

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

CATHARINA FRANZOI MAGLIANO

Histeria na contemporaneidade: o feminino e os transtornos alimentares

SÃO PAULO

2022

CATHARINA FRANZOI MAGLIANO

Histeria na contemporaneidade: o feminino e os transtornos alimentares

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Talitha Ferraz de Souza

SÃO PAULO

2022

## **AGRADECIMENTOS**

A finalização deste trabalho me traz muita felicidade e orgulho. Esse processo que ocorreu em meio a uma pandemia mundial e tinha tudo para ser muito difícil acabou sendo tranquilo e motivador. Por isso, tenho muito a agradecer aos meus professores da graduação, que influenciaram muito no amor que tenho hoje pela psicologia e me proporcionaram inúmeros aprendizados, aspectos que me ajudaram muito na realização deste trabalho. Agradeço principalmente à minha orientadora Talitha, que me escutou e aconselhou sempre com muita atenção e sensibilidade e que com certeza contribuiu muito para o interesse que estou construindo agora pelo campo da pesquisa.

Gostaria de agradecer também aos meus pais que sempre me ensinaram a importância do esforço e da dedicação, aprendizados que eu levo para a vida e que me guiam no meu sonho de me tornar psicóloga. Silvia, minha mãe, sempre foi uma inspiração e me ensinou que nós mulheres somos muito mais fortes do que a sociedade nos diz. Raymundo, meu pai, sempre me mostrou que podemos ser fortes e sensíveis ao mesmo tempo e que temos que sonhar muito alto porque somos capazes de tudo. Minha família, que inclui o meu querido irmão Felipe, sempre foi a parte mais importante da minha vida, amo vocês.

Além disso, agradeço ao meu namorado e melhor amigo Martín, que sempre me apoia nos momentos difíceis, mas também celebra comigo as minhas conquistas. Ele, sem entender muito de psicologia, passou horas ouvindo sobre o meu trabalho e ajudando do jeito que podia, muito obrigada.

Outras pessoas que me ajudaram muito nesse trajeto foram minhas amigas. Agradeço às queridas Julia, Sofia e Fernanda, sou muito grata pelos nossos almoços no CAFIL e as nossas trocas sobre os prazeres e desafios de ser aluna de psicologia. Às minhas amigas da escola, Natalia, Clara, Isabel e Raquel, obrigada por me apoiarem há tanto tempo e tornarem a minha vida tão divertida. Agradeço também às minhas amigas do grupo de estudos, Sofia (novamente), Mariana, Renata, Sofia, Stella, Maria Fernanda e Julia, e à nossa mentora Ana Raquel. Vocês me ensinaram tanto que nem sei como agradecer.

## RESUMO

O presente trabalho visa a discutir a histeria a partir de uma leitura psicanalítica, desde seus primeiros registros até a contemporaneidade. Considerando o tema da histeria como intimamente ligado ao social, essa análise é o tempo todo atravessada pela questão da mulher e do feminino. Realizou-se, assim, uma revisão bibliográfica em bancos de dados virtuais, tais como PePSIC, Scielo e Google Acadêmico, e em livros físicos. A partir disso, pôde-se investigar a histeria ao longo do tempo, pensando desde seus primeiros registros e analisando as diferentes teorias sobre sua etiologia. Dá-se, então, especial atenção às contribuições freudianas, passando pela histeria como sintomatologia, pela concepção de uma estrutura histérica e pelo conceito de identificação histérica. Por fim, são feitas reflexões sobre a histeria na atualidade e, com isso, aproximações entre histeria e os transtornos alimentares, mais especificamente a anorexia e a bulimia, aproximação que é ilustrada por um caso já publicado.

**Palavras-chave:** histeria; psicanálise; anorexia; bulimia; feminino.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>MÉTODO</b> .....	<b>9</b>
<b>1 A ORIGEM DA HISTERIA</b> .....	<b>10</b>
<b>2 HISTERIA E A PSICANÁLISE</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Freud e os <i>Estudos sobre a histeria</i></b> .....	<b>16</b>
2.2 Histeria como estrutura clínica .....	20
2.3 Histeria e identificação .....	24
<b>3 HISTERIA NA ATUALIDADE</b> .....	<b>26</b>
3.1 Transtornos alimentares e histeria .....	27
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAFIA:</b> .....	<b>42</b>

## INTRODUÇÃO

Antigamente, as mulheres e seus corpos eram reverenciados como a fonte criadora da vida. Havia o culto às deusas-mães, como Ísis do antigo Egito, deusa da fertilidade, da maternidade, da cura e da feminilidade, e Gaia da Grécia, encarregada da origem do mundo. Assim, o processo de fertilização e procriação eram primeiramente femininos, enquanto os homens possuíam um papel secundário (MURIBECA, 2013).

Contudo, durante o período Neolítico (aproximadamente de 26.000 a.C. até 5.000 a.C.), a função biológica procriadora passou a ser dominada pelo homem, que conseqüentemente começou a controlar a sexualidade feminina. A mulher, que era vista antes como fecundada pela natureza, passou a ser reconhecida como fecundada pelo homem. Essa mudança social, acompanhada de outros fatores, como a institucionalização do casamento e a passagem para uma transmissão por descendência masculina da herança, levaram à instalação de um controle político, financeiro, sexual e social da mulher. Assim, o útero deixa de ser símbolo de admiração e no imaginário social a mulher passa a invejar o pênis do homem, de modo que o feminino se torna inferior ao masculino (MURIBECA, 2013).

Com a passagem para as religiões monoteístas, as deusas que eram anteriormente veneradas são substituídas por um deus único e homem. O homem passa a ser enaltecido em todos os seus aspectos enquanto as mulheres passam a ser vistas como inferiores e sua sexualidade é colocada como perigosa e desprezível. O desejo e o prazer feminino são descartados, dado que desvirtuariam a mulher de sua única condição possível, como esposa e mãe. Essa supervalorização do pênis e do masculino podem ser pensadas como uma reação de defesa do homem que não é capaz de gestar (MURIBECA, 2013).

Segundo Muribeca (2013), é nesse contexto que surge a denominação de algumas patologias como a histeria. O termo histeria, que significa matriz ou útero, servia para denominar as patologias femininas, dado que segundo Hipócrates, todas as enfermidades das quais as mulheres se queixavam eram causadas pelo útero.

Dessa forma, por um longo tempo da história, a histeria foi sendo vista como essa enfermidade que era causada pelo útero por causa da falta de relações sexuais

(TRILLAT, 1991). E mesmo quando as teorias deixaram de pensar em uma etiologia uterina, elas mantiveram uma concepção de inferioridade da mulher (NUNES, 2010).

Essas foram as mulheres que chegaram aos consultórios de Sigmund Freud, que influenciado por especialistas como Josef Breuer e Jean-Martin Charcot, passou a escutar as histéricas. Nesse sentido, ao de fato escutar essas mulheres que antes tinham seu discurso invalidado, Freud pôde perceber que as histéricas traziam questões fundamentais da sociedade em que viviam (MICHELS, 2001). O pai da psicanálise encontrou uma relação entre os sintomas e a repressão da sexualidade dessas mulheres, o sintoma histérico normalmente relacionado ao corpo servia como uma solução de compromisso entre o Eu e as pulsões que não poderiam se realizar por causa de uma moral cultural. Dessa forma, o adoecimento psíquico dessas mulheres era atravessado pelas repressões sociais (FREUD 1908,1925).

Isso foi pensado por ele em um contexto de classes sociais altas da sociedade vienense, na qual ocorria uma grande opressão sexual com as mulheres, mas isso não se restringe a esse contexto (BLEICHER, 2007). Atualmente também a opressão e a violência contra a mulher geram impactos não apenas socioeconômicos, mas também de saúde mental (MEDEIROS, 2018).

Nesse sentido, o presente estudo se propõe a pensar nessa relação entre o contexto social e o adoecimento psíquico da mulher a partir de uma investigação sobre a histeria e sua relação com o feminino, desde seus primeiros registros até a contemporaneidade.

A histeria não deixou de ser discutida após Freud, mas a sua relevância diminuiu significativamente. Alguns historiadores chegaram a dizer que ela estava em declínio ou havia até mesmo desaparecido, não se viam mais as histéricas de Freud e o termo histeria foi substituído por outros no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) (ÁVILA, TERRA, 2010; QUINET, 2005).

Contudo, alguns autores consideram que mesmo que a histeria não apareça da mesma forma que na época de Freud isso não significa que ela desapareceu. Se as histéricas trazem algo de uma sociedade que não vai bem, quando a sociedade é outra elas também se manifestam de uma maneira diferente (COSTA; LANG, 2016).

Alonso e Fuks (2004, p. 12) discorrem sobre isso:

A histeria apresentou-se nos diferentes momentos da história com diversas vestes, que levam a marca do ethos imperante assim como os conflitos que atravessam uma época. Ao mesmo tempo, pela faceta rebelde e

transgressora que consegue expressar-se por intermédio do sintoma, exerce uma potência de denúncia desses conflitos e, principalmente, do que é censurado em cada momento da história.

Ao longo de uma investigação preliminar, uma das primeiras temáticas que aparecem como possíveis manifestações de histeria contemporânea são os transtornos alimentares, mais especificamente a anorexia e a bulimia (COSTA; LANG, 2016). Essa relação se dá porque a histeria e esses transtornos têm alguns aspectos em comum, como o fato de predominarem entre as mulheres, serem colocados em evidência pelo corpo, caracterizarem-se pela restrição a prazeres básicos e possuírem caráter de epidemias (MELLO NETO, 2006).

A anorexia caracteriza-se por uma restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, enquanto na bulimia o indivíduo come exageradamente em episódios de compulsão alimentar, para depois realizar comportamentos compensatórios como vômitos ou o uso de laxantes. Mesmo sendo dois transtornos diferentes, eles têm vários aspectos em comum e sintomas que se sobrepõem, como o fato de que a anorexia também pode envolver comportamentos de compulsão alimentar purgativa, como vômitos auto induzidos ou uso indevido de laxantes. Além disso, tanto a anorexia quanto a bulimia envolvem uma preocupação excessiva com o peso, um medo intenso de engordar e problemas com a autoimagem (CÂNDIDO et al, 2015).

Em relação à prevalência destes distúrbios alimentares, não há números confiáveis disponíveis no Brasil, já que só os casos mais graves procuram tratamento e, assim, ocorre uma subnotificação. A informação que se tem é de que a reincidência é significativamente maior em mulheres adolescentes e jovens adultas, estima-se que 0,5 a 4% das mulheres desenvolvem anorexia e de 1 a 4,2% desenvolvem bulimia (CÂNDIDO et al, 2015).

Essa predominância nas mulheres parece ter relação direta com o ideal de magreza e boa forma física que ganhou força na sociedade nos últimos tempos, levando a uma insatisfação corporal que é muito comum nos transtornos alimentares e que afeta principalmente as mulheres. Pensa-se, assim, em uma etiologia multifatorial para a anorexia e a bulimia, os fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares interagem entre si para produzir e perpetuar essas patologias (CÂNDIDO et al, 2015).

Além disso, as complicações nas quais a anorexia e a bulimia acarretam são diversas, podendo em último caso levar até mesmo à morte (CÂNDIDO et al, 2015). Mesmo com complicações tão sérias e uma grande relevância de casos na população,

uma pesquisa de Barbosa et al (2019) identificou um decréscimo na produção de artigos referente a esse tema de 2015 a 2018 nas plataformas online PePSIC e Scielo.

A relevância que esses transtornos alimentares têm na sociedade e o perigo que eles acarretam, somado a uma contraditória queda na produção de artigos a seu respeito justifica o foco que é dado neste estudo a esses transtornos como uma das manifestações de histeria.

Dessa forma, a partir de uma pesquisa bibliográfica em psicanálise, esse trabalho visa a pensar a histeria e o feminino, desde seus primórdios até a atualidade, discutindo as possibilidades de uma histeria contemporânea e os transtornos alimentares com uma de suas manifestações.

## MÉTODO

O presente estudo faz uso do método qualitativo de pesquisa em psicanálise. Como coloca Sampaio (2006), a pesquisa em psicanálise é qualitativa, isso porque mesmo que ela possa abranger alguns dados estatísticos, trata-se de uma pesquisa do singular. Contudo, ela não se limita a ele, ela parte do individual para pensar o universal, atravessado sempre pela teoria.

Além disso, quando se pensa na pesquisa em psicanálise é importante ter em mente que o método tem como objetivo a interpretação, ou seja, ela visa ao surgimento de significados que antes não estavam postos, muito ligado ao conceito de inconsciente. Assim, a pesquisa, com a elaboração de um problema, aponta sempre para algo desconhecido e que deseja ser descoberto (SAMPAIO, 2006).

Sampaio (2006) propõe também que é essencial reconhecer que a pesquisa em psicanálise pode sair da clínica e se aventurar por outros campos. Dessa forma, a cultura e o social passam também a ser objeto e local de pesquisa psicanalítica. Isso foi utilizado neste estudo na medida em que ele tem como objetivo pensar na histeria relacionada à questão da mulher na sociedade, analisando principalmente a histeria contemporânea e os transtornos alimentares como uma de suas possibilidades.

Para isso, o presente estudo fez uma revisão bibliográfica sobre esse tema. Nesse processo foram utilizados artigos encontrados em bancos de dados virtuais, tais como PePSIC, Scielo e Google Acadêmico, a partir de palavras-chave: psicanálise, histeria, histeria contemporânea, feminino e transtornos alimentares. Além disso, foram utilizados também livros físicos já adquiridos pela autora ou alugados na biblioteca. A bibliografia foi composta principalmente por produções de Sigmund Freud, Joseph Breuer, Etienne Trillat, Silvia Alonso e Mario Fuks, Táki Cordás e Angélica Claudino, Gustavo Mello Neto et al., Marco Antonio Jorge e Natalia Travassos.

Ademais, para ilustrar melhor a temática dos transtornos alimentares relacionados à histeria contemporânea, utilizou-se um caso já analisado e publicado na pesquisa de mestrado de Alexandre Costa Val chamada *EM DEFESA DA CLÍNICA: A Construção do Caso aplicada à clínica da Anorexia e Bulimia*.

## 1 A ORIGEM DA HISTERIA

A palavra histeria vem do grego *hysteros*, que significa matriz ou útero, e denomina uma doença que foi desde os primórdios associada a esse órgão e à sexualidade feminina. Em 1800 a.C., já era possível encontrar relatos nos papiros egípcios de Lahun de mulheres que não conseguiam se levantar da cama ou se lavar, sintomas que foram relacionados a uma suposta movimentação do útero pelo corpo (JORGE; TRAVASSOS, 2021).

Essa concepção de que o aparelho reprodutor feminino era responsável por certas doenças manteve-se com Hipócrates na Grécia Antiga (460 – 337 a.C.), principalmente com a patologia que o médico ateniense chamava de sufocações da matriz, posteriormente traduzida por Émile Littré, lexicógrafo e filósofo francês, como histeria (TRILLAT, 1991). Nessa visão, devido à privação de relações sexuais, o útero dessecava e perdia peso, deslocando-se pelo corpo em busca de umidade e, à medida em que estacionava, causava problemas de saúde específicos daquela região. Portanto, se o útero parasse no coração, por exemplo, ocorriam ansiedades, opressão e vômitos, já no hipocôndrio a mulher seria acometida por problemas de respiração e convulsões (BELINTANI, 2003).

Dessa forma, para Hipócrates, e posteriormente para Platão, a mulher aproximava-se da animalidade uma vez que seu útero era associado a um “animal que tem apetite de fazer crianças” (p. 21) e, por não ter conseguido suprir esse propósito, causava doenças (JORGE; TRAVASSOS, 2021).

Segundo Étienne Trillat (1991), muitos eram os tratamentos recomendados por Hipócrates, desde ataduras no corpo e substâncias de mau odor nas narinas até a inserção na vagina de pessários com um pouco de lã enrolada em torno de uma pluma e embebida em perfume. Já em termos de prevenção, as recomendações eram mais simples: para as jovens indicava-se o casamento, para as casadas o recomendado era a própria relação sexual, que umedecia e mantinha o útero em seu lugar, e para as viúvas a gravidez.

Nessa perspectiva, a mulher e o corpo feminino eram reduzidos à procriação e seu sofrimento à ausência de relações sexuais para esta finalidade. Assim, como coloca Muribeca (2013, p. 69), “a especificidade do corpo feminino repousa na fragilidade e na predestinação para a maternidade, alimentando a crença de que a anatomia designava seu destino e único desejo: ter filhos”.

Mesmo após o abandono da teoria do deslocamento do útero pelo médico Galeno (131-201), as noções sobre o corpo feminino ainda eram atravessadas pelo desconhecimento. Galeno atribuía a causa da histeria à retenção de uma suposta semente feminina análoga ao esperma masculino. Segundo ele, essas sementes eram lançadas dos ovários, que se assemelhavam aos testículos, para as trompas, e depois passavam pelo útero e pela vagina (TRILLAT, 1991).

Na Idade Média (476-1453), o útero continuou sendo visto como um órgão misterioso para os homens e, com isso, era enxergado como causador das atitudes morais e emocionais das mulheres (MURIBECA, 2013). Além disso, trata-se de um momento histórico no qual concepções religiosas, como as agostinianas, atravessavam o imaginário social, de modo que a sociedade colocava um julgamento moral no prazer sexual, situando-o como pecado (BELINTANI, 2003).

Nesse momento a caracterização da mulher retomava ideias da Antiguidade, enquanto o homem era visto como racional, íntegro, um sujeito com alma, filho de Deus e que conseguia controlar os seus desejos, a mulher aparecia como tentação. Assim, a figura feminina era ligada ao diabo, afastando-se da perfeição e colocando em risco a castidade masculina, muito valorizada na época (ALONSO; FUKS, 2015).

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a mulher tinha sua sexualidade negada e rejeitada, reduzindo a figura feminina somente às suas funções como mãe e esposa, ela era também, por outro lado, hipersexualizada, de modo que a sexualidade feminina se tornou uma ameaça à sociedade e a mulher era constantemente alvo de desconfiança. Federici (2017, p. 175) discorre sobre isso:

Por isso, uma mulher sexualmente ativa constituía um perigo público, uma ameaça à ordem social, já que subvertia o sentido de responsabilidade dos homens e sua capacidade de trabalho e de autocontrole. Para que as mulheres não arruinassem moralmente – ou o que era mais importante, financeiramente – os homens, a sexualidade feminina tinha que ser exorcizada. Isso se alcançava por meio da tortura, da morte na fogueira, assim como pelos interrogatórios meticulosos a que as bruxas eram submetidas, e que eram uma mistura de exorcismo sexual e estupro psicológico.

Com base nessas concepções, a histeria passou a ser vista como a expressão de um prazer sexual e, por isso, a histérica era enxergada como possuída por um demônio, que fazia com que agisse de maneira incontrolável e simulasse doenças. Em vista disso, a Igreja Católica Romana investigava e condenava as mulheres que

se comportavam histericamente como bruxas, enviando-as à fogueira (BELINTANI, 2003).

Dessa forma, a caça às bruxas serviu como instrumento de degradação das mulheres com o intuito de contribuir com suas imagens de fracas, propensas ao mal e repletas de luxúria, de modo a destruir seu poder social e apoiar a ordem patriarcal de controle masculino sobre seus corpos (FEREDECI, 2017).

No século XVII, a histeria encontrava-se novamente no discurso médico com novas visões sobre sua origem. Lange, em 1689, propôs sua teoria dos vapores, dizendo que vapores presentes no útero deslocavam-se até o cérebro através do canal dos nervos, possibilitando assim as diversas formas de histeria. Dessa forma, Lange deixou de lado a imagem de um útero que se movia pelo corpo, mas ainda manteve a concepção uterina da histeria (NUNES 2010).

Por outro lado, nesse momento existiam também teorias que tentavam desassociar a histeria do aparelho reprodutor feminino. Esses pensadores, como Thomas Willis e Thomas Sydenham, acreditavam em uma etiologia neurológica para a histeria (NUNES, 2010). A partir disso, ganharam força visões que já estavam presentes desde o século I com o médico Areteu da Capadócia, de que a doença poderia acometer os dois sexos e não apenas as mulheres (JORGE; TRAVASSOS, 2021).

Contudo, como coloca Nunes (2010), os precursores das teorias neurológicas ainda acreditavam que a histeria ocorria em sua maioria em mulheres, sustentando que elas eram mais suscetíveis a adoecer porque possuíam o corpo, nervos e temperamento mais frágeis do que dos homens. Dessa forma, mesmo com a mudança de concepção sobre a etiologia da histeria e o consequente fortalecimento de teorias sobre a histeria masculina, manteve-se a concepção do feminino como diferente do masculino, ou seja, inferior a ele.

Nessa lógica, essa proximidade da histeria com o campo do feminino observada ao longo dos séculos XVIII e XIX acabava sendo utilizada socialmente para fazer a manutenção da concepção de diferença entre os sexos que dava força à consolidação da imagem ideal da mulher como atrelada unicamente ao casamento e à maternidade. Por consequência, tudo que fugisse desse padrão era enxergado como desviante e antinatural (NUNES, 2010).

Ainda nesse momento histórico, ficou conhecida outra teoria sobre as doenças que foi usada para a histeria, o magnetismo animal do médico Franz Anton Mesmer.

Segundo ele, as doenças nervosas, incluindo a histeria, podiam ser descritas como um desequilíbrio do fluido universal que o paciente possuía em seu corpo. O tratamento constava, portanto, em redirecionar esse fluido, movimento que poderia ser realizado por ímãs. Com isso, provocava-se convulsões nos doentes, principalmente mulheres, para que pudessem ser curados (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Em 1841, o cirurgião James Braid assistiu a uma demonstração de Lafontaine, seguidor da teoria de Franz Anton Mesmer, sobre o sono magnético. Analisando essa apresentação, Braid propôs que o sono magnético funcionava não por causa do fluido universal de Mesmer, mas decorrente da fixação do olhar em um objeto brilhante. A partir disso, o cirurgião passou a fazer experimentos com diferentes objetos que resultaram no sujeito pegando no sono em alguns minutos, contestando o papel do magnetismo nesse adormecimento. James Braid publicou, então, seus achados, substituindo o magnetismo animal pela hipnose, palavra inventada por ele (TRILLAT, 1991).

Além disso, Trillat (1991) relata outra contribuição relevante que James Braid fez para a história da histeria. O médico observou que a hipnose permitia com que se reproduzissem sintomas histéricos em sujeitos que não os possuíam. Dessa forma, ele constatou a possibilidade da sugestão no aparecimento ou desaparecimento dessas patologias como na catalepsia, doença que impossibilita o movimento de um dos membros ou até mesmo a fala.

Em 1758, o médico francês Joseph Raulin relatou um aspecto importante da histeria, dizendo que essa doença se tornou epidêmica e contagiosa (ÁVILA; TERRA, 2010). Essa questão pôde ser observada em muitos momentos, como no caso que apareceu em alguns registros do século XVII, no qual um homem da Dalmácia teve convulsões depois de ver outro em um ataque epilético (JORGE; TRAVASSOS, 2021).

Essa sensibilidade ao contágio, somada a possibilidade de reprodução dos sintomas, fez com que muitas vezes a histeria fosse rejeitada pela medicina. Isso ocorria porque esse debate suscitava uma visão da histeria como uma simulação, como se a histérica fosse consciente de suas ações (JORGE; TRAVASSOS, 2021).

Essa questão fica clara com a visão do psiquiatra Jules Falret (1824-1902). Para ele, a histérica era enganadora, ligada ao excesso, à falsidade teatral e a uma

loucura moral. De acordo com Jules Falret (séc. XIX, citado por JORGE; TRAVASSOS, 2021, pg.23):

Essas doentes são verdadeiras atrizes; enganar as pessoas com quem se relacionam é seu maior prazer. As histéricas, que exageram até seus movimentos convulsivos [...], travestem e exageram, também todos os movimentos de sua alma, todas as suas ideias e todos os seus atos. [...] Numa palavra, a vida das histéricas não é mais que uma mentira perpétua, elas assumem ares de piedade e devoção, chegando a se fazer passar por santas, ao passo que, em segredo, abandonam-se às ações mais vergonhosas, quando criam cenas das mais violentas com seus filhos e maridos, em que dizem grosserias e obscenidades, abandonando-se às coisas mais desordenadas [...].

É possível perceber a força dessa visão e sua relação com a crença na inferioridade das mulheres pelo próprio fato da palavra histeria ter passado a ser usada de maneira pejorativa para caracterizar com desprezo aquilo que é visto como excesso no feminino (JORGE; TRAVASSOS, 2021).

A partir de 1846, o médico Paul Briquet também se dedicou ao estudo da histeria. Com base em sua experiência no hospital Charité, ele acreditava que os sintomas histéricos tratavam-se de repetições de paixões ruins, como afecções, emoções tristes e sensações penosas, dando muita relevância aos traumatismos psicológicos. Dessa forma, uma mulher reproduzia crises de lágrimas, espasmos de opressão e estrangulação porque tivera uma crise inicial que provocou mágoas profundas. Nessa lógica, a sufocação do útero seria uma descarga emocional e uma mulher que teve uma sensação original de medo, terá sintomas histéricos como gritos, tremores e convulsões muito fortes (TRILLAT, 1991).

Portanto, foi Paul Briquet o primeiro a atribuir um sentido à crise dado pela história do paciente histérico (TRILLAT, 1991). A partir disso, o médico introduziu na discussão sobre a histeria aspectos sociológicos e materiais, como as condições de vida e do trabalho e as fases e movimentos da natureza (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Ainda na segunda metade do século XIX, o neurologista Jean-Martin Charcot (1825-1893) tornou-se uma grande referência no estudo da histeria. Charcot, assim como Briquet, discordava de uma tese difundida na época de que a histeria era ocasionada por desejos sexuais frustrados. Contudo, ele identificava de fato uma relação entre os sintomas e a sexualidade dessas mulheres. (JORGE; TRAVASSOS, 2021) Com Charcot, a histeria é vista como uma neurose e é associada por ele a causas traumáticas (BELINTANI, 2003).

A teoria de Charcot era sustentada no seu trabalho com as mulheres do hospital de Salpêtrière, em Paris. Esse estabelecimento era considerado como um asilo, assemelhando-se a um hospício, e ali eram isolados dois assuntos marginalizados da sociedade, as mulheres e os loucos (COSTA; LANG, 2016). Era nesse espaço que Charcot fazia a constatação de suas teorias, o médico hipnotizava essas mulheres e fabricava sintomas histéricos para logo após suprimi-los (BELINTANI, 2003).

Segundo Roudinesco e Plon (1998), é por isso que o neurologista foi criticado por Hippolyte Berheim, líder da Escola de Nancy, de fabricar sintomas por sugestão e, ao invés de tratar as doentes do hospital, usá-las como cobaias em seus experimentos. Mesmo assim, Charcot foi muito importante para a história da histeria e influenciou fortemente as ideias de Sigmund Freud que, com o estudo das histéricas, iniciou as suas teorizações sobre o inconsciente e criou a psicanálise.

## 2 HISTERIA E A PSICANÁLISE

### 2.1 Freud e os *Estudos sobre a histeria*

Além da influência de Jean-Martin Charcot, Sigmund Freud aproximou-se ainda mais da histeria pela influência do médico de família Josef Breuer. Ele compartilhou com Freud o caso de uma jovem que estava atendendo, tratava-se de uma mulher que havia adoecido enquanto cuidava do pai doente, apresentando sintomas como dores e paralisias no corpo, problemas de visão e dificuldades da fala. Berta Pappenheim, com o nome fictício de Anna O, foi, então, acompanhada de perto por Breuer, que começou a hipnotizá-la com a finalidade de compreender melhor seus sintomas e suas causas (FREUD; BREUER, 1893-1895).

Um dos sintomas de Anna O. era a hidrofobia, a jovem sentia muita vontade de beber água, mas quando tentava colocar o copo na boca repelia-o. Por causa disso, a jovem já estava há seis semanas comendo frutas ricas em água para suprir essa necessidade de hidratação. Foi durante o atendimento com Breuer que, de maneira espontânea, a menina em hipnose contou a história que havia achado repugnante de quando viu o cão de sua dama de companhia, de quem não gostava, bebendo de um copo no seu quarto. A partir dessa lembrança, a paciente acordou com o copo de água na boca e continuou bebendo sem oposição (FREUD; BREUER, 1893-1895).

Fundamentado nisso, Josef Breuer desenvolveu seu método de tratamento. Ele utilizava a hipnose para fazer com que as pacientes se recordassem de um momento que havia causado seu sintoma, e quando essa lembrança era recuperada e as pacientes reviviam aquele afeto de maneira intensa, seus sintomas eram suprimidos. No momento em que elas estavam acordadas, não conseguiam se lembrar do acontecimento, mas isso era possível sob o efeito da hipnose (FREUD; BREUER, 1893-1895).

Um outro exemplo que demonstra com clareza a conexão que Anna O hipnotizada estabeleceu entre o sintoma e um evento vivido está relacionado à paralisção de seu braço direito. A jovem estava sentada um dia no leito de seu pai doente com o braço direito apoiado na poltrona e em um sonho acordado viu uma serpente negra se aproximando dele para atacá-lo. Breuer defendeu que a menina provavelmente havia tentando espantar a cobra com o braço direito, mas não conseguiu mexê-lo, de forma que o sintoma surgiu. Após essa lembrança em hipnose seu sintoma foi suprimido. Mesmo que esse sintoma em específico reapareceu com

alguns outros acontecimentos, foi a partir do uso contínuo desse método, que, segundo o médico, todos os sintomas puderam ser eliminados e Anna O foi curada (FREUD; BREUER, 1893-1895).

Freud (1925) afirmou que ficou muito interessado nesse caso e no trabalho do médico e a partir do caso de Emmy Von N, mulher de 40 anos com diversos sintomas de fala, fobias e dores no corpo, Freud passou a utilizar o método terapêutico de Breuer. Além disso, Freud insistiu para eles escreverem sobre sua teoria juntos. Depois de certa resistência, o médico de família concordou e em 1893 eles publicaram o texto *Sobre os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos*.

Nesse trabalho Freud e Breuer (1893-1895) discutiram as explicações de como se dá essa ligação entre o acontecimento e o sintoma. Segundo eles, durante a vida ocorrem diversos eventos afetadores e o sujeito tem reações energéticas a eles, de modo que uma grande parte do afeto se descarrega, como no caso de um choro intenso depois de um acontecimento difícil. Contudo, caso a reação não tenha sido suficientemente intensa para aquele evento, o afeto permanece ligado a essa lembrança. Dessa forma, eles chegaram à conclusão de que a lembrança funciona como causa dos fenômenos histéricos e, portanto, de que a histérica sofre das reminiscências.

Nesse sentido, o tratamento catártico criado por Breuer funcionava de modo que o sujeito em hipnose lembrava do evento e através da fala ele podia ab-reagir, ou seja, desamarrar o afeto e a lembrança e suprimir seus efeitos patológicos. Assim, Breuer e Freud colocaram que o método catártico era mais eficaz que a remoção por sugestão, que estava sendo praticado no momento pelos terapeutas, já que eliminava frequentemente e permanentemente os ataques e sintomas histéricos duradouros (FREUD; BREUER, 1893-1895).

A partir do caso Lucy R., Freud teorizou sobre alguns conceitos importantes para a psicanálise. Para ele, o sintoma é resultante de um conflito entre o Eu e ideias incompatíveis com ele. Para resolver esse confronto, uma força repressora desvia a excitação para o corpo, ocorrendo uma conversão (FREUD; BREUER, 1893-1895).

É por causa dessa conversão que posteriormente Freud irá chamar essa neurose de histeria de conversão, se contrapondo àquilo que ele irá teorizar como histeria de angústia. Nos dois casos de histeria o recalque opera separando o afeto da representação, sendo essa última tornada inconsciente. Dessa forma, esse material inconsciente passará a ser acessível para o sujeito apenas indiretamente,

como através de sonhos e atos falhos. Contudo, na histeria de angústia a libido não é convertida para uma parte do corpo, como é na histeria de conversão, mas sim libertada sob a forma de angústia (LAPLANCHE, 2016).

A histeria de angústia foi teorizada por Freud no caso do Pequeno Hans, menino com medo excessivo de cavalos, e aproxima-se muitas vezes da fobia. É importante, porém, atentar-se ao fato de que histeria de angústia e a neurose fóbica não podem ser consideradas exatamente como sinônimos, dado que o termo histeria de angústia enfatiza o mecanismo que resulta na angústia livre, colocando o deslocamento do objeto fóbico como algo secundário (LAPLANCHE, 2016).

Em relação a histeria de conversão, que será a ênfase do presente estudo, seus sintomas aparecem também no livro *Estudos sobre a Histeria* de Freud e Breuer (1893-1895) no relato do atendimento de Elizabeth Von R. A mulher possuía dores fortes nas pernas, sem qualquer indício de alterações orgânicas. Durante as sessões relatou para Sigmund Freud desejos que possuía, como o interesse por um jovem e pelo seu cunhado, mas que se opunham ao seu Eu, pois acreditava que o jovem dificultava a atenção que deveria ter com seu pai doente, e o cunhado não deveria ser de seu interesse por ser esposo de sua irmã muito adorada.

Observa-se nesse caso algo muito característico da histeria: uma forte ligação entre os conflitos psíquicos e o corpo do sujeito. A partir do corpo da histérica, Freud passou a pensar em um corpo erógeno, ou seja, um corpo que tem todos os seus órgãos, e não apenas os reprodutivos, atravessados por uma excitação. Assim, o corpo que aparece nessa construção da psicanálise é um corpo pulsional, sendo a pulsão essa força que se encontra entre o somático e o psíquico e que representa os estímulos provenientes do interior do corpo (FREUD, 1914, 1915, 1925).

Dessa forma, a histeria deixa marcas nesse corpo e essas marcas se colocam como um enigma, que se decifrado revela algo sobre a própria existência desse sujeito. (FIORAVANTI, 2005). Como coloca Antonio Quinet (2005), o corpo pode ser enxergado como o lugar onde se inscreve simbolicamente o inconsciente e, assim, a história do indivíduo.

Além disso, outro aspecto fundamental que Freud traz com esse caso é a relação simbólica que se estabelece entre o sintoma e a vida do paciente. Esse ponto fica evidente na fala da paciente quando relata que se sentia desamparada ao tentar estabelecer uma nova vida para a família após a morte do pai, e é descrita por Freud

(1893-1895, p.219) como “não saia do lugar”, movimento que pode ser metaforicamente relacionado às pernas, local de um dos sintomas.

Apesar de escreverem conjuntamente o livro *Estudos sobre a histeria*, Freud e Breuer não concordavam com tudo em relação à histeria. Um exemplo de discordância foi em relação ao momento em que um processo se torna patogênico. Josef Breuer acreditava em uma teoria fisiológica, o processo patológico ocorria se os processos haviam se iniciado em estados psíquicos excepcionais. Já Sigmund Freud acreditava que havia um conflito de forças em jogo, com a ação de intenções e tendências (FREUD, 1925).

Além disso, os médicos discordavam em relação à hipnose. Embora Freud tivesse passando a utilizar o método hipnótico de Breuer, ele relatou já no caso de sua paciente Lucy R. que muitas vezes não conseguia fazer com que as pacientes fossem hipnotizadas, de modo a abandoná-lo em certo momento (FREUD; BREUER, 1893-1895). Posteriormente, Freud contou que esse abandono teve também relação com alguns outros problemas com o uso do hipnotismo, como o fato de que os resultados do método desapareciam quando a relação com o paciente não estava boa ou o fato de acreditar que existia um elemento místico indesejado no seu uso. Frente a essas dificuldades, ele lembrou-se de Bernheim, que dizia que as lembranças dos sujeitos podiam também ser relembradas a partir de um toque da mão do analista na cabeça do paciente dizendo que ele sabia o que estava esquecido. A partir disso, Freud passou a utilizar essa técnica (FREUD, 1925).

Dessa forma, com o abandono da hipnose, Freud passou a de fato escutar as históricas, dando voz a essas mulheres que vivenciavam uma sociedade machista que oprimia e invalidava seus discursos. Como coloca Michels (2001, p.37):

Freud não se apropriou da histeria como de um território a ser conquistado, mas a abordou, antes, como um discurso a ser descoberto e estudado. Deixando-se ensinar por essa palavra incômoda e inaudita, inqualificável e inclassificável, quando não no modo do opróbrio ou da exclusão, ele pôde achar aí a fonte de inspiração para a elaboração de uma nova discursividade.

No tocante às especificidades das excitações afetivas que atuavam nas neuroses, Freud e Breuer também encontravam discordâncias. Freud começou a encontrar a questão sexual com muita frequência nos seus casos e, a partir disso, constatou que eram os conflitos sexuais responsáveis pelas histerias e outras neuroses (FREUD, 1925).

Sigmund Freud (1925) conta que no desenvolvimento da teoria psicanalítica ele foi se aprofundando nas questões sexuais e deduzindo mais informações sobre a

constituição do sujeito. Um primeiro ponto que ele percebeu foi a importância das questões sexuais já na infância. A partir disso, Freud elaborou a teoria da sexualidade infantil, hipótese muito criticada na época, dado que a infância deveria ser esse momento de pureza e inocência.

Ademais, o pai da psicanálise observou que algumas histéricas traziam uma situação de abuso sexual e isso tornou-se fundamental para a sua teorização sobre essas pacientes. Contudo, em determinado momento teve de reconhecer que muitas vezes esses abusos não haviam acontecido e, assim, que os sintomas neuróticos não estavam associados a vivências reais, mas sim a fantasias que envolviam o desejo (FREUD, 1925).

Esse fator sexual dos sintomas neuróticos é especialmente importante por causa da sociedade em que essas histéricas aparecem, uma civilização que está atravessada por uma moral sexual cultural. Freud coloca até mesmo que essa sociedade é fundamentada na repressão das pulsões, e, assim, na repressão da vida sexual da população. O adoecimento psíquico é, portanto, atravessado pelas proibições e normas sociais (FREUD 1908,1925).

Para falar sobre isso, Freud parte do que ele observou com suas pacientes, mulheres de classes sociais altas da sociedade vienense. Nesse contexto, a opressão sexual se dava intensamente, com um cenário onde as mulheres tinham que esconder seus corpos com roupas e não podiam nem mesmo dizer a palavra calças, chamavam-nas de indizíveis (BLEICHER, 2007). Dessa forma, a potência revolucionária da histeria está ligada ao fato de que seus sintomas aparecem como algo que escapa, revelando muito sobre a sociedade em que esse adoecimento ocorre (ALONSO; FUKS, 2015).

## **2.2 Histeria como estrutura clínica**

Mesmo que a histeria tenha marcado o início da psicanálise, ela não é deixada de lado na medida em que essa teoria se desenvolve. Muito pelo contrário, ao longo do tempo Freud frequentemente retorna à histeria para repensá-la e reestruturá-la com suas novas descobertas. Uma das reformulações pôde ser pensada a partir de uma das suas análises, o caso Dora. Nesse caso, Freud propôs que a histérica poderia ser vista como qualquer pessoa que frente a uma possibilidade de excitação sexual sofra de um desprazer. Em um outro momento, o psicanalista colocou também que a histeria caracteriza-se por um enigma contraditório, a histérica possui uma

necessidade sexual excessiva, ao mesmo tempo em que recusa exageradamente a sexualidade. A partir dessa caracterização da sexualidade das histéricas, Sigmund Freud pôde ir além da histeria como patologia e pensá-la agora como estrutura clínica (QUINET, 2005).

Essa nova concepção da histeria como estrutura clínica é um resultado do que Freud irá chamar de complexo de Édipo. Como coloca Moreira (2004, p.129), o Édipo pode ser descrito como o complexo nuclear das neuroses e o ponto decisivo da sexualidade humana, “será a partir do Édipo que o sujeito irá estruturar e organizar o seu vir-a-ser, sobretudo em torno da diferenciação entre os sexos e de seu posicionamento frente à angústia de castração”.

O complexo de Édipo refere-se a uma relação triangular que está posta em um momento do desenvolvimento do sujeito. Tomando o menino como referência, Freud mostrou que há em determinado momento do desenvolvimento infantil uma coexistência de dois movimentos na criança, por um lado ele dispõe de uma identificação com o pai, tomando-o como modelo, e por outro lado apresentam-se nesse garoto desejos amorosos direcionados à mãe. Contudo, o garoto percebe que o pai impede ele e a mãe de estarem juntos, de modo que o pai simboliza uma lei ou uma intervenção. Por causa disso, o menino, que deseja estar no lugar do pai, passa a ter sentimentos ambivalente em relação a ele, dado que ao mesmo tempo ele possui sentimentos de ternura e hostilidade direcionados a essa figura paterna (FREUD, 1921).

A partir das descobertas provenientes da clínica, associada à teoria de disposição bissexual universal dos indivíduos, o complexo de Édipo freudiano irá ser levado além. Freud percebe que se coloca também uma versão negativa do Édipo que se apresenta concomitantemente à versão original. Assim, ao mesmo tempo em que o objeto de desejo do menino é a mãe e o rival é o pai, também o pai se coloca como objeto de desejo e a mãe como rival dessa criança, de modo a complexificar essas relações (ALONSO; FUKS, 2015).

No texto *A dissolução do complexo de Édipo* (1924), Freud discorre sobre a resolução desse conflito familiar através do que ele irá chamar de complexo de castração. Em determinado momento, o menino passa a dirigir seu interesse ao seu genital, e quando manipula-o, seu comportamento é repreendido pelos adultos. Coloca-se para ele, então, a ameaça de que irão roubar esse órgão tão valioso, teoria que lhe é confirmada quando vê que a menina não possui esse órgão, interpretado

por ele pelo fato de que ela foi castrada. Então, o menino relaciona isso com o investimento libidinal nos pais e, assim, para poder preservar aquilo que tem, ele deve abandonar esses objetos.

Essa renúncia pulsional realizada pelo menino é fundamental para a inserção subjetiva do indivíduo na sociedade, dado que a interdição do incesto funciona como um ponto essencial da entrada na cultura. Dessa forma, o complexo de Édipo funciona como o processo que possibilita a constituição subjetiva do sujeito, a instauração da instância moral no psiquismo, o Superego, e também que permite a própria socialização do sujeito, indo além do âmbito individual (ALONSO; FUKS, 2015).

Contudo, na menina esse processo ocorre de uma maneira diferente. Enquanto para o menino o complexo de castração destrói o complexo de Édipo, para a menina é ele que iniciará o complexo de Édipo. A partir de determinado momento em sua teoria, Freud afirma que a mãe também é o primeiro objeto de amor para a menina, mas que esse objeto é abandonado e substituído pelo pai. Isso acontece porque com a visão da diferença anatômica entre os sexos, a menina irá perceber que há algo nela que falta, o pênis, e irá culpar sua mãe por isso (FREUD, 1933).

A partir disso, colocam-se três saídas possíveis do complexo de castração para a menina, sendo apenas a terceira o caminho para a feminilidade normal. O conceito de feminilidade está aqui relacionado às metas passivas, que diferem do conceito de passividade por precisarem de uma dose de atividade para serem alcançadas. Relacionado a isso, Freud critica a equiparação do conceito de masculinidade com a atividade e de feminilidade com a passividade, dizendo que essas características existem nos dois gêneros, e alerta até mesmo para a influência da organização social que empurra as mulheres para situações passivas (FREUD, 1933).

A primeira dessas saídas para o complexo de castração é a inibição sexual ou neurose, na qual ocorre uma renúncia à satisfação masturbatória com o clitóris, uma rejeição de seu amor à mãe e um recalçamento de sua sexualidade (FREUD, 1933). Assim, esse movimento de afastamento da sexualidade, característica da primeira saída possível do complexo de castração, configura-se como o caminho para a neurose histérica (ALONSO; FUKS, 2015).

A segunda saída possível é a partir do complexo de masculinidade, que consiste em uma recusa da passividade, o que faz com que haja um posicionamento masculino. Já no terceiro caso, há o desenvolvimento da feminilidade normal. Com isso, através da equação simbólica freudiana pênis=bebê, o desejo de ter um pênis é

substituído pelo desejo de ter um bebê e, com esse objetivo, a menina toma o pai como objeto amoroso, dando início ao complexo de Édipo feminino (FREUD, 1933).

Segundo essa teoria, dado que na menina não há algo como no menino para destruir o complexo de Édipo, ela irá permanecer nele por tempo indefinido, de modo que o Superego feminino sofrerá prejuízos. Freud (1925, p.267/278) discorre sobre isso:

Hesitamos em expressar isto, mas não podemos nos esquivar da noção de que o nível do que é eticamente normal vem a ser outro para a mulher. O Super-eu jamais se torna tão inexorável, tão impessoal, tão independente de suas origens afetivas como se requer que seja no homem. Traços de caráter que sempre foram criticados na mulher — que ela mostra menos senso de justiça que o homem, menor inclinação a submeter-se às grandes exigências da vida, que é mais frequentemente guiada por sentimentos afetuosos e hostis ao tomar decisões — encontrariam fundamento suficiente na distinta formação do Super-eu que acabamos de inferir.

Hoje em dia já é possível pensar que há na teoria freudiana uma sobreposição do conceito de pênis e falo, de modo que se pensarmos no falo em sua dimensão imaginária e simbólica, ele passa a não ser privilégio nem do sexo feminino nem do sexo masculino. Nessa lógica, a questão do feminino (passivo) e masculino (ativo) que Freud tentou dissociar de mulher e homem também volta a se confundir. Assim, essa visão freudiana pode dar espaço para uma visão sexista e preconceituosa das qualidades intelectuais e éticas da mulher (ALONSO; FUKS, 2015).

Além disso, a questão da substituição do desejo do pênis pelo desejo do bebê coloca em questão as escassas pretensões possíveis para as mulheres no contexto social de Freud. Ainda nesse momento histórico, a única aspiração possível para a mulher era na maternidade, algo que o Freud acabou por naturalizar como algo inerente ao desenvolvimento feminino (KEHL, 2016).

Dessa forma, enquanto por um lado Freud se presta ao papel de realmente escutar as históricas e de denunciar estereótipos e opressões das mulheres, como as restrições impostas sobre a sua satisfação sexual, por outro lado sua teoria muitas vezes caminha em direção a reafirmar estereótipos sobre o feminino. Kehl (2016, p.174) explora essa questão:

Ao descrever no que se transforma a mulher que renuncia, primeiro à masculinidade, depois ao amor incestuoso pelo pai, em consequência não dá angústia, mas da decepção, Freud se refere ao “alto grau de narcisismo”, à vaidade excessiva (já que a beleza é uma das poucas compensações fálicas da mulher), ao pudor, que seria por excelência feminino (...), em função do horror que a castração produz. Ele se refere também às “baixas aquisições sublimatórias” das mulheres, que só contribuíram para a civilização com as atividades de tecer e fiar panos para esconder sua falta; a “preponderância da inveja na vida anímica”, herdeira da inveja do pênis; o “pouco senso de

justiça” e os “interesses sociais fracos”, consequência da falha na formação do supereu das mulheres.

Dessa forma, novamente nesse momento histórico a histeria aparece como uma maneira de expressão de um sofrimento psíquico associado a uma questão social. É por isso que Dostoiévski caracteriza a histeria como a salvação das mulheres, a histeria pode ser vista como a denúncia que essas mulheres fazem dos ideais tradicionais de feminilidade presentes nessa sociedade que estavam em desacordo com suas aspirações (KEHL, 2016).

### **2.3 Histeria e identificação**

Um último ponto que merece destaque na teoria freudiana sobre a histeria é a questão da identificação, aspecto que pode ser relacionado ao que foi discutido no primeiro capítulo sobre o contágio. Para falar sobre identificação, é interessante pensar em dois exemplos freudianos. O primeiro é a análise do sonho da Bela Açougueira, onde a paciente de Freud questiona sua teoria sobre o sonho serem realizações de desejo, dizendo que tem um sonho que não é uma realização. Segue então o sonho:

Pretendo oferecer um jantar, no entanto, nada tenho em casa além de um pouco de salmão defumado. Penso em fazer compras, mas me lembro de que é uma tarde de domingo, quando todas as lojas estão fechadas. Pretendo então ligar para alguns fornecedores, mas o telefone está com defeito. Assim, sou obrigada a desistir do meu desejo de oferecer um jantar. (FREUD, 1900, p. 181)

Alonso e Fuks (2015) discutem um ponto interessante desse relato que é o lugar que a paciente ocupa na situação transferencial com Freud. Essa posição de questionar a própria teoria, o saber do analista e a possibilidade de que ele confirme sua teoria é comum da histérica.

Além disso, na análise do sonho aparecem pontos importantes sobre as relações desse sonho com a vida da paciente. A primeira questão é que seu marido tinha lhe falado que queria emagrecer e, assim, não desejava aceitar convites para jantar fora. Seu marido também disse que um pintor quis retratá-lo, mas que ele falou a ele que tinha certeza de que o pintor preferiria um pedaço do traseiro de uma bela moça ao seu rosto inteiro. Um terceiro ponto que apareceu no sonho é de que a paciente disse que estava apaixonada por seu marido e que brincava com ele, sempre insistindo para que ele não lhe trouxesse caviar mesmo que gostava muito de comê-lo pela manhã (FREUD, 1900).

Aparece aqui, portanto, outro aspecto frequente na histeria: o desejo insatisfeito. Outro exemplo que ilustra bem isso é o de uma senhora que se queixava muito de vontade de comer carne, mas quando foi convidada para ir na churrascaria comeu peixe. Na teoria freudiana, o desejo insatisfeito conduz à frustração pela falta do pênis, frustração direcionada à mãe que não teria lhe dado esse órgão (ALONSO; FUKS, 2015).

A identificação histórica no caso da Bela Açougueira se dá relacionado a uma amiga que o prato favorito é salmão, que é justamente a comida da qual ela se priva, da mesma forma que a paciente de Freud se priva do caviar. Assim, as duas tem um desejo que não se realiza, mas ela não sonha que o desejo da amiga não se satisfaz, mas sim o seu, identificando-se com essa amiga. (ALONSO; FUKS, 2015).

O segundo exemplo de identificação histórica relatado por Freud é de um pensionato no qual uma das garotas que ali vivia recebeu uma carta de alguém que amava secretamente e essa carta lhe fez sentir ciúmes, de modo que reagiu com o que Freud chama de ataque histérico. Em seguida, algumas amigas que souberam do ocorrido também tiveram esse ataque através de uma “infecção psíquica” (FREUD, 1921, pg.64).

Freud traz, então, como a identificação é um aspecto fundamental na constituição dos sintomas históricos, sendo que a identificação não é imitação, a imitação é apenas o instrumento. O exemplo acima esclarece como a identificação na histórica ocorre no sentido de colocar-se na mesma situação de desejo do outro, algo importante nessa estrutura (ALONSO; FUKS, 2015).

Todos os aspectos sobre a histeria trazidos pela psicanálise e aqui citados contribuíram muito para a sua discussão. Contudo, ao longo do tempo parece que a histeria e as históricas caíram no esquecimento, sendo muitas vezes transformadas em uma ideia mítica (COSTA; LANG, 2016). Contudo, nos próximos capítulos, coloca-se a discussão sobre a permanência da histeria, pensando na possibilidade de falar sobre uma histeria atual, mesmo que sob novas formas.

### 3 HISTERIA NA ATUALIDADE

No ideal médico biologizante atual, que é influenciado por pesquisas organicistas, laboratórios farmacêuticos e planos de saúde, o termo histeria vai aos poucos sendo rejeitado e outras patologias vão sendo colocadas em seu lugar. Na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e na décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), os termos neurose e histeria são abolidos e no seu lugar aparecem os “transtornos dissociativos e somatoformes” (QUINET, 2005).

O desaparecimento da histeria dos diversos manuais médicos aparece como um esforço de tornar os diagnósticos das patologias mais quantificáveis, através de uma lógica de exatidão e mensuração. Contudo, isso apresenta-se mais como um retrocesso do que como um passo no caminho do desenvolvimento, dado que a histeria deve ser vista como um conjunto de sintomas como princípios próprios, indeterminados e mutáveis (ÁVILA; TERRA, 2010).

Christaki (2015, p. 34) discorre sobre isso:

Se o homem da religião queimou a histórica como bruxa, o mestre contemporâneo fez dela uma nomenclatura desaparecida. Apagada das classificações semiológicas da psiquiatria internacional, a histeria transforma-se em denominação controlada, que se declina em transtornos de todo tipo, verdadeiro produto contemporâneo, cuja peculiaridade é a de ser muito lucrativo. Mudança de paradigma, pode-se dizer!

Assim, é exterminada da psiquiatria, junto com o termo “histeria”, a própria subjetividade do indivíduo (QUINET, 2005).

Como consequência desse processo de desaparecimento dos manuais médicos e da dificuldade de enquadrar os sintomas dentro do diagnóstico de histeria, alguns autores e historiadores passaram a entender que a histeria estava em declínio ou até mesmo havia desaparecido para sempre (ÁVILA; TERRA, 2010).

As causas encontradas para isso foram de que a partir do século XX as pessoas passaram a ter um maior autoconhecimento emocional e assim não seria mais necessário expressar seus conflitos emocionais através de sintomas físicos, como era antigamente. Além disso, pensa-se que se trata de uma mudança cultural, dado que a histeria é uma doença intimamente ligada ao social, coloca-se que atualmente a sociedade não sofre mais com a repressão sexual que ocorria antigamente. Nessa lógica, os sintomas histéricos, formados pela restrição das pulsões, não se constituiriam (ÁVILA; TERRA, 2010).

Contudo, discute-se que o fato de mesmo que os sujeitos tenham um suposto maior autoconhecimento emocional e poder haver ocorrido uma abertura sexual, isso não faz com que os indivíduos não estejam mais sofrendo, mas apenas que os motivos de sofrimento sejam diferentes. Teóricos colocam que agora a sexualidade atingiu o polo oposto, antigamente o imperativo era o de “não gozar” e hoje é o de “gozar a qualquer preço”. A partir disso, o sujeito é colocado em um ideal de liberdade que pode chegar a aprisioná-lo, em um mundo onde tudo é permitido, os indivíduos não são exigidos de reflexões e escolhas. Os sujeitos não são mais tão demandados, mas também não há um oferecimento de suporte para sua realidade, que em outro momento era organizada pela decepção ou insatisfação (COSTA; LANG, 2016).

Em relação a isso, Costa e Lang (2016, p.119) colocam:

O fato é que o mal-estar atual é diferente daquele que Freud indicou, e talvez possamos dizer que a neurose, enquanto representante de uma defesa contra a falta nos dias de hoje, apresente uma defesa contra os excessos. É possível que nisso se constitua uma explicação para a epidemia de alguns sintomas hoje em dia, sejam eles classificados como orgânicos ou psíquicos.

Pode-se pensar, então, que a histeria não desapareceu, mas apenas aparece sob novas vestes. A partir disso, como coloca Quinet (2005, p.122), enquanto muitas vezes na sociedade procura-se calar a histérica, “desclassificando-a, neuroleptizando-a, diabolizando-a, remediando-a”, a psicanálise funciona como resistência, o analista coloca-se na posição de deixá-la falar.

A partir disso, muito se discute sobre quais são essas novas formas nas quais a histeria aparece e os maus estares que elas denunciam. Costa e Lang (2016) defendem que as expressões sintomáticas que atualizam a denúncia do mal-estar contemporâneo são a depressão e o pânico. Além dessas, estão também as que eles classificam como dentro do espectro histérico: a anorexia, a bulimia, as dismorfias corporais e as doenças identificadas como síndrome de dor crônica, como a fibromialgia.

O presente estudo abordará nos próximos capítulos detalhadamente a questão dos transtornos alimentares, como possibilidades de uma reatualização da histeria.

### **3.1 Transtornos alimentares e histeria**

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2014) caracteriza os transtornos alimentares como:

Uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada

de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. (p. 329)

Dentre eles estão o transtorno alimentar restritivo/evitativo, a pica, o transtorno de ruminação, o transtorno de compulsão alimentar, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Segue definições desses transtornos abaixo.

O Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo pode ser caracterizado por uma dificuldade na alimentação adequada, não satisfazendo as necessidades nutricionais e energéticas apropriadas. A pica é o comportamento de ingestão de alimentos não nutritivos como terra e cabelos e o transtorno de ruminação pode ser caracterizado como regurgitações que não podem ser explicadas por algum problema de saúde. Os transtornos desse primeiro grupo não parecem estar relacionados a um medo excessivo de engordar ou um sofrimento muito intenso ligado à aparência, mas possuem o perigo de prejudicar o desenvolvimento ou até mesmo causar a morte (DSM-5, 2014).

Outro transtorno relatado no manual é o transtorno de compulsão alimentar. Trata-se da ingestão de uma quantidade muito grande de alimento em comparação com o que a maioria das pessoas consumiria naquele mesmo período e mesmas circunstâncias, de modo que a pessoa tem a sensação de uma falta de controle sobre sua ingestão. Mesmo que os gatilhos possam ter relação com restrições dietéticas ou sentimentos negativos relacionados à aparência, o transtorno de compulsão alimentar não costuma exibir um comportamento combinado para influenciar o peso e a forma corporal (DSM-5, 2014).

Além desses, o manual descreve também a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, transtornos que envolvem comportamentos direcionados ao emagrecimento ou relacionados a um medo exacerbado de engordar. Esses dois transtornos serão o enfoque deste presente estudo (DSM-5, 2014).

A palavra anorexia é originária do grego e significa aversão à comida, mas também pode ser compreendida como perda de apetite, enjoo do estômago e inapetência. Apesar disso, o que ocorre inicialmente nas chamadas anorexias nervosas não é uma perda de apetite, mas sim uma recusa a se alimentar com o medo de engordar ou objetivo de emagrecer (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Normalmente, a anorexia nervosa tem início com uma restrição alimentar progressiva na qual o indivíduo deixa de consumir alimentos que acredita que engordam, como carboidratos. Paulatinamente, o objetivo de emagrecimento,

associado a uma alteração de imagem corporal, passa a consumir a totalidade da vida da pessoa, eliminando todos os seus outros interesses, causando um isolamento social e uma perda de peso progressiva e continuada. A prática de exercícios físicos também frequentemente passa a ser um problema, o sujeito adere a práticas exaustivas com o objetivo de queimar calorias (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O DSM-5 (2014) divide a anorexia em dois subgrupos, o tipo restritivo e o tipo compulsão alimentar purgativa. O último caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (como vômitos auto induzidos ou uso indevido de laxantes) nos últimos três meses, enquanto no tipo restritivo o indivíduo não teve comportamentos recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo nos últimos três meses.

As consequências da anorexia podem aparecer em diversas complicações médicas como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrólíticas, podendo levar até mesmo à morte. Além disso, a anorexia nervosa é muitas vezes associada a outros quadros e sintomas como transtornos do humor, transtornos de ansiedade e transtorno de personalidade (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O objetivo da chamada bulimia nervosa é o mesmo da anorexia, o emagrecimento ou o não ganho de peso, mas nesse caso alternam-se episódios de compulsão alimentar com comportamentos compensatórios. Dessa forma, ocorre uma ingestão compulsiva e rápida de muita comida, no qual o indivíduo sente uma falta de controle sobre si mesmo, seguido de desejos de culpa, vergonha e autopunição. Depois disso, a pessoa com bulimia tem algum comportamento para evitar o ganho de peso proveniente dessa alimentação, na maioria das vezes ela induz o vômito, mas pode também fazer uso de remédios como laxantes, praticar períodos de restrição severa de alimentos e praticar exercícios exageradamente (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000). Relaciona-se a isso a origem do termo bulimia, que deriva do grego, sendo que bous significa boi, e limos significa fome, dando o sentido de fome de boi (VAL, 2012).

No tocante às consequências clínicas da bulimia nervosa, os problemas se devem na maioria das vezes aos comportamentos compensatórios para perda de peso. Entre eles estão: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotasemia e alterações cardiovasculares. Ademais, na bulimia também parece

haver uma correlação com o transtorno do humor e de ansiedade (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Além disso, é importante pontuar que há mais estudos sobre anorexia do que bulimia, um fato que pode ser explicado pelo aspecto silencioso da bulimia, que se oculta de vista por não ser um adoecimento tão palpável e não aparece com tanta frequência nos consultórios como a anorexia (MELLO NETO et al, 2006).

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa ocorrem na maioria das vezes em mulheres jovens. A adolescência é uma fase em que os jovens parecem estar mais suscetíveis a esses transtornos, algo que apresenta diferentes justificativas para os especialistas, desde alterações hormonais e físicas até mudanças psicossociais que se colocam a partir dos novos desafios vivenciados nesse período da vida (VAL, 2012).

Em relação à diferença dessas patologias entre homens e mulheres, estima-se que a razão homem/mulher da anorexia nervosa seja entre 1:10 a 1:15 e para a bulimia nervosa entre 1:15 a 1:20 (VAL, 2012). Essa diferença tão significativa pode ser explicada pelo fator social desses transtornos. Há na sociedade um ideal de beleza que define como os corpos dos indivíduos devem ser, sempre ditando o que deve e não deve ser valorizado. Além disso, alguns dispositivos, como as televisões e as redes sociais, reforçam constantemente esse modelo no qual o sujeito deve-se encaixar. Para justificar esse ideal é criada uma relação imaginária entre a forma do corpo e a saúde, defendendo que os indivíduos para serem saudáveis devem se cuidar com regimes e exercícios físicos (ROMARO; ITOKAZU, 2002).

Especialmente nos últimos anos ocorreu uma intensa valorização do corpo ideal, com o melhor peso e formato possível, de modo que os indivíduos, e principalmente as mulheres, tiveram que fazer sacrifícios para se adequar a isso, prejudicando até mesmo sua saúde. A partir disso, nas últimas décadas os casos de transtornos alimentares, como bulimia e anorexia, aumentaram, criando-se ambulatorios de saúde específicos para o tratamento médico e psicológico (ROMARO; ITOKAZU, 2002).

Mesmo que atualmente esses transtornos estejam com uma maior evidência, analisando a história é possível perceber que essas patologias já estavam presentes há muito tempo na sociedade (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Alguns dos primeiros relatos de anorexia nervosa na história estão relacionados aos casos de “anorexia sagrada” do século XIII, santas que faziam uma recusa ao

alimento com o intuito de se aproximarem de Deus. O objetivo desse comportamento é, portanto, diferente das mulheres anoréxicas e bulímicas modernas, que visam o emagrecimento. Contudo, esses conceitos se aproximam no rechaçamento que essas mulheres fazem do próprio corpo para atingirem ideais de sua época, as mulheres da anorexia sagrada buscando aproximarem-se de Deus, e assim serem vistas como puras, e as mulheres com anorexia nervosa e bulimia nervosa, com a finalidade de encaixarem-se no padrão de magreza cultivado atualmente (IDA; SILVA, 2007).

Em 1689, a anorexia aparece pela primeira vez em um relato médico. O autor ressalta o aspecto duplo dessa patologia, com influências do físico e dos processos mentais. A partir disso, a anorexia começa a ser enxergada de diferentes formas e na segunda metade do século XIX passa a ser vista como uma entidade clínica independente (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Nesse mesmo século, o médico inglês Gull e o psiquiatra francês Lasègue, relacionaram distúrbios alimentares com histeria. O primeiro fez uma rápida referência à, chamada por ele, aepsia histérica e cinco anos depois Larsègue publicou um artigo chamado de *De l'anorexie hystérique*. Nesse artigo o psiquiatra discorre sobre a causa dessa patologia estar associada a uma crença mórbida de que o alimento é prejudicial e deve ser evitado, além de relacionar essa patologia a inseguranças pessoais e busca por aprovação (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Ademais, Larsègue coloca um outro ponto importante que é o de que a influência da família não ajuda na recuperação, quanto mais insistir-se para a anoréxica se alimentar, mais intensamente ela irá recusar, como se tivesse um certo prazer retirado do sintoma (MELLO NETO et al, 2006). É interessante porque Freud também tem a percepção de um certo prazer no sintoma da histérica, no caso de Elizabeth Von R, quando o psicanalista pressionava a sua perna, local dos sintomas da paciente, ela parecia ter uma expressão muito mais de prazer do que de dor (FREUD; BREUER, 1893-1895).

O neurologista Jean-Martin Charcot fez também contribuições para a questão dos distúrbios alimentares, teorizando que o agente central que causaria esses comportamentos era a fobia de peso (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Sigmund Freud também fez algumas referências à anorexia ou à recusa do alimento em seus trabalhos. No *Rascunho G* (1895), ele colocou a anorexia como a neurose alimentar paralela à melancolia. Para ele, a anorexia nervosa de moças

jovens nada mais é do que uma melancolia que não se desenvolveu. Assim, quando a paciente diz que a razão para não se alimentar é que não possui nenhum apetite, Freud relacionou a perda de apetite, em termos sexuais, à perda de libido.

No texto *História de uma neurose infantil (O homem dos lobos)*, 1918 [1914]), Freud voltou a relacionar distúrbios alimentares com o campo sexual e a sexualidade, dizendo que durante a puberdade as meninas apresentam a recusa sexual através da anorexia.

Além disso, Freud relacionou esse distúrbio alimentar à histeria. No texto *Um caso de cura pelo hipnotismo* (1892-1893), Freud relatou o caso de uma mulher que após o parto dos dois filhos exibiu uma recusa à comida, até mesmo vomitando o alimento ingerido, e afirmou que esses sintomas podem ser considerados histéricos.

Essa relação também aparece no livro *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), principalmente no relato sobre Emmy Von N. Nesse caso, Freud narra a história de uma senhora de aproximadamente 40 anos com sintomas histéricos. Após certo tempo de atendimento, Freud visitou-a um dia durante o horário de almoço e foi surpreendido por um pedaço de sua sobremesa sendo arremessada no jardim. Quando a questionou sobre isso, Emmy disse que, assim como seu pai, não comia muito e que só conseguia beber líquidos espessos como café, leite e chocolate. A mulher relatou que caso comesse ou bebesse mais acabava tendo problemas de estômago e precisaria “morrer de fome outra vez por cinco a oito dias até poder tolerar alguma coisa” (FREUD; BREUER, 1893-1895, p.67).

Quando a causa desse sintoma foi investigada, revelou-se que ele tem relação com cenas infantis nos quais Emmy se recusava a comer a carne do seu prato e sua mãe rigorosamente a obrigava a comer mesmo que horas depois em que ela estivesse fria e a gordura estivesse dura. Além disso, ela contou outras três cenas ligadas a esse sintoma, a primeira em que tinha medo de se confundir e usar os talheres do seu irmão que tinha uma doença contagiosa, mas continuava a comer com ele para que ninguém percebesse que estava doente (FREUD; BREUER, 1893-1895).

A segunda cena é de seu outro irmão que tinha uma doença no pulmão e cuspiu sobre uma escarradeira que ficava no seu leito, algo que lhe causava muito asco, mas que não podia demonstrar para não ofendê-lo, e que ainda hoje esse instrumento lhe causava nojo porque permanecia na mesa durante as refeições. A terceira cena trata-se de uma gastrite que sua família contraiu por beber água de qualidade ruim e que nela persistiu, mesmo após a recomendação de um médico de beber água mineral.

Dessa forma, para Freud, os distúrbios alimentares podem ser ligados a um sentimento anterior de mal-estar com a comida (FREUD, 1893-1895).

Autores atuais farão também uma leitura psicanalítica dos distúrbios alimentares, muitas vezes relacionando-os a aspectos sociais. Pode-se pensar que em um contexto de pós-modernidade, no qual as relações afetuosas, sociais e de trabalho se enfraqueceram, o sujeito fica perdido e submetido a um mercado de consumo opressivo. Para lidar com as angústias provenientes desse contexto social, o sujeito busca alento na comida como objeto de consumo, justamente porque, como vemos no texto freudiano *Totem e Tabu* (1913), a comida possui valor simbólico de enlace social e quando não consegue cumprir essa função acaba por adquirir o papel compensador para a angústia (MELLO NETO et al, 2006).

Além disso, na atualidade ocorrem também dois movimentos por parte de teorizadores dos distúrbios alimentares, por um lado uma corrente que pensa a anorexia e a bulimia como uma patologia nova e, por outro lado, uma concepção que pensa esses transtornos alimentares como uma manifestação da histeria de conversão (MELLO NETO et al, 2006).

Alguns teóricos acreditam que a anorexia e a bulimia estão em um momento cultural completamente diferente da histeria e, assim, diferenciam-se dessa, caracterizando-se como novas patologias. Um dos pontos levantados para sustentar esse ponto de vista é o de que, como visto em Freud, na histeria os sintomas têm algo de metafórico, escondem algum significado que pode ser desvendado, enquanto na anorexia tudo estaria dito, de modo que a paciente saberia, por exemplo, por que é magra e por que não quer comer (MELLO NETO et al, 2006).

Outros autores colocam ainda que na histeria há a questão principal da conversão, enquanto a anorexia e a bulimia teriam um caráter traumático, principalmente na adolescência. Assim, segundo esse pensamento, as jovens recorreriam à anorexia ou bulimia pela incapacidade de elaborar os conteúdos dessa fase ou advindos da própria modernidade. Contudo, é interessante notar que Freud relaciona precisamente o trauma à histeria em determinado momento (MELLO NETO et al, 2006).

Há ainda os argumentos de que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa não podem ser restringidas apenas à estrutura histérica, sendo transtornos que podem ser localizados em qualquer estrutura, sendo ela neurótica, psicótica ou perversa (MELLO NETO et al, 2006).

No entanto, certos estudiosos acreditam que a anorexia e a bulimia aparecem como manifestações sintomáticas antigas associadas a histeria e, mesmo não negando a mudança social, acreditam que os saberes de uma época, determinado pela instrumentalização e pelo conhecimento disponível naquele momento, fornecem significados para os sintomas, que também manifestarão-se influenciados por esse saber. Assim, eles pensam que o que muda são os significados acerca dos sintomas e não a manifestação sintomática em si (MELLO NETO et al, 2006).

O presente trabalho irá pensar, portanto, nessa hipótese da anorexia e bulimia como manifestações da histeria, justificando-se pelos pontos de convergência que essas questões têm. Para ilustrar melhor essa teoria, será utilizado o caso Bia, publicado em uma dissertação de mestrado com o título de “EM DEFESA DA CLÍNICA: A Construção do Caso aplicada à clínica da Anorexia e Bulimia” por Alexandre Costa Val (2012). Contudo, é importante pontuar que o caso não é inteiramente contemplado por essa hipótese, de modo que a anorexia e a bulimia podem ultrapassar a relação que possuem com a histeria. Dessa forma, o relato e análise do caso aqui servem não para comprovar uma tese, mas sim para esclarecer essa hipótese.

Bia era uma jovem de 26 anos que por uma preocupação excessiva com o corpo se submetia a dietas extremamente restritivas ou jejuns, exercícios físicos exaustivos, abuso de medicamentos e intervenções cirúrgicas. Além disso, Bia possuía sintomas bulímicos, com compulsões alimentares e comportamentos compensatórios (vômitos, exercícios físicos extenuantes e uso de laxantes e remédios de tireoide).

Esses sintomas se intensificaram quando a jovem, aos 22 anos, saiu da casa da mãe e foi morar sozinha depois de conseguir um emprego como secretária executiva em uma empresa farmacêutica. Bia sentia-se muito ansiosa e conseqüentemente comia o equivalente a três pessoas em um curto espaço de tempo, para logo após vomitar e realizar os outros comportamentos compensatórios. Esses episódios ocorriam mais de duas vezes por semana e os ciclos de comer e vomitar repetiam-se diversas vezes ao dia.

O isolamento social passou a fazer parte da vida de Bia, ela sentia-se drogada e quando se dava conta tinha passado o final de semana inteiro comendo e vomitando sozinha dentro de casa. Por não aguentar mais ter que mentir para esconder essas

questões, Bia que já estava com poucos amigos e sem namoro, ainda saiu do trabalho.

Um primeiro ponto importante que aparece nesse trecho do caso é que a bulimia e a anorexia têm como característica essencial a repressão, restrição ou renúncia de prazeres básicos. Nesses transtornos alimentares há uma restrição em relação à alimentação, de modo que ou alimenta-se muito pouco, ou a alimentação é seguida por comportamentos compensatórios. Nesse sentido, a histeria relaciona-se com a anorexia e a bulimia porque na histeria também há uma repressão dos prazeres, dado que o recalque aparece como fator principal da sua formação, operando contra a pulsão (MELLO NETO et al, 2006).

Outro ponto importante do quadro clínico de Bia que relaciona a histeria e esses transtornos alimentares é o fato do sintoma trazer algo da sociedade em que ocorre. Como discutido anteriormente, na histeria destaca-se a questão da sexualidade que não pôde ser expressada em uma sociedade opressora. Na anorexia e na bulimia percebe-se a questão dos padrões corporais. A psicanalista Cybelle Weinberg (2007, citada por MARINI, 2016) discorre sobre isso:

Em visita recente ao Chile, uma imagem remeteu-me, surpreendentemente, às meninas que sofrem de Anorexia nervosa. Nas vinícolas dos grandes vales, ao pé da Cordilheira dos Andes, roseiras florescem na frente das colunas de vinhas. A visão, intrigante e de uma beleza extraordinária, sugere, inicialmente, o capricho do vinicultor e seu desejo de embelezar o vinhedo. No entanto trata-se de prevenção: no caso de uma praga atingir a região, as roseiras, por serem mais sensíveis, serão as primeiras a exibir os sinais da doença. Funciona, assim, como um alerta e permite que as uvas sejam salvas. Eis aí, pensei: essas meninas que morrem anoréxicas são meninas-roseira. Lindas e sensíveis, com sua morte silenciosa alertam para os males causados pela praga do momento, a exigência despropositada de magreza.

Dessa forma, o corpo aparece como palco para que as anoréxicas, bulímicas e histéricas façam uma denúncia de algo que não vai bem na sociedade em que vivem (MELLO NETO et al, 2006). No caso Bia vemos isso com clareza, a jovem tinha esses comportamentos por causa da preocupação exagerada que tinha com o corpo.

Além disso, essa questão da praga que a autora traz nesse trecho relaciona-se ao caráter de “epidemia” ou “contágio” que aparece na anorexia, bulimia e histeria (MELLO NETO et al, 2006).

Algo que exemplifica isso são os websites que existem para promoção de anorexia e bulimia, onde ocorrem encontros virtuais, recomendações, controle de pesos e fotografias. Essas patologias são, assim, consideradas por essas meninas como uma forma de vida, elas colocam nesses sites até mesmo declarações de

princípios, algo que se aproxima de religiões ou seitas. É importante destacar que esses sites não são casos isolados, eles vêm se tornando cada vez mais significativos. No período de um ano, entre 2006 e 2007, a empresa Optenet relatou um aumento de 470% no número de websites de promoção da anorexia e bulimia (VAZQUEZ, 2011).

Esse aspecto social desses transtornos é ainda acentuado pela questão da mulher, aspecto que introduz um segundo ponto de intersecção entre histeria e esses transtornos alimentares. Assim como ocorre na histeria, a bulimia e a anorexia predominam no universo feminino. Gustavo Mello Neto et al. (2006) trazem a conexão dessa predominância com a idealização do feminino em suas diferentes formas ao longo dos diferentes contextos históricos. Enquanto na época do Freud o ideal vitoriano de mulher potencializava a histeria, atualmente o ideal de silhuetas magras potencializa a anorexia e a bulimia.

Outra questão importante do caso Bia é a estrutura familiar que é posta, com a mãe, o pai e o irmão. A figura materna da jovem tem grande relevância em sua vida, ela é uma mãe muito invasiva e exigia um comportamento exemplar de Bia e seu irmão. Além disso, a mãe rechaçava intensamente a questão da sexualidade, justificando-se por sua religião. Ela criticava as roupas da filha e sabotava qualquer possibilidade de encontro de Bia com homens, de modo que ela teve apenas um único namoro curto, sem que a mãe soubesse, e foi nesse momento em que começou a vomitar.

Já o pai de Bia aparece como uma figura desprestigiada pela mãe, não o inserindo como norteador de seu desejo. Quando Bia tinha 7 anos ele saiu de casa por ter recebido uma promoção no trabalho, mas mesmo quando passava alguns dias em casa, dormia em um quarto separado da mãe.

Na puberdade, a jovem foi flagrada pelo pai vomitando e ele suspeitou que fosse devido a uma gravidez. Quando ele contou isso à mãe, ela levou-a ao médico e Bia foi diagnosticada com bulimia. Quando tinha 16 anos, seu pai faleceu após infarto agudo do miocárdio. Com a sua morte, Bia e o irmão recebem uma herança de valor considerável, que passou a ser gerenciada pela mãe. Logo após esse acontecimento, seu irmão foi morar fora do país e cortou contato com a família. Bia acredita que ele fez isso para poder viver sua sexualidade longe da reprovação da mãe.

Essa questão da Bia com sua sexualidade, atravessada pela reprovação materna, relaciona-se a um aspecto colocado por alguns autores sobre a ligação da

anorexia e bulimia com a histeria. Eles trazem que há um ponto de convergência na problemática de uma identidade feminina ante a experiência sexual. A menina, em determinado momento, confronta-se com a temática da constituição de sua identidade, incluindo a diferenciação do feminino e masculino (MELLO NETO et al, 2006). O emagrecimento excessivo surge, então, como saída para isso, a menina transforma seu corpo para que não seja possível enxergar nela os traços socialmente atribuídos ao feminino, de modo a negar a diferença sexual e, assim, a sua falta. Nessa perspectiva, a questão alimentar representa uma posição da menina frente ao desejo ou à falta (SCHMIDT; MATA, 2008). Isso relaciona-se intimamente com a histeria dado que influenciada por uma complicação no seu complexo de castração e de Édipo, tudo que a histérica não quer é depara-se com a falta (SIMÕES, 2007).

A sexualidade e o desejo sexual aparecem, dessa forma, como algo que deve ser rejeitado, algo que aparece na histérica, que como visto anteriormente tem uma relação conflituosa com sua sexualidade. Nos transtornos alimentares isso também fica claro, como no fato de que em casos mais graves há uma suspensão da menstruação como consequência biológica. Há autores que dizem até mesmo que o ponto nodal do desenvolvimento para a menina não é a inveja do pênis, mas sim os riscos que se colocam à integridade corporal com a primeira menstruação, pela possibilidade do desejo sexual (MELLO NETO et al, 2006).

No caso isso aparece no desenvolvimento do tratamento de Bia, a jovem relata que tem dificuldade em se relacionar com os homens, dizendo em um momento que é assexuada. Quando o psiquiatra questiona o que significa ser assexuada, Bia associa esse sentimento com o comportamento de sua mãe de tratá-la como criança. Diz ainda que a bulimia a atrapalhava em enxergar as “coisas de mulher”.

Ademais, outro ponto de convergência entre a anorexia, a bulimia e a histeria que aparece com clareza no caso Bia é a importância que a relação da menina com a mãe tem nessas questões. Mello Neto et al (2006) discutem que muitas explicações sobre a anorexia e a bulimia enxergam a sua etiologia no vínculo da mãe com a filha, como uma tentativa da filha de separar-se de uma relação sufocante que se estabelece com a mãe.

Essa questão tem grande importância no caso, a partir do momento em que Bia passou a ser acompanhada por um psiquiatra praticante da psicanálise o comportamento invasivo da mãe era o tema que predominava nos atendimentos. Com as consultas, a jovem levou até mesmo a dizer que o que ela vomitava, na verdade,

era a mãe, o médico concorda e adiciona que mesmo morando fora da casa da mãe, Bia ainda se sentia vigiada por ela. A partir disso, Bia coloca que a pior cobrança não era a da mãe, mas sim dela mesma.

Na histeria isso também aparece. Destaca-se no complexo de Édipo feminino o papel da mãe, ou função materna, na vida erótica da menina. Ela é a iniciadora das excitações sexuais por meio dos cuidados corporais e o primeiro objeto de desejo da menina, ao mesmo tempo em que proíbe a atividade auto erótica. Assim, é importante destacar a influência que a mãe tem no complexo de Édipo da histérica. A mãe da histérica pode ser colocada com aquela que não se relaciona com sua própria sexualidade ou com o papel que lhe é colocado socialmente nem no casal e tem uma visão desvalorizada da figura feminina. Ela idealiza um modelo virginal e reage de forma opressora às manifestações eróticas de sua filha (ALONSO; FUKS, 2015).

Esse ponto da mãe da histérica aparece na análise que Val (2012) faz do caso. Ele relata que a mãe de Bia recusando sua sexualidade e ficando presa aos filhos como único interesse, não buscando nada além deles, não evidencia sua divisão entre o ser mãe e ser mulher, o que prejudica a introdução da dimensão da castração. Isso é ainda intensificado pela presença enfraquecida do pai, mesmo que ele apareça de certa forma, as leis da família de Bia eram ditadas pela mãe, de modo que a palavra do pai não era considerada. Val (2012, p.92) discorre sobre isso:

Enquanto o menino irá resolver o complexo de Édipo ao se desprender da mãe, a menina irá entrar nele através desse mesmo movimento. Para que isso ocorra, é necessário que ela subjetive que a mãe não pode lhe dar o falo que ela pede porque esta também está afetada pela falta. A condição para isso é que a mãe se divida entre ser mãe e ser mulher, apontando para algo que está além da filha e que ela pode encontrar no parceiro sexual. Consequentemente, a filha é tomada por um afeto de decepção que a impele a se orientar em direção ao pai. Essa orientação é a possibilidade para menina de simbolizar a falta e transformar a relação de rivalidade imaginária com a mãe. Quando a mãe não se divide, a filha mantém a reivindicação fálica voltada para ela e, sem ter condições de metaforizar o desejo materno, encarna o lugar de objeto de gozo de um Outro onipotente.

Dessa forma, é possível fazer diversas aproximações entre os transtornos alimentares e a histeria. Contudo, é importante atentar-se ao fato de que o conceito de histeria não dá conta de tudo que aparece nesses transtornos, principalmente pelo fato de que cada indivíduo que é diagnosticado com um transtorno alimentar é único e possui sintomas singulares, não podendo ser generalizados sem hesitações. Como coloca Dor (1991), no campo psicanalítico, a questão do diagnóstico é uma discussão complexa e paradoxal. Por um lado, o diagnóstico ajuda a decidir sobre a orientação a dar para o tratamento desse indivíduo, por outro lado é quase impossível fazê-lo

sem um certo tempo de tratamento e uma análise profunda do sujeito, sendo que ainda assim deve-se atentar para que não se faça um diagnóstico baseado em uma relação objetivamente causalista.

Assim, relacionar os transtornos alimentares com a histeria deve ser feito de maneira cuidadosa, atenta e sem ter como objetivo contemplar toda a questão. Portanto, se feita dessa forma, essa aproximação pode ser potente no sentido de ajudar a compreender essa questão tão contemporânea de uma maneira mais profunda e até mesmo auxiliar no tratamento desses indivíduos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho possibilitou um aprofundamento da reflexão sobre o adoecimento psíquico da mulher e sua relação com a sociedade em que ela está colocada. Desde o início essa foi uma das questões principais que motivou esse trabalho e ao longo de sua produção isso pôde ser visto de maneira ainda mais aprofundada.

Eu pensava sobre as histéricas freudianas, desconsideradas por serem colocadas como loucas e exageradas, mas que quando tiveram seu discurso validado evidenciaram algo na sociedade que não ia bem. Contudo, com esse trabalho descobri que elas não foram as primeiras e muito menos as últimas, desde a antiguidade existiam mulheres que adoeciam e a partir de um olhar ignorante e opressor eram julgadas como mulheres que não exerciam o seu papel de forma adequada, como mães e esposas. Ao longo da história essas mulheres foram sendo taxadas como loucas, demoníacas, bruxas, promíscuas, frágeis, enganadoras, falsas, com pouco senso de justiça e guiadas somente pelas emoções, mulheres que vem sendo até mesmos esquecidas e deixadas de lado como se tivessem desaparecido.

Pensando nisso, o objetivo deste trabalho foi resgatar essa história e trazê-la até o dia de hoje para pensar o que a histeria contemporânea pode falar sobre o adoecimento dessas mulheres hoje em dia. Ao longo da pesquisa eu fui, então, encontrando bibliografias sobre os distúrbios alimentares e sua relação com as mulheres, a sociedade e a histeria, de modo que decidi então fazer disso a temática deste estudo. As meninas acometidas com anorexia e bulimia denunciam uma sociedade que novamente provoca adoecimento psíquico nas mulheres quando exige que se encaixem em um ideal impossível de sujeito, um ideal de corpo perfeito que é sempre mais duro com as mulheres do que com os homens.

Com isso, pude refletir muito sobre a histeria, o feminino e os transtornos alimentares, aprendizados que com certeza serão muito úteis na minha carreira como psicóloga. Essas reflexões também me mostraram um interesse pelos transtornos alimentares que eu ainda não havia descoberto e, a partir disso, um desejo por investigar mais sobre esse assunto na clínica, área que é de meu interesse. O trabalho de revisão bibliográfica encontrou algumas limitações no sentido de comprovar certas teorias e hipóteses que o trabalho clínico poderia desenvolver, pensando ainda mais nessa relação do feminino, da histeria e dos transtornos alimentares.

Por fim, outra questão que se revelou ainda para mim na elaboração desse estudo foi o interesse pela pesquisa. A produção desse trabalho se deu de uma forma muito agradável e a sua conclusão veio acompanhada de uma sensação gratificante, provocando em mim um desejo de continuar a produzir pesquisas. Penso agora em fazer um mestrado depois da minha formação, possivelmente com um desenvolvimento dessa mesma temática.

**BIBLIOGRAFIA:**

ALONSO, S. L. e FUCKS, M. P. Histeria. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

APPOLINÁRIO, J. C. e CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2000, v. 22, pp. 28-31. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600008>>. Acesso em: 10 de abril de 2022.

ÁVILA, L.A. e TERRA, J.R. Histeria e somatização: o que mudou? Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. 2010, v. 59, n. 4, pp. 333-340. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400011>>. Acesso em: 9 de abril de 2022.

BARBOSA, A. L. P. et al. Psicologia e Transtornos Alimentares: Produção Científica sobre Anorexia e Bulimia Nervosa, 2019. Seminário de produção científica do curso de psicologia da unievangélica. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/1061>. Acesso em: 30 de maio de 2022.

BELINTANI, G. Histeria. PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 4, n. 2, 2003, pp-56-69. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v4n2/v4n2a08.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2022.

BLEICHER, T. Freud e a histeria: do biológico ao social. ABRAPSO [online]. 2007. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab\\_completo\\_49.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_49.pdf)> Acesso em: 08 de junho de 2021.

CÂNDIDO, A.P.C et al. Transtornos alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas [Internet], 2015; 40(3 e 4). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2439>. Acesso em: 30 de maio de 2022.

CHRISTAKI, A. Contorção histórica no século XXI: elixires e remédios. Trivium, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 30-35, jun. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-48912015000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912015000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: de 10 abril de 2022.

CORDÁS, T.A. e CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2002, v. 24, pp. 03-06. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700002>>. Acesso em: 1 de abril de 2022.

COSTA, D.S. e LANG, C.E. Histeria ainda hoje, por quê? Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas. Psicologia USP [online].

2016, v. 27, n. 1, pp. 115-124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-656420140039>>. Acesso em: 9 de abril de 2022.

DOR, J. *Estrutura e Perversões*. Trad. Patrícia C. Ramos. - Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 199p.

FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FIORAVANTI, C. *As máscaras da histeria*. Revista de Pesquisa FAPESP, edição 117, 2005. Disponível em <https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2005/11/042-047-saude-mental.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2022.

FREUD, S. (1892-1899). *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess*. In: *Obras completas volume 1: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.335-96.

\_\_\_\_\_ (1892-1893). *Um caso de cura pelo hipnotismo*. In: *Obras completas volume 1: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.335-96.

\_\_\_\_\_ (1893-1895) *Sobre o mecanismo dos fenômenos histéricos*. In: *Obras Completas volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer*. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. 442 p.

\_\_\_\_\_ (1893-1895) *Casos Clínicos*. In: *Obras Completas volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer*. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. 442 p.

\_\_\_\_\_ (1900). *A interpretação dos sonhos*. In: *Obras Completas volume 4: A interpretação dos sonhos (1900)*. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. p.719

\_\_\_\_\_ (1908) *A Moral Sexual "Cultural" e o Nervosismo Moderno* In: *Obras Completas volume 8: Inibição, o delírio e os sonhos na gradiva, análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1926-1929)*. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. 450 p.

\_\_\_\_\_ (1913). *Totem e tabu*. In: *Obras Completas volume 11: Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p.441

\_\_\_\_\_ (1914) *Introdução ao Narcisismo* In: *Obras Completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 309 p.

\_\_\_\_\_ (1915) *Os instintos e seus destinos* In: *Obras Completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 309 p.

\_\_\_\_\_ (1918 [1914]) História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”) In: Obras completas volume 14: História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do princípio de prazer e outros textos (1917-1920). 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 424 p.

\_\_\_\_\_ (1921) Psicologia das massas e análise do eu In: Obras Completas volume 15: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 343 p.

\_\_\_\_\_ (1924) A dissolução do complexo de Édipo In: Obras Completas volume 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925). 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 370 p.

\_\_\_\_\_ (1925) Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos In: Obras Completas volume 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925). 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 370 p.

\_\_\_\_\_ (1925) Autobiografia In: Obras Completas volume 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925). 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 370 p.

\_\_\_\_\_ (1933) Feminilidade In: Obras Completas volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 p. 492

IDA, S. W. ; SILVA, R. N. Transtornos alimentares: uma perspectiva social. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza , v. 7, n. 2, p. 417-432, set. 2007 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482007000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

JORGE, M. A. C.; TRAVASSOS, N. P. Histeria e Sexualidade: Clínica, estrutura, epidemias. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2021

KEHL, M.R. Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. São Paulo: Boitempo, 2016

LAPLANCHE, J. Histeria de Angústia in Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis; sob direção de Daniel Lagache; tradução Pedro Tamen. 4a ed. - São Paulo: Martins Fontes - selo Martins, 2016.

MARINI, M. “Você poderá vomitar até o infinito, mas não conseguirá retirar sua mãe de seu interior”1 1 Jerusalinsky (2004:34). Cadernos Pagu [online]. 2016, v. 000, n. 46, pp. 373-409. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18094449201600460373>>. Acesso em: 19 de maio de 2022.

MELLO NETO, G. A. R. et al. Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico. Aletheia, Canoas , n. 23, p. 101-111, June 2006 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000200011&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 de maio de 2022

- MICHELS, A. Histeria e feminilidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online]. 2001, v. 4, n. 1, pp. 33-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-14982001000100003>>. Acesso em: 24 de outubro de 2022.
- MOREIRA, J. O. Édipo em Freud: o movimento de uma teoria. *Psicologia em Estudo* [online]. 2004, v. 9, n. 2, pp. 219-227. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000200008>>. Acesso em: 1 de maio de 2022.
- MURIBECA, M. M. M. Da problemática sedução da histeria à enigmática sedução do feminino em Freud. *Estudos de Psicanálise, Belo Horizonte*, n. 39. p. 67-80, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n39/n39a08.pdf>. Acesso em: 31 de maio de 2022.
- NUNES, S. A. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2010, v. 17, pp. 373-389. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600006>>. Acesso em: 10 de outubro de 2021.
- QUINET, A. *A lição de Charcot - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005*
- ROMARO, R.A. e ITOKAZU, F.M. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online]. 2002, v. 15, n. 2, pp. 407-412. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200017>>. Acesso em: 10 de abril de 2022.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise. Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.*
- SAMPAIO, C.P. Algumas ideias sobre pesquisa em Psicanálise. *Jornal de Psicanálise. São Paulo* 39 (70), p. 234-255, jun 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a16.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2022.
- SCHMIDT, E. e MATA, G.F. Anorexia nervosa: uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia* [online]. 2008, v. 20, n. 2, pp. 387-400. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200006>>. Acesso em: 10 de abril de 2022.
- SIMÕES, R. B. F. A recusa histórica à satisfação do desejo. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 11, set. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2007000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2007000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de maio de 2022.
- TRILLAT, E. *História da histeria. Tradução de Patricia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.*
- VAL, A. C. *EM DEFESA DA CLÍNICA: A Construção do Caso aplicada à clínica da Anorexia e Bulimia. Belo Horizonte, 2012. Disponível em:*

[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-92PLDB/1/disserta\\_\\_o\\_final\\_alexandre\\_costa\\_val.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-92PLDB/1/disserta__o_final_alexandre_costa_val.pdf). Acesso em: 15 de maio de 2022.

VAZQUEZ, E. A. A. Um dos novos rostos da histeria: os sintomas anoréxicos como resposta ao discurso do capitalismo. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B2QQ5B/1/disserta\\_\\_o\\_ernesto\\_anzalone\\_vazquez.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B2QQ5B/1/disserta__o_ernesto_anzalone_vazquez.pdf). Acesso em: 15 de maio de 2022.