do corpo-psiquismo com base em um processo regressivo.

4.3 Objeto-trauma e as superfícies corporais

A mitologia grega conta que Aquiles, o maior, melhor e mais bonito guerreiro da *Ilíada*, de Homero, possuía um ponto vulnerável, podia ser atingido por seus inimigos: seu calcanhar. Essa “fraqueza secreta” (Quesnel, 1997, p. 33) acompanha Aquiles desde quando ainda era bebê. Sua mãe, segurando-o pelo calcanhar, mergulhou-o nas águas do Estige, um rio do inferno. E esse banho tornou-o invulnerável em todas as partes do corpo, menos no calcanhar.

Esse banho alude à presença da mãe que funciona como uma dupla “película”, para utilizar o termo que Anzieu (1989, p. 11), recorrendo a Freud (1925) em sua *Notícia sobre o Bloco Mágico*. Essa película refere-se às características do Eu, enquanto pára-excitação e como superfície de inscrição. A presença psíquica da mãe que envolve o bebê, assegurando uma proteção contra os estímulos que ele ainda não é capaz de assimilar, corresponde aos alicerces do pensamento humano.

O útero materno, nesse sentido, seria um ambiente estéril onde somente lá, o bebê estaria livre dos agentes infecciosos. Assim que o bebê se separa do corpo da mãe, em seu nascimento, é imediatamente exposto a um “mundo hostil”, repleto de antígenos. Anzieu (1989) retoma o trabalho de Montagu (1971) para discutir a influência precoce das estimulações táteis sobre o funcionamento e desenvolvimento do organismo no tocante às defesas imunológicas. Nesta linha, a presença protetora da mãe é considerada uma fonte de

estímulos necessários à maturação e ao desenvolvimento do bebê, inclusive do ponto de vista fisiológico:

Sabemos por exemplo que tanto a epiderme como o sistema nervoso se originam do ectoderma. A pele é, desde a vida intrauterina, um órgão sensorial, um dos principais órgãos que são estimulados no contato entre a mãe e o bebê. Nesse sentido, como ressalta A. Montagu, esta estimulação epidérmica exerce uma função importante no processo de **mielinização** do sistema nervoso. (Volich, 2013, p. 29).

A importância da relação originária com a mãe, segundo Haddad (2014) é medida pelas pesquisas sobre a constituição da subjetividade, pois embora esta relação seja um polo definidor das mais devastadoras patologias, ela seria um marco tanto para a possibilidade de construção de uma sustentação psíquica que possibilite a tensão entre Eros e Tânatos, quanto das firulas e nuances que incidirão nas relações do sujeito com os outros e com o mundo.

Aquiles foi embebido pela herança de sua mãe ao mergulhá-lo nas águas do rio, matéria fluida, no amor líquido ofertado por sua mãe. Freud (1916/2014) nos faz lembrar afinal que *matéria* deriva de *mater*, mãe. “O material que uma coisa se constitui é, por assim dizer, sua mãe”. (p. 216).

O que acontece em doenças desmielinizantes que destroem sua película protetora associa-se ao enigma da doença e da morte trazidos por Freud (1913 / 1996). Para ele, a doença e a morte são coisas misteriosas. Mistério perseguido por Charcot com sua presença, toques e palavras diante de seus doentes.

Anzieu (1989) contextualiza que toda célula é envolvida por uma membrana citoplasmática, onde se efetuam as trocas físico-químicas necessárias à vida. Essa membrana é estruturada na forma de um duplo folheto. Cada uma dessas cascas – palavra da qual se origina o termo córtex – comporta pelo menos duas camadas, uma protetora, a mais externa; outra, sob a precedente ou nos seus orifícios, suscetíveis de recolher informação, filtrar mudanças.

A noção psicanalítica de Eu-pele proposta por este autor, de como se formam os envelopes psíquicos são, de certa forma, comparadas ao funcionamento celular, e traça as seguintes semelhanças: “O ectoderma forma a pele (incluindo os órgãos do sentido) e o cérebro, sendo que ambos são seres de superfície.” (Anzieu, 1989, p. 10).

É sobre estes órgãos que o objeto-trauma incide, enquadrado pelo sentimento do demais ou do muito pouco: presente demais, muito pouco presente; ausente demais ou muito pouco ausente. O objeto preso em um extremo do aparelho psíquico vai ‘interferindo’ em todo seu funcionamento.

Afinal, Anzieu (1989) conclui que “todo ser vivo, todo órgão, toda célula, tem uma pele ou uma casca, túnica, envelope, carapaça, membrana, meninge, armadura, película, pleura...” (p.14) tem uma capa de pele com função de para-excitação – acrescento o óbvio: todo neurônio tem uma bainha de mielina. De um lado afirma-se que a pele está quase sempre disponível para receber sinais, aprender códigos sem que eles interfiram com outros. Por outro, a bainha de mielina quando “recusa” um sinal vibrotátil, eletrotátil implica em uma desmielinização, dando margem ao acometimento das mais variadas doenças autoimunes.

Um caso significativo citado por Anzieu (1989) é o da “pia-máter”, que envolve os centros nervosos; é a mais profunda das meninges; contém os vasos destinados à medula e

ao encéfalo: etimologicamente, o termo designa a “mãe-pele”: a linguagem transmite bem a noção pré-consciente que a pele da mãe é a pele primeira.

Vale lembrar a consideração de Lebrun (2004) de que o fato da linguagem ser, em si mesmo, operação do interdito do incesto e, pois, também consentimento no reconhecimento da impossível congruência entre palavras e coisas. Se “interdizer o incesto” (Lebrun, 2004, p. 35) equivale, necessariamente, a descolar do universo das coisas – metaforizado pelo corpo a corpo com a mãe – para entrar no das palavras – metaforizado pela relação com o pai, a falta de palavra marcada pela carência paterna, parece incentivar à regressão ao universo da coisa, ao concreto, ao “corpo a corpo com a mãe”, à lesão somática.

O resultado de certas inscrições ou cicatrizes narcisistas, ou melhor dizendo junto com Green (2001), das “aderências” – zonas do corpo sensíveis e vulneráveis – configuram uma substituição de um estado agudo por uma forma de organização crônica, que cria uma carapaça narcisista protetora e preventiva contra os traumas, mas ao preço de uma esclerose mortificante que mina o prazer de viver.

4.4 Metáfora do curto-circuito pulsional

Nos sujeitos com doenças desmielinizantes de forma geral, supõe-se que haja um circuito pulsional muito curto se é que há como palpitar um dimensionamento desta ordem em um circuito pulsional. Esta ideia de curto ou rápido, tal como os modos de produção da vida hodierna, remete também ao encontro “fusionado” entre o material que chega na extremidade da bainha de mielina, visto que parece de fato ocorrer um curto circuito nessa passagem. McDougall (2000) afirma que o psiquismo, forçado a emitir regressivamente sinais somatopsíquicos, infraverbais e arcaicos, se “descarrega” pelo caminho mais curto e

mais próximo do fisiológico: “O psiquismo evacua suas tensões sem palavras” (McDougall, 2000, p. 73).

A intensidade pulsional desorganiza o circuito pulsional e tem uma capacidade de interromper ou prejudicar a normatividade de seu funcionamento. A ideia de curto-circuito nessa comparação faz lembrar os limites entre o Eu e o mundo externo nas neuroses narcísicas, assim como os dizeres de Freud em *Inibição, Sintoma e Angústia*: “Eros quer o contato, pois busca a união, a abolição das barreiras espaciais entre o Eu e o objeto amado”.(Freud, 1926/2014, p. 61).

Freud sublinha que o contato seria o ponto comum entre Eros e as pulsões de destruição, mas implica ao mesmo tempo que o Édipo carregue em si inevitavelmente o germe da angústia de castração, o contato sendo impossível: erótico com respeito ao objeto do desejo, destruidor com respeito ao rival. É como se o que acontecesse em nível neurônico reproduzisse um conflito entre união e desagregação, cujo reconhecimento do que é interno com o que é externo ficasse intensamente prejudicado, comprometendo a saúde do sujeito, ou, sua normatividade.

Interessante notar a representação da entrega da lei “ao sopé do Monte de Deus” (Freud, 1939 / 1996, p. 52), assinalada por uma erupção vulcânica. Freud relata como a deusa-mãe que não fora capaz de proteger sua casa contra os ataques de um poder mais forte pode ter contribuído para que ela tenha cedido o lugar a uma divindade masculina, e, se assim foi, o deus vulcânico tinha o direito a ocupar seu lugar. Freud aponta que há pouca dúvida de que foi durante essas épocas obscuras que as deusas-mães foram substituídas por deuses masculinos (que, originalmente, teriam sido filhos delas).

Ainda hoje na sociedade ocidental especialmente, o senso comum parece indicar que a invocação do Filho (Jesus) trará algum efeito tratativo sobre um sujeito doente do que

a evocação feita à figura da mãe santíssima, com caráter na maior parte das vezes exclamativo, de constatação de espanto do que de invocação de proteção.

Uma das analogias das doenças autoimunes refere-se a elas como um vulcão que pode entrar em erupção a qualquer momento. Pode-se comparar o momento da erupção vulcânica no corpo – instalação da doença propriamente dita – à uma reação do sujeito à entrega da lei em resposta às vozes solicitantes do superego. Sendo a lei representada pelo Estado ou pela função paterna que tenta dar conta de tudo que, por algum motivo, “foge” ao controle dos militares (como alguns dos doentes de Charcot) e transgride a ordem psíquica, biológica e social do corpo-psiquismo de cada indivíduo.

É provável, acompanhando o raciocínio de Freud (1939 / 1996) que assim como as neuroses atuais, as doenças autoimunes sejam desencadeadas por “uma experiência recente que é reforçada pela energia latente do reprimido” (p. 109) – energia atuante no terreno biológico que foi paulatinamente afetado – e este entra em funcionamento por trás da experiência recente e com a ajuda dela. Especialmente se o acontecimento que ingressou na herança arcaica foi “suficientemente importante, repetido com bastante frequência, ou ambas as coisas.” (Freud, 1939 / 1996, p.155).

É suspicaz que a regulação orgânica, bem como o envio de mensagens e sua circulação no nível cerebral possam ser equiparadas ao circuito de ideias inconscientes em que a distribuição de energia psíquica ocorra de maneira diferente da que ocorre com ideias conscientes e pré-conscientes. (Freud, 1939). A forma dessas ideias irromperem à consciência passa pela via da percepção de sensações de estímulos penosos, táteis, auditivos ou visuais, assim como os sintomas coincidentes das neuroses atuais e da EM.

O objeto é para o Eu, de certa forma, sempre uma causa de desequilíbrio, em suma, um trauma. Pois, se é verdade que o Eu aspira à unificação e que esta unificação interna

estende-se para a unificação com o objeto, a reunião total com o objeto obriga o Eu a perder sua organização. Além disso, à medida que esta reunificação é impossível, ela também desorganiza o Eu, pois ele não tolera esta separação.

O objeto-trauma, a partir da consideração via o narcisismo, leva-nos então a considerar o Eu não somente como sítio dos efeitos do trauma, mas também como o das reações contra quê constituem uma parte importante das defesas do Eu, não contra a angústia, mas contra o objeto cujas variações independentes suscitam a angústia. (Green, 1988, p. 151).

A presença da intensidade tanto na pulsão como no trauma, remete ao impacto que a passagem por certas doenças somáticas pode trazer ao sujeito um “a mais” no corpo-psiquismo que pode gerar um transbordamento, no sentido de uma desorganização psíquica, que por sua vez, alimenta a doença somática. Um circuito que se transforma em um ciclo repetitivo. A ideia freudiana do psíquico como mediação está implicada no acontecimento traumático em sujeitos cronicamente doentes. A sexualidade é sempre traumática, seja no sentido atual (físico, de ser atropelado, de produzir efeitos tóxicos) seja no sentido psíquico, do trauma das psiconeuroses. Os registros corporal e psíquico se realimentam.

A constituição humana é de psique e soma. A pulsão, situada no limite do psíquico e do somático, impacta o aparelho psíquico, este impactado pelos extremos das pulsionalidades também causa impactos no próprio corpo que lhe suporta. De tal forma que o adoecimento implica um a mais de angústia.

Green (1988) chama atenção para a série traumatismo precoce – defesa (este conjunto constituindo a fixação) – latência – explosão da neurose – retorno parcial do recalcado. Nela há uma confusão entre a pulsão (representada pelo afeto) e o objeto, pois o

perigo vem tanto da invasão da sexualidade no Eu quanto da invasão do objeto. É a partir dessa compreensão que se pode apontar que o problema das relações entre o Eu e o objeto é o de seus limites tanto internos quanto externos.

Os limites entre o Eu e o objeto entram em ressonância ou reverberam com os limites entre Isso e Eu, fazendo menção ao trauma e sua presença no sujeito adoecido por uma doença crônica desde o nascimento de seu “Eu”. Green (1988) continua seu raciocínio acerca deste problema, dizendo que o Eu não se coloca para o Supereu, que se estende do Isso (sua fonte) ao Eu (seu objeto) no esquema das instâncias apresentados por Freud. Isto significa que a invasão do Supereu no Eu remete a uma invasão disfarçada do Isso modificado pelo desenvolvimento do Eu. A lei, com suas vozes de ordem, está marcada, incorporada, introjetada, fixada, presentificada ou endurecida no sujeito adoecido pela autoimunidade. Supomos que nos doentes de Charcot a problemática dos limites entre Eu e objeto se faça presente, em especial no momento em que a presença dos objetos-traumas se presentifica.

Green (1988, p. 151) ao discutir a questão da angústia e do narcisismo passa brevemente pela questão da relação do Eu com as “síndromes psicossomáticas”, que segundo afirma, decorre das relações entre o Eu e o soma por intermédio do Isso (enraizado no soma, mas distinto dele). O Eu sítio da angústia, é o sítio do afeto, superfície em que as representações do objeto e afeto também vão exercer sua presença. O Eu trabalha sobre as representações e é trabalhado pelas representações. A partir daí pode-se desdobrar como as angústias e representações do objeto e afeto vão marcar presença, em momentos vividos na atualidade em corpos vulneráveis para as manifestações excessivas e constantes, ou em outras palavras, onde emergem de doenças crônicas.

Com base em Lindenmeyer (2011) existe uma questão importante para tentar compreender a relação corpo-psiquismo que ocorre quando o envelope corporal parece desfazer-se, quando a estranheza do corpo revela o mais íntimo. A vida sexual dos sujeitos que adoecem de forma crônica, em geral, está imersa por uma economia psíquica carregada de pulsionalidade.

É como se uma espécie de latência prolongada dos significados que não se fizeram a partir de cenas que envolvem vivências de um momento psíquico imaturo na vida do sujeito fossem todos ganhando espaço e conseguissem uma espécie de satisfação interna, não necessariamente de sentidos.

Como se o incorporal fosse ganhando (o) corpo literalmente, o que torna as vivências traumáticas mais afetadas no corpo em suas dimensões fisiológicas que o aparelho psíquico. Esse excesso de pulsionalidade (dentro e fora do sujeito) não transformado em palavras, significados ou elaborações concentra na atualidade, no corpo do sujeito cujo aparelho de mediação está sobrecarregado pelos acúmulos concentrados ao longo do tempo.

A relação entre o que não para da intensa pulsionalidade (força constante) se aproxima também da ideia de violência presente no impacto causado pelo choque traumático. O trauma na histeria apresenta seus efeitos no corpo sexualizado (experiente no sentido mais amplo de sua vida sexual), de certa forma “recheado de significados” de lembranças recalçadas, mas no corpo imaturo sexualmente, ou desafetado, onde o sentido da experiência não ocorreu ou foi recusado, o choque incide com uma força onde não há para-choques, ou, pára-excitação.

Logo, as marcas do impacto violento podem trazer prejuízos que vão além do sofrimento psíquico convertido em dor no corpo, pois é como se em alguns casos, o

aparelho psíquico fosse ingênuo ou inexperiente demais para converter algo que sequer consegue manejar– seja por um déficit de simbolização que implica dificuldade de associação, seja pelo recalque enquanto mecanismo de defesa contra um sofrimento ignorado pelo sujeito.

O aparelho psíquico, que não consegue – ou consegue apenas de forma insuficiente – associar, é justamente aquele que mais pode apresentar déficit (ou defeito) na transmissão de mensagens, cujo afeto (ou intensidade pulsional) fora asfíxiado e que não encontraram outra solução senão pelas manifestações não verbais e corporais, pela facilitação nas barreiras de contato que "fecham os olhos" para a passagem do que ou de quem quer que seja. Dessa forma, o impacto (descarga) acontece imediatamente nos caminhos mais facilmente percorridos pelas vias associativas da coisa corporal (impulsos que passam pelo percurso físico e orgânico) e não as do pensamento (acontecimentos incorporais).

Nesse sentido, sugerimos a compreensão do percurso da intensidade de mensagens elétricas neuronais entrando em colapso, destruindo partes de seu próprio corpo sem reconhecê-las, a partir do entendimento de que ao invés de se receber mensagens que estão sendo enviadas, elas são destruídas em seu próprio “colo”, no caso dos neurônios, suas próprias superfícies de contato recebem o impacto da força característica da mensagem, e uma intensidade maior, pulsante e constante das pulsões sexuais excessivas. Este desvio da meta sexual que seria a ampliação das redes de comunicação neuronais mostra como a descarga adequada de tensão é pervertida de maneira a destruir o circuito de conexão entre a libido corporificada que percorre nas sinapses neuronais.

Outro efeito da ruptura ou desfazimento deste “colo neuronal”, ao qual poderíamos nomear o axônio, também traz em seu bojo um paralelo à ruptura com a organização psíquica ou “colo psíquico”. A hipótese é a de que todo este processo somático acontece

concomitante à desorganização psíquica que já está marcada desde tempos originários da formação do psiquismo e só se manifeste na atualidade de um traumatismo.

Se por um lado, a ideia de Eu-prazer puro remete à ideia de prazer de órgão, o Eu-angustiado pode tornar-se um Eu remetido à destruição orgânica. O desenvolvimento do caráter crônico de uma doença parece caminhar junto com o fato de que uma crise de angústia não elimina nem alivia a tensão (fora), que nunca está satisfeita / dissipada em seu caráter pulsional.

Nesse sentido, nas neuroses atuais, o trauma, mais próximo do traumatismo físico do que do trauma psíquico desencadeia doenças somáticas. Trillat (1991) afirma que um determinado modo recidivo de funcionamento histérico pode gerar lesões orgânicas. Por esses e outros argumentos cada vez mais desenvolvidos nas ciências, a relação corpo-psiquismo de sujeitos que adoecem pela autoimunidade revelam o aspecto “duro” da sexualidade, no sentido de oposição ao psíquico, tornando o processo de análise peculiar. Uma vez que não se trata de resistência ou reação terapêutica negativa, mas de uma espécie de funcionamento corporal que impede avançar na análise da neurose, ou que não encontra vazão adequada.

Freud não ensinou como trabalhar nas neuroses atuais ou doenças autoimunes em que a sexualidade emerge de modo irrepresentável, ou que “estraga o trabalho psíquico”. Vale lembrar que nos casos de doentes com EM de Charcot, as neuroses atuais aparecem misturadas às psiconeuroses, o que tornaria a abordagem de tratamento um caminho a ser pensado conforme a manifestação do sintoma de cada doente em particular, pensando a sexualidade justamente a partir da relação corpo-psiquismo, em que a origem das excitações provém de um território entre lugares do corpo erótico e do corpo somático.

Com o reconhecimento da simultaneidade das neuroses atuais e das psiconeuroses reforça-se a ideia de que o tratamento deve considerar de qualquer forma as questões inconscientes que perfazem o adoecimento e residem no mesmo corpo-psiquismo. O orgânico, que também é inconsciente, é excessivo para o psiquismo e vice-versa. Os excessos precisam ganhar representações.

O próprio psiquismo é sempre imaturo, está sempre “atrasado” para o que já aconteceu. Mas o corpo que funciona pela autoimunidade, em seu aspecto biológico, parece sempre “pronto”, “ansioso”, ou melhor seria dizer, angustiado para reagir às estimulações que lhe chegam. Se de um lado, pensamos o trauma com sua perspectiva da temporalidade, na distância temporal de cenas que permite o desenvolvimento do psiquismo, por outro podemos pensar o trauma em sua perspectiva quase física ou mecânica no sentido do impacto de experiências de destruição, doença ou morte, ou ainda de impulsos elétricos que os “representam” organicamente, diretamente, nas células nervosas.

A notícia de adoecimento crônico por doenças neurológicas gera um movimento regressivo próprio à situação de doença que leva os pacientes a reviverem angústias e temores arcaicos, o que também se estende a suas relações objetais. Por outro lado, também se pode pensar que um doente angustiado intensifica sua condição de adoecimento. Parestesias, vertigem, perda de força e em casos graves e perda de memória podem ser experimentadas como revivescência de sensações corporais de um passado sexual que traduzem experiências infantis arcaicas, o que também pode reatualizar afetos na vida sexual atual destes pacientes.

O caso de Joséphine Leruth, acompanhado por Charcot nos mostra que a psicanálise oferece perspectivas clínicas, teóricas e terapêuticas particularmente pertinentes para tratar

essas problemáticas e sua dinâmica em uma articulação viva que permite a clínica da transferência.

4.5 O caso de Joséphine Leruth

Dentre os casos acompanhados por Charcot, há o de Joséphine Leruth, natural da cidade de Liège, que foi ao encontro de seu tratamento no hospital da Salpêtrière. O caso de Joséphine Leruth desperta interesse especial, pois permite a discussão da transferência na clínica do adoecimento. E também, por ter sido registrado por Charcot no mesmo ano de seu primeiro texto escrito sobre a histeria em 1865. (Swain, 1997).

A senhorita Joséphine Leruth teve seu dossiê preenchido no ano de 1864 por Jean-Martin Charcot. Nele, Charcot registrou informações que podem levar a reflexões psicanalíticas acerca dos caminhos para o tratamento a esta paciente com esclerose múltipla. Como Joséphine não podia andar, Charcot ia até o seu encontro.

Chama atenção neste caso, que embora Charcot ainda estivesse bastante descritivo acerca dos sinais e sintomas no corpo das pacientes, registra em uma nota destacada do dossiê de Joséphine, cujo diagnóstico era de esclerose múltipla cérebro-espinhal, uma experiência traumática vivida por ela, há cinco anos antes de sua admissão no Salpêtrière (26-27 anos de idade). Uma história misteriosa com um homem que a teria sequestrado e estuprado, e que disso teria decorrido uma possível gravidez. Informação que coincide com a idade do início de suas queixas relativas aos sintomas somáticos. A informação referente ao sequestro, estupro e criança, ao que tudo indica, não foi dada por Joséphine.

Este pequeno trecho brevemente relatado em nota, foi particularmente difícil de ser decifrado tendo em vista uma letra menos legível que a usual caligrafia de Charcot. As

notas que Charcot fazia de casos que já haviam sido descritos com mais extensão nos dossiês tem a característica de serem nomeados como « notas » por ele mesmo, ou ainda de simplesmente iniciá-las com o sobrenome dos pacientes. As notas do caso de Joséphine Leruth são referidas curiosamente como “Lembranças de Leruth”.

Esta denominação reforça a suposição de que este teria sido um caso importante para as lembranças próprias à Charcot. Não há como dizer que este caso pudesse ter tido algum valor afetivo para ele. No entanto, é o único caso que se tem registros de bilhetes de uma paciente que usa de sua escrita para referir-se afetivamente ao “Doutor Charcot”.

Nesse sentido, uma transferência positiva de Joséphine Leruth em relação à figura do Doutor Charcot vai ao encontro da referência de André (2013) sobre a consideração freudiana de que no fim de um tratamento analítico a transferência tenha sido ela mesma uma *abgetragen* (p. 108), palavra rara em alemão, utilizada por Freud com o sentido de algo que deve ser “usado”. Partindo do princípio da transferência, Joséphine usa inconscientemente desta via para se dar a conhecer.

Charcot relata que tanto o pai, a mãe e irmãos da paciente gozavam de boa saúde. Seu pai havia morrido com 83 anos de um « catarro pulmonar » e conta que ela tinha um tio paralítico. Transcreve a informação de que Josephine havia menstruado com 15 anos, e tinha menstruações abundantes e regulares.

Joséphine Leruth gozava de boa saúde até a idade de 26 anos. Era solteira. Antes de ser admitida no Hospital Salpêtrière, tinha como profissão, a função de ser dirigente de uma pensão, o que nos faz supor uma rotina de trabalho, cujas atividades compunham um lugar privilegiado de investimento libidinal. Sua entrada no hospital marca a saída de seu mundo. Numa época que não existia telefone, numa região marcada pela pobreza, o hospital era localizado em uma espécie de periferia, o 13º distrito, recentemente anexado à Paris. A

internação de Joséphine é marcada por perdas caracterizadas pela marginalização, separadas dos lugares e pessoas com as quais estava ligada.

Com a idade de 26 anos, em 1862, a paciente já não podia mais andar, mas “escrevia bem ainda que dificilmente”. A partir dessa época começou a ter dores de cabeça, frequentes câibras nos membros inferiores – várias vezes por semana. Embora jamais tivesse tido ataque de nervos, estava sujeita a experimentar a sensação de bola histérica. É também aos 26 anos que ela percebe que o enfraquecimento das pernas toma o lugar das câibras, que desaparecem completamente. Na mesma época o enfraquecimento se manifesta nos membros superiores menos pronunciado e nos membros inferiores, de forma mais presente no lado esquerdo.

Dois ou três anos depois, a vista é um pouco enfraquecida, ela começa ter dores na cintura e a ver duplo (diplopia) e os objetos vacilam e giram diante de seus olhos. Em 24 de setembro 1864 ela é admitida no Salpêtrière, data que marca a separação de sua família, residente na Bélgica. Os movimentos de seus membros inferiores estão completamente abolidos. Aos 33 anos já estava confinada à cama. Charcot refere-se aos seus pacientes como doentes:

a doente escreve dificilmente, não pode costurar, mas ela diz que é por causa de sua visão. A sensibilidade está bem conservada nos membros superiores e inferiores. A visão ainda está bem conservada, a doente pode ler fechando o olho direito que está menos enfraquecido. Atualmente a doente se queixa de dor na cabeça com peso depois da refeição, é sobretudo nesse momento que se apresentam os problemas da visão. Dores na cintura. Não tem dores nos membros. Dor nos rins. Algumas tonturas e vertigens. Inteligência perfeitamente sã, fala um pouco lenta mas clara e

bem articulada. Nada no peito nem no coração. Apetite um pouco diminuído. Constipação habitual. No entanto a doente pode ir ao banheiro normalmente. Às vezes retenção de urina, às vezes urina involuntária. Menstruações regulares até sua entrada⁶⁵ no Salpêtrière. Desde sua entrada as regras vieram somente em 26 de dezembro.

É de se supor que o grande médico estivesse investigando a coordenação motora fina de Joséphine e eventualmente a solicitasse para escrever algo em pedaços de papel. Em nove de maio de 1865, em letra tremida quase ilegível, Joséphine escreve: “Eu estou no Salpêtrière desde 20 de setembro de 1864”.

A partir de então, Charcot vai acompanhá-la registrando durante o próximo ano suas observações até a morte de Joséphine em 17 de junho de 1866. A sexualidade cuja etimologia é designada também pela palavra “acompanhar” (Chabert, 2013, p. 8; 31) evidencia a ordenação da dinâmica da vida de Joséphine, que reclusa no hospital, tem seus dias marcados pela separação. E tem na presença de Charcot uma das vias de acompanhamento das mais preciosas. Charcot olhou Joséphine repetidas vezes até que ela começou a falar por si mesma. Freud (1914) depois reconhece a importância deste conselho de Charcot para seu aprendizado.

Em 24 de junho ela recebe seu segundo tratamento: pílulas diárias de nitrato de prata. No dia 26 de junho ela se queixa que as pílulas lhe produziram agitação e tonturas, mas como as “regras” tinham vindo neste dia, Charcot se questiona se este efeito é devido às pílulas. E nós, podemos nos perguntar se este e outros efeitos em seu corpo acontecem

⁶⁵ A internação em uma instituição hospitalar resultava, na maioria das vezes, separação da família e demais ocupações. Os pacientes de Charcot, via de regra, experimentavam a perda da referência de suas vidas cotidianas o que coincidia com diversas manifestações, dentre elas a desregulação menstrual e a aparição de novas sintomatologias.

também devido à presença de Charcot. No dia seguinte (27 de junho) Charcot registra que as tonturas aumentaram. No próximo dia (28 de junho) as tonturas já haviam diminuído bem. Depois do dia seguinte (30 de junho) ela teve câibras, não muito dolorosas nas pernas durante a noite. De manhã ela estava em seu estado ordinário.

Dali dois dias (dois de julho) ela teve fortes sacudidas na perna direita à noite e na perna esquerda de manhã. Neste dia, Charcot oferece o próprio dossiê para Joséphine escrever algo. Há duas palavras aparentemente. Uma começando com a letra E e outra iniciando com a letra J. ambas ilegíveis. De alguma forma, Joséphine teve a chance de inscrever algo da ordem de sua produção no material de trabalho de Charcot.

No dia 24 de julho a “doente” percebe que sua constipação intestinal melhorou. O tremor não modificou, a escrita é sempre ruim. O beliscar da pele do pé leva a movimentos reflexos bem pronunciados em toda a extensão dos membros inferiores que são agitados de sobressalto.

Neste momento, Charcot decide administrar um terceiro tratamento, dessa vez com quatro pílulas por dia. No dia 9 de agosto de 1865, Charcot a solicita novamente para escrever em seu dossiê (documento de Charcot sobre Joséphine). Passo a pensar que agora essas folhas pertencem aos dois. E ela escreve de lápis uma primeira vez, com a letra ainda muito tremida, mas bem menos que na vez passada, seu primeiro nome abreviado e seu nome de família: J. Leruth e depois mais duas vezes, aparentemente de caneta, seu primeiro nome: Joséphine Joséphine. Enquanto fica registrada para Joséphine a referida experiência de escrita de seu próprio nome, Charcot continua sua descrição:

A doente continua a tomar 4 pílulas. Ela quase não sente mais sobressaltos nos membros inferiores quando ela toma essas pílulas. Existe sob vários relatos uma

melhora evidente. Primeiro vemos que a escrita está menos ruim. A doente confessa menos tremores. Ela agora segura a urina, no entanto sua cama ainda se molha. Ela fica menos constipada (...) parece ter menos embaraço na fala, menos tremor das mãos e adquiriu 1º Alguns movimentos do pé direito, abdução e adução. Dobra um pouco o joelho, mas ainda não pode tirar seu calcanhar da cama. 2º Alguns movimentos de lateralidade do pé esquerdo os quais não existiam. Não pode definitivamente mover o joelho esquerdo. 3º Não tem cócegas na planta do pé direito. Movimentos reflexos convulsivos como em toda a extensão do membro. Exageração convulsiva (espécie de tremor) de todos os movimentos que ela executa espontaneamente. À esquerda alguns movimentos reflexos dos músculos da perna e do pé esquerdo. Esses movimentos reflexos à direita e à esquerda se prolongam um pouco depois da excitação. A doente diz ser mais sensível quando fazemos cócegas.

Charcot tocava sua paciente para saber sobre seu estado clínico. No trecho acima notamos que o trabalho de investigação de Charcot no corpo de sua paciente trazia mudanças na sensibilidade de J. Leruth. Na sequência do dossiê de Joséphine seguem-se quatro pedaços de papéis colados, escritos por ela, conjugados em primeira pessoa, presentificando seu direcionamento ao doutor Charcot: 10 de agosto de 1865. Eu sou muito grata⁶⁶ ao Senhor doutor por toda melhora que ele me deu até o presente. J. Leruth.

Joséphine usa de uma figura de linguagem metonímica, referindo-se diretamente a Charcot como responsável por sua melhora. Parece não haver diferenciação entre o

⁶⁶ Josephine utilizou o verbo “*obliger*” em francês que carrega uma significação mais próxima da ideia de sentir-se em obrigação com a pessoa que a favoreceu. O sentido de sentir-se obrigada é mais forte do que o de agradecida, que vem verbo *remercier*. Na tradução, porém, optei pelo termo “grata” ou “agradecida” em outros momentos. Uma hipersensibilidade moral na utilização do termo “*obligée*” para referir-se à gratidão parece remeter à nostalgia com a figura paterna em que as vozes do superego, alimentam a ideia de um pai super-herói ou super-erotizado, cujas vozes “obrigam” a paciente a ser eternamente grata ou obrigada para com ele. A descrição de uma hipersensibilidade moral também é descrita em outros casos de pacientes de Charcot.

tratamento dado por Charcot e sua própria figura. Um processo transferencial estava se desenvolvendo com Charcot: Eu não estou contente comigo hoje porque estou tremendo mais, mas está fazendo muito calor esses dias e essa é a única causa de minha agitação. J. Leruth. 6 de setembro de 1865.

O relato de Joséphine indica uma projeção massiva do que pode haver de mal em si própria para as condições externas a ela e a Charcot. Se seu corpo manifesta tremores que a descontentam, não pode ser devido ao tratamento que recebe de seu bem-amado. É tanta sua convicção de que Charcot é o grande homem responsável por sua melhora que no dia seguinte pode agradecê-lo novamente e ainda mais: Hoje estou um pouco melhor. Eu tremo menos e sou mais e mais agradecida ao Senhor Charcot. Joséphine Leruth. 13 de setembro de 1865.

Joséphine parece querer dar provas de sua melhora, invocando a escrita para sua mãe, mostrando que sua luta pela melhora deve-se a Charcot, que por sua vez tem lutado para torná-la melhor depois de três anos de tratamento:

É verdadeiramente prodigioso ver o progresso que eu estou fazendo, porque depois de três anos minha escrita se tornou bastante ilegível e quinta passada minha mãe ficou encantada de poder ler algumas palavras que eu escrevi. Também sou muito agradecida ao Senhor Charcot da melhora que eu sinto agora. Joséphine Leruth. 16 de outubro de 1865.

Mesmo o último bilhete de Joséphine afixado no dossiê datado de cinco meses antes de sua morte é de agradecimento pelas dores a menos que pôde sentir:

Desde cerca de 2 meses meu estado é quase o mesmo, no entanto meus rins me fazem menos mal e quando estou sentada eu quase não tenho dores; coisa que faz infinitamente feliz porque eles me faziam muito mal e como Senhor Charcot, o único que trouxe o melhor que eu sinto. Agradeço-lhe sinceramente. Joséphine Leruth. 7 de janeiro de 1866.

No dia 9 de abril, Charcot anota a prescrição do quarto tratamento para Joséphine que passou a tomar seis pílulas de nitrato de prata. No dia 26, ela teria tido uma espécie de *delirium* e egofonia⁶⁷. No dia 27, dentre outros informes (ilegíveis) Charcot informa que a doente se queixa da barriga, vomita e tem febre. Seu rosto ficou alterado, apresentou uma dificuldade maior da fala, apresentou manchas roxas no rosto, pele quente e sudoreica. Dia 28: O derrame pleural direito que parece ter aumentado ontem à noite diminuiu notavelmente essa manhã. Estado geral melhor.

Em junho de 1866, Charcot observa que uma escara enorme se produziu no sacro. E informa logo a seguir que a doente se enfraqueceu progressivamente e sucumbiu, em um estado tanásico, espécie de estupor não hipnoide. Nós infelizmente não examinamos suas urinas nos últimos tempos de sua vida. Morte em 17 de junho de 1866.

As folhas soltas com as “Lembranças de Leruth” tem uma caligrafia muito difícil de decifrar⁶⁸. Percebemos que tais “lembranças” especificavam sintomas relativos aos tremores das mãos, situações em que seu corpo tremia, a forma como escandia as palavras com a fala embaraçada, embora não tivesse nenhum traço de afasia. Charcot deu nota à sua

⁶⁷ Egoфония é uma ressonância aumentada da voz com som anasalado quando os pulmões são auscultados.

⁶⁸ Tanto pela pesquisadora, que já estava habituada com a letra de Charcot, quanto pelo bibliotecário responsável pela Bibliothèque Charcot.

“inteligência perfeita”, a forma como havia emagrecido, a forma como se movimentava, a dificuldade com que flexionava os músculos, dizendo da resistência, rigidez e contraturas, suas reações ao calor e frio. Charcot desenhou as pernas da “doente”, falou das cócegas nos pés e verificou a ausência de estrabismo. O dossiê de Joséphine é finalizado com anotações sobre sua autópsia, descrições do cérebro e da medula com observações e localização das placas de esclerose em três desenhos.

Joséphine foi vista e tocada pelo médico Charcot, que parece ter sido transferido por sua paciente para um lugar de pai cuidadoso que pôde erotizar seu corpo pela simples rotina de conhecer e tratar sua doença. A transferência no tratamento incidiu na sexualidade do corpo doente de Joséphine.

4.6 Considerações sobre o tratamento

Joséphine teve seu primeiro tratamento em 1863 no Hospital Charité, prescrito pelo médico Pierre Adolphe Piorry: eletricidade e estricnina⁶⁹. Joséphine apresenta uma melhora passageira que dura um mês, em que podia se sustentar sobre suas pernas e dar alguns passos. No ano seguinte, recebe o tratamento de pílulas de nitrato de prata com Charcot.

Os estudos neurológicos atuais concordam que os sintomas somáticos não poderiam ter sido curados pela medicação administrada, pois não possuem efeitos para o tratamento médico da esclerose múltipla. Freud (1905[1904]/1996) afirmou que certas doenças, e muito particularmente as psiconeuroses, são muito mais acessíveis às influências anímicas do que qualquer outra medicação (p. 245). Era a personalidade de Charcot que de algum modo em sua presença de cuidador, na transferência, exercia uma influência psíquica em

⁶⁹ Alcalóide tóxico extraído da noz-vômica, que provoca contrações e em seguida, a paralisia. Em pequenas doses é estimulante nervoso e tônico.

relação às manifestações somáticas apresentadas por Joséphine.

Joséphine lutou pela sua paz, à sua maneira: viveu a reclusão no *Salpêtrière* sempre na expectativa desejosa de melhorar. Ela perdia e recuperava movimentos; submetia-se aos tratamentos medicamentosos, adería e reclamava de seus efeitos; era colaborativa com todos os procedimentos e atividades que lhe eram propostas; piora e melhora em relação à manifestação de seus sintomas que redimem e remitem; se alegra e se entristece à medida que eles somem ou reaparecem; na época de seus últimos tratamentos cria explicações para sua piora e melhora. O calor, o único responsável por sua piora, e Charcot, pela melhora.

Em 1888, ainda sob influência de Charcot, Freud questionava até que ponto a influência psíquica desempenha um papel em tratamentos aparentemente físicos: “Assim, por exemplo, as contraturas podem ser curadas quando se consegue efetuar um *transfert* por meio de um ímã. Repetindo-se os *transferts*, a contratura torna-se mais débil e, afinal, desaparece”. (Freud, 1888, p. 93).

Curioso Freud utilizar a palavra “transferência” nessa ocasião – embora ela ainda não pudesse ser entendida sob a luz dos ensaios para uma teoria da sexualidade – pois a operação física repetida para atenuar sintomas somáticos parece ter sido justamente as aparições de Charcot no acompanhamento de Joséphine, cuja presença repetida transforma-se em uma operação de tratamento de seu corpo-psiquismo ainda que detido à investigação de sintomas somáticos. Metaforicamente como um ímã, Charcot em seu polo positivo é atraído pelo desejo de descobrir um tratamento, burilar um diagnóstico e Joséphine em seu polo negativo é atraída pelo desejo de que Charcot, sendo seu curador, pudesse livrá-la de sua doença ou atenuar seus sintomas.

A transferência enquanto conceito psicanalítico ainda não existia na época de Charcot, mas sua pulsão epistemofílica e seu interesse no caso de Joséphine Leruth foi o que levou provavelmente esta mulher a assumir um papel de “pacífica lutadora” diante de

sua doença, e a encontrar uma espécie de tratamento que, segundo disse a própria paciente, a fez melhorar de seus sintomas.

Joséphine Leruth atribuiu a melhora de suas contraturas à sua relação com seu médico, como se ele fosse um suporte de investimento libidinal suficiente para sua mão tornar-se hábil novamente para escrever cartas à sua mãe. Chamamos atenção para os registros feitos pela paciente, que começou escrevendo unicamente seu nome e depois o assinava ao término de mensagens que passou a escrever.

Com Charcot, Joséphine nomeia seu estado geral com suas expressões peculiares, com nomes que ela mesma escolhe em função de sua avaliação, de seu poder, de sua presença e de sua força, de sua ausência ou desgaste. Uma situação que deve ter se iniciado como avaliação de motricidade fina, parece ter ganhado um lugar que favoreceu a possibilidade da paciente registrar seu nome próprio, escrevendo com suas palavras que revelaram o desejo de comunicar-se com a mãe, de agradecer Charcot e responsabilizando-o pela melhora de seus sintomas. A própria relação com a vida, seu corpo e seus desejos de cura começaram a aparecer quando ela escrevia, seja a pedido de Charcot, seja por iniciativa própria. Não há como chegar a uma conclusão acerca desta iniciativa pelos registros do caso.

A história misteriosa de sequestro e estupro, com suspeita de gravidez decorrente deste evento é deixada de lado por Leruth, que não pôde ser assumida em primeira pessoa. Para esse tipo de enunciação, Joséphine não estava familiarizada, não foi despertada, não pôde dizer. Mais uma vez Charcot utiliza-se da palavra fundamental “mistério” e “desgosto” para referir-se a este acontecido, que também ele, deixa de lado. Somente em confissões privadas é que Charcot poderia assumir que casos como este deviam ser considerados à luz de que “é sempre a coisa sexual, sempre... sempre...sempre” (Freud, 1914, p.24).

O reconhecimento da coisa sexual feito por Charcot não foi acompanhado de um dizer responsável, pois a situação informal em uma recepção em sua casa torna esta consideração algo do nível de palavras soltas, descompromissadas com seu discurso assumidamente profissional. A ideia de sexualidade ampliada estava longe de estar ao seu alcance. Charcot conhecia algumas letras da ordem do sexual, mas pode-se dizer que o seu protótipo de abecedário estava ainda muito precário para uma linguagem do sexual, ele não pôde esposar a ideia da sexualidade com todos os seus deveres e dificuldades, como Freud fizera à posteriori. Charcot transmitiu um conhecimento à Freud, que nem ele próprio possuía. O surgimento da transferência pela via da sexualidade, no caso de Joséphine apresentou-se pela afeição à Charcot.

Aulagnier (2016), por outro lado, nos ajuda a perceber como algumas das « falas » nos escritos de Charcot fazem existir « coisas » pela enunciação e pelo efeito da emoção, da surpresa que elas provocam. Joséphine caracteriza seu desempenho de “prodigioso”. Ela está afetada por isso, ela realmente melhora.

Alguns anos depois, Charcot em suas *Leçons sur les Maladies du système nerveux* (1872-1873) reproduz a imagem da escrita de Joséphine Leruth (Figura 13, p. 201). Em sua ilustração, compara a escrita de Joséphine em maio de 1865 e em outubro do mesmo ano para mostrar o progresso feito pela paciente, atribuído ao tratamento prescrito de nitrato de prata. Charcot defende que é uma especificidade da esclerose múltipla os tremores acontecerem apenas em ocasião de movimentos intencionais de certa extensão, quando a doente, por exemplo, levava o copo cheio de água até a boca. Os tremores cessavam assim que os músculos eram deixados em repouso completo. Charcot observou:

Com base nas espécimes que possuímos, é muito difícil de se formar uma opinião acerca das características da escrita dos doentes com esclerose múltipla.

O mais frequente, por outro lado, nós temos observado os doentes à uma época avançada de sua afecção: então, é quase impossível de obter outra coisa senão rabiscos sem significação, de forma que não temos termos de comparação. (Charcot, 1872-1873, p. 202).

Percebemos com o relato de Charcot que ele tinha outros materiais escritos por outros pacientes. Mas os de Joséphine foram os únicos encontrados que permitiriam uma comparação, a qual ele não apresentou em suas Lições. Este talvez seja o único caso que Charcot tenha promovido ainda que sem saber, a possibilidade da paciente ter um lugar em seu tratamento favorecido por meio da escrita. Sinais de que este instrumento de fazê-la escrever ainda que usado para outro fim, estava atravessado pela transferência.

Essa possibilidade de expressão parece fazer a jovem Joséphine sair do “nada” do anonimato de um Hospício para Mulheres Velhas – antigo nome do *Salpêtrière* – para voltar a ser “tudo” para sua mãe quando pode escrever a ela, e engoda Charcot colocando-o na posição daquele que é o único responsável por sua melhora, o “tudo” de bom para sua recuperação, para quem ela também poderia ser “a prodigiosa paciente”. Ela parece ficar, segundo Lebrun (2004) em um “entre-deux”, entre Charcot e sua mãe, às voltas com seu desejo de curar-se de sua condição de rigidez, tremor, abandono à própria fraqueza e imobilidade. Escrevendo, Joséphine não era esclerosada, no sentido de não enrijecida, podia lidar de outra forma com sua condição que envolvia certamente muitas perdas.

Em breves momentos, ao escavar o vazio pela escrita, desenhando formas e letras, Charcot propicia a investigação da “coisidade da coisa” (Rivera, 2007, p.92) do corpo adoecido que reside justamente no vazio que ele contém, e que não se reduz à aparência imaginária que ele traçou. O corpo vai se prestando a uma modelagem dada pelos espaços de histórias contadas, arranjos entre palavras e imagens que vão se projetando.

A clínica de Charcot conta a pré-história do que será anos após nomeado por Freud como: sexualidade e transferência. A leitura psicanalítica da clínica com esta paciente com esclerose múltipla, só pôde se fazer em outro tempo, distante mais de um século de seu autor, por outro lado próxima a ele. Casos como este registrados por Charcot tiveram de aguardar o interesse de uma pesquisadora, com experiência na clínica psicanalítica do adoecimento neurológico autoimune para receber novo tratamento, cuja condição de interpretação somente a distância temporal e a transferência com a história da psicanálise pôde favorecer.

As anotações de Charcot não costumavam suas suspeitas acerca da sexualidade humana, ele tateava o escuro dos objetos à luz de sua curiosidade persistente. Mantinha-se acompanhado de sua própria curiosidade infantil, curiosidade esta necessária para todo pesquisador. Seguiu anotando, repetindo apontamentos, desenhando, acumulando uma série de objetos relativos aos corpos adoecidos que investigava, sem demarcar a diferença entre vivos e mortos, sem furar a agulha da medicina no tecido psíquico opaco que passou a enxergar ao longo do tempo com a suspeita da “coisa sexual”.

Tanto a saúde psíquica como a doença devem ao corpo pulsional, corpo da sexualidade infantil (Lindenmeyer, 2012). Entendendo que a sexualidade designa não apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento genital, a sexualidade consiste numa série de excitações e de atividades presentes desde a infância, seu lugar de nascimento (André, 2015). No sentido, clareado por André (2015), de que a sexualidade infantil por não respeitar nada, por tocar em tudo, por alimentar-se com todo tipo de lenha, correndo o risco de destruir o que a estimula, por sentir prazer tanto em desmantelar quanto em inventar formas inéditas, ela é como o inconsciente, não tem idade, ignora o tempo, se choca com nossos conformismos, com nossa censura, com nosso bem-comportado equilíbrio.

Todas as atividades humanas sem exceção são suscetíveis de excitar a sexualidade infantil, que é polimorfa, que em outras palavras, não sabe o que quer, definitivamente, sem fim. Pela via da transferência, Joséphine parece ter tido sua sexualidade excitada por Charcot, no sentido de que pôde satisfazer durante seu tratamento o *furor investigationis* de Charcot com seu próprio *furor curandis*. O poder de transformação da sexualidade infantil investe não somente os orifícios, mas todo o corpo participa da construção do fantasma (ou fantasia).

Ainda que distante do recurso das interpretações, a relação de Charcot com Joséphine é prova viva de uma das primeiras descobertas da psicanálise em jogo no tratamento: o desenvolvimento na paciente de sentimentos vivos de apego como ajuda positiva no tratamento (Klauber, 2013). A experiência de acompanhamento realizada por Charcot à Joséphine permitiu o surgimento de um falar a ser escutado, um “trajeto que transforma as palavras pronunciadas em um evento, uma fala plena”. (André, 2013, p. 124). Assim, como cada indivíduo possui sua própria sexualidade, seu próprio corpo-psiquismo, a cada um, seu jeito de adoecer e melhorar, com a potência que a transferência pode oferecer em uma relação de tratamento.

A partir desses estudos, sugere-se que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Múltipla (Portaria Conjunta Nº 10 de 02 de abril de 2018), bem como os demais documentos nesse mesmo sentido publicados pelo Ministério da Saúde possam ir além da priorização da terapia farmacológica (ênfase dada desde as primeiras publicações de 2010, 2013 e 2015) e faça incluir a singularidade de cada doente em que o tratamento leve em conta o corpo erógeno para além de suas determinações biológicas.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após este mergulho nos dossiês de Charcot, pescando palavras, frases e entrelinhas, percebo que a pergunta inicial, se desdobrou em outras perguntas inesperadas e dobrou a direção da escrita para outro caminho que parecia fazer mais sentido. Desisti, afinal, de alçar redes para as teorias psicossomáticas, médicas ou ainda, neuropsicanalíticas, pois a consideração psicanalítica do adoecimento pela autoimunidade na esclerose múltipla, já podia ser feita já na história e pré-história da psicanálise desde Charcot.

Embora Charcot não estivesse investigando aspectos psíquicos detidamente desde o começo de seus trabalhos investigativos nos casos de EM é justamente na história dos pacientes, com seus traumas e vivências que o primeiro médico a ocupar a cadeira de Neurologia no mundo vai, mais ao final de sua carreira (1889), se demorar descrevendo os acontecimentos relatados por seus pacientes.

Ocorre então uma transformação sutil em seu método de investigação: os sintomas de neurastenia dão lugar ao discurso do doente que vai ganhando espaço e paralelamente Charcot vai formulando mais hipóteses para etiologia da EM. A realidade psíquica ganha mais espaço assim como os desenhos de autópsias que fazia da realidade do sistema nervoso e das partes do corpo afetadas pelo estado do doente.

Charcot tateou e vislumbrou o que Freud pôde escrever em seus estudos sobre a histeria: habituado que estava em verificar que, na histeria, uma parte considerável da “soma de excitação” do trauma é transformada em sintomas puramente somáticos, pois "a neurose histérica pode produzir sintomas em todos os sistemas, e dessa maneira, perturbar todas as funções orgânicas" (Freud, 1917/2014, p. 409). No entanto, alguns desses sintomas somáticos só podiam acontecer se houvesse uma condição que suportasse sua manifestação. Nem sempre essa condição começa necessariamente no orgânico do corpo.

A utilização do legado freudiano e outras contribuições teóricas - tais como a complacência somática, o funcionamento autoerótico e a angústia - permitiram considerar a presença nos dossiês de Charcot de conteúdos referentes à relação corpo-psiquismo no adoecimento em seus acontecimentos e sintomatologia. Os *chagrins*, que traduzi como desgosto, aproximam-se da ideia de afeto da angústia difusa em situações onde não há mediação da repressão (erotização primitiva) ainda que o sintoma corporal se manifeste como expressão simbólica, camuflada e substitutiva do conflito recalcado, em que a energia libidinal é transformada em inervação somática.

De uma forma ou de outra, o corpo está em evidência, clama e reclama por respostas, palavras, elaboração, tratamento. O que se passa no corpo e o trabalho que ele faz, permitem desenvolver, ainda que de forma tensa, a relação corpo-psiquismo, presentificada nas experiências vividas. Como dizia Freud (1930/2010, p. 15) “não é fácil trabalhar cientificamente os sentimentos”, no entanto, observamos que a expressão de sentimento de pacientes com doenças autoimunes geralmente se dá pela queixa dos sinais fisiológicos e suas sensações em que o doente a apresentava para Charcot e a partir deste relato, começar a escutar o que há na linguagem inconsciente do sujeito doente.

Uma perspectiva de discussão acerca do acontecimento no corpo do doente pode ser inspirada a partir do trabalho de Rochette (2009)⁷⁰ que se refere ao retorno de elementos psíquicos, menos lembranças que traços “brutos”, não psiquizados, traços suscitados por uma transferência. Na imediatividade em que o doente é confrontado com a invasão do desorganizado e arcaico, tal vivência é reintroduzida na psique de todos envolvidos no adoecimento.

⁷⁰ Tradução da autora.

Toda uma série de acontecimentos – sentimento de identidade, redistribuição libidinal – nos leva a questionar a vivência do doente de um “vivido intemporal”. Sendo que um diagnóstico, ou os sintomas dele que se apresentam no sujeito são prova de realidade que lhe impõe algum trabalho psíquico em relação à doença crônica. A vivência intemporal de uma doença crônica gera – utilizando o termo de McDougall (2000) – uma modificação na “homeostase narcísica”.

Para Freud, em sua Carta a Josef Breuer de 29 de junho de 1892 os sintomas histéricos crônicos tinham origem em resultados de traumas absolutos. Sendo que os traumas relacionavam-se com a etiologia dos sintomas histéricos crônicos. (Freud, 1940-41[1892], p.190). Os sintomas crônicos apresentados por alguns dos pacientes de Charcot tais como no caso de Maurice Girard, correspondem a um mecanismo de deslocamentos que Freud (1940-41[1892]) considerava como uma modificação interna de somas de excitação que não foram dissipadas.

Nos casos apresentados o discurso do doente que comparece é em essência fronteiro da relação corpo-psiquismo, em que “acontecimentos incorporais” se conjugam às “coisas corporais”, para usar os termos de Deleuze (2011). Charcot se utiliza dos nomes próprios singulares, seus substantivos, adjetivos e até pseudônimos para marcar as presenças do humano adoecido, bem como verbos que carregam em si o devir e o cortejo de acontecimentos cujo presente se divide ao infinito em passado e futuro, o que faz de um discurso do século XIX ainda atual.

O reconhecimento da sexualidade como um dos principais componentes da histeria (Freud, 1893, p. 262) desenvolve o entendimento acerca dos estigmas histéricos no corpo que brotam do campo da cultura e que tem como base uma idiosincrasia de todo sistema nervoso. Embora Freud tenha em 1925 substituído o termo “sistema nervoso” por “vida mental”, essa alteração não teve segundo Strachey (Freud, 1893, p. 27), “o mínimo efeito

sobre o significado da frase”. Penso que a ideia de concomitância entre corpo e psiquismo está latente nesse comentário e ultrapassa a intenção de dizer que Freud queria abandonar o vocabulário neurológico.

Se na época de Freud, o que faltava era um método para acessar a psique, ele sai em busca para colocá-la em evidência. O momento atual parece o de refutar novamente o que não é visível ou palpável, o que engrandece a onda neurológica de nosso tempo que agita algumas praias do conhecimento, deixando o psiquismo escondido em águas profundas.

Charcot tinha fragmentos de histórias que não foram extensamente pesquisadas. A forte impressão que temos na leitura dos dossiês é de que Charcot sabia melhor escutar o que surgia espontaneamente mas não necessariamente perguntar e fazer seus pacientes falarem de suas próprias histórias para além dos sintomas físicos. Buscava o máximo de informações com antigos médicos, familiares e cônjuges dos pacientes e se deparava com as questões da sexualidade, mas sem que essa questão estivesse consigo a priori.

Os sintomas descritos nos dossiês de doentes de Charcot com Esclerose Múltipla assemelham-se em quantidade, complexidade e peculiaridades aos que Freud apresentará em seus casos relatados nos Estudos sobre a Histeria.

Após décadas de experiência clínica com pacientes diagnosticados com doenças neurológicas, é em um de seus últimos registros, no caso de Maurice Girard (1891), que ele pode estar seguro de um “duplo diagnóstico”. Ou sem inferir sua segurança profissional, simplesmente notar seu registro estampado na capa do dossiê “Esclerose Múltipla e Histeria”, aparentemente presente em casos anteriores.

Durante a categorização dos sintomas, que se estenderam a centenas de páginas, e reescrevendo o que Charcot reuniu ao longo dos anos, fui tendo a impressão de que pouco se poderia discutir acerca de tantas descrições fragmentadas, provavelmente reflexo da própria experiência de trabalho de Charcot. Ao mesmo tempo, com base em Freud

(1917/2017), percebi que sob o efeito da transferência na pesquisa foi possível descobrir vestígios e sutilezas dos registros que reuniam elementos para se pensar no adoecimento a partir das "frustrações reais" registradas por Charcot que referem-se aos "infortúnios da vida, que incluem a privação de amor, a pobreza, a dissensão familiar, a má escolha do cônjuge, as condições sociais desfavoráveis e o rigor das demandas morais que pesam sobre o indivíduo" (Freud, 1917/2017, p. 571) e vislumbrar uma ideia de corpo-psiquismo:

Talvez eu pareça estar dando aqui demasiada ênfase aos detalhes dos sintomas e de estar me perdendo num labirinto desnecessário de leitura de sinais. Mas aprendi que a determinação dos sintomas histéricos de fato se estende a suas manifestações mais sutis e que é difícil atribuir a eles grande dose de sentido. (Freud, 1886-1889).

Nos casos descobertos, em sua maioria, quase não era possível descobrir sentidos, a não ser o desejo de procurá-los e, às vezes, enxergá-los. A analogia de Freud (1893/1996) para entender a histeria parece que muito teria sido útil à Charcot no trabalho que fez com seus doentes de esclerose múltipla, em que o complexo de sintomas

é um prédio de vários andares. Do mesmo modo que só é possível compreender a estrutura de tal prédio se distinguirmos os planos de diferentes pisos, é necessário, penso eu, para entendermos a histeria, prestar atenção às várias espécies de complicação na causação dos sintomas. Se as desprezarmos e tentarmos levar adiante uma explicação da histeria empregando um nexos causal único, sempre encontraremos um resíduo muito grande de fenômenos que permanecem inexplicados. É como se tentássemos inserir os diferentes cômodos de uma casa de muitos pavimentos na planta de um único andar. (Freud, 1893/1996, p. 262).

As diversas anormalidades fundamentais do sistema nervoso que geram sintomas tais como dores, fenômenos vasomotores, e “talvez ataques convulsivos puramente motores” não são causados por ideias. Mas essa realidade não impede que a ideogênese participe na manifestação dos sintomas. (Freud, 1893, p. 262).

Ao descrever em minúcias os sintomas que lhe eram apresentados, de início, Freud não estava disposto a atribuir muita importância aos detalhes e para ele não havia dúvida de que “os primeiros estudiosos ter-se-iam inclinado a considerar esses fenômenos como prova de estimulação dos centros corticais durante os ataques histéricos...” (Freud, 1893, p. 122). Embora Freud ignorasse a localização dos centros das paraestésias que aconteciam com sua paciente em “crises de desespero”, ele bem sabia que as paraestésias prenunciavam a epilepsia parcial, constituindo aquilo que Charcot chamou de epilepsia sensorial.

Essa nota de Freud nos permite iluminar a compreensão atual, que hasteia a bandeira da neurologia, da neuropsicologia ou ainda da neuropsicanálise que colocam a importância das lesões cerebrais em primeiro plano, ou ainda como Freud já havia dito, incluindo em um único plano a razão dos sintomas. No entanto, Freud conjugava o método francês e alemão de considerar a clínica e não se prendia à abordagem localizacionista de lesões cerebrais.

Afinal, a convicção de Freud foi muito influenciada pela leitura de John Hughlings Jackson de uma neurologia dinâmica, com uma abordagem das relações entre organismo e meio, entre sistema nervoso e comportamento, e por fim entre a normalidade e a patologia. Abordagem esta, segundo Bezerra Jr. (2013), compatível a abordagem psicodinâmica que Freud viria criar, adotado em seu trabalho “Cérebro”, de 1888.

A tradição germânica presente nos órgãos de saúde brasileiros, me faz lembrar um caso que atendi de uma trabalhadora com epilepsia sintomática diagnosticada aos 16 anos

de idade com doença neurológica confirmada por perícias médicas. Até escutar que as crises epiléticas desta mulher, com perda de consciência, voltaram a acontecer especificamente dentro de seu ambiente de trabalho, em situações em que se sentia exposta perante os colegas e “penetrada” pelas palavras e olhar de sua chefe, passei a questionar a relação corpo-psiquismo a partir dos sintomas desencadeados por situações traumáticas.

É possível que as crises manifestas desta mulher que atendi – assim como em alguns casos registrados por Charcot – certamente não aconteceriam caso não existisse um diagnóstico prévio, cujas lesões já haviam sido há muitos anos exibida em exames de imagem. No entanto, com Freud, a leitura dos manuscritos de Charcot permitiram a compreensão de que sintomas histéricos se manifestam onde o corpo dá suporte.

O que garante que não foram as repetições de expressão da intensidade de suas emoções – desde antes do período do estabelecimento das lesões – o fator primordial para o estabelecimento de tais lesões? As causas desencadeadoras na raiz dos sintomas histéricos crônicos podem, segundo Trillat (1991), gerar lesões. Neste ponto concentram-se inúmeros esforços de pesquisa para determinar qual fator veio primeiro, e assim, indicar um “culpado” originário pela doença. Pensar na causalidade única é um problema que se cola à pergunta de qual determinante se manifestou primeiro, para que o mais antigo fosse, então, o apaziguador das dúvidas e mistérios do adoecimento.

Em vários trechos expostos por Charcot, percebemos que poucas vezes ele se inclinava a escrever a etiologia suposta. E diferente do que Freud (1956 [1886] / 1969, p. 182) apresentou nos Extratos das notas de rodapé à tradução das Conferências das terças-feiras, de Charcot atribuindo a ele uma “valorização excessiva da influência do fator hereditário”, e também em seu texto sobre a hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896/1996), Charcot reconhecia que este fator às vezes era “nulo”, desconhecido, ou ainda, sem antecedentes hereditários que o justificasse como fator etiológico para a

manifestação da doença. Nesse sentido, foi pensando a hereditariedade em um sentido ampliado, para além dos determinismos biológicos herdados, que pôde sinalizar, em um dos casos registrados que a etiologia da doença estava ligada às experiências vividas como mulher do século XIX em seu casamento, ou no complexo edípico vivido pelo doente (descrito nos "antecedentes hereditários")..

Pensando o lugar da histeria no conjunto nas “neuroses”, com base em Trillat (1991), nem toda histeria é diferente de uma perturbação neurológica. Embora o diagnóstico diferencial entre epilepsia e histeria seja difícil, para Delasiauve (1854), citado por Trillat (1991), a união dos dois gêneros não é impossível”. O mesmo notamos em casos de Charcot acerca da esclerose múltipla e a histeria. Ainda que desde as pesquisas do *Salpêtrière*, os “sinais psíquicos” da histeria diferissem das anestésias ou paralisias observadas nas perturbações orgânicas, talvez seja até mesmo impossível, mesmo em sintomas tão cerebrais, desunir elementos psíquicos dos somáticos daquilo que acontece de forma inconsciente no corpo.

Haja vista os ensinamentos de Charcot sobre a histeroepilepsia, embora ele mesmo estivesse convencido de que as duas doenças eram radicalmente distintas, mesmo se coabitam em um mesmo sujeito. (Trillat, 1991). Afinal, segundo Freud qualquer ponto do organismo é capaz de se converter em fonte excitável, e, portanto, de satisfação; a atividade músculo esquelética, a atividade intelectual, os estímulos proprioceptivos e exteroceptivos, ou inclusive, a própria dor. As lesões dinâmicas da histeria podem ganhar "corpo", espaço, força, suporte no substrato lesionado da EM.

Embora o nexos causal não possa ser investigado e conhecido no corpo humano de forma linear

todos nós sempre sabemos qual é a representação que nos faz chorar, rir ou enrubescer, ainda que não tenhamos a mais leve compreensão do mecanismo nervoso desses fenômenos ideogênicos. Por exemplo, uma mulher pode dizer que seu ataque histérico branco (tremores e palpitação, talvez) provém de alguma grande perturbação emocional e se repete quando, e somente quando, algum fato faz com que ela se lembre disso.

Não se trata de dizer que os sintomas relatados por Charcot eram sintomas puramente histéricos! Mas de pensar o processo de adoecimento do corpo daqueles que possuíam esclerose múltipla, como Freud (1893, p. 240) propôs:

Seria plausível acreditar que embora alguns dos sintomas fossem originalmente ideogênicos, a repetição deles os tornou, para usar o termo de Romberg⁷¹ [1840, 192], “gravado” no corpo, e agora não mais se baseariam num processo psíquico, e sim em modificações no sistema nervoso ocorridas nesse meio tempo: ter-se-iam tornado sintomas independentes e genuinamente somáticos.

Nesse ponto das considerações psicanalíticas de Freud, percebemos que não há sentido em tentar determinar se uma doença autoimune é de origem psíquica ou somática, ou se ainda se é o elemento orgânico ou o psíquico o causador primário de sua manifestação. A concepção de sexualidade freudiana extrapola posicionamentos dualistas rigorosamente definidos. E a angústia (ou os “desgostos” nas palavras de Charcot) presente em qualquer neurose de pacientes com esclerose múltipla, diria Freud (1894/1996) em seu Rascunho E: “tem muito a ver com a sexualidade”.

⁷¹ Contemporâneo de Charcot, o que nos leva a inferir o conhecimento prévio desta hipótese por Charcot da repetição de sintomas ideogênicos gravados no corpo em modificações no sistema nervoso transformados em sintomas genuinamente somáticos.

No texto citado, Freud (1894/1996) refere-se a incapacidade de se elaborar psiquicamente o estímulo de respirar, sendo que ele só pode ser elaborado pelo próprio respirar. Assim, a angústia, ou a recorrente expressão de “mal-estar generalizado” usado por Charcot para reproduzir a sensação experimentada por suas pacientes parece referir-se ao que Freud (1894/1996, p. 240) denominou de “tensão física acumulada em geral” e equipara a dispneia e palpitações isoladas à vias de inervação que a tensão psicosexual percorre no coito como vias auxiliares de descarga, que na neurose de angústia, servem como uma espécie de conversão, como únicas saídas para a excitação.

Diferente da histeria é uma tensão física que não consegue penetrar no âmbito psíquico e, portanto, permanece no trajeto físico. Talvez seja deste tipo de conversão que sofriam a maior parte dos doentes com esclerose múltipla de Charcot. No entanto, dos casos que tinham "histórias para contar", era a conversão histérica, cuja excitação psíquica toma um caminho em direção à área somática.

Se os historiadores, segundo Trillat (1991) concordam em fazer da estada de Freud no serviço de Charcot (03 de outubro de 1885 à 28 de fevereiro de 1886) um momento decisivo para a orientação do inventor da psicanálise, assim também acredito que meu estágio em Paris na *Bibliothèque Charcot* serviu para definir caminhos de pesquisa desta tese. De certa forma, sem grandes novidades teóricas, o material inédito encontrado permitiu a própria (re)descoberta da histeria presente nos casos de esclerose múltipla registrados por Charcot e nos casos de pessoas com doenças neurológicas atendidas pela pesquisadora enquanto psicanalista. Assim, a descoberta da histeria por Charcot e suas pesquisas neuroanatômicas se comunicam com a psicopatologia, lugar (in)cômodo nos escritos de Charcot que continuam refazendo perguntas sobre os acontecimentos no corpo-psiquismo.

Diante uma multidão de sintomas que comparecem no corpo dos doentes de Charcot percebemos que tanto a falta de conhecimento na área da neurologia quanto da metapsicologia, ambas bem conhecidas por Freud, seja um dos motivos que leve uma grande parcela de psicólogos – mesmo os desinteressados em psicanálise – a cursar pós-graduações ligadas à neuropsicologia ou ainda aos interessados na psicanálise em rejeitar o que em tese, Freud teria abandonado em seu projeto para uma psicologia para neurólogos.

Ao se deparar com o conteúdo dos dossiês repletos de descrições fisiológicas, biológicas e neurológicas bem especificadas sem que a história do acometimento da doença seja escutada – ou porque ela não foi escrita ou porque não foi perguntada – a dúvida metódica sobre os acontecimentos da esclerose múltipla e a histeria ficam sem suporte.

Ainda assim, mesmo que Charcot não buscasse perguntar necessariamente da história doentes com uma perspectiva psicanalítica, ele parecia saber ouvir aqueles que se pronunciavam espontaneamente. Charcot anunciava suas próprias dúvidas a partir de suas revisões, pelos riscos ou acréscimos que fazia nos dossiês acerca da etiologia ou da característica de alguns sintomas relatados. É a construção da história, com mais ou menos palavras, que permite tanto se pensar em um diagnóstico diferencial – de paralisias orgânicas da esclerose múltipla ou paralisias histéricas, por exemplo, como para questionar as relações corpo-psiquismo na psicanálise, anteriores a ela mesma.

Embora Charcot registrasse as ocorrências traumáticas, sabemos que são a repetição de seus afetos vividos ou de suas fantasias inconscientes que podem contribuir com a “facilitação” pressuposta que se passa nas vias de inervação acometidas na EM.

Em nenhum dos casos descritos Charcot apresenta uma proposta de tratamento que pudesse considerar a constituição física e psíquica conjugadas. É à medida que se considera a fala, a escrita ou a história de cada doente que se abre a possibilidade de pensar em um

lugar do psíquico no corpo somático. É por essa razão que alguns casos, como o de Maurice Girard e Joséphine Leruth, se destacam entre os demais da pasta de Charcot.

Nesta tese senti que tive o direito, e até mesmo o dever, de levar adiante a pesquisa sem me importar com sua utilidade imediata. Com base em Freud (1917/2014, p. 342) reconheço que - “não sabemos onde e quando -, cada porção adicional do saber se transformará em capacidade, também em capacidade terapêutica”. Ainda que a psicanálise se mostrasse infrutífera nesta forma de adoecimento nervoso e psíquico, ainda assim ela estaria plenamente justificada como meio insubstituível de investigação científica.

O poder mágico da palavra na análise, defendido por Freud em *Tratamento Psíquico*, parece ser equiparado ao poder mágico da presença de Charcot no acompanhamento com seus doentes. Apresentamos alguns exemplos deste poder emblemático no caso de Joséphine Leruth, o que reforça a ideia freudiana de que em “enfermidades de difícil acesso por outros meios, obtermos, em determinadas condições, êxitos que nada ficam a dever a outros sucessos no campo da medicina interna”. (Freud, 1917/2014, p. p. 342).

Pesquisar os casos da época de Charcot auxiliaram a pensar os casos atendidos na atualidade em um contexto de atenção psicossocial e psicanalítico. Quando realçamos a simples iniciativa ou disposição de formular comparações feitas por doentes de Charcot acerca das sensações vividas no corpo, notamos que esta pode ser uma via para iniciar um processo de representação em um corpo acostumado “a se virar sozinho”, reagindo às pulsões em um circuito excessivamente somático.

Celes (2005) relembra a psicanálise como o nome de um trabalho; trabalho de fazer falar em uma relação transferencial em que o analisante deve cumprir a regra de associar livremente. No entanto, aquilo que é irrepresentado, ou representado apenas no sentido

dado por Freud no *Projeto* limita as possibilidades de tratamento em pacientes que apresentam patologias mais marcadamente narcísicas que necessariamente históricas.

O trabalho psíquico em um processo psicanalítico, com pacientes neuróticos que vivenciam uma doença autoimune demanda uma certa atividade da parte daquele que atende o sujeito adoecido, pois o analista pode ter uma escuta da relação corpo-psiquismo diferente da do médico. É somente formulando questões sobre a relação corpo-psiquismo que se poderá produzir algum tipo de obra cuja experiência de adoecer pode ser capaz de criar com o trabalho da psicanálise.

O assunto tão presente na contemporaneidade, já havia se esboçado desde a aproximação de Freud e Charcot, duas figuras que representam os primórdios do diálogo da psicanálise e da neurologia, em casos que conjugavam sintomas somáticos históricos e neurológicos. Após décadas de avanços de ambos os campos de pesquisa, entendemos que a possibilidade de buscar recursos no discurso da metabiologia pode ser útil para estimular o trabalho de fazer falar da psicanálise, mas não o substitui. O entendimento de que o sofrimento psíquico não é a única forma de abalo emocional (Mezan, 2005) remete ao incentivo à uma linguagem acerca do somático.

Sabemos que Charcot não utilizava do método de associação livre, somente desenvolvido por Freud anos depois, mas a análise de seus manuscritos permite inferir que ele passou a dar mais tempo de fala aos doentes ou se ocupar mais dela, de modo que descrevia em maior número de páginas as realidades vivenciadas por eles ou ainda escrevia mais porque passou a escutar os doentes de um modo diferente, o que de alguma forma, parece ter possibilitado criações discursivas ao longo de sua relação com os doentes.

Em todos os casos, o tratamento medicamentoso não tinha fator de eficiência para o tratamento da doença. No entanto, merece destaque casos como o de Joséphine Leruth que

chama atenção, em função do acompanhamento dado por Charcot cujos cuidados providos podem ser tomados como uma espécie de tratamento, intencional ou não, mas efetivo na melhora de sintomas inicialmente ou aparentemente apenas “orgânicos” da senhora Leruth.

Ao invés de grandes ataques histéricos que poderiam ser desenhados por Charcot, na Esclerose múltipla, poderíamos dizer, eram os pequenos ataques remitentes e recorrentes que ocorriam nos pacientes, o que hoje é possibilitado pela imagem das inflamações realçadas em exames de ressonância magnética (que surgiram em meados de 1970). Charcot podia ver essas marcas escleróticas no momento em que ele realizava a autópsia de seus pacientes. Hoje, muitos desses “ataques” ou “crises assintomáticas” manifestas pelas inflamações, apenas visualizadas em ressonâncias, passam despercebidos aos olhos nus quando não apresentam sintomas somáticos perceptíveis.

A própria lesão cerebral, considerando Trillat (1991) poderia ser considerada um sintoma somático silencioso da histeria. Em seus últimos anos de vida, Charcot parecia investigar nessa direção, em alguns dos casos transcritos, notamos além dos sintomas repletos de agitação, também notamos a pobreza e o silêncio das histórias mal ou não contadas. Para Charcot, os desgostos violentos e repetidos formavam também a etiologia da doença esclerose múltipla observada.

Esses sintomas seriam análogos organicamente ao que poderíamos chamar de sintomas negativos, que evoluem para a perda de força e ou movimentos. Diferente da doença de Parkinson – paralisia agitante – que teria “sintomas positivos” tais como os tremores contínuos. Charcot anotava tudo que suas observações e associações permitiam para pensar a questão etiológica.

A epidemiologia que ele buscava realizar esbarrava com particularidades novas a cada novo paciente. Charcot era um homem que se interessava por muitas coisas, campos inexplorados, a fascinação de Freud por Charcot inclui a sede de investigação acerca das

representações psíquicas e nervosas que cada caso podia fazer emergir. Este assunto da consciência representar acerca do “todo do organismo”, foi estudado por Jackson(1889), citado por Winograd (2013, p. 202), influenciou o pensamento freudiano.

A pesquisa na *Bibliothèque Charcot* reacendeu o questionamento acerca da sintomatologia histérica e orgânica, a relação corpo e psiquismo. Dois anos após seu retorno a Viena, Freud escreve “Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras e orgânicas”, obra que parece ser fruto do estágio de Freud em Paris. E eu, escrevo as considerações que compõem essa tese.

No domínio das relações entre corpo e psiquismo, as questões sobre a modalidade autoerótica de funcionamento psíquico, especialmente inferido a partir dos relatos de Charcot em alguns casos, faz pensar as neuroses narcísicas e a histeria arcaica. Os registros – recentemente descobertos – de Charcot poderiam dialogar com as recentes considerações da psicanálise contemporânea de, Green (1988), McDougall (2000) e Winograd (2013).

À medida que Charcot abre espaço para registrar quem eram essas pessoas que ele atendia, quais eram suas ocupações, quais eram suas queixas, ele pôde escutar disso diferentes sintomas que surgiam em cada corpo que tinham correspondência com os antecedentes ou histórias da vida cotidiana de cada doente.

Algumas perguntas – que só puderam ser formuladas à medida que transcrevia os registros de Charcot – pareceu ter sido um guia sobre como buscar respostas justamente no que interessou o grande mestre de Freud. Interpretar esse material pode servir de reflexão ao que hoje pode interessar ao diálogo entre neurociências e psicanálise. Discussão esta que pode romper com discussões deterministas de causalidade única que versam acerca da etiologia da EM ou da histeria, e ainda repensar categorias de investigação, tratamento e acompanhamento de sujeitos com doenças neurológicas a partir do chão que Freud percorreu para chegar na psicanálise.

A discussão dos casos apresentados mostra que relação corpo-psiquismo é afetada em suas defesas. Não necessariamente a exclusividade da histeria, mas também as neuroses de angústia, cuja etiologia (Freud, 1895/1996) é composta pelo acúmulo de excitação; pela excitação de origem somática; pela natureza sexual da qualidade somática e pela diminuição da participação psíquica.

Considera-se que o Eu, repressor de grande quantidade de afetos, transtornado, forja seu equilíbrio pela incidência de tamanha energia no corpo, isto é, pela perturbação do funcionamento celular. Paradoxalmente, é essa mesma desestabilização do organismo, momento de transbordamento da angústia a possibilidade de satisfação pulsional. Além dos mecanismos de descarga e fuga do estímulo, Freud acrescenta no Projeto uma nova forma de supressão da quantidade justamente pela sua transformação em qualidade sensível.

Assim, tudo Isso que ocupa Grande espaço, de uma grande quantidade de afetos ou de tamanha energia no corpo gera um trabalho “pesado” ao Eu que precisa agir como um super repressor, regulador de resistências. Toda essa intensidade está presente tanto nos relatos de Charcot como nas construções freudianas da Quantidade (\mathfrak{Q}) que circula no sistema nervoso produzindo alterações fisiológicas subjacentes aos fenômenos psíquicos.

O adoecimento ou a percepção de perturbação do funcionamento celular na manifestação de sintomas somáticos pode provocar uma autopercepção pelo Eu, que tende a favorecer a adesão aos tratamentos disponíveis e a criação de vínculo com cuidadores. O caso de Joséphine Leruth sustenta a aposta de que a relação transferencial por si só, favorece o desenvolvimento de elaborações que podem ser alcançadas pela via da análise, acerca do estado de adoecimento autoimune.

No caso de Maurice Girard os efeitos da atividade neurológica inflamatória que o acometia parecia se colocar no lugar de um testemunho, de fenômeno concreto que expressa ambigualmente o fator dinâmico do inconsciente, que põe em questão os limites de

sua materialidade, de sua superfície do Eu, perpassando o Eu da pessoa como um todo (incluindo obviamente seu corpo). Ou seja, nos pacientes com EM, o latente vem à tona na superfície do aparelho mental, que pode se manifestar perceptivelmente em nível corporal. Embora a relação de Maurice Girard com seus pais não tenha sido objeto de descrição de Charcot, pensamos, conforme Freud (1893-1895, p. 261), que a “má saúde crônica” de Maurice poderia estar ligada à sua constituição de “histérico rancoroso”. Condição esta que surge

quando alguém que é inatamente excitável, mas deficiente de emoção, cai vítima do embrutecimento egoísta do caráter que é tão facilmente produzido pela má saúde crônica. Aliás o “histérico rancoroso” mal chega a ser mais comum do que o paciente rancoroso nos estágios mais avançados de tabes. O excedente da excitação também dá margem a fenômenos patológicos na esfera motora. (1893-1895, p. 261).

O tempo de incubação de uma angústia – dos desgostos relatados por Charcot – coincidem com um acontecimento atual desencadeante dela e remete à expressão “desenvolvimento de angústia” forjada por Freud nas *Conferências introdutórias sobre a psicanálise* e em *Inibição, Sintoma e Angústia*. Essa expressão, que não é traduzida por um equivalente único nas traduções francesas, denota o crescimento ou acúmulo de angústia conforme o desenrolar do tempo.

“O desenvolvimento de angústia” segundo Laplanche e Pontalis (1991) exprime o processo que faz passar do sinal de angústia para a angústia automática, considerando que se o sinal de angústia – destinado a evitar o aparecimento da angústia automática – não tiver sido eficaz, a angústia que não pode ser dominada, aparece automaticamente.

Assim, a ideia comum de que tudo que é descoberto precocemente há um melhor

tratamento não foge à lógica de tratamento da angústia. Parece existir uma espécie de vigilância no funcionamento corpo-psiquismo em que a memória auxilia a expressão de um sinal, mas conforme a relação de forças entre a excitação e a resistência a ela, essa vigilância fracassa e não consegue dominar a angústia de uma situação traumática.

Este parece um momento propício para se falar da ideia de uma memória, cujas representações, segundo entendimento de Freud no Projeto, são como um processo cortical dinâmico em que um grupo de neurônios se encontra ocupado. A memória então que implica conservação e ressurgimento de uma representação, pode ser pensada como a possibilidade de circuito neuronal, que uma vez ativado, pela representação, pode em um segundo momento ser o caminho percorrido pela representação, em vez de outros. As noções de barreira de contato e facilitação permitem organizar o esquema conceitual que explica a memória enquanto processo de trilhamento que a passagem de Ψ produz, compondo um trajeto ou um registro neuronal específico.

Os “neurônios psi”, noção abordada por Freud no Projeto, são aqueles atingidos por estímulos internos que ficam em um estado diferente após a passagem dos estímulos que ultrapassam a barreira de contato. Isso porque, segundo Bezerra Júnior (p. 125) “após vencer o obstáculo interposto pela barreira, a passagem de energia deixa um traço, uma trilha, que se torna um caminho privilegiado para futuros fluxos de Ψ ”.

A facilitação – uma permeabilidade maior a estímulos posteriores – que em excesso não regula bem a recepção das excitações, permite formular a hipótese de que as inflamações na EM acontecem em meio a uma intensidade do fluxo de estímulos em que “as barreiras de contato” (hipótese de Freud que antecipou a descrição das sinapses) opõem uma resistência à livre passagem de energia. Essa resistência posta pelas barreiras de contato parece coincidir com a confusão dos limites do Eu, quanto ao que recebe enquanto endógeno ou externo a si próprio.

Quando o anteparo e regulação pelos órgãos dos sentidos são insuficientes para barrar os estímulos externos, o sistema nervoso é “esmagado pelo excesso de excitação” (Bezerra Júnior, p. 127). As palavras e demais experiências vivenciadas podem então representar (no sentido de representação dado por Freud no *Projeto*) um processo cortical de desmielinização dos neurônios.

O ideal de Eu, nos lembra Freud (1923), constrói-se com base nos resíduos verbais que derivam primariamente das percepções auditivas – uma espécie de excitação quando não assimila seu conteúdo simbólico ou quando não é capaz de interpretá-las –, de maneira que o sistema pré-consciente possui, por assim dizer, uma fonte sensorial espacial. Em essência, poderíamos dizer que o ideal de Eu é uma herança perpétua: uma palavra é o resíduo mnêmico de uma palavra que foi ouvida. Ou ainda, uma vivência ouvida é o resíduo mnêmico de sensações experienciadas. Elas [as palavras e ou as vivências] podem se encher ou se esvaziar (no sentido de ocupação, dos investimentos) das excitações que elas formam e são formadas, sendo que elas sempre existirão enquanto traço mnêmico.

Quando palavras ouvidas não foram sentidas, sua energia é deslocada, descarregada – em momento oportuno de intensidades e excessos – diretamente para o caminho sensorial mais facilmente percorrido nos sujeitos que possuem um sistema pré-consciente mais “movimentado” de sofrimentos e fantasias inconscientes. Estes sentimentos e sensações (os desgostos violentos relatados por Charcot) ficam como que intermediários entre a percepção externa e interna, comportam-se como uma percepção interna, mesmo quando sua fonte se encontra no mundo externo. O caminho barrado para a consciência atinge o corpo onde este permite a existência da angústia em seu curso de excitação, o que remete à ideia de falha na regulação da angústia, presente na expressão freudiana de “desenvolvimento de angústia”.

O rótulo comum de “esclerosados” em nosso século, refere-se a um sintoma

específico frequentemente citado por Charcot no relato de seus pacientes que apresentavam “memória enfraquecida” ou pacientes “*gâtes*” que indicava características graves de demência da doença muito desenvolvida. Sabe-se, no entanto, que a esclerose múltipla recebeu esta tradução para o português para indicar as placas que se apresentam na forma de escleroses no sistema nervoso resultantes das inflamações que podem manifestar sintomas os mais variados.

Assim com um diagnóstico em vias de construção e descobrimento, não havia medo dos pacientes em ficar esclerosados como nos dias de hoje, o que provavelmente ocorria nos pacientes de Charcot, era uma grande excitação quando da decisão de internação hospitalar – de onde quer que tenha vindo esta orientação. Ela remete à ideia de reedição da relação de cuidados “mãe-bebê” ao mesmo tempo da proximidade da morte, considerando a conhecida perspectiva de vida na época no *Salpêtrière*.

O encontro da mãe com o bebê, o olhar e demais cuidados maternos, repletos de excitações, angústias e inseguranças se detém no corpo do bebê, alvo de sua intencionalidade de prover cuidados. Assim como na condição de doente no hospital, trata-se de cuidados que não necessariamente vão erogeneizar a sexualidade polimórfica, mas que podem suscitar uma série de excitações.

Se imaginarmos um quadro repleto de sensações excessivas transmitidas ao bebê, da mesma forma em um contexto de internação hospitalar, podem ocorrer verdadeiros “acidentes narcísicos” para usar a expressão de Pinheiro e col. (2006) que marcaria a constituição da subjetividade esclerosada, fixada ou endurecida – como o termo esclerose sugere – no desejo do outro.

À medida que a constituição do Eu se desenvolve, o sujeito parece preferir seguir os mesmos caminhos percorridos pelos seus circuitos pulsionais de pouca (ou muita) erotização e manter-se tranquilo, escondido ou em uma zona de segurança onde possa

evitar um desgaste pelos excessos de excitações que recebeu, ou ainda permanecer em inércia mesmo se se tratar de uma agitação sem fim. Ainda que o doente possa ter criado um anteparo diante de condições que considere de maior vulnerabilidade seja ao discurso externo e estar alerta aos sinais de angústia diuturnamente, este mecanismo falha e a angústia automática se instala.

O recuo do olhar do outro permitiria o seu próprio investimento e atenção a seu corpo, uma vez que a própria doença implica uma nova relação com sua sexualidade e assim, sua vida de relação. No caso de pacientes com EM o corpo é palco do imprevisto tendo em vista que a doença autoimune pode manifestar na corporeidade, marcado pelos excessos acumulados em seu corpo e facilitados por ele mesmo. É como se a doença somática fosse a única saída e com ela surgisse um pretexto ou um novo texto a ser lido, desvendado, compreendido que leva o sujeito a buscar um tratamento pela via do contato com um outro, ou pela via da palavra.

Na época de Charcot não havia um diagnóstico certo até que o paciente morresse e pudesse ser confirmado um diagnóstico com sua autópsia. Hoje, a existência de mais informações sobre a doença proporciona material para criação de fantasias por parte do paciente quando compreende, por exemplo, que paralelamente ao “alívio” trazido pela conclusão de um diagnóstico precoce de doença como a EM, há um “*frisson*” que movimenta o começo de uma nova vida que passa a existir após o diagnóstico.

Por outro lado, saber que uma disfunção orgânica e seus efeitos, estão sujeitos a se apresentar a qualquer momento não se sabe onde nem como, intensifica a angústia, pois ela pode sempre dar um sinal novo, não conhecido anteriormente. Talvez sua forma de se apresentar repita um trajeto qual seja o de deparar-se repetidamente com angústias automáticas não dominadas pelo aparelho psíquico. Circuito neuronal e circuito pulsional caminhando em terrenos quase que sobrepostos.

A par das manifestações históricas descritas nos casos de Charcot, inferimos que nas neuroses atuais e de angústia coincidentes no material pesquisado também há conflitos psíquicos, o que ocorre é que existem “componentes sintomáticos” que não tem origem psíquica nem seria acessível a partir do psíquico.

Ainda assim, o valor de verdade das nomeações quaisquer que sejam – neurológicas e/ ou psicanalíticas – permitem dar um contorno à essa "loucura orgânica" que acontece. Passar a viver psiquicamente o que está se passando no corpo pode vir a ser uma grande conquista. Assim, o acesso à linguagem metabiológica, metapsicológica e as derivações de seus usos podem expressar, com base em Costa (2006) “tanto construções de nossas percepções, quanto ideias, conceitos e teorias – desde a filosofia até a arte.” E por que não, construções em análise? No contexto clínico, uma produção como esta poderia expressar uma tentativa de inscrição de algo que resiste, uma rasura.

Para Costa (2006) a relação entre corpo e inscrição é o fundamento da função da queixa, pois sem inscrição não há a referência mais ordinária: não há memória. Riviere (1936 / 1986) privilegia o trabalho de M. Klein sobre os primitivos processos psíquicos de projeção e introjeção presentes no mundo narcisista, onde embora não possua objetividade, existe um alicerce na *experiência* para ela, constituído numa sensação corporal. Tais processos estão modelados segundo o padrão das principais funções fisiológicas que preservam a vida, de fato, do próprio metabolismo.

O ser humano (doente ou não, com ou sem queixa) é indefinidamente incurável, pois o mal-estar é crônico. Embora com a sensação de encontrar alguns tesouros no trabalho de investigação, as ciências são sempre tesouros da incompletude e a psicanálise, está sempre à caça ao tesouro.

Se o trabalho do poeta é encontrar a metáfora de sua época, o trabalho de pesquisa em psicanálise também possa abranger a busca de uma metalinguagem do corpo a compreender parte de seu objeto de estudo. Assim, poderíamos sugerir que as diversas escleroses do narcisismo – em seus excessos de excitação, de investimento e de descargas – atuam em consonância aos neuróticos com lesões inflamatórias da esclerose múltipla.

REFERÊNCIAS

André, J. (2007). *Ainda: a regressão ignora o tempo*. Tradução Maria vera Pacheco e Alain François. Revisão Técnica: Mário Eduardo Costa Pereira. Campinas.

André, J. (2010). Traumas primitifs. In : _____. *Les désordres du temps*. Petite Bibliothèque de psychanalyse. Presses Universitaires de France (PUF). Collection dirigée par Jacques André et Jean Laplanche.

André, J. (2013). Transfert et séparations. In: Chabert, C. (2013). *Les séparations: victoires et catastrophes*. Le Carnet PSY. Éditions sèrès: Toulouse.

Ansermet, F.; Magistretti, P. (2011). *À chacun son cerveau: plasticité neuronal et inconscient*. Odile Jacob: Paris.

Ansermet, F. (2012). *Clinique de l'origine*. Psyché Éditions Nouvelles Cécile Defaut. Nantes: France.

Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. Tradução: Zakie Yazigi Riska-Ilah, Rosali Mahsuz. Revisora técnica Latife Yazigi. Casa do Psicólogo: São Paulo.

Assoun, P. L. (2013a). *Leçons psychanalytiques sur Masculin et Féminin*. 3 ed. Poche Psychanalyse. 19. Economica/Anthropos: Paris.

_____. (2013). *Les excitation et ses destins inconscients*. PUF: Mayenne: France.

_____. (2015). *Corps et symptôme: leçons de psychanalyse*. 4e ed. Paris: Economica / Anthropos.

Aulagnier, P. (2016). *Un interprète en quête de sens*. Payot Petit Biblio Payot Essais. França. 576 p.

Berta, S. L. (2015). O trauma sempre sexual. In: _____. *Escrever o trauma, de Freud a Lacan*. São Paulo: Annablume (Coleção Ato Psicanalítico).

Bezerra Jr., B. (2014). *Psicanálise e Neurociências: um diálogo necessário*. Entrevista concedida por Benilton bezerra Jr. Realização Ana Cláudia Patitucci, Bela M.

Sister, Cristina Parada Franch, Danielle Melanie Breyton, Deborah Joan de Cardoso e Silvio Hotimsky. Percurso 53. Revista de Psicanálise / Instituto Sedes Sapientiae. Ano XXVII, n. 53. São Paulo, p. 113-132.

Bion, W. R. (1967 / 1988). Uma teoria sobre o processo de pensar. In: _____. *Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts)*. Série Analytica. Direção de Jayme Salomão. Imago Editora: Rio de Janeiro.

Corrêa, L. M.; Câmara, L. S. Q. (2012). *Esclerose Múltipla? Um caso de histeria na enfermagem de adolescentes*. Trabalho desenvolvido no Núcleo de Estudo da Saúde do Adolescente – NESA/HUPE, sob supervisão da Profa. Dra. Sonia Alberti e apresentado no XVI Fórum de Residência em Psicologia Clínica Institucional, em outubro de 2012.

Canavê, F. (2015). O trauma em *tempo de vítimas*. *Ágora* (Rio de Janeiro). XVIII, n. 1, jan/jun 2015, p. 39-50.

Canguilhem, G. (2017). *Le normal et le pathologique*. 12^a ed. Quadrige. Presses Universitaires de France.

Celes, L.A.M. (1999). *Temporalidade do trauma: gênese mais estrutura no pensamento freudiano*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3),647-660.

Celes, L.A.M. (2010). *Clínica Psicanalítica: aproximações histórico-conceituais e contemporâneas e perspectivas futuras*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 26 n. especial, p. 65-80. Brasília.

Celes, L. A. M. (2017). *Proposição para um curso sobre o trauma*. Comunicação verbal / texto não publicado de 10/03/2017. Seminários de Clínica Psicanalítica. Brasília: Universidade de Brasília.

Chabert, C. (2013). *Les séparations: victoires et catastrophes*. Le Carnet PSY. Éditionsèrès: Toulouse.

Chabert, C. e Verdon, B. (2016). *Psychologie Clinique et psychopathologie*.

Quadrigemanuels. PressesUniversitaires de France: Paris.

Charcot, J. M. (1859-1891 / 2017-2018). Manuscritos de casos clínicos de esclerose múltipla não publicados. Transcrição e tradução Elise Alves dos Santos. Dirigida por Guillaume Delaunay e Chantal Latin. Bibliothèque Charcot. Paris.

Cunha, A. G. (2007). Dicionário etimológico da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Lexicon Editora Digital.

Davidoch, M. M. e Winograd, M. (2010). Psicanálise e Neurociências: um mapa de debates. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 4, p. 801-809, out./dez. 2010.

Dejours, C. (2003). *Le corps, d'abord*. Paris: Éditions Payot & Rivages pour l'édition de poche.

Freud, S. (1956 [1886] /1969). Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889). Prefácio à tradução de *De la Suggestion*, de Bernheim. In: J. Strachey (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 495.). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1956 [1886] /1996a). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: J. _____. (Ed.). Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 495.). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1956 [1886] /1996b). Histeria. In: _____. (Ed.). Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 495.). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1940-41 [1892]). Esboços para a “Comunicação Preliminar” de 1893. Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 495.). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1892-1893). Um caso de cura pelo hipnotismo. In: _____. Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços inéditos (1886-1889). p. 155- 170.

_____. (1996a). Rascunho B, A etiologia das neuroses. In J. Strachey (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 255-262). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893).

_____. (1996a). Estudos sobre a histeria. In J. Strachey (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 2, pp.350). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893).

_____. (1892-3). Um caso de cura pelo hipnotismo com alguns comentários sobre a origem dos sintomas histéricos através da “contravontade”. Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 495.). Rio de Janeiro: Imago.

_____. Esboço para a ‘Comunicação Preliminar’ de 1893. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, ano , vol. 1

_____. (1893/1996a). Estudos sobre a histeria. In J. Strachey (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 2, pp.350). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893).

_____. (1893 [1888-1893]). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Publicações Pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889).

_____. *Brain* (1888). In: Solms, M e Saling, M. A moment of transition: two neuroscientific articles by Sigmund Freud. Londres: Karnack Books/The Institute of Psychoanalysis, 1990.

_____. (1956 [1886] /1969). Nota do Editor Inglês. In: Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In J. Strachey (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 495.). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1888/1996). Histeria. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, Volume I.

_____. (1905/2016). Três Ensaio sobre a teoria da Sexualidade. In: _____. Três Ensaio sobre a teoria da Sexualidade, Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905). Obras Completas Volume 6. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

_____, (1908/ 1996). Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna. In: _____. “Gradiva” de Jensen e outros trabalhos (1906-1908). In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, Volume IX.

_____. (1910/1996). Psicanálise 'Silvestre'. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XI.

_____. (1913/1996). Totem e Tabu. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1914a/1996). A história do movimento psicanalítico. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1914b/1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1915/1996). O inconsciente. In: _____. A História do Movimento

Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1916/1996). Primeira Parte: Introdução (1916). In: _____. Obras completas Volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917). Tradução Sergio Tellaroli; revisão da tradução Paulo César de Souza. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. (1916/2014). Os atos falhos. In: _____. Conferências introdutórias à Psicanálise. (1916-1917). Obras Completas Volume 13. Tradução Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. (1917/2014). Teoria geral das neuroses. In: _____. Conferências introdutórias à Psicanálise. (1916-1917). Obras Completas Volume 13. Tradução Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. (1919/2010). O inquietante. In: _____. História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Obras completas Volume 14. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. (1919 / 2010). Caminhos da terapia psicanalítica. In: _____. História de uma neurose infantil (“o homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Obras completas Volume 14. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras.

_____. (1923). O Ego e o Id. In: _____. O Ego e o Id e outros trabalhos (1923-1925). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*(Vol. 19, pp.15-80).

_____. “Análise Terminável e Interminável” (1937/ 1996). In: _____. J. Strachey (Ed.). Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939).

Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 225-270). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1940[1938]). Esboço de Psicanálise. In: J. Strachey (Ed.). Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 153-221). Rio de Janeiro: Imago.

Fonseca, R. P. e cols. (2008). A doença e seus ideais. In: Volich, R. M. e Ferraz, F. C. e Ranña, W. (orgs.). *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Galanopoulos, P. (2015). Préface. Charcot, J. M. *La foi qui guérit: suivi de Jean-Martin Charcot par Georges Gilles de la Tourette*. Paris: Rivages poche Petite Bibliothèque.

Ganhito, N. C. P. (2014). *Distúrbios do Sono*. Coleção Clínica Psicanalítica. 3a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Green, A. (1988). A angústia e o narcisismo. In: _____. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. Tradução de Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta.

_____. (1996). Cognitivisme, neurosciences, psychanalyse: un dialogue difficile. Psychanalyse, neurosciences, cognitivismes. *Revue Française de Psychanalyse*. Presses Paris: Universitaires de France. p. 61-70.

_____. (2010). Do “Projeto à Interpretação dos Sonhos”: Ruptura e fechamento. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Volume 44, n. 1, 111-134.

Guir, J. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: Wartel, Roger e outros. *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

Haddad, G. (2014). *Amor e fidelidade*. Coleção Clínica Psicanalítica / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Huot, H. (1991). *Do sujeito à imagem: uma história do olho em Freud*. Tradução

Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta.

Jerusalinsk, D. (2011). Trata-se de caçar o caçador? In: Jerusalinsk, A. e Fendrik, S. (orgs.). *O livro negro da psicopatologia*. São Paulo: Via Lettera.

Junqueira, C. e Coelho Junior, N. E. (2006). *Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline?* *Psicologia Clínica*(PUCRJ. Impresso), v. 18, p. 25-35. <http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a03v18n2.pdf>

Laplanche, J. e Pontalis, J. B. (1991). Conversão. Em: *Vocabulário de Psicanálise*. Direção: Daniel Lagache; Tradução Pedro Tamen, São Paulo: Martins Fontes.

Lebrun, Jean-Pierre. (2004). A função do pai. In: _____. *Um Mundo sem Limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.

Lebrun, Jean-Pierre. (2004). Uma clínica do social. In: _____. *Um Mundo sem Limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.

Leon, S. (2010). *O que é Esclerose Múltipla*. Programa “Sem censura”. TV Brasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fWhZiYShB2M>. Acesso em 03/07/2017.

Lima, M. M. e Cardozo, M. S. (2005). Uma clínica ética. Um caso de lúpus na instituição. Em: Altoé, S. e Lima, M. M. (orgs.). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p. 260-269.

Lindenmeyer, C. (2011). Corpo e sexualidade feminina. In: Lange, E.S.N. e Tardivo, L. S. L.P. C. (orgs.). *Corpo, Alteridade e Sintoma: diversidade e compreensão*. São Paulo: Vetor Editora. p. 203-214.

_____. (2012). Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 44. 2, p. 341-359.

_____. (2017). *O traumatismo, de Freud a Ferenczi*. *Tempo Psicanalítico*, v.

49.1, p. 180-208.

Loureiro, S. D. (1917). *Paralisias histéricas*. Dissertação inaugural apresentada à faculdade de Medicina do Porto, em janeiro de 1917. Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos. Director Cândido Augusto Correia de Pinho. Professor Secretário Álvaro Teixeira Bastos.

Mariz, N. N. (2015). *A potencialidade narrativa do sintoma psicossomático*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

McDougall, J. (2000). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. Tradução Pedro Henrique Bernardes Rondon. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed.

Mello Filho, J. (2005). *Concepção psicossomática: visão atual*. 10 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mello, R. e Herzog, R. (2009). Trauma, clivagem e anestesia: uma perspectiva ferencziana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Vol. 61, n.3.

Moreira, D.D. (2007). *Estranho, familiar, estrangeiro: doenças auto-imunes: suas relações com o feminino e com falhas no processo de diferenciação psíquica*. 96 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Psicossomática Psicanalítica do Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo. Disponível em: <http://187.8.220.154//sophia_web/index.asp?codigo_sophia=9067>. Acesso em: 5 abr. 2019.

Nasio, J. D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Ouss, I.; Golse, B.; Georgieff, N. e Widlöcher, D. (2009). *Vers une neuropsychanalyse?* Paris: Odile Jacob.

Pontalis, J.-B. (1973). Le séjour de Freud à Paris. *Pouvoirs. Nouvelle Revue*

Psychanalyse. N°8. Automne. Paris: Gallimard.

Quesnel, A. (1997). *A Grécia: mitos e lendas*. Tradução de Ana Maria Machado. 8 ed. São Paulo: Ática. ISBN 850804280-9.

Rocha, F. J. B. (2012). *Entrevistas Preliminares em Psicanálise: incursões clínico-teóricas*. Coleção Clínica Psicanalítica, dirigida por Flávio Carvalho Ferraz. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rochette, J. (2009). Travail des traces en post-partum immédiat: le blues des quarante jours. In: Ayoun, L., Ayoun, P. e Drossart, F. (2009). *Les traces de l'archaïque*. Collection l'Ailleurs du Corps. Petit Poche. Érès.

Rosa, B.; Winograd, M. Sobre o mal estar hoje: do cérebro à pulsão de morte. *Revista Mal-Estar e Subjetividade* (versão eletrônica), v. XIII, p. 46-80, 2013.

Rey, A. (2011). *Le Petit Robert micro: dictionnaire d'apprentissage de la langue française*. ISBN 978-2-84902-891-9

Santos, E. A. (2016). *A nomeação da doença autoimune: s(e)u-jeito de adoecer*. Trabalho não publicado. Apresentado como requisito para conclusão da disciplina “Tópicos Especiais em Psicanálise”, ministrada pela professora Daniela S. Chatelard. Brasília: Universidade de Brasília.

Strachey, J. Prefácio geral do editor inglês. In: Freud, S. *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)*. Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 1, p. 495.

Solms, M. (2018). *Workshop de Neuropsicanálise*. In: Jornada de Neuropsicanálise. Comunicação verbal, 26-28 de abril, São Paulo.

Toyos, N. M. (2013). O assunto sexual freudiano. Ponto de encontro e divergência entre psicanalistas e neurociências. Calibán: *Revista Latino Americana de Psicanálise*. Vol. 11, nº 2. pp. 189-206.

Trillat, E. (1991). *História da histeria*. Tradução Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta.

Winograd, M. (2004). *Entre o corpo e o psiquismo: a noção de concomitância dependente de Freud*. Psychê, São Paulo, jul.-dez. ano VIII.