

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Histeria: Do Misticismo à Prática Clínica

Hysteria: From Mysticism to Clinical Practice

Histeria: Del Misticismo a la Práctica Clínica

Heloisa Canteri Langa¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná. *E-mail:* heloisa.canteri@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0007-8628-1905>

*Informações do Artigo:**Heloisa Canteri Langa*heloisa.canteri@gmail.com*Recebido em: 28/01/25**Aceito em: 19/08/25***RESUMO**

Fenômenos inseridos no quadro clínico da histeria pela medicina do século XIX já se encontravam descritos desde a Antiguidade. Durante a Idade Média, essa sintomatologia esteve ligada à bruxaria, e sua cura era atribuída a milagres. Entre o fim do século XIX e o início do século XX, fenômenos como êxtases e possessões passaram a integrar o quadro clínico da histeria. O principal representante desse avanço foi o neurologista Jean-Martin Charcot, responsável por sistematizar os sintomas histéricos em um quadro clínico denominado “Grande ataque histérico”. Historiadores da ciência afirmam que, por trás do interesse científico de Charcot e de seus colaboradores, havia interesses políticos ligados ao movimento anticlerical. O presente artigo busca apresentar o contexto histórico, político e científico acerca da história da histeria a partir do século XIX, por meio da apresentação e discussão de três casos clínicos publicados entre os séculos XIX e XX por médicos ligados ao círculo de Charcot. Busca-se entender o modo como a histeria foi compreendida na época, bem como os avanços e limitações das produções científicas da escola charcotiana, que tiveram o mérito de abrir caminhos para uma clínica psicanalítica das neuroses histéricas.

PALAVRAS-CHAVE:

Histeria; História da neurologia; Psicanálise.

ABSTRACT

Certain phenomena later included in the 19th-century medical classification of hysteria had already been described as early as Antiquity. During the Middle Ages, this symptomatology was associated with witchcraft, and its cure was attributed to miracles. Between the end of the 19th century and the beginning of the 20th century, phenomena such as ecstasy and possessions began to be part of the clinical condition of hysteria. The main representative of this advance was the neurologist Jean-Martin Charcot, who was responsible for systematizing hysterical symptoms into a clinical condition called “the great hysterical attack”. Historians of science claim that, behind the scientific interests of Charcot and his collaborators, there were political interests linked to the anticlerical movement. This article seeks to present the historical, political and scientific context surrounding the history of hysteria from the 19th century onwards, through the presentation and discussion of three clinical cases published between the 19th and 20th centuries by doctors linked to Charcot's circle. We seek to understand how hysteria was understood at the time, as well as the advances and limitations of the scientific productions of the charcotian school, which had the merit of paving the way for a psychoanalytic clinic of hysterical neuroses.

KEYWORDS:

Hysteria; History of neurology; Psychoanalysis.

RESUMEN

Algunos fenómenos que la medicina del siglo XIX integró en el cuadro clínico de la histeria ya habían sido descritos desde la Antigüedad. Durante la Edad Media, esta sintomatología se vinculó con la brujería, y su curación se atribuía a milagros. Entre finales del siglo XIX y principios del XX, fenómenos como el éxtasis y las posesiones pasaron a formar parte del cuadro clínico de la histeria. El principal representante de este avance fue el neurólogo Jean-Martin Charcot, responsable de sistematizar los síntomas histéricos en un cuadro clínico denominado “Gran ataque histérico”. Los historiadores de la ciencia afirman que, detrás de los intereses científicos de Charcot y sus colaboradores, había intereses políticos vinculados al movimiento anticlerical. Este artículo busca presentar el contexto histórico, político y científico que rodea la historia de la histeria desde el siglo XIX en adelante, a través de la presentación y discusión de tres casos clínicos publicados entre los siglos XIX y XX por médicos vinculados al círculo de Charcot. Buscamos comprender cómo se entendía la histeria en la época, así como los avances y limitaciones de las producciones científicas de la escuela charcotiana, la cual tuvo el mérito de abrir caminos para una clínica psicoanalítica de las neurosis histéricas.

PALABRAS CLAVE:

Histeria; Historia de la neurología; Psicoanálisis.

Compreendidos atualmente como sintomas neuróticos, fenômenos que foram inseridos no quadro clínico da histeria pela medicina do século XIX já se encontravam descritos desde a Antiguidade. Jorge e Travassos (2021) destacam descrições de tais sintomas nos papiros egípcios de Lahun, escritos em 1800 a.C. No referido documento, já se poderia encontrar relatos de mulheres impossibilitadas de levantarem da cama, acometidas por doenças oculares, por dores cervicais ou mesmo por dores musculares difusas. Na Antiguidade, tais alterações eram atribuídas à chamada “doença do útero”. No século IV a.C., Hipócrates ainda difundia a ideia de que o útero se deslocava pelo corpo e perturbava o funcionamento dos órgãos.

Segundo Veith (1965), durante a Era Medieval, as noções de doença e de cura regrediram a ideias de curas milagrosas, nas quais os santos católicos ocuparam o lugar dos deuses animistas da Antiguidade. Embora encontrem-se relatos indicando que, para além dos curandeiros religiosos, havia um corpo de médicos leigos, não se tem muita informação acerca de seus métodos. Nesse período, a interpretação teológica dos sintomas que, no século XIX seriam classificados como histéricos, fundamentava-se na suposição de uma aliança entre o sujeito afetado e forças profanas. Na Era Medieval, fenômenos que viriam a ser posteriormente associados à histeria foram compreendidos como símbolos de feitiçaria, caindo no domínio da Igreja e da Inquisição. Conforme Espírito-Santo (2009), dentro desse contexto, enquanto muitas mulheres teriam sido acusadas de bruxaria, outras foram elevadas à categoria de santas, como é o caso de Hildegard de Bingen no século XII, Mechthild de Magdeburgo no século XIII e Catarina de Siena no século XIV. Sendo essas mulheres consideradas bruxas ou santas, os sintomas apresentados eram os mesmos: êxtase cataléptico, insensibilidade à dor e atitudes passionais acompanhadas por alucinações.

Trillat (1986) revela que, no século XIX, a literatura médica buscou integrar o fenômeno, antes denominado como possessão demoníaca, ao quadro nosográfico da histeria com o intuito de trazê-lo à discussão científica. Para o autor, os alienistas da época buscavam profanar esse fenômeno, da mesma forma como fez Hipócrates em relação aos sintomas da epilepsia.

Ao final do século XIX, Charcot (2003a/1887) e seus alunos ampliaram essa pesquisa histórica buscando demonstrar que casos de possessões apresentavam sintomas semelhantes ao que poderia ser observado nas histéricas da *Salpêtrière*. Em um período em que os campos das doenças mentais e das doenças do sistema nervoso ainda não tinham fronteiras definidas, Charcot deu à histeria o *status* de uma patologia do sistema nervoso e sistematizou seus sintomas dentro de um quadro clínico específico: o grande ataque histérico.

A descrição do grande ataque histérico foi subdividida por Charcot (2003a/1887) em quatro fases ou períodos: a primeira fase, ou período epileptóide, assemelha-se à verdadeira epilepsia. O segundo período — período das contorções e dos grandes movimentos — visa a um gasto exagerado de força muscular. A terceira fase — período das atitudes passionais — é marcada por êxtases e alucinações. Na última fase, também chamada de período terminal, a consciência retorna parcialmente durante certo tempo. A partir das quatro fases descritas, Charcot (2003a/1887) salienta que existem diversas variedades do ataque histérico: o primeiro período faria nascer a variedade epileptóide; o segundo, a variedade demoníaca; o terceiro, a variedade extática; o quarto, a variedade delirante.

Devido à busca por uma universalidade positivista desses sintomas, que, segundo Goldstein (1982), estava em consonância com o momento político da época, o trabalho de Charcot e de seus colaboradores teria servido como apoio ao movimento anticlerical, tornando o diagnóstico da histeria politizado. Exemplo disso teria sido o trabalho de medicina

retrospectiva idealizado por Charcot e seus colaboradores, o qual propôs uma reinterpretação de fenômenos como possessões demoníacas ou êxtases místicos, originalmente interpretados do ponto de vista místico ou religioso.

Charcot e seus colaboradores lançaram mão da publicação de numerosos casos clínicos com o objetivo de divulgar os avanços científicos acerca do estudo dos fenômenos histéricos. O presente artigo visa apresentar e discutir três dessas análises de casos, publicadas entre o fim do século XIX e início do século XX. Inicialmente, serão apresentadas duas publicações referentes a casos clínicos de mulheres atendidas na *Salpêtrière*. A primeira delas, Augustine — uma das pacientes mais conhecidas de Charcot — foi também acompanhada por Bourneville, que registrou relevantes observações acerca de seus sintomas na obra *Iconographie photographique de la Salpêtrière* [Iconografia fotográfica da Salpêtrière] (Bourneville, 1878). A segunda, Madeleine Lebouc, conhecida por seus delírios religiosos e manifestações de êxtases, foi acompanhada por Pierre Janet, que publicizou o estudo de seu caso clínico na obra *De l'angoisse à l'extase* (Janet, 1926). A terceira publicação trata-se de uma interpretação do caso clínico da religiosa Teresa D'Ávila, publicada por Rouby (1902), em um texto da coleção *Bibliothèque Diabolique*, organizada por Bourneville, e que visava relacionar os sintomas apresentados por santos do início da Era Moderna com os sintomas histéricos das internas da *Salpêtrière*. Essas publicações podem ser entendidas como uma ferramenta importante no que se refere à discussão em torno da interpretação científica corrente entre o fim do século XIX e início do século XX acerca dos referidos fenômenos.

Augustine, a “Obra-Prima” da *Salpêtrière*

O grande feito de Charcot, conforme Didi-Huberman (2003), não teria sido apenas registrar uma descrição sistemática dos fenômenos histéricos, mas inseri-los dentro do quadro geral do grande ataque histórico. A respeito da preocupação de Charcot em sistematizar as fases

do ataque histérico, Didi-Huberman (2003) destaca a importância da figura de Augustine, uma das mais conhecidas histéricas da *Salpêtrière*. Segundo o autor, Charcot considerava seu caso uma “obra-prima”, visto que a jovem manifestava seus ataques de modo muito regular, sendo considerada um caso clássico, e assim didático, reconhecido por ter proporcionado observações importantes para a descrição do quadro histérico entre os séculos XIX e XX.

Pinto (2009) destaca como um importante mérito de Charcot a criação de um Serviço de Fotografia na *Salpêtrière*, espaço mantido graças à colaboração de seus alunos, médicos como Richer e Bourneville, e de fotógrafos como Londe e Regnard. O projeto foi considerado um marco na medicina francesa e no estudo das patologias nervosas. Conforme lembra Frutos (2012), Charcot tinha conhecimento da importância da fotografia em seu propósito de descrever e registrar os casos clínicos acompanhados na *Salpêtrière*. Para concretizar seu projeto, o neurologista contou com a colaboração Bourneville e Régnard na criação do primeiro laboratório fotográfico oficial de uma instituição hospitalar, iniciativa que permitiu a construção de uma rica iconografia científica.

A partir dos registros textuais e fotográficos produzidos por Bourneville e Régnard (1878), podemos conhecer melhor a “paciente modelo” de Charcot. Conforme indicam os autores, X..., L... ou Augustine², ingressou na *Salpêtrière* em 21 de outubro de 1875 aos 15 anos e meio. Durante as entrevistas iniciais, a mãe de L... refere desconhecer a causa da doença da filha. Ela declara que as crises de L... iniciavam com pequenos choros e dores no abdômen, inicialmente leves, e terminavam com pulos na cama e choro intenso. Resumidamente, os autores referem que L... teria sido internada devido a um quadro de paralisia do braço direito e por intensas crises de histeria que iniciavam com dores no baixo ventre.

² Didi-Huberman (2003) explica que Bourneville e Régnard não conseguiram eleger um pseudônimo fixo à Augustine, hesitando entre “Augustine”, “Louise”, “X...”, “L...”, “G...”, etc. Nesse trecho dos textos os autores optaram por utilizar o pseudônimo “L...”.

Bourneville e Régnard (1878) seguem a descrição do caso trazendo um breve histórico da vida de L..., que é apresentado no início do relato e que, em seguida, é ofuscado pela descrição sistemática da sintomatologia apresentada pela jovem durante suas crises. Os autores indicam que, durante sua estadia numa pensão religiosa, fora de Paris, gozando de relativa liberdade, L... visitava frequentemente a esposa de um pintor chamado Jules. O homem tinha o hábito de abusar de bebida alcóolica e de iniciar violentas discussões com a esposa seguidas por agressões físicas. L... teria testemunhado algumas dessas cenas e, em um dia durante essas visitas, Jules teria tentado beijar e agredir a jovem, que reagiu com grande temor.

Regressando a Paris, L... teria sido colocada pela mãe para morar com um homem denominado como G..., com o pretexto de aprender a cantar e costurar com seus filhos. O homem aproveitou as ausências da esposa para tentar relacionar-se com L..., na época com 13 anos e meio. Em uma dessas tentativas, vendo que a jovem não cederia, ameaçou-a com uma navalha. Aproveitando-se de seu susto, ele jogou-a na cama, e teve relações sexuais completas. L... voltou para a casa dos pais apresentando sintomas como vômitos e dores de estômago. Dias depois, deitada em seu quarto, a jovem assustou-se ao ver os olhos de um gato a observando. Chegando ao quarto, após ouvir o grito da filha, a mãe de L... a encontra muito assustada e sangrando pelo nariz. Após esse primeiro incidente, L... teve ataques quase todos os dias (Bourneville & Régnard, 1878).

Pouco tempo depois, os pais de L... colocaram-na como empregada doméstica na casa de uma senhora idosa. A jovem passa, a partir daí, a ter uma existência aventureira. Seu irmão teria lhe apresentado a dois irmãos, Emile e Georges. Os autores explicam que relações foram estabelecidas regularmente durante seis meses com Emile e uma vez com Georges. L... teria preferido o primeiro, que ficou sabendo da relação com Georges, o que gerou cenas que foram reproduzidas nos delírios posteriores da paciente (Bourneville & Régnard, 1878).

Após um breve relato de sua história pessoal, os autores descrevem os sintomas apresentados pela paciente durante seu internamento. L... frequentemente deixava cair objetos que segurava na mão direita e arrastava a perna correspondente. A sensibilidade da pele também era abolida em toda a metade direita do corpo. Os sintomas de aura histérica, que apareciam minutos antes do ataque, envolviam hiperestesia ovariana, sensação de um nódulo subindo para a região epigástrica, palpitações cardíacas, constrição laríngea e distúrbios encefálicos. L... não tinha memória do que havia ocorrido ao seu redor durante o ataque, que culminava em diferentes manifestações. Após o ataque, L... voltava ao trabalho normalmente, mantendo uma pequena contratura e visões das quais reagia com sentimento de medo. Durante seus delírios, L... vivenciava períodos de êxtase, nos quais seu rosto expressava uma felicidade ingênua. Voltando a si, L... ficava completamente desencantada por não ver mais o homem cuja visão teria lhe dado tanto prazer (Bourneville & Regnard, 1878).

Em um comentário acerca do caso de Augustine, Didi-Huberman (2003) aponta que havia, por parte de Charcot e de seu círculo, uma paixão por examinar. Da mesma forma, existia uma paixão por elaborar tabelas de todos os sintomas oculares, como paralisias do aparelho motor do olho, espasmos nas pálpebras, micropsia, macropsia, encolhimento concêntrico do campo visual etc. Em sua crítica a essa visão organicista da histeria, o autor afirma que, na *Salpêtrière*, o termo “psíquico” só poderia designar “psicofisiológico” ou “neuropatológico” devido à insistência dos médicos da época em torno da padronização e da medição de cada ato da percepção (Didi-Huberman, 2003).

Augustine seria um caso exemplar para ilustrar essa crítica. A paciente tinha visões e ouvia vozes, mas, para a ciência da época, era claro que ela estava sob influência de visões imaginárias causadas apenas pelo corpo. Na visão de Didi-Huberman (2003), embora Augustine estivesse mergulhada em dramas dos quais havia vivido ou lido em romances, os

médicos da época, com suas descrições anatômicas, não estavam preocupados em temas como ansiedade ou desejo.

Walusinski e Déchy (2013) acompanham a crítica de Didi-Huberman (2003) afirmando que parece óbvio que, em seus delírios, Augustine estaria reproduzindo a cena do abuso sofrido, em uma tentativa de simbolização da experiência de violação sexual. Na visão de ambos os comentadores, prestando atenção unicamente em seus sintomas, os médicos teriam ignorado a etiologia psicológica por trás do desenvolvimento da doença da paciente. Ainda a esse respeito, Walusinski e Déchy (2013) lembram que o próprio Freud revelou ter testemunhado uma declaração de Charcot que revelou seu conhecimento acerca da etiologia das crises de determinada paciente. A referida declaração de Freud, destacada pelos autores, pode ser encontrada no texto *Contribuição à história do movimento psicanalítico*:

Alguns anos depois, participei de uma recepção de Charcot. Encontrei-me muito próximo do venerado mestre que, de fato, contava a Brouardel uma história, sem dúvida muito interessante, da sua consulta do dia. Não tinha ouvido o início com clareza, mas aos poucos a história me interessou a ponto de ficar totalmente atento. Tratava-se de um jovem casal de orientais distantes: a esposa sofria gravemente, o marido estava indefeso ou bastante desajeitado. “Experimente”, ouvi Charcot repetir, “garanto que você terá sucesso”. Brouardel, que falava menos alto, teve de expressar a sua surpresa pelo fato de sintomas como os da mulher em questão poderem ocorrer em tais circunstâncias. Na verdade, Charcot respondeu com grande vivacidade: “Mas, em casos como este, é sempre a coisa genital, sempre... sempre... sempre”. E dizendo isso, cruzou

os braços sobre o peito e começou a pular com sua vivacidade habitual. (Freud, 2010/1914, pp. 112-113, tradução nossa³).

Walusinski e Déchy (2013) lançam a hipótese de que Charcot nunca teria falado sobre o assunto publicamente porque seu desejo de saber exigia a observação direta das regularidades físicas. Os comentadores lançam a hipótese de que esse desejo de saber poderia estar escondendo um desejo de evitação. Para além das motivações pessoais de Charcot para tal posicionamento, era notável que, enquanto o neurologista e seus colaboradores estavam interessados no corpo e em suas imagens, Freud estava interessado na busca por uma etiologia psicológica dos quadros histéricos. Essa mudança de foco em relação à histeria seria um dos pilares por trás da origem da psicanálise.

Madeleine Lebouc e a Secularização do Êxtase

Contemporâneo de Freud e aluno de destaque de Charcot, Pierre Janet escreveu uma das principais obras do século XIX a respeito do êxtase, à época compreendido enquanto fenômeno presente no terceiro período do grande ataque histérico. Trabalho de grande fôlego científico, Janet (1926) apresenta uma descrição sistemática do caso clínico de Madeleine Lebouc, paciente acompanhada pelo médico durante um prolongado internamento na *Salpêtrière*.

³ “Quelques années plus tard, j’assistais à une réception de Charcot. Je me trouvais tout près du vénéré maître qui, justement, était en train de raconter à Brouardel une histoire, sans doute très intéressante, de sa consultation du jour. Je n’avais pas bien entendu le commencement, mais peu à peu le récit m’avait intéressé au point que j’étais devenu tout attention. Il s’agissait d’un jeune couple de lointains Orientaux: la femme souffrait gravement, le mari était impuissant ou tout a fait maladroit. ‘Essayez donc, entendais-je Charcot répéter, je vous assure, vous y arriverez.’ Brouardel, qui parlait moins haut, dut exprimer son étonnement que des symptômes comme ceux de la femme en question pussent se produire dans des circonstances pareilles. En effet, Charcot lui répliqua avec beaucoup de vivacité : ‘Mais, dans des cas pareils, c’est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours.’ Et ce disant, il croisa les bras sur sa poitrine et se mit à sautiller avec sa vivacité habituelle” (Freud 2010/1914, p. 112-113).

Na visão de Castel (2007), o caso clínico de Madeleine Lebouc seria um exemplo expressivo da dedicação de Janet ao estudo e à descrição sistemática do fenômeno do êxtase. As milhares de páginas deixadas pelos estigmatizados da *Salpêtrière* foram um material essencial para a pesquisa e publicação de sua obra. Segundo Castel (2007), a partir do trabalho de Jacques Maitre, foi possível conhecer a verdadeira identidade de Madeleine: tendo como nome de batismo Pauline Lair Lamotte, aos 20 anos, a jovem descobriu a pobreza dos trabalhadores de Londres e uniu-se aos franciscanos. Em 1873, juntou-se aos sobreviventes da Comuna, tendo, em seguida, abandonado o conforto da casa dos pais e até mesmo o seu próprio nome. Madeleine viveu dessa forma por vinte anos, quando, após o falecimento de Padre Conrad, seu diretor espiritual, apresentou um importante agravamento de seu quadro clínico.

Na introdução da obra *De l'angoisse à l'extase*, Janet (1926) afirma que a publicação do caso Madeleine oferece ao estudo do êxtase perspectivas que não foram exploradas na descrição dos êxtases místicos da Idade Média. Janet reivindicava para seu livro o status de primeira publicação científica completa acerca de um caso de êxtase. Embora o conteúdo dos delírios de Madeleine fizesse referência a experiências de união com Deus, Janet afirma que as manifestações da paciente não teriam sido influenciadas por seu meio, visto que a paciente se encontrava internada em uma instituição secular, portanto, protegida de possíveis fenômenos de contágio, bastante frequentes nos conventos da Idade Média.

No que se refere aos dados biográficos da paciente, Janet (1926) afirma que Madeleine utilizou-se de um momento de dificuldades nos negócios do pai para revelar à família seu desejo de mudar para o exterior e fazer carreira como professora. É nesse contexto que Madeleine desaparece por 24 anos, sendo encontrada por sua família aos 42 anos, quando admitida como interna na *Salpêtrière*. Madeleine relata a Janet que havia deixado a família com o propósito de mudar-se para a Alemanha. Ao chegar no país, ela inicia um trabalho como

empregada doméstica. Encontrando dificuldade em isolar-se em seus devaneios, Madeleine abandona o trabalho e encontra abrigo em um convento religioso. Julgando a disciplina do convento pouco rigorosa, parte novamente em busca de outro destino. A visão dos pobres da cidade desperta na jovem o interesse em viver em desapego. Para concretizar seu plano, ela regressa à França, buscando por uma vida de virtude e de oração, passando horas em êxtase nas igrejas e recebendo aconselhamento religioso. Aos 37 anos, a paciente, que desde criança sofria com uma saúde frágil, apresentou um agravamento de seus sintomas, que envolviam dores físicas difusas e contraturas. À medida que caminhar tornava-se cada vez mais difícil, Madeleine foi forçada a procurar atendimento médico. Internada na *Salpêtrière*, onde permaneceu dos 40 aos 47, Madeleine é entregue aos cuidados de Janet (Janet, 1926).

Observando as crises apresentadas pela paciente, Janet (1926) explica que a doença de Madeleine envolvia cinco estágios, que poderiam durar horas, semanas ou até mesmo meses. Inicialmente, ocorria o que a própria Madeleine denominava de “estado de equilíbrio”, no qual nem as alegrias nem as tristezas eram exageradas. Esse estado teria sido quase contínuo na infância e tornou-se constante na última parte da vida, após alta da *Salpêtrière*. O segundo estado, a consolação, produzia uma importante redução da atividade externa e um sentimento de alegria intensa. Em um grau mais elevado, esse estado constituía o próprio êxtase. O terceiro estado, chamado de “tortura”, manifestava-se pelo sentimento oposto ao estado anterior, envolvendo agitação e sentimento de dor moral. O próximo estado, chamado por Madeleine de “secura”, produzia uma redução ou repressão dos sentimentos de qualquer natureza. O quinto e último estado — estado de tentação — ocorria quando a paciente era absorvida por uma atitude de obsessão e de questionamento acerca de suas convicções.

Na descrição dos êxtases de Madeleine, Janet destaca a completa imobilidade da paciente. Embora respondesse aos comandos de seu médico, durante os êxtases, Madeleine apresentava importante desinteresse na ação externa. Janet observa que, durante outros estados, a paciente fazia um grande esforço em comunicar seus sentimentos e sensações. Porém, ela apresentava dificuldade em manifestar suas confidências durante os êxtases, mesmo sendo perfeitamente capaz de falar ou escrever. Nesses momentos, Madeleine afirmava que as explicações eram impossíveis e que não poderiam ser expressas. Contudo, quando, durante o próprio êxtase, ela se habituou a pensar em voz alta, foi fácil para Janet notar que não havia nada de misterioso em tudo isso (Janet, 1926).

As características psicológicas essenciais da crise de êxtase, segundo Janet, seriam, em primeiro lugar, uma imobilidade completa que, contudo, não depende de nenhuma paralisia, mas de um completo desinteresse pelas coisas externas. Em segundo lugar, uma grande atividade interna, envolvendo representações, interpretações e conversas internas, fruto de uma longa história na qual são representadas uma série de relações afetivas únicas entre o sujeito e vários personagens. Em terceiro lugar, estas operações possuem uma fé em sua realidade, em que tudo assume a forma de revelações e profecias. Em último lugar, ocorre a presença de sentimentos vivos que acompanham essas representações, sendo sempre sentimentos felizes, prazeres, admirações estéticas, sentimentos de inteligência, convicção e pureza moral. Resumidamente, a inércia física, somada a uma intensa atividade intelectual e à felicidade levam a paciente a uma nova vida (Janet, 1926).

Segundo Lusa (2012), foi a partir dos fenômenos extáticos manifestados por Madeleine que Janet pode estabelecer uma comparação entre Santa Teresa e sua paciente. O caso de Madeleine foi considerado enigmático tanto para a ciência quanto para a religião. Contudo, o autor indica que, para alguns membros da Igreja, o misticismo da paciente era entendido como

uma associação entre natural e sobrenatural. A Igreja considerava como um descrédito da experiência mística associar os místicos aos sofrendores nervosos. A obra *De l'angoisse à l'extase*, de Janet (1926), foi duramente reprovada pelos religiosos da época, que criticaram seu autor por tentar colocar no mesmo nível as reações mórbidas de uma paciente e as manifestações dos grandes místicos católicos.

Ainda em relação à querela entre ciência e religião, Lusa (2012) revela que o teólogo e carmelita Pe. Bruno de Jésus-Marie, contemporâneo de Janet, propôs o estabelecimento de uma fronteira clara entre o caráter natural e o caráter sobrenatural dos fenômenos religiosos. Embora reconhecesse que Madeleine teve acesso a conhecimentos religiosos, ele buscava sanar o mal-entendido entre sua experiência extática e o verdadeiro misticismo. Sua crítica a Janet refere-se ao fato de que o médico teria buscado compreender o misticismo religioso a partir da perspectiva do êxtase. Segundo Pe. Bruno de Jésus-Marie, o do êxtase é um fenômeno secundário ao qual a Igreja não atribui grande interesse.

O padre também recebeu com suspeição o ideal de pobreza de Madeleine. Para ele, o santo deve permanecer na ascese do gozo, não buscar felicidade na pobreza. Outro ponto que inspirava a desconfiança do religioso dizia respeito à impotência da paciente para as realizações da vida prática. Para ele, a vida de Madeleine era estéril em termos de realizações, contrariamente à vida de Teresa D'Ávila, que, dentre outros feitos, foi capaz de fundar mais de trinta conventos (Lusa, 2012).

Teresa D'Ávila, “A Santa Histórica”

O caso de Teresa D'Ávila foi amplamente discutido tanto pela religião quanto pela ciência. A religiosa apresentou uma descrição detalhada acerca de seus estados de êxtase e de arrebatamento em sua biografia intitulada *Livro da vida*. No prefácio da obra, Frei Betto afirma que Teresa “povoa o inconsciente coletivo da cultura ocidental” (Betto, 2010, p. 8). Dentre os

exemplos das várias obras de arte da qual ela serviu como inspiração, destaca-se a escultura de Bernini, que se encontra em Roma, na igreja de Santa Maria della Vittoria, e que retrata a santa em estado de êxtase sendo flechada por um anjo.

Para Frei Betto (2010), além de ter sido tema de variadas obras de arte, a figura de Teresa D'Ávila aparece, até os dias de hoje, em ensaios e teses acadêmicas, em especial na área da psicanálise. A religiosa teve o importante papel de revolucionar a espiritualidade cristã, tendo escapado da fogueira da Inquisição em uma época em que foram frequentes as acusações de bruxaria. Frei Betto afirma que no *Livro da vida* “vemos como uma mulher de vontade própria e histericamente desequilibrada, que parecia estar a caminho de se tornar uma freira mundana do tipo convencional, foi completamente transformada por experiências profundas” (Betto, 2010, p. 14). Podemos notar, a partir dessa declaração, que o religioso estava familiarizado com discussões que reivindicam essas experiências como sintomas de uma doença histérica.

Na introdução da mesma edição do *Livro da Vida*, Cohen (2010) aponta que, no relato dos acontecimentos de sua vida, Teresa D'Ávila não deixa claro certos fatos e datas, o que Cohen busca corrigir a partir de algumas informações biográficas relevantes: Teresa teria nascido próximo à cidade de Ávila, na Espanha, em 28 de março de 1515, sendo batizada como Teresa Sánchez de Cepeda y Ahumada. Muito jovem, foi surpreendida pela morte precoce da mãe, pelo casamento da irmã mais velha e pela internação, aos 16 anos, em um colégio administrado por irmãs agostinianas. Por volta de 21 anos, tornou-se carmelita e, aos 25, foi acometida por graves problemas de saúde que interferiram significativamente em sua vida.

Após a saída da casa de sua família, Teresa relata ter começado a sentir grande prazer com a vida religiosa. Contudo, as mudanças em sua vida e em sua alimentação teriam prejudicado seu estado de saúde. Com o tempo, a jovem começou a ser acometida por desmaios

e dor no coração, que muitas vezes a levavam a perder completamente os sentidos. Devido à piora desses sintomas, seu pai encontra um lugar que promete a cura da filha, no qual Teresa permanece durante três meses. Diagnosticada com tuberculose e tendo sido desenganada pelos médicos, Teresa teria implorado pela presença de um padre para que pudesse confessar. Porém, o pai não teria autorizado, o que levou a jovem a reagir com uma crise que a fez perder os sentidos por quatro dias. Tendo, por um dia e meio, uma sepultura já aberta em seu mosteiro, subitamente ela volta a si (Ávila, 2010/1588).

Contrapondo a interpretação religiosa dada por Teresa D'Ávila acerca dos fenômenos vivenciados por ela, em um texto publicado na coleção *Bibliothèque Diabolique*, organizada por Bourneville, Rouby (1902) declara que, a partir da leitura do *Livro da vida*, seria possível acreditar que se teria diante dos olhos a observação de uma paciente que povoa um dos manicômios do século XIX, exceto pelo fato de que o que os médicos de sua época chamavam de “sintoma”, Teresa chamava de “estados de graça”.

Rouby (1902) afirma que na própria obra de Teresa D'Ávila poderiam ser encontradas inúmeras provas de sua histeria. Exemplo disso seria o prólogo de *O Castelo Interior*, no qual a religiosa descreve alguns aspectos de seu estado físico. O médico explica que Teresa relata experimentar grande dificuldade para escrever devido a uma sensação de barulho na cabeça e fraqueza no corpo, além de uma luta contra doenças incessantes que não a permitiam ter forças para cuidar de suas ocupações. Rouby (1902) lembra que tais aspectos são facilmente observados nos pacientes nervosos aos quais estava habituado a atender em sua prática clínica. Segundo o autor, em casos como esse, bastaria uma necessidade material, um prazer desejado, para que ocorresse um impulso que permitiria ao doente realizar coisas surpreendentes. Ademais, tais estados de languidez e fraqueza, acompanhados de dores físicas, seriam frequentemente encontrados entre pacientes histéricos.

Em relação às manifestações físicas da doença de Teresa, Rouby (1902) lembra ainda que ela relata ter sido afetada, na juventude, por uma febre de difícil controle, precedida por calafrios e acompanhada por dores generalizadas às quais ela atribuía seus fracassos. Segundo o autor, antes de atingir sua forma crônica, a histeria é precedida por um período agudo em que o paciente sofre de sintomas que envolvem desde crises convulsivas até paralisias motoras com duração variável. Ao mesmo tempo, tais pacientes podem ser curados em poucos dias, horas ou mesmo minutos. Dentre os sintomas apresentados pela religiosa, Rouby (1902) destaca o bolo histérico, a angina no peito, a anorexia histérica, as contraturas e paralisias, as anestésias ou hiperestésias, os ataques convulsivos e o sono hipnótico. O médico comenta o já citado episódio em que Teresa esteve gravemente doente e repentinamente levanta da cama e declara-se curada. Segundo o autor, essas curas repentinas da histeria acontecem por meio da influência de algum choque moral, o que muitas vezes leva com que as pessoas as interpretem como milagrosas. Para Rouby (1902), não tendo consciência do mal que estava produzindo, Teresa entrou em um estado de sono hipnótico com a intenção de retaliação ao pai, que teria lhe recusado a confissão.

No *Livro da vida*, Teresa D'Ávila (2010/1588) revela sua prática de oração, que compreende cinco estágios: oração mental, oração da tranquilidade, oração da união, oração do êxtase e oração do arrebatamento. Rouby (1902) destaca que os três últimos estágios da oração seriam também a descrição de três estados histéricos. Na oração do êxtase, segundo Teresa D'Ávila, desfruta-se sem saber o que é desfrutado, já que as faculdades e os sentidos estão inebriados com uma alegria que os impede de prestar atenção em qualquer coisa que não seja ela. Rouby (1902) aponta que, em livros clássicos sobre o êxtase, o fenômeno é descrito como um estado sintomático de histeria, que apresenta os seguintes sintomas: perda quase total da percepção do mundo exterior, alterações de visão, audição e tato, expressão de felicidade

indescritível, membros imóveis na posição em que o paciente se encontrava desde o início do quadro, alucinações concentradas em um único objeto e um gozo que absorve os afetos e a inteligência. A partir da descrição clássica do êxtase histérico, Rouby (1902) afirma que Teresa foi capaz de estudar muito bem seu caso, descrevendo precisamente a mesma perda de sensibilidade e de força, a mesma abolição dos sentidos e os mesmos prazeres alucinatórios observados nos pacientes histéricos.

Rouby (1902) associa a oração de arrebatamento ao que ele chama de “grande neurose”, estado que envolve convulsões e atitudes apaixonadas. Conforme aponta o autor, o estudo clínico dessa última oração lança luz sobre o diagnóstico da doença de Teresa. Nos livros clássicos, revela o autor, na maioria das vezes, o paciente histérico apresenta aura, sensação de bolo histérico e depois os olhos se fecham e o corpo fica imóvel. Em seguida, o paciente convulsiona, como na epilepsia, mas não apresenta perda completa da consciência. Finalmente, ocorrem alucinações e alterações dos sentidos. Ao fim do ataque, o histeroepiléptico mantém suas faculdades normais, ao contrário do epilético, que apresenta diminuição da capacidade cognitiva com evolução progressiva para um quadro de demência. Para Rouby (1902), a oração de arrebatamento de Teresa teria outro nome: doença histeroepiléptica.

A Visão da Histeria na Medicina dos Séculos XIX e XX

Observa-se, por parte de alguns intérpretes da história da medicina europeia dos séculos XIX e XX, certa suspeição acerca das intenções por trás do esforço dos médicos da época em torno do estudo da histeria. O centro dessas críticas girava em torno da afirmação de que a principal motivação em relação ao estudo dos fenômenos histéricos era desmascarar a Igreja.

Para Goldstein (1982), a redefinição do sobrenatural como natural tinha uma intenção secularizante, sendo esse um marco da política republicana do século XIX. Segundo o autor, Bourneville acreditava que, ainda em sua época, havia quem defendesse pontos de vista

politicamente retrógrados com o objetivo de manter a população intelectualmente subdesenvolvida. O autor declara que, na literatura da *Salpêtrière*, a visão de mundo clerical era retratada como intelectual e moralmente inferior, pré-racional e cruel, ao contrário da ciência médica, retratada como racional e humana.

Ainda a respeito dessa batalha, Goldstein (1982) argumenta que Michel Foucault considerou o estudo sobre a histeria como uma das quatro grandes estratégias pelas quais a sociedade moderna teria aumentado a produção de conhecimento acerca da sexualidade humana e, ao mesmo tempo, desenvolvido uma estrutura de poder sobre ela. Segundo o autor, para Foucault, o desenvolvimento do conhecimento científico acerca da histeria estaria a serviço da colaboração entre a medicina e o regime político da época para promover seus interesses: a secularização da sociedade e a queda da autoridade da Igreja.

A esse respeito, é possível supor que o projeto da medicina retrospectiva, idealizado por Charcot e colaboradores, tenha de fato tido essa intenção. Como evidências que falam em favor desse argumento, podemos citar iniciativas de Bourneville como a publicação da coleção *Bibliothèque Diabolique* e sua postura combativa frente às freiras enfermeiras dos hospitais parisienses, que, segundo Goldstein (1982), defendia, primeiro, uma redução severa do número de capelães hospitalares, depois, sua supressão total. Além disso, encontram-se uma série de afirmações de Charcot que explicitam a obstinação do neurologista em sustentar sua oposição à interpretação religiosa dos fenômenos histéricos, como é o caso da declaração expressa em seu texto *A fé que cura* afirmando que São Francisco de Assis e Santa Teresa seriam “inegavelmente histéricos” (Charcot, 2003b/1892, p. 74).

Embora o trabalho desses médicos tenham sido alvo de críticas que apontavam como seu interesse principal a colaboração irrestrita com o movimento anticlerical, é inegável a contribuição de Charcot e de seus colaboradores na tarefa de questionar a interpretação místico-

religiosa de fenômenos como paralisias, êxtases, contorções e estigmas, o que permitiu com que essas manifestações pudessem ser compreendidas de um ponto de vista clínico.

No que se refere aos sintomas físicos, observam-se muitas similaridades entre os três casos analisados, como paralisias, vômitos, astenia, hiperestesias, sensação de nódulo subindo para a região epigástrica, palpitações cardíacas, contraturas, crises convulsivas e dores generalizadas. Além disso, as três mulheres também partilhavam de experiências de alteração da consciência, os chamados “fenômenos extáticos”, embora cada uma delas interpretasse essas experiências a partir de um ponto de vista singular. Madeline situava seus êxtases dentro do segundo estado de sua doença, o qual denominava de “estado de consolação”. Os êxtases de Augustine permitiram a Charcot descrever as manifestações vivenciadas pelos pacientes histéricos durante o terceiro período do grande ataque histérico, o período das atitudes passionais. Teresa D’Ávila, por sua vez, inseriu suas experiências de êxtase dentro do que denominava como “quarto estágio da oração”. Embora para as três mulheres a experiência extática tinha como característica um sentimento de união ou de comunhão, os êxtases de Madeleine e de Teresa eram interpretados por elas como uma comunhão com Deus, enquanto Augustine interpretava o fenômeno como a união com um parceiro amoroso. Contudo, o que se encontra em comum entre os três casos é o sentimento de intensa satisfação subjetiva proporcionada por uma experiência de completude.

Didi-Huberman (2003) entende como problemática a obsessão dos médicos da época por examinar, medir e padronizar os fenômenos histéricos. Walusinski e Déchy (2013), por sua vez, criticam o interesse imoderado de Charcot pelo corpo e por suas imagens. Na mesma linha, Freud (2006a/1888) aponta algumas lacunas deixadas pelo trabalho dos médicos da *Salpêtrière*, como a supervalorização da hereditariedade e a pouca dedicação ao estudo dos aspectos psicológicos envolvidos com a etiologia da histeria. Ao mesmo tempo, Freud

reconhece que uma melhor compreensão da doença só teve início a partir do trabalho da escola da *Salpêtrière*. Antes dela, os histéricos “estavam sujeitos à maldição do ridículo; seu estado era tido como indigno de observação clínica, como se fosse simulação e exagero” (Freud, 2006a/1888, p. 29).

No texto *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*, Freud (2006b/1886) afirma que o quadro clínico da histeria “tem sido estudado escassa e relutantemente; e carrega a ira de alguns preconceitos muito difundidos” (p. 14). Entre esses preconceitos, ele destaca a suposição, corrente em sua época, de que nenhuma sintomatologia definida poderia ser atribuída à histeria devido ao fato de que nela pode ocorrer qualquer combinação de sintomas. Contudo, através do trabalho de Charcot e de seus colaboradores, foi possível atribuir uma sintomatologia — mesmo que multiforme — à histeria, o que possibilitou a constatação de que imperam nela uma lei e uma ordem (Freud, 2006b/1886). Dessa forma, Freud (2006a/1888) afirma que a escola de Charcot foi a primeira a proporcionar à histeria o *status* de um quadro clínico bem definido.

Os estudos do departamento de neurologia da *Sapêtrière* permitiram fecundas publicações acerca da histeria, como os citados trabalhos de seus discípulos Rouby, Bourneville e Janet. Pode-se afirmar que Charcot e sua escola foram os responsáveis por abrir caminhos para a pesquisa em torno da histeria, além de possibilitar a sistematização dos sintomas histéricos. Além disso, a medicina da época também se dedicou a buscar uma etiologia da doença. Todos esses avanços científicos abriram caminhos para a construção de uma clínica própria para a histeria, iniciativa que pode ser considerada como o ponto de partida para o trabalho de Freud.

Referências

- Ávila, T. (2010). *Livro da vida*. Companhia das Letras. (Original publicado em 1588).
- Betto, F. (2010). A sedução de Teresa. In M. M. Cavallari (Org.), *Livro da vida* (pp. 7-10). Companhia das Letras.
- Bourneville, D. M., & Régnard, P. (1878). *Iconographie photographique de la Salpêtrière: Service de M. Charcot. Aux Bureaux du Progrès Médical.*
<https://www.getty.edu/art/collection/object/104GBN>
- Castel, P. (2007). La Madeleine de Janet, ou comment s'écrit l'expérience de l'extase. *Savoirs et Clinique*, 8, 211–216. <https://doi.org/10.3917/sc.008.0211>
- Charcot, J. M. (2003a). Os “demoníacos convulsionários” de hoje. In A. Quinet (Org.), *Grande histeria* (pp. 89-107). Contra Capa. (Original publicado em 1887).
- Charcot, J. M. (2003b). A fé que cura. In A. Quinet (Org.), *Grande histeria* (pp. 71–89). Contra Capa. (Original publicado em 1892).
- Cohen, J. M. (2010). Introdução. In M. M. Cavallari (Org.), *Livro da vida* (pp. 11-22). Companhia das Letras.
- Didi-Huberman, G. (2003). *Invention of hysteria: Charcot and the photographic iconography of the Salpêtrière*. The MIT Press Cambridge.
- Espírito-Santo, H. (2009). *Histeria: A unidade perdida. Estudo dos fenómenos semelhantes e dissemelhantes das perturbações somatoformes e dissociativas*. [Tese de Doutorado,

-
- Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<http://hdl.handle.net/10216/19354>
- Freud, S. (2006a). Histeria. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud: Vol. 1* (pp. 29–40). Imago. (Original publicado em 1888).
- Freud, S. (2006b). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud: Vol. 1* (pp. 9–16). Imago. (Original publicado em 1886).
- Freud, S. (2010). Contribution à l’histoire du mouvement psychanalytique. In S. Freud, *Cinq leçons sur la psychanalyse* (pp. 101–203). Payot. (Original publicado em 1914).
- Frutos, G. R. (2012). Iconografía de la otredad: El valor epistemológico de la fotografía en el retrato científico en el siglo XIX. *Revista Sans Soleil: Estudios de la Imagen*, 4, 53-73.
<https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/108205?mode=full>
- Goldstein, J. (1982). The hysteria diagnosis and the politics of anticlericalism in late nineteenth-century france. *Journal of Modern History*, 54(2), 209-239
<https://www.jstor.org/stable/1906156>
- Janet, P. (1926). *De l’angoisse à l’extase*. Alcan.
- Jorge, M. A. C., & Travassos, N. P. (2021). *Histeria e sexualidade: Clínica, estrutura, epidemias*. Editora Zahar.
- Lusa, M. (2012). Le cas Madeleine de Pierre Janet: La mystique au carrefour des discours de la science et de la religion. *La Cause du Désir*, 81, 50–54.
<https://doi.org/10.3917/lcdd.081.0050>
- Pinto, R., Jr. (2009). A invenção da histeria. *História, Ciência e Saúde*, 16(3), 819–822.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000300018>

Rouby, P. F. A. (1902). *L'hystérie de sainte Thérèse*.

<https://www.histoiredelafole.fr/psychiatrie-neurologie/lhysterie-de-sainte-therese-par-hippolyte-rouby-1901>

Trillat, E. (1986). *Histoire de l'hystérie*. Seghers.

Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of a disease*. The University of Chicago Press.

Walusinski, O. P. J., & Déchy, H. (2013). Augustine. *European Neurology*, 69(4), 226–228.

<https://doi.org/10.1159/000346032>