



Casos Clínicos (Freud e Breuer)

Roberto Girola (www.robortogirola.com.br)

O caso Elisabeth von R. (1892)

Bibliografia

- FREUD , S. (1950[1895]). *Casos clínicos – Caso 5 Srta. Elisabeth Von R.*. In: _____. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp 161-202.
- GIROLA, R. *A psicanálise cura? Uma introdução à teoria psicanalítica*. Aparecida: Idéias & Letras, 2004 (cf. pp.38-50).
- _____, “Narciso em alta” em:
<http://www.robertogirola.com.br/index.php/44-insights-blog/783-narciso-em-alta>.
- ROUDINESCO. E., PLON, M. “*Estudos sobre a Histeria*”. In: *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 205-206.

Resumo (cf. *Dicionário de Psicanálise*) I

Natural da Hungria, Elisabeth foi consultar Freud em 1892, aos 24 anos de idade, em decorrência de dores nas pernas e dificuldade para andar.

F. atribuiu seus sintomas a causas sexuais. Percebeu que, ao pressionar a coxa da paciente, fê-la experimentar um prazer erótico que ela rejeitava na vida consciente.

Quase não utilizando a hipnose, Freud aperfeiçoou uma técnica de concentração (fissão na cabeça) e chamou o método empregado de análise psíquica,

F considerou Elisabeth a primeira mulher tratada e curada pela psicanálise.

Resumo (cf. *Dicionário de Psicanálise*) 2

Deitada e de olhos fechados, ela era solicitada a se concentrar e dizer tudo o que lhe passava pela cabeça. Quando se recusava a responder, Freud tentava persuadi-la. (sugestão).

À medida que o diálogo foi prosseguindo, F. compreendeu que o mecanismo de rebeldia e de esquecimento voluntário funcionava como um sintoma.

Esse foi o primeiro passo em direção à técnica da associação livre e, mais tarde, para a elaboração da noção de resistência. F percebeu que Elisabeth estava apaixonada pelo cunhado e que rechaçava de sua consciência o desejo de morte sentido a respeito de sua irmã, falecida em consequência de uma enfermidade. O reconhecimento desse desejo resultou na cessação de seu sofrimento.

Resumo (cf. *Dicionário de Psicanálise*) 3

No fim do tratamento, F entrevistou a mãe de Elisabeth, que lhe confirmou a inclinação da filha pelo cunhado. F convidou sua paciente a aceitar essa realidade e a considerou curada.

Elisabeth chamava-se Ilona Weiss. Muitos anos depois de um casamento feliz, sua filha lhe fez perguntas e deixou um depoimento que sublinhou que a imagem fornecida dela nos *Estudos* era conforme à realidade.

No entanto, ao falar de seu tratamento, a ex-paciente afirmou que o “médico barbudo” de Viena a quem a tinham encaminhado havia tentado, contrariando sua vontade, convencê-la de que estava apaixonada pelo cunhado.

A anamnese freudiana

Contexto ambiental

- Doença e morte do pai; doença da mãe; doença e morte da irmã;
- Paciente aparentemente conformada com o lugar de “cuidadora” (*belle indifference*)(1):
- No horizonte a situação da mulher do séc. XIX: só o casamento dá sentido à sua existência e segurança financeira;

A queixa

- Sintomas físicos (astasia e a seguir abasia-> fadiga dolorosa ao ficar em pé e andar) **sem** presença de afeção orgânica grave.

(1) Na histeria de conversão, “o ponto relevante reside em que é possível provocar um desaparecimento total da quota de afeto. Quando isso ocorre, o paciente exhibe, em relação a seus sintomas, aquilo que Charcot denominava de *la belle indifférence des hystériques*” (Repressão, Vol. XIV, p. 160).

O método de Freud

- Estamos nos inícios da construção da técnica psicanalítica: F. abandona quase completamente a hipnose (não era bom nisso) e introduz o método da “sugestão” (paciente deitado no divã, de olhos fechados [cf. a posição do analista no setting], mas F é flexível).
- O médico se impõe como autoridade (suposto saber), em posição assimétrica com o paciente (que Ferenczi e Winnicott questionam mais tarde) e escuta com *moderada solidariedade*. Ainda não se fala de “transferência”.
- O método ao qual F chega consiste “em remover o material psíquico patogênico camada por camada”: ele o compara a uma escavação arqueológica (das camadas superficiais às mais profundas).
- Uma observação do texto permite supor que F estava atendendo esta paciente na casa dela (pelo menos algumas vezes).

”Escuta” de Freud I

- Para F, a forma como EvR descreve sua dor é peculiar: enquanto o neurastênico está centrado na sensação que a linguagem não consegue expressar sua dor, a fala de EvR não atribui importância a seus sintomas físicos.
- No exame das partes doloridas “seu rosto assume uma expressão “que era antes de prazer que de dor em sintonia com os “pensamentos ocultos por trás da dor”.
- Neurose ligada a uma predisposição orgânica preexistente.
- F. escuta com “solidariedade moderada” e percebe com simpatia a paciente como “insolente e convencida” (contransferência paterna positiva).
- A análise aponta para uma “conversão da dor psíquica em dor física”.

“Escuta” de Freud 2

- F observa o processo de ab-reação: as dores melhoram após piorar na sessão na hora de lembrar os fatos (cuidados coma perna do pai, noitada com o namorado, quarto escuro e frio, contato com chão frio).
- A **astasia** ligada a memória de “estar em pé” a **abasia** ligada à exp. da caminhada com o cunhado e às reflexões da segunda caminhada. A **piora quando deitava** depois das memórias evocadas sentada observando a paisagem e da traumática viagem de trem (deitada no compartimento).
- F identifica uma “paralisia funcional baseada em **associações** psíquicas “ e paralisia associada à **simbolização** (dor de se ver encurralada no seu estado de solidão e de solteira) (p 177).
- F percebe uma progressão do sintoma (vai se instalando).

“Escuta” de Freud 3

- F associa o aumento das dores aos pensamentos sobre a morte da irmã (desejo ics de casar com o cunhado).
- A conversão além de simbolizar os processos internos tem também a função de reparação da culpa mediante a expiação.
- Possíveis “falhas” comparando a postura analítica inicial de F com o que hoje se diulga ser “a postura” analítica: ele “confere” com a mãe da moça sua tese clínica; mostra-se “ansioso” (p. 182) sobre o possível desfecho real de seus desejos, a encoraja “a enfrentar com calma a incerteza sobre o futuro”.
- Percebe que a solução se daria progressivamente por sua conta (p. 182).

O “placing” freudiano

- Antecipando uma técnica que sucessivamente Winnicott usará, F. faz uma intervenção junto à mãe da moça.
- Fica claro que essa intervenção não foi adequada, pois transformou uma transferência positiva em negativa.
- Ao usar esta técnica W. Toma uns cuidados:
 1. O placing é feito com o consentimento do paciente e sua participação.
 2. Não tem a função de conferir se o que o paciente “significou” é “real”, ao contrário tem a função de alertar quem vive com o paciente sobre o que ele significou.
 3. Visa criar um “ambiente” favorável à recuperação do paciente.

Os desafios da clinica atual

- É importante levar em conta as mudanças no quadro clínico atual que envolvem os conceitos de Superego e Grande Outro. (cf. artigo “Narciso em alta” no meu site: <http://www.robortogirola.com.br/index.php/44-insights-blog/783-narciso-em-alta>).
- O próprio F detecta no quadro da paciente traços de depressão, um quadro clínico claramente em alta (cf. estatísticas da OMS no Google e Datafolha).
- F identifica mas não aprofunda o quadro existencial da paciente, mas se foca em achar o componente “sexual” (cf. divergências com Breuer).
- A *belle indifference* de EvR seria apenas recalque ou falha primária na estruturação narcísica? Só a clínica pós-freudiana se preocupa com essas questões.

A compulsão histérica

- “Os histéricos estão sujeitos a uma *compulsão* exercida por ideias excessivamente intensas (überstark<>übervertig)”,
- “A *compulsão histérica* é (1) **ininteligível** (descarga de afeto, inervações motoras, impedimentos), (2) **incapaz de resolver-se em pensamento (compulsiva)**, (3) **incongruente (deslocamento)** em sua estrutura Uma ideia A (injustificada) remete a uma ideia B (justificada) que remete a uma reação X (A = **símbolo** de B).
- .Na histeria a coisa é inteiramente substituída pelo símbolo (ex. luva e dama para o cavalheiro). A consciência catexiza A em vez de B.

Gênese da compulsão histérica

- “[...] o recalçamento é invariavelmente aplicado a ideias que despertam no ego um afeto penoso (de desprazer) e segundo, a ideia[s] provenientes da vida sexual.”
- Trata-se de uma “*defesa primária* que consiste na inversão da corrente de pensamento assim que ele se depara com um neurônio cuja catexização libera desprazer”.
- “A resistência é dirigida contra qualquer pensamento que tenha qualquer relação com *B*, mesmo que esta [*B*] já se tenha tornado parcialmente consciente. Assim, em vez de excluída da consciência, pode-se dizer *excluída do processo de pensamento*.”
- Existe, portanto, um processo defensivo oriundo do ego *catexizado* que resulta no recalçamento histórico e, concomitantemente, na compulsão histérica. “Nesse sentido, o processo parece diferenciar-se dos processos ϕ primários” (p. 405).

A defesa patológica

- No caso da ideia B ser recalçada, ela volta a reaparecer vencendo a defesa como ideia A: “É, portanto, a *formação simbólica* desse tipo estável que constitui a função que ultrapassa a defesa normal.”
- F. porém questiona de antemão o fato que as ideias penosas (traumáticas) não possam ser recalçadas e resgatadas pela simbolização.
- F levanta a hipótese que algo diferente ocorra com as ideias de origem sexual, cujo teor desprazeroso consegue ativar o recalque, com a ajuda do deslocamento que ativa outros neurônios.
- No entanto na neurose obsessiva o recalçamento se dá pelo deslocamento, mas não pela simbolização (há substituição e não desvio de afetos).