

GUSTAVO COSTA MARTINS

**FREUD E OS PRIMÓRDIOS DA PSICANÁLISE:
da neuroanatomia às construções metapsicológicas iniciais**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Departamento de
Filosofia do Instituto de Filosofia
e Ciências Humanas da
Universidade Estadual de
Campinas sob a orientação do
Prof. Dr. Osmyr Faria Gabbi Jr.

Este exemplar corresponde à redação
final da Dissertação aprovada pela
Comissão Julgadora em 26/02/2007

BANCA

Prof. Dr. Osmyr Faria Gabbi Jr. (orientador)
Prof. Dr. Richard Theisen Simanke (membro)
Prof. Dr. Cláudio Eduardo Müller (membro)
Prof. Dr. João José L. R. Almeida
Prof. Dr. Luiz Roberto Monzani

FEVEREIRO/2007

GUSTAVO COSTA MARTINS

**FREUD E OS PRIMÓRDIOS DA PSICANÁLISE:
da neuroanatomia às construções metapsicológicas iniciais**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Departamento de
Filosofia do Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade
Estadual de Campinas sob a
orientação do Prof. Dr. Osmyr
Faria Gabbi Jr.

Este exemplar corresponde à redação final
da Dissertação defendida diante da
Comissão Julgadora em 26/02/2007

BANCA

Prof. Dr. Osmyr Faria Gabbi Jr. (orientador)

Prof. Dr. Richard Theisen Simanke (membro)

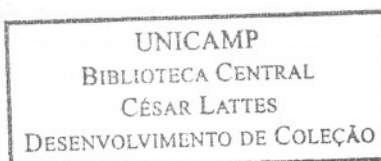
Prof. Dr. Cláudio Eduardo Müller (membro)

Prof. Dr. João José L. R. Almeida

Prof. Dr. Luiz Roberto Monzani

Richard Theisen Simanke
21 em 2007

FEVEREIRO/2007



UNIDADE BC
Nº CHAMADA: -
T/UNICAMP M366f
V. - EX. -
TOMBO BCCL 73365
PROC 16.145-07
C - D x
PREÇO 11,00
DATA 17/07/07
BIB-ID 432444

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

M366f Martins, Gustavo Costa
Freud e os primórdios da psicanálise: da neuroanatomia às
construções metapsicológicas iniciais / Gustavo Costa Martins.
- - Campinas, SP : [s. n.], 2007.

Orientador: Osmyr Faria Gabbi Júnior.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Freud, Sigmund, 1856-1939. 2. Psicanálise.
3. Epistemologia. 4. Metapsicologia. 5. Neuroses. I. Gabbi Júnior,
Osmyr Faria, 1950-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

(cc/ifch)

Título em inglês: Freud and the origins of psychoanalysis: from neuroanatomy
to the early metapsychological constructs

Palavras – chave em inglês (Keywords): Psychoanalysis
Epistemology
Metapsychology
Neuroses

Área de concentração : Epistemologia da Psicanálise

Titulação : Mestre em Filosofia

Banca examinadora : Osmyr Faria Gabbi Júnior, Richard Theisen Simanke,
Cláudio E. M. Banzato

Data da defesa : 26-02-2007

Programa de Pós-Graduação :- Filosofia

VERDADE

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.
(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Nosso trabalho se propõe a reconstituir percurso teórico inicial de Freud na construção de uma teoria psicológica das neuroses, partindo de suas abordagens da histeria, ainda sob a forte influência de Charcot, até as primeiras concepções metapsicológicas. Inicialmente, tentamos mostrar a influência das questões de ordem clínica, teórica e metodológica levantadas por Charcot na orientação da *démarche* freudiana pelo terreno da psicopatologia. Em um segundo momento, investigamos a colaboração teórica entre Freud e Breuer, procurando apontar o paulatino reposicionamento do mestre de Viena, que viria a conferir contornos próprios à sua teoria das neuroses. Por último, após uma abordagem do *Projeto de uma Psicologia*, procuramos captar os movimentos teóricos que se refletem na correspondência de Freud a Fliess e em alguns textos pós-1895, tentando iluminar as alterações que o modelo do aparelho psíquico apresentado naquele texto metapsicológico veio a sofrer no sentido de superar alguns impasses – aos quais bem podem ser imputadas as razões de sua não publicação imediata – e que desembocarão na constituição de conceitos fundamentais como o de fantasia, complexo de Édipo e sexualidade infantil.

ABSTRACT

Our work has as purpose to restore Freud's initial theoretical course in the construction of a psychological theory of neuroses, starting from his approaches on hysteria, still under strong influence of Charcot, to the first metapsychological concepts. First, we tried to show the influence of clinical, theoretical and methodological issues arisen by Charcot in the orientation of the Freudian *démarche* through the grounds of psychopathology. Then, we examined the theoretical collaboration between Freud and Breuer, aiming to stress the slow repositioning of the master of Vienna, who would provide his theory on neuroses with its own shapes. Finally, after an approach of *Projeto de uma Psicologia* (Project of a Psychology), we intended to capture the theoretical movements shown in the Freud-Fliess letters and some post-1895 texts, with the purpose to light up the changes that the model of the psychic structure presented in that metapsychological text has suffered in order to overcome some deadlocks – which can be the reasons for their non-immediate publication – and which would lead to the creation of fundamental concepts such as fantasy, Oedipus complex and infantile sexuality.

Agradecimentos

Ao Prof. Osmyr, pela orientação desta pesquisa e de quem os ensinamentos sobre a obra freudiana certamente continuarão influenciando nossa leitura da teoria psicanalítica.

A Christiane, pelo apoio e carinho ao longo da feitura deste trabalho, e, principalmente, pela sua presença em minha vida.

Ao Osvaldo, meu irmão, de quem a fértil leitura da psicanálise tanto estimulou meu interesse pelos textos freudianos.

Aos colegas Suely Aires e Aléxis Rosim, que, em diferentes fases desta pesquisa, com suas leituras e sugestões, prestaram valiosas contribuições.

Ao CNPq, cujo apoio financeiro foi imprescindível para a continuidade desta pesquisa.

Índice

1. Introdução.....	19
---------------------------	-----------

Parte I

FREUD E A PSICOPATOLGIA NEURÓTICA

1. Freud no Salpêtrière: entre a neuroanatomia e a histeria	23
2. Charcot: uma interpretação psicológica da histeria	29
3. Freud: defensor da teoria charcotiana da histeria	33
4. A crítica de Bernheim a Charcot: tudo é sugestão.....	41
5. Freud: entre Charcot e Bernheim.....	45
6. As críticas de Freud a Charcot.....	48
7. A Interpretação das Afasias: uma teoria psicológica para os distúrbios de linguagem.....	54
7.1 O Localizacionismo anatômico.....	55
7.2 Crítica freudiana ao localizacionismo.....	57
8. Neurose histérica: um distúrbio meramente funcional.....	64

8.1 Dos critérios diferenciais entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas.....	66
--	----

PARTE II

FREUD, BREUER E A HISTERIA

1. As histéricas sofrem de reminiscências.....	71
2. A economia da histeria.....	74
3. Conversão histérica: o mecanismo psíquico típico da histeria.....	77
4. Por uma teoria geral das neuroses.....	81
4.1 As Neuroses de Defesa.....	81
4.2 As Neuroses Simples.....	84
4.3 Outras Observações sobre as Neuropsicoses de Defesa.....	89
4.4 A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses.....	90
4.5 O novo método terapêutico.....	92
5. A controvérsia Freud e Breuer e a ‘escolha’ do símbolo histérico.....	96

PARTE III

Seção 1 – Projeto de uma psicologia científica e natural

1. A formação compulsiva histérica.....	111
2. Os dois postulados principais.....	115
3. As duas vivências fundamentais.....	117

4. O problema da consciência e a constituição do ‘eu’.....	122
5. Pensar é desejar.....	126
6. O processo primário na atividade onírica.....	127
7. O sintoma neurótico e os processos primários póstumos.....	130
8. A próton pseudos histérica.....	132

Seção 2 – Outros Esboços: um projeto retraçado

1. O problema da escolha da neurose e da articulação entre desejo e repressão.....	144
2. As Primeiras Concepções de Fantasia.....	159
3. Sedução e Fantasia.....	167

Conclusão.....	171
----------------	-----

Referências Bibliográficas.....	173
---------------------------------	-----

Para Christiane

Introdução

O presente trabalho objetiva refazer o percurso de Freud em suas construções psicanalíticas iniciais, tomando por base suas primeiras produções teóricas. O período em questão abarca desde os primeiros artigos freudianos sobre psicopatologia, escritos imediatamente após seu contato acadêmico com Charcot, até a concepção de *Projeto de uma Psicologia*. Em termos cronológicos, porém, o limite final do momento teórico que nos propomos a abordar estende-se um pouco além da elaboração do referido escrito de 1895, prolongando-se por um período que ainda é fortemente impregnado pelas teses deste, que é considerado o grande trabalho metapsicológico pré-*Interpretação dos Sonhos*. Assim é que publicações de 1896 e 1897, além das correspondências de Freud a Fliess, serão exploradas, a fim de iluminar um campo epistemológico que, acreditamos, se constitui em uma base conceitual da futura obra freudiana.

Diante desse objetivo, procuramos ser fiéis ao encadeamento conceitual deste movimento teórico que pode ser captado nestes poucos mais de dez anos de intensa produção intelectual de Freud, e dividimos nosso estudo em três partes.

A primeira é centrada na investigação da influência das questões de ordem clínica, teórica e metodológica levantadas por Charcot e a forma com que as mesmas foram apropriadas por Freud no início de sua *démarche* pela psicopatologia.

A convivência de Freud com Charcot está diretamente relacionada à mudança do interesse científico do jovem médico vienense, que se deslocou da neuroanatomia para a psicopatologia, e à suscitação de questões de largo alcance, que, tomadas em retrospectiva, se revelam como fontes fundamentais para impulsionar os primeiros esboços da teoria psicológica freudiana.

Embora encontre no mestre francês uma forte referência em seus primeiros passos, o caminho de Freud foi, aos poucos, assumindo um norte próprio. Suas preocupações terapêuticas e, por que não dizer, os ecos dos ideais da escola de Helmholtz, reorientaram sua rota epistemológica. Depois de indicar este paulatino reposicionamento, por meio de obras como *A Interpretação das Afasias* e *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Históricas*, investigaremos, na segunda parte, a colaboração teórica entre Freud e Breuer.

O reconhecimento de Freud de que as lesões das quais decorriam a histeria eram dinâmicas, e não localizáveis anatomicamente, ao mesmo tempo em que vai de encontro às teses charcotianas, retira um fundamento o qual, ainda que como recurso teórico secundário, dado o interesse preponderantemente semiológico de Charcot, explicava certo padrão nas manifestações sintomáticas da histeria.

Sem se valer da anatomia, mas com o intuito de oferecer uma teoria explicativa da histeria que embasasse um tratamento causal desta afecção e justificasse certa constância em suas manifestações clínicas, Breuer acabava por recorrer a certos fundamentos localizacionistas, recrudescendo o determinismo orgânico que Freud procurava rechaçar.

A partir de *Projeto de uma Psicologia*¹, rascunhado no segundo semestre de 1895, o qual será objeto da análise da primeira metade da terceira parte de nosso trabalho, a insatisfação de Freud com o esquema teórico de Breuer, apresentado em *Estudos sobre a Histeria*, pode ser sentida. Uma divergência, aliás, que já se prenunciava na nosografia das neuroses sugerida em *As Neuropsicoses de Defesa*, a qual supunha um mecanismo psíquico, a defesa, como fato psíquico típico, não só da histeria, mas de entidades clínicas como obsessão e paranóia.

Nossa abordagem do *Projeto* tentará investigar a teoria funcional da mente então apresentada, de modo a assentar as neuroses e seus mecanismos em um alicerce conceitual sólido o suficiente e, assim, parafraseando seu autor, “fornecer uma psicologia científica e naturalista, ou seja, expor os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partes materiais capazes de serem especificadas”. Buscaremos apontar como o modelo de aparelho psíquico apresentado neste trabalho está relacionado a certas convicções materialistas de Freud, bem como, refletindo suas observações clínicas, que este escrito representa uma tentativa de delimitar um campo de visualização próprio dos fenômenos psicopatológicos. Significava, em suma, adotar o modelo das ciências naturais como referência das investigações psicológicas.

Por fim, enfocaremos os movimentos teóricos captados pela correspondência de Freud a Fliess, mais especificamente nas sucessivas alterações que o modelo do aparelho psíquico apresentado no *Projeto* veio a sofrer no sentido de superar alguns impasses – aos

¹ Freud, S., *Projeto de uma Psicologia*, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003 trad. de Osmyr Faria Gabbi Jr. à guisa de apêndice à *Notas a Projeto de uma Psicologia: As Origens Utilitaristas da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003. Daqui em diante, *Projeto*.

quais bem podem ser imputadas as razões de sua não publicação imediata – e que desembocarão na constituição do conceito de fantasia, da hipótese da sexualidade infantil e do complexo de Édipo.

Quanto à bibliografia utilizada, optamos pela Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud. Sabemos das perdas decorrentes desta escolha, relacionadas da irremediável deficiência de uma versão estrangeira. Ainda assim, diante de nosso conhecimento incipiente de alemão, julgamos ser esta melhor via de acesso aos conceitos freudianos.

Parte I

FREUD E A PSICOPATOLOGIA HISTÉRICA

1. Freud no Salpêtrière: entre a neuroanatomia e a histeria

O início da investigação freudiana das neuroses se deu com o estudo da histeria traumática e remonta a 1885, quando o médico vienense, após ser nomeado Privatdozent² pela Universidade de Viena, é contemplado com uma bolsa de estudos e escolhe o Hospice de la Salpêtrière, em Paris, para desenvolver seus trabalhos de pesquisa em neuropatologia.

No relatório sobre este período de estudos, Freud assinala, dentre os motivos que orientaram sua opção, a expectativa de que a escola francesa de neuropatologia pudesse lhe oferecer, em um único centro, um grande acervo clínico e novos métodos de trabalho em áreas da neuropatologia que até então não tinham sido suficientemente estudadas nas universidades austríacas.

Diante do deslocamento do interesse científico que o contato com a tradição francesa provocou, tal expectativa foi, em certo aspecto, extrapolada. No Salpêtrière, segundo as palavras do próprio Freud, seu trabalho assumiu uma forma diferente daquela que ele, de início, tinha estabelecido para si mesmo. Meses antes de ir à França, em carta à Marta Bernays, ele assevera:

“O que eu quero, como você sabe, é ir a Paris (...) e ter tempo o suficiente de terminar meus trabalhos sobre o cérebro. (...) estou tentado pelo desejo de solucionar o mistério da estrutura do cérebro; penso que a anatomia cerebral é a única rival legítima que você tem ou sempre terá.”³

² Comparável com o que, aqui, se denomina por Livre Docente.

³ “What I want, as you know, is to go to Paris (...) have enough leisure to finish my work on the brain (...) I am at the moment tempted by the desire to solve the riddle of the structure of the brain; I think brain anatomy is the only legitimate rival you have or ever will have”. Letters of Sigmund Freud, Freud a Marta Bernays, 31 de março de e 17 de maio de 1885, pg. 139 e 145, tradução para o inglês de Tânia e James Stern, organizados por Ernst Freud, Londres, Dover Publications, 1992.

Os estudos neuroanatômicos permaneceram na ordem do dia ao longo de toda a formação acadêmica de Freud e estavam diretamente relacionados à busca de uma lesão organicamente circunscrita que correspondesse aos distúrbios mentais. Era esta a meta orientadora o trabalho de mestres como Meynert e Brücke os quais, valendo-se de certos pressupostos, desprezavam interpretações puramente psicológicas e desqualificavam qualquer tentativa de tratamento estritamente psicológico das afecções mentais.⁴ Para Meynert, por exemplo, todo e qualquer distúrbio psíquico só poderia ser satisfatoriamente descrito a partir de fatos anatomofisiológicos, não havendo espaço para qualquer explicação do tipo psicológica.⁵ Nesta perspectiva, os processos mentais não seriam de modo algum independentes de sua referência anatômica.

No início da década de 1880, ressoando tais influências, Freud revelara-se hábil em diagnósticos neuroanatômicos. Partindo de observações clínicas e apoiado em um sólido conhecimento sobre a estrutura e funcionamento do sistema nervoso, lançava hipóteses sobre as causas da desordem em questão. Em *Um Estudo Autobiográfico* referindo-se a este período, ele assinala:

“Enquanto continuava a trabalhar como médico estagiário, publiquei grande número de observações clínicas sobre doenças orgânicas do sistema nervoso. Gradativamente familiarizei-me com o terreno; fui capaz de situar o local de uma lesão na medula oblonga de maneira tão exata que o anatomista patológico não teve mais informação alguma a acrescentar, fui a primeira pessoa em Viena a encaminhar um caso para autópsia com um diagnóstico de polineurite aguda. A fama de meus diagnósticos e de sua confirmação post-mortem trouxe-me uma afluência de médicos norte-americanos, perante os quais pronunciei

⁴ “Distúrbios mentais são distúrbios do cérebro”, propalava Griesinger, no que era acompanhado por Theodor Meynert e Paul Fleischsig, que descreviam o fenômeno psicológico como um efeito aparente e indubitável de uma alteração na estrutura cerebral. Lothane, Z. Freud’s 1895 Project: From mind to brain and back again. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 43-65, vol. 843 May 15, 1998.

⁵ Meynert, T., *Psychiatry*, pg. 143, Nova Iorque, 1968, apud Levin, K., *Freud: a primeira psicologia das neuroses*, pg. 31, tradução de Álvaro Cabral, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1980 e Andersson, Ola, *Freud Precursor de Freud*, pg. 75, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

conferências sobre os pacientes do meu departamento numa espécie de pidgin-English.*”.⁶

Em novembro de 1885, já no Salpêtrière, uma carta à noiva repercute a influência de Charcot e prenuncia a mudança de foco do seu interesse científico:

“Charcot, que é um dos maiores médicos e um homem genial, (...) está simplesmente aniquilando todos os meus propósitos e opiniões (...) Quando me afastar dele, não terei mais desejo algum de continuar a trabalhar em minhas coisas imbecis.”⁷

Se até então seus trabalhos eram centrados no estudo do sistema nervoso e buscavam uma referência anatômica para os distúrbios mentais⁸, sob a forte influência de Charcot, este interesse de Freud acabou inteiramente eclipsado pela investigação da patologia neurótica.

O estudo das neuroses, a esta altura, especialmente da histeria, já dividia a comunidade acadêmica entre os que supunham o papel de alterações anatômicas em sua gênese e os que, como Charcot, tomavam como relativas esta influência e reconheciam, ainda que de forma difusa e sem apresentar uma teoria sistemática, uma determinação fisiológica e psicológica deste distúrbio, sem que fosse implicada uma lesão anatomicamente localizável. Segundo relato de Freud, Charcot propalava que:

“A anatomia já tinha exaurido sua tarefa e a teoria das doenças orgânicas do sistema nervoso estava, por assim dizer, concluída: a tarefa que se impunha era se ocupar das neuroses”.⁹

⁶ Freud, S., Um Estudo Autobiográfico, vol. XX, pg.22, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

⁷ “Charcot, who is one of the greatest of physicians and a man whose common sense borders on genius, is simply wrecking all my aims and opinions. (...) when I come away from him I no longer have any desire to work at my own silly things.” Letters of Sigmund Freud, Freud a Marta Bernhays, 24 de novembro de 1885, pg. 86, tradução de por Tânia e James Stern, organizados por Ernst Freud, Nova Iorque, Dover Publications, 1992.

⁸ Dos quinze trabalhos científicos desenvolvidos por Freud antes de sua convivência acadêmica com Charcot, nove, tinham como objeto a neuroanatomia. Freud, S., Sinopses dos Escritos Científicos do Dr. Sigmund Freud, 1877 – 1897, vol. III, pgs, 209-16, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

⁹ Freud, S., Relatório sobre Meus Estudos em Paris e Berlim, vol. I, pg.38, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

Até então, denominavam-se por neurose aqueles quadros clínicos pouco definidos aos quais não se conseguia identificar nenhuma alteração orgânica correspondente. As neuroses configuravam, especialmente aos que, como Meynert, defendiam que todo distúrbio mental seria redutível a uma base anatômica, uma questão renitente para a qual uma definição meramente negativa representava, evidentemente, uma solução insatisfatória. Nestes termos, a tarefa a que se propunha Charcot era a de positivar esta definição independentemente dos eventuais avanços técnicos que poderiam vir a permitir a identificação da etiologia orgânica correspondente.

Assim Freud sintetizou a importância de Charcot na delimitação nosográfica da histeria:

“Até o presente, dificilmente se pode considerar a palavra histeria como um termo com significado bem definido. O estado mórbido a que se aplica tal nome caracteriza-se cientificamente apenas por sinais negativos; tem sido estudado escassa e relutantemente; e carrega a ira de alguns preconceitos muito difundidos. Entre estes está a suposição de que a doença histérica depende de uma irritação genital, o ponto de vista de que nenhuma sintomatologia definida pode ser atribuída à histeria simplesmente porque nela pode ocorrer qualquer combinação de sintomas e, finalmente, a exagerada importância dada à simulação no quadro clínico da histeria.¹⁰ (...) Assim, por meio de seu trabalho, a histeria foi retirada do caos das neuroses, diferenciada de outros estados de aparência semelhante, e a ela se atribuiu uma sintomatologia que, embora extremamente multiforme, tornava impossível duvidar de que imperassem nela uma lei e uma ordem.”¹¹

O vislumbre de uma teoria da sintomatologia histérica, com sua definição em termos positivos, como o fez Charcot, está, para Freud, diretamente relacionado ao

¹⁰ Freud, S., Relatório sobre meus Estudos em Paris e Berlim, vol. I, pg 38, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

¹¹ Idem, pg. 39.

método de trabalho do médico do Salpêtrière, que priorizava a observação clínica em detrimento do recurso a modelos anatômicos como base explicativa da histeria.¹²

Além dessa peculiaridade metodológica, a posição de Charcot, no que se refere ao papel da anatomia na etiologia da histeria, também representa uma alteração em suas próprias concepções. Formado na tradição anátomo-patológica francesa, o médico francês defendia, ainda em 1877, a tese de que a hemianestesia histérica repercutia uma lesão dos hemisférios cerebrais.¹³ Não mais que cinco anos depois, entretanto, a sintomatologia histérica passa a ser reconhecida como totalmente desobediente às referências anatômicas, embora, como não cansava de ressaltar, apresentasse certas leis refletidas em um considerável padrão sintomático:

“Há mesmo alguns que vêem em muitas dessas afecções [privadas de substrato anatômico] somente um aglomerado de fenômenos estranhos e incoerentes, inacessíveis à análise, e que talvez fosse melhor banir para a categoria de incógnitas. A histeria é, em especial, a que se enquadra neste tipo de proscrição (...) Mas é devido muito crédito a Briquet por ter estabelecido em seu excelente livro, de um modo indiscutível, que a histeria [no tocante ao padrão de sintomas encontrado de paciente para paciente] é governada, da mesma forma que outros estados mórbidos, por regras e leis, que observações atentas e suficientemente numerosas sempre nos permitem estabelecer”.¹⁴

Se a histeria não espelha a topografia neuronatômica, a que respondem as manifestações sintomáticas históricas? A crença de Charcot era de que a histeria repercutia uma alteração de ordem fisiológica, ou seja, alterações no deslocamento de

¹² Sobre a relação entre o êxito de Charcot na abordagem da histeria e sua novidade metodológica, um comentador da revista Wiener Medizinische Blätter, referindo-se a uma conferência de Freud à Sociedade Médica de Viena, assinala: ‘Para começar, ele [Freud] realça os grandes progressos realizados por Charcot na teoria da histeria, ao mesmo tempo que enfatiza como significativa a direção adotada por Charcot ao mudar de anatomista patológico para clínico’. Revista Wiener Medizinische Blätter, pg. 1293, apud Levin, K., op. cit., pg. 60.

¹³ Charcot, J.M., Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System, pg.12-13, Londres, 1889, apud, Levin, K., op. cit. pg. 48.

¹⁴ Idem, pg. 48.

excitabilidade do sistema nervoso as quais independem daquelas porções operantes na consciência¹⁵ :

“A coleção de sintomas que se desdobraram tão inexplicáveis na hipótese de uma lesão orgânica [isto é, anatômica] do cérebro, medula espinhal ou nervos periféricos, admite uma interpretação muito simples, na suposição de uma lesão histérica de natureza dinâmica”.¹⁶

Esta lesão dinâmica ou funcional pode ser causada por um trauma psíquico e, neste caso, se reflete em um estado mental alterado no qual determinada idéia adquire um poder de realização independente de um juízo da consciência.

Muito embora o mestre francês apontasse uma preponderância causal dos fatores de ordem fisiológica na configuração da histeria, seu reconhecimento do papel de elementos psicológicos na gênese de algumas modalidades desta afecção desempenhou uma enorme influência no redirecionamento do interesse científico de Freud.¹⁷

Procuraremos acompanhar de perto este período no qual Freud se convenceu da existência de fatores psicogênicos e independentes de alterações anatômicas na configuração da histeria. Para tanto, tentaremos circunscrever, em um primeiro momento, as concepções de Charcot que preconizavam a efetividade das idéias na manutenção e cura de certos sintomas histéricos.

2 . Charcot: uma interpretação psicológica da histeria

Quando Freud chegou a Paris, no inverno de 1885, Charcot já havia se distanciado do estudo das afecções mentais que comprovadamente eram baseadas em alterações anatômicas. Centrava seus trabalhos na histeria, mais especificamente na histeria traumática, assim definida por ter entre seus fatores etiológicos uma situação

¹⁵ Freud, S., Prefácio a Tradução de De La Suggestion de Berneheim, vol. I, pg 99, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

¹⁶ Charcot, J.M., Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System, pg. 281-82, Londres, 1889, apud, Levin, K., op. cit., pg. 49.

¹⁷ Em *Algumas Considerações para o Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas*, Freud identifica em Charcot o primeiro a reconhecer a importância de uma interpretação psicológica da neurose histérica. Freud, S., vol. I, pg. 190, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

particularmente grave e aflitiva. Além de não refletir em nenhuma medida a anatomia, a peculiaridade desta espécie de histeria residia em possuir em sua equação etiológica um componente ideogênico. Seu quadro semiológico tinha, portanto, um determinante psíquico e era condicionado, dentro de certos limites, pela experiência.

Para que um componente ideativo adquirisse potencial patogênico, porém, seria condição indispensável, na visão de Charcot, a existência prévia de um quadro histérico natural ou espontâneo, ou seja, uma disposição constitucional. Desta perspectiva, os fatores operativos na patologia histérica são municiados por uma convergência de aspectos hereditários e ambientais, cabendo àqueles a maior relevância etiológica e aos fatores externos, o papel de atualizadores desta disposição. Estes são considerados meros *agents provocateurs*, sendo incluído nesta categoria um vasto leque de eventos atribuídos, no caso da histeria traumática, a choques psíquicos.¹⁸

No que diz respeito a esta modalidade de histeria, o referido quadro natural ou espontâneo consistia numa tendência de certas pessoas a, em determinadas situações, as ditas situações traumáticas, apresentarem alterações de consciência nas quais se é incapaz de identificar a diferença entre realidade objetiva e realidade psíquica. Nestas circunstâncias, “elas [as pessoas propensas à histeria] tomam como equivalentes o mundo externo objetivo e os sonhos que se apresentam a mente”¹⁹ e acabam considerando a idéia suscitada por determinada vivência como equivalente a um fato histórico, materializando no sintoma as virtuais conseqüências do que teve apenas a possibilidade de ocorrer.

Este componente psíquico da histeria parecia a Charcot particularmente evidente em algumas paralisias que, além de não respeitarem os limites demarcados pela anatomia, não apresentavam uma intensidade compatível ao fato com o qual estavam relacionadas. Vejamos seu comentário sobre um caso de um jovem atingido por uma paralisia atribuída a um acidente ocorrido enquanto trabalhava:

¹⁸ Nosso acesso às teses de Charcot, bem como às de Bernheim, foi intermediado pelas referências de Freud às teorias do médico francês e pelos seguintes trabalhos: Trillat, E., História da Histeria, Andersson, Ola. Freud Precursor de Freud, Levin, K., Freud: A Primeira Psicologia das Neuroses, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1980 e Geerardyn, Freud's Project and the Roots of Psychoanalysis. Rebus Press, 1997.

¹⁹ Charcot, J.M., Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über Hysterie, Viena, 1886, apud Andersson, Ola, op. cit., pg. 94.

“Log..., de 29 anos, originário da Bretanha, chegou a Paris com a idade de 12 anos. Seu trabalho consistia em vender ‘verduras’ no mercado. Em 21 de outubro, por volta de seis horas da tarde, Log... puxava sua carroça no Cours la Reine; era quase noite. Na altura da ponte Invalides, sua carroça é violentamente atingida por um pesado carro de lavadeiros conduzido por pessoas embriagadas. Log... é projetado sobre a calçada, mas o carro do lavadeiro não o tocou e as rodas desse carro não passaram sobre seu corpo. Conduzido sem consciência a um farmacêutico, ele é transportado para o hospital Beaujon. Aí, permanece cinco ou seis dias sempre sem consciência, seus membros inferiores estão como que mortos e ele somente pode erguê-los ajudando-os com as mãos. (...) Tendo recuperado o uso de suas pernas, volta para casa a pé, onde permanece no leito durante oito dias. Tendo saído para ver seus amigos, ele é tomado de um grande ataque precedido pela ‘bola histérica’. Desmaia; é transportado numa liteira para o Hotel-Dieu; aí permanece dois meses. Durante a primeira semana ele permanece em coma. Quando sai do coma, a paralisia dos membros inferiores é completa. Além disso, ele faz um relato absolutamente legendário do acidente de 21 de outubro, e no qual ele crê firmemente: o carro do lavadeiro vem em cima dele com um grande estrondo. O cavalo se lança sobre ele e lhe bate com a cabeça no peito; ele cai e o pesado carro passa sobre seu corpo.”²⁰

A firme crença de Log... na veracidade de seus relatos está relacionada, entende Charcot, com as conseqüências psíquicas da vivência traumática. Estes efeitos, que sustentam o relato fantasioso do jovem vendedor, foram assim interpretados: um estado de pavor extremo ocasiona uma alteração da consciência, de modo que toda e qualquer percepção sensorial, uma palavra, um cheiro ou, como no caso de Le Log, um leve trauma físico, podem ter conseqüências extremas por não serem submetidas ao escrutínio do juízo a que são normalmente submetidas todas as impressões do sentido. As idéias então suscitadas, de alguma forma relacionadas com a experiência traumática, passam a informar o conteúdo do sintoma. O quadro semiológico então configurado é denominado por Charcot de histeria traumática.

²⁰ Charcot, J.M. Oeuvres Completes, Paris, Progrès Medical, Lecrosnier et Babe, 1890, t IX, pg. 277, apud Trillat, op. cit., pg.156.

Em vez de remeter a gênese da histeria a uma base exclusivamente orgânica, Charcot propõe uma interpretação psicológica do fenômeno. É para ratificar esta hipótese de que de uma influência psíquica decorre, se não todos, parte dos fenômenos histéricos, o que acabaria por reforçar a pertinência da delimitação de um quadro histérico especificamente relacionado a uma experiência traumática, que Charcot se propõe a demonstrar que certas manifestações sintomáticas da histeria poderiam ser criadas pela sugestão.

É neste sentido que a hipnose mostrou-se um valioso instrumento epistemológico utilizado nos experimentos no intuito de evidenciar, também nestes estados alterados de consciência, o poder de uma idéia sugerida em desencadear paralisias análogas a de um choque psíquico decorrente de uma vivência. Isso forneceria uma base empírica para reforçar a suspeita de Charcot quanto a importância do trauma como um importante fator etiológico da histeria.

O experimento, de acordo com o relato de Freud, consiste em criar artificialmente uma sintomatologia, similar à observada na histeria traumática, sobre um indivíduo aparentemente saudável através da sugestão hipnótica indireta (fisiológica) ou direta (verbal):

“A diferença entre uma sugestão diretamente psíquica e uma sugestão indireta (fisiológica) talvez possa ser vista com maior clareza mediante o seguinte exemplo. Se eu disser a uma pessoa: “Seu braço direito está paralisado; você não pode movê-lo”, estarei fazendo uma sugestão diretamente psíquica. Em vez disso, Charcot dá uma leve pancada no braço da pessoa, ou lhe diz: “Olhe para essa cara horrível! Dê um murro nela!”; a pessoa dá o murro, e [em ambos os casos] seu braço cai paralisado. Nesses dois [últimos] casos, um estímulo externo produziu, inicialmente, uma sensação de dolorosa exaustão no braço; e com isso, em troca, espontânea e independentemente de qualquer intervenção por parte do médico, a paralisia foi sugerida — se é que aqui ainda se pode aplicar tal expressão. Em outras palavras, trata-se, nesses casos, não tanto de sugestões, como de estimulação às auto-sugestões.”²¹

²¹ Freud, S., Prefácio a Tradução de *De La Suggestion de Berneheim*, vol. I, pg. 104, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

Com este experimento, Charcot se achava autorizado a considerar que, no estado alterado de consciência que caracteriza a hipnose, tanto uma vivência, com todo o seu colorido de realidade, como uma mera sugestão verbal, podem ser tomados como equivalentes.

Desta forma, as evidências clínicas e a possibilidade de se reproduzir artificialmente os sintomas da histeria aproximam trauma e sugestão hipnótica e indicam a existência de um mecanismo comum destravado pelos dois eventos. Se, como faz crer a hipnose, a condição para a confusão entre realidade fática e psíquica é a ocorrência de uma alteração na consciência, supõe então Charcot, o choque psíquico implicado na situação traumática deve provocar um estado similar. Ambos, sugestão e trauma, configuram um estado alterado de consciência semelhante ao estado hipnóide, no qual uma auto-sugestão passa a ser efetiva no desencadeamento de sintomas.

Ao mesmo tempo em que evidenciava uma etiologia de caráter não orgânico, o reconhecimento da efetividade de um artifício psicológico na reprodução de um quadro sintomático histérico abre espaço para se pensar a eficácia de um instrumento terapêutico psicológico no tratamento da histeria.

Charcot começa, então, a se valer da sugestão como um recurso terapêutico evocando, por meio da hipnose, as idéias que teriam ocorrido no momento do trauma as quais, por serem simultâneas ao choque psíquico, passam a ser inacessíveis ao influxo das outras representações presentes na mente da pessoa.²² É contra estas idéias, fornecedoras do conteúdo dos sintomas, que o tratamento se propõe a intervir com uma contra-sugestão e, assim, suprimir as fontes psíquicas da patologia histérica.

Com efeito, embora também a maneje como instrumento terapêutico, o uso privilegiado que Charcot faz da hipnose é como ferramenta epistemológica a serviço da delimitação da histeria como entidade clínica.

É essa delimitação semiológica mais clara da histeria traumática, além de um incremento terapêutico ao arsenal de métodos com que o então reduzido conhecimento sobre a esta afecção obrigava o médico a se municiar, que Freud irá reter do convívio acadêmico com Charcot. Ao lado da eletroterapia, hidroterapia e outros artifícios, a

²² Charcot, J.M., *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über Hysterie*, Viena, 1886, apud Andersson, Ola, op. cit., pg. 93.

sugestão sob hipnose passaria a desempenhar um papel de relevância no tratamento da histeria.

Nos anos que se seguiram ao seu retorno à Viena, o esforço de Freud, seja como clínico ou pesquisador, consistirá em defender, em consonância com Charcot, que a histeria possuía uma sintomatologia própria que a legitimava como entidade clínica, bem como que a hipnose era uma importante ferramenta clínica.

3. Freud: defensor da teoria charcotiana da histeria

Ao manter contato com todas essas idéias da escola francesa personificadas em Charcot, Freud se coloca sob o influxo de uma postura científica inovadora. Até então, todos os seus trabalhos acadêmicos haviam sido desenvolvidos sob a égide da tradição científica austríaca e alemã. O procedimento clínico adotado por Charcot punha em segundo plano uma tônica desta tradição: buscar uma explicação anatomofisiológica para o quadro nosográfico em questão, estabelecendo hipóteses indicadoras de uma causalidade entre os sintomas e o processo orgânico que lhes é subjacente.²³

Ao longo de sua formação médica e a partir de sua breve estada em Paris, Freud se colocou, portanto, em contato com linhas de pesquisas científicas que se contrapunham em muitos aspectos, sejam metodológicos ou teóricos. Foi sob estas afluências, emanadas de fontes diferentes, o início de sua empreitada pela psicopatologia.

Logo em sua primeira manifestação pública após seu retorno a Viena, fica evidente, porém, qual influência estaria prevalecendo. No relatório apresentado à Faculdade de Medicina de Viena sobre seus estudos em Paris e Berlim, Freud endossa os pontos de vista do Salpêtrière que apontavam a unidade clínica da histeria, a existência de um determinante psicológico em sua constituição, bem como a importância da sugestão hipnótica, seja como ferramenta epistemológica ou terapêutica. No que concerne à base orgânica, o modelo fisiológico de Charcot lhe parecia mais coerente com as

²³ De acordo com Andersson, o meio científico do final do século XIX foi marcado por um embate entre duas linhas de pesquisa: o método clínico descritivo da França, do qual Charcot se qualificara como maior expoente, e o método fisiológico explicativo, que prevalece na Alemanha e Áustria, do qual Meynert e Wernicke eram seus representantes mais renomados, *idem*, pg. 74.

manifestações clínicas da histeria: uma espécie de fórmula fisiopatológica viria a substituir a localização anatômica como fundamento explicativo dos sintomas.

Dessa forma, os primeiros trabalhos científicos de Freud consistiram em apresentar à comunidade científica austríaca a posição de Charcot. No que se refere à sintomatologia, além de identificar os sintomas físicos em geral e as zonas histerógenas que tipificavam a histeria, Freud endossa a tese de que as paralisias histéricas não espelham a estrutura anatômica do sistema nervoso, sem tecer, nesta situação, maiores considerações no sentido de tentar explicar o fenômeno, indicando, apenas, que uma fórmula fisiopatológica seria imprescindível para tanto.

Algumas manifestações clínicas da histeria reforçam, aos seus olhos, esta concepção dinâmica que a importância da referida fórmula fisiopatológica supõe. A paralisia motora, por exemplo, ao migrar entre várias áreas corporais de acordo com o método de estimulação empregado, oferece uma prova clínica de que não há lesão orgânica anatômica implicada:

“Pelo uso de métodos “estesiogênicos” é possível transferir uma anestesia, uma paralisia, uma contratura, um tremor etc. para a área simétrica da outra metade do corpo (“transfert”), enquanto a área originalmente afetada se normaliza. Desse modo, a histeria fornece provas da relação simétrica, havendo, ademais, indícios de que tal relação desempenha um papel também nos estados fisiológicos — tal como, em geral, as neuroses não criam nada de novo, mas simplesmente desenvolvem e exageram as relações fisiológicas”.²⁴

Além dos sintomas somáticos, há os sintomas de ordem psíquica que, embora a esta altura não tivessem sido extensivamente mapeados, se repetiam como traços marcantes da histeria. A explicação que Freud propõe para estas manifestações também remete à fórmula fisiopatológica, pois decorreriam de alterações na distribuição normal das quantidades estáveis de excitação no sistema nervoso.

Neste momento são, portanto, as manifestações físicas (puramente fisiológicas) que devem orientar o diagnóstico médico:

²⁴ Freud, S., *Histeria*, vol. I, pg. 74, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

Os sintomas psíquicos têm sua significação dentro do quadro total da histeria, *mas não são mais constantes do que os diferentes sintomas físicos, os estigmas*. Por outro lado, as modificações psíquicas, que devem ser assinaladas como o fundamento do estado histérico, ocorrem inteiramente na esfera da atividade cerebral inconsciente, automática. Talvez ainda se possa acentuar que na histeria (como em todas as neuroses) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, e que os pacientes histéricos funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso — excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como irritante, deslocando-se com grande mobilidade dentro do sistema nervoso.²⁵

Quanto à etiologia, em consonância com Charcot, Freud, a esta altura, atribui à hereditariedade o papel causal específico em comparação com o qual todos os outros fatores são auxiliares e não devem ser superestimados. Se a histeria traumática implica um elemento representacional, seu papel é secundário e, diferentemente dos elementos somáticos, apresenta uma variação de conteúdo de acordo com a cena que o engendrou que torna relativa sua importância como dado nosográfico.

No que concerne ao tratamento, são destacados, no verbete Histeria, três aspectos a serem observados no tratamento: a disposição histérica – que, como não pode ser eliminada, deve ter seus efeitos amenizados por medidas profiláticas no sentido de evitar atividades que despertem esta tendência latente; os ataques histéricos e os sintomas histéricos isolados. Embora não desconsidere as manifestações fisiológicas (somáticas) da histeria e, mais que isso, as invoque como um elemento que a identifica como entidade clínica, Freud reivindica a eficácia psicoterapêutica justamente sobre aquela classe de sintomas que não se colocam como invariantes. É sobre estes sintomas, os quais variam independentemente dos estigmas histéricos, que Freud reclama o uso da sugestão hipnótica²⁶:

“O tratamento direto consiste na remoção das fontes psíquicas que estimulam os sintomas histéricos, e isto se torna compreensível se

²⁵ Idem, pg.75, grifo meu.

²⁶ Ibid, pg.79.

buscarmos as causas da histeria na vida ideativa inconsciente. Consiste em dar ao paciente sob hipnose uma sugestão que contém a eliminação do distúrbio em causa. Assim, por exemplo, curamos uma tussis nervosa hysterica fazendo pressão sobre a laringe do paciente hipnotizado e assegurando-lhe que foi removido o estímulo que o faz tossir, ou curamos uma paralisia histérica do braço compelindo o paciente, sob hipnose, a mover o membro paralisado, parte por parte”.

27

A divergência que essas posições teóricas representavam em relação à tradição acadêmica na qual se formou Freud pode ser aferida pela má recepção a um artigo sobre a histeria masculina, apresentado perante a Sociedade de Medicina de Viena, no qual Freud sustenta estas concepções de Charcot. Na oportunidade, Meynert, para quem a desconsideração de uma base anatômica da histeria é incompatível com a sua apresentação enquanto uma entidade clínica independente, desqualifica, enfaticamente, a hipnose como procedimento eficaz no tratamento das neuroses.²⁸

Em 1888, as posições teóricas defendidas por Freud sobre o quadro mórbido histérico estão sinteticamente refletidas na seguinte definição:

“a histeria é uma neurose no mais estrito sentido da palavra – quer dizer, não só não foram achadas nessa doença alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar alguma dessas alterações. A histeria baseia-se total e inteiramente em modificações fisiológicas do sistema nervoso, sua essência deve ser expressa numa fórmula que leve em consideração as condições de excitabilidade nas diferentes partes do sistema nervoso.”²⁹

A referida fórmula fundamentaria fisiologicamente a sintomatologia histérica, apontando eventuais desequilíbrios na distribuição da quantidade de excitação do sistema

²⁷ Ibid, pg. 81.

²⁸ Conta-nos Levin que em nota a ‘Beitrag zum Verstandniss der Traumatischen Neurose, Meynert ironiza o fato de Freud, apesar de sua excelente formação vienense, está atuando como clínico e adotando a terapia da sugestão hipnótica; Levin, K., op. cit.pg. 61.

²⁹ Freud, S., Histeria, vol. I, pg.67, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

nervoso e explicando a especificidade de sua manifestação clínica. A composição dessa fórmula, entretanto, esbarra na reconhecida dificuldade de quantificar suas variáveis diante da inacessibilidade a dados fisiológicos que permitissem teorizar, de modo minimamente consistente, sobre a neurodinâmica cerebral.

Além de considerar a natureza psicológica da histeria, em seu prefácio à versão alemã da obra de Bernheim, Freud reconhece a importância de uma explicação fisiológica para as manifestações histéricas, mas, premido pela limitação epistemológica desta faceta do fenômeno, faz uma declaração que, de certa forma, aponta os motivos do gradual aumento de seu interesse por uma interpretação estritamente psicológica da afecção:

“A sugestão possui uma vantagem sobre os fenômenos fisiológicos, de vez que seu modo de atuação é incontestável e relativamente claro, ao passo que não temos maior conhecimento das influências mútuas da excitabilidade nervosa, da qual derivam os fenômenos fisiológicos”.³⁰

Ao que parece, porém, os deslocamentos teóricos de Freud expressavam claramente uma concepção de psicologia cujos predicados teóricos poderiam perfeitamente ser suplementados por dados provenientes da neurologia. Em outros termos, a concentração do enfoque sobre a psicologia não significou o abandono da neurologia como matriz teórica.

Freud jamais deixou de reconhecer a importância do substrato fisiológico na configuração da histeria e das neuroses em geral. Por outro lado, se o fundamento fisiológico da histeria, sua padronizadora como entidade clínica, não podia ser minimamente mapeado, uma interpretação estritamente psicológica era vista por Freud, a esta altura, como uma ameaça a seu estudo objetivo.

A opção metodológica de Charcot, de certa forma, mascarou este impasse. Sua originalidade consistia em priorizar as evidências clínicas em detrimento dos aspectos teóricos explicativos e está refletida em uma frase, que viria a se tornar célebre através da

³⁰ Freud, S., Prefácio à Tradução de *De La Suggestion*, de Bernheim, vol. I, pg.103, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

pena de Freud e é ilustrativa de como o mestre francês relacionava prática clínica e elaboração teórica. : “La théorie, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister”.³¹

No relatório de seus estudos no Salpêtrière, referindo-se ao método de trabalho de Charcot, Freud declara que “a tendência geral de sua mente leva-me a supor que ele não consegue descansar enquanto não descreve e classifica corretamente algum fenômeno que o interesse, mas dorme tranquilamente sem ter chegado à explicação fisiológica do fenômeno em questão.”³² Para ele, o estudo clínico da histeria deveria se manter livre dos abusos da medicina teórica:

“A patologia, dizia, não pode ficar subordinada a fisiologia. É exatamente o contrário, é a manifestação sintomática que originalmente aparece à observação clínica e posteriormente se procura uma explicação fisiológica”.³³

Não é difícil imaginar quão fértil foi esta opção metodológica na investigação de uma afecção que parecia escapar à explicação anatômica. Em seu trabalho com a histeria, Charcot buscava descrever a sintomatologia histérica dos diferentes quadros nosográficos e identificar um caso mais completo, denominado ‘tipo’. Este era um quadro extremo que, ao contrário do adotado na escola alemã,³⁴ tinha uma grande relevância metodológica, por ser tomado como ponto de apoio na tentativa de melhor identificar os casos mal definidos, variantes do caso típico, as chamadas ‘formes frustes’.

³¹ “A teoria, isto é bom, mas ela não impede que as coisas existam” (Tradução Livre). Freud, S., Extratos das Notas de Rodapé de Freud à sua Tradução das Conferências de Terça-Feira, de Charcot, vol. I, pg.159, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

³² Freud, S., Relatório sobre meus Estudos em Paris e Berlim, vol. I, pg.40, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

³³ Charcot, J.M., Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System, pg. 8, Londres, 1889, apud, Geerardyn, op. cit., pg. 25.

³⁴ “Essa forma de abordagem é, de fato, estranha ao método alemão. Para este, o quadro clínico e o tipo não desempenham qualquer papel de relevo, e é explicada pela evolução dos clínicos alemães: uma tendência a fazer uma interpretação fisiológica do estado clínico e da inter-relação dos sintomas. A observação clínica dos franceses, indubitavelmente, ganha em auto-suficiência, no sentido de que relega a plano secundário os critérios relativos à fisiologia. A exclusão destes, no entanto, pode ser a principal explicação para a impressão enigmática que os métodos clínicos franceses causam ao não-iniciado. Aliás, nisso não há nenhum descaso pela fisiologia, mas uma deliberada exclusão, que é considerada vantajosa”. Freud, S., Prefácio e Notas de Rodapé à Tradução das Conferências das Terças-Feiras, de Charcot, Vol.I, pg. 154, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

Esse trabalho eminentemente descritivo e semiológico possibilitou a retirada da histeria do caos a que se achava condenada e a sua definição em termos positivos. Foram estabelecidos um diagnóstico e uma espécie de teoria da sintomatologia histérica. Graças ao que puderam ser reconhecidas certas leis e certo ordenamento que regiam a afecção histérica.

O objetivo predominantemente nosográfico, norteadora desta divisão, desconsiderava o estabelecimento de relações necessárias entre os fenômenos em foco. Embora esboçasse uma explicação quando propunha hipóteses etiológicas ou sugeria, ainda que fragmentariamente, uma teoria psicológica da histeria traumática, a abordagem de Charcot da histeria era marcadamente descritiva.

O ataque típico histérico – ‘*grande attaque hystérique*’ –, por exemplo, é dividido em quatro fases: (1) A fase epileptóide, (2) A fase dos grandes movimentos, (3) Fase das ‘*attitudes passionnelles*’ e (4) Fase de delírio terminal. Porém, não se buscava relacioná-las com sua causa.³⁵ Freud, por seu turno, alimentando pretensões terapêuticas de certa forma ausentes no mestre, detém-se, não só em fazer a descrição típica da histeria, como em especificar os elementos determinantes desse quadro sintomático, o seu mecanismo típico. Reclama uma base explicativa para este fenômeno e resente-se da falta de uma teoria justificadora das diferentes fases ou das expressões singulares que o ataque histérico assume em cada paciente.³⁶ A busca deste fundamento explicativo, acreditou Freud em princípio, poderia ser fornecido pela já referida fórmula fisiopatológica. A dificuldade de compô-la, porém, restringia a definição dessa entidade clínica a termos meramente nosográficos.³⁷

Se a relativa autonomia que Charcot conferia à observação clínica em relação ao fundamento orgânico – fisiologia e anatomia foram colocadas em segundo plano –

³⁵ Freud, S., Esboços a Comunicação Preliminar, Vol.I, pg.171, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

³⁶ De Freud em ‘Charcot’, 1893: “Mas a abordagem exclusivamente nosográfica adotada na escola do Salpêtrière não foi suficiente para um assunto puramente psicológico. A limitação do estudo da hipnose aos pacientes histéricos, a diferenciação entre grande e pequeno hipnotismo, a hipótese sobre os três estágios da “grande hipnose” e a caracterização desses estágios por fenômenos somáticos — tudo isso declinou no conceito dos contemporâneos de Charcot, quando Bernheim, discípulo de Liébeault, passou a elaborar a teoria do hipnotismo a partir de fundamentos psicológicos mais abrangentes e a fazer da sugestão o ponto central da hipnose”.

³⁷ Freud, S., Histeria, vol. I, pg. 67, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

permitiu o vislumbre de uma abordagem psicológica da histeria, as preocupações terapêuticas de Freud, invocadoras do compromisso de tornar a psicologia uma ‘ciência explicativa’, o levaram a não se limitar à descrição sintomática da doença. O foco deveria ser centrado na compreensão da etiologia da histeria e no mecanismo implicado em sua constituição.

O desafio era, para Freud, oferecer uma teoria explicativa e psicológica da histeria que, em última instância, não tivesse que se valer de um fundamento anatômico. Afinal, um tratamento psicológico supõe uma definição da afecção que pretende abordar em termos compatíveis com o método correspondente. Para tanto, porém, a construção deste esquema explicativo dependeria de uma série de alterações na concepção de mente em relação à tradição neurológica alemã.

Como se vê, o caminho teórico e clínico de Freud também é sobredeterminado. Nele convergem duas tradições que se opõem em muitos pontos, o método clínico descritivo do Salpêtrière e o método anatomofisiológico que condicionou toda a sua formação acadêmica – e, some-se a isso, uma preocupação terapêutica.

Foi no horizonte descortinado por estas condições que Freud, diferentemente de Charcot, não só procurou uma apresentação do quadro sintomático da histeria, como passou a dedicar-se à compreensão de seu mecanismo psíquico, à busca de suas causas. Apesar de reconhecer um mecanismo psíquico atuante na histeria, Charcot não aprofundou uma abordagem do fenômeno e uma teoria psicológica ainda estava por ser desenvolvida. Seria este o centro das pesquisas de Freud nos próximos anos.

Procuraremos mostrar aqui em que medida esta empreitada freudiana implica na correção de certas concepções de Charcot, inicialmente tomadas como referência. Como poderemos constatar, a crítica de Freud deter-se-á, sobretudo, em três pontos das teses charcotianas: o peso etiológico da hereditariedade, o modelo localizacionista que, embora não tão aparente, ainda estava presente e, por último, a relação entre hipnose e histeria cujo pano de fundo era o grau de importância etiológica do mecanismo psíquico.

Podemos enquadrar como resultado do esforço de Freud de empreender uma teoria psicológica da histeria o seu contato profissional com um outro personagem da clínica médica francesa: Hippolyte Bernheim. Um confronto entre os pontos de vista de

Charcot e Bernheim deverá delimitar melhor o contexto teórico que iluminou o avanço de Freud pela psicologia.

4. A Crítica de Bernheim a Charcot: tudo é sugestão

Ao final do século XIX, Charcot e Bernheim estavam vinculados a duas vertentes que, embora comungassem no menosprezo à anatomia como fundamento explicativo da histeria, se opunham aferradamente quanto à importância do papel estritamente psicológico na gênese e desfazimento dos sintomas histéricos.

Bernheim entra em contato com a sugestão hipnótica através de Liébeault e descobre sua efetividade, seja como instrumento terapêutico, seja como agente patogênico. Sua explicação deste fenômeno é relativamente simples:

“todo estado psicológico é caracterizado por um certo grau de sugestionabilidade. No estado de vigília, esta característica é ‘neutralizada ou restrita pelas faculdades da razão, atenção e julgamento’. Tais faculdades são enfraquecidas tanto no sono natural como no induzido sugestivamente. Todas as impressões sensoriais são absorvidas de forma que se colocam como a matéria prima para ações, movimentos e símbolos. Se isso torna o cérebro mais maleável e receptivo a sugestões, por outro lado, torna ampliada sua ascendência sobre as funções e órgãos”.³⁸

A interpretação de Bernheim a estes fenômenos é estritamente psicológica: o fenômeno hipnótico é inteiramente condicionado pelo mecanismo psíquico da sugestão. Diferentemente do preconizado no Salpêtrière, na sua concepção, nem o estado hipnótico é privilégio das histéricas, nem as manifestações histéricas são independentes da sugestão em nenhuma medida. A hipnose é primária em relação à histeria, que dela depende para se manifestar. Bernheim inverte a relação de continência, não há histeria fora da hipnose.

Bernheim defende que todas as manifestações hipnóticas decorrem de uma sugestão, de um ato pelo qual uma idéia é introduzida na mente e aceita pelo sujeito

³⁸ Bernheim, H. Suggestive Therapeutics, A Treatise on the Nature and Uses of Hypnotism, pg. 10, New York/London, 1899, pg. 10, apud, Geerardyn, op. cit., pg. 48.

como se estivesse surgida espontaneamente. Nessa perspectiva, todas as manifestações hipnóticas e, conseqüentemente, as histéricas são manifestações psíquicas. Essa postura reveste-se de importância para a definição da histeria, pois, caso se aceite ser a hipnose um estado análogo ao experimentado pelos histéricos durante a ‘Grande Histeria’, como o fez Charcot, a “hipnose de pacientes histéricos não teria nenhuma característica própria e todo médico poderia produzir, nos pacientes que hipnotizasse, qualquer sintomatologia que desejasse”.³⁹

A relevância de um mecanismo ideogênico na manifestação sintomática histérica também é reconhecida por Charcot. Sob este aspecto, ambas as interpretações abriram o horizonte para que a histeria fosse passível de ser tratada com um método psicológico. As teses defendidas por Bernheim, entretanto, na medida em que ampliam o alcance da sugestão, deixam de considerar os sintomas histéricos como índices de alterações que resultaram de uma etiologia determinada, acabando por esvaziar o conceito mesmo de sintoma como dado semiológico e pondo em xeque a legitimidade da noção de doença mental.

Para além dos limites do que se possa entender por patologia, Bernheim, não custa lembrar, reconhece o duplo papel da sugestão, tanto no desaparecimento de muitas afecções, como no desencadeamento de certos sinais clínicos decorrentes da influência médica inconsciente.

Bernheim não classifica a histeria como uma patologia. Para ele, a patologia começa onde terminam os efeitos da sugestão. Somente aquilo que é refratário à influência psíquica é de competência da patologia.⁴⁰ Se o quadro histérico se desfaz inteiramente quando a sugestão, único fator operante em sua constituição, é neutralizada por uma contra-sugestão, suas manifestações não são, a rigor, sintomas. A patologia não encontra na histeria seu objeto: a doença.

Ao contrário do que possa parecer, porém, Bernheim não nega a existência de certos fatores objetivos na crise histérica. Supõe a histeria como uma expressão atual de uma vivência remota. Não caracteriza este estado de patológico, mas como resultado de

³⁹ Freud, S., Prefácio à Tradução de *De La Suggestion*, de Bernheim, vol. I, pg.99, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

⁴⁰ Trillat, E., op. cit., pg. 185.

determinadas vivências que estabelecem no indivíduo associações fortuitas, as quais poderão passar despercebidas sem jamais desencadear qualquer doença.⁴¹

Diferentemente de Charcot, que coloca fora da experiência individual, na hereditariedade, o maior peso etiológico da histeria, Bernheim defende que a histeria não tem existência espontânea e combina hereditariedade e influência externa numa nova proporção, de modo a ressaltar a importância das vivências do indivíduo nas crises histéricas.

Crises estas, que, em si, não representam uma patologia. Somente quando repetidas, seja em consequência de emoções ou da própria sugestão médica, passam a atuar de modo a exaurir a capacidade do aparelho psíquico em retornar à sua funcionalidade: “Se a perturbação funcional se exagera, a modificação dinâmica aumenta gradualmente e chega o momento em que a elasticidade de retorno não mais existe; dizemos então que há lesão”.⁴²

Cabe ainda ressaltar o papel que o conceito de sugestão, tal como definido por Bernheim, implica a fala como agente de uma terapia psíquica. É bem verdade que sua utilização em Nancy supõe uma passividade do paciente, que termina por inseri-lo num pólo que o elide como sujeito em sua relação com o médico. Mas é inegável que o reconhecimento de seu duplo papel, tanto na constituição como no desfazimento de sinais clínicos da histeria, interroga qualquer pretensão em fundamentar a histeria como uma patologia em bases neuroanatômicas.

Por reconhecer na histeria, ao contrário de Bernheim, uma patologia que, como tal, pode ser estudada objetivamente, Freud é estimulado por esta interrogação, mas, se a responde, o faz de um outro esquema de referência que não o do reducionismo orgânico e reclamando um outro modelo de aparelho psíquico.

Seja nos moldes de Charcot ou de Bernheim, a crença na efetividade terapêutica da sugestão supunha um fator de natureza psíquica operante no desenvolvimento da histeria.

No que diz respeito a Charcot, certos fenômenos somáticos eram tidos como inerentes a grande parte dos fenômenos histéricos e representam uma constante em suas

⁴¹ Bernheim, H. *Automatisme et suggestion*, Paris, Alcan, 1917, pg.113, apud Trillat, E. op. cit., pg.181.

⁴² Idem, pg.181.

manifestações. Sem dúvida, o que conferiria um caráter de universalidade ao quadro nosográfico da histeria, fazendo com que sua descrição apropriada dependesse apenas de uma observação clínica acurada.

Bernheim, por sua vez, acreditava que isso era um equívoco e a totalidade do quadro sintomatológico da histeria se desenhava por meio da sugestão do médico, refletindo sua influência direta. Charcot subjuga a sugestão a condições fisiológicas e, ao fazê-lo, acredita Bernheim, acaba por criar antes de descrever sintomas histéricos. Os tipos clínicos seriam artifícios da sugestão médica. As construções nosográficas do Salpêtrière são amparadas pelos andaimes da sugestão e decorrem de erro de observação. Em vez de intérprete da histeria, Charcot é seu construtor, diria Bernheim.

Charcot pressupõe que a sugestão hipnótica possua um âmbito de influência limitado e que apenas dê vazão a uma tendência constitucional, inerente aos histéricos, de se auto-sugestionarem. Não se trataria tanto de uma sugestão, mas de um estímulo à auto-sugestão. Acreditando ser limitada a influência sugestiva do médico, Charcot não encontra dificuldade em reconhecer objetividade e realidade ao fenômeno histérico, tornando-o independente do observador. Ou seja, a gênese da histeria está relacionada a um mecanismo psíquico, mas os efeitos destes mecanismos têm sua amplitude limitada, seja por que o médico ou a vivência traumática apenas induzem a auto-sugestão, seja pelas próprias condições psicofísicas do indivíduo.

Na concepção charcotiana, o nexos causal, tanto do trauma como do caráter eventual das sugestões médicas que podem variar com seu autor, de um lado, e uma certa monotonia e uniformidade de seus efeitos, as sintomatologias histéricas, do outro, encontram nas características fisiológicas seu fator desencadeante e o invariante garantidor de sua universalidade. É isso que justifica, por exemplo, as zonas histerogênicas se constituírem em um sinal patognomônico da histeria e se repetirem como um estigma histérico.

Também neste aspecto, a concepção de Bernheim lhe é oposta. Este acredita que a transferência de sensibilidade de uma parte para outra do corpo – o *transfert* –, do qual resulta a hipersensibilidade das zonas histerógenas, apenas reproduz as associações fortuitas que se repetem como estigmas quando reiteradamente produzidas. As manifestações histéricas são efeitos retardados de experiências remotas. Tudo funciona

como se o primeiro transfert feito por uma histérica tivesse sido “sugerido a ela em alguma circunstância específica de sua história e que, daí em diante, os médicos continuaram constantemente a produzir pela sugestão, de forma renovada, esse sintoma pretensamente fisiológico”.⁴³ Ou seja, o que hoje aparece como uma relação constante, de causa e efeito, foi, em algum outro momento, uma relação fortuita e simultânea.

De qualquer maneira, os fenômenos constantes da histeria resultam, se não de uma sugestão atual, de uma sugestão pretérita que faz com que seus efeitos atuais se repitam como se fossem independentes de qualquer influência psicológica.

Como podemos constatar, a questão entre Charcot e Bernheim gira em torno do problema da amplitude de influência dos processos psíquicos e dos condicionantes dos sintomas histéricos; em que sentido se dá o nexo causal entre o psíquico e o orgânico; o que se reduz a quê. Como pano de fundo, encontra-se a possibilidade do estudo objetivo e científico da histeria.

As diferenças na concepção de histeria relativa às duas escolas foram muito influenciadas, certamente, pelos propósitos de cada uma. Charcot, que orientava seus esforços no sentido de apresentar uma definição nosográfica da histeria e para quem a terapia era uma preocupação apenas incidental, apoiava-se nos invariantes somáticos como garantidores de um certo padrão sintomático; Bernheim, diferentemente, punha o tratamento e a cura das mais diversas mazelas que acorriam ao seu socorro como o alvo exclusivo de sua atividade médica.

Em Freud, estas ambições terapêuticas e teóricas convergiam. Sua aproximação de Bernheim está diretamente relacionada à sua atividade clínica, o que, se não se deu em detrimento de certos pressupostos acolhidos junto a Charcot, suscitou questões fundamentais e importantes desdobramentos teóricos.

5. Freud: entre Charcot e Bernheim

Sobre esta querela entre Charcot e Bernheim, a posição de Freud parece, pelo menos em princípio, ter sido pouco clara e, por vezes, ambígua. Suas pretensões

⁴³ Freud, S., Prefácio à Tradução de *De La Suggestion*, de Bernheim, vol. I, pg.100, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

terapêuticas, que inevitavelmente dependiam de uma relativa autonomia do psíquico em relação ao referencial anatômico, demandavam um modelo teórico que as justificassem. Por outro lado, uma interpretação estritamente psicológica poderia representar a impossibilidade do estudo objetivo da histeria.

Diria Freud a Fliess sobre seu prefácio ao livro de Bernheim: “não compartilho dos pontos de vista de Bernheim, que me parecem unilaterais, e em meu prefácio defendi a opinião de Charcot”.⁴⁴ Já em 1930, em uma carta a Roback, que se refere a este impasse teórico, ele reconhece: “na questão da hipnose, realmente tomei partido contra Charcot, ainda que não estivesse inteiramente a favor de Bernheim”.⁴⁵ Mais do que suas declarações, o exame de seus movimentos teóricos nos ajudarão a entender a maneira pela qual cada uma dessas influências foi por ele manejada.

Havia algum consenso, diz Freud, de que o estado de alteração da consciência observado na hipnose era análogo ao que se verificava na histeria. As divergências iniciavam-se quanto à origem desta alteração. Bernheim defende que todos os fenômenos da hipnose – e por extensão da histeria – decorrem da sugestão. Outra corrente, na qual se inclui Charcot, advoga que algumas das manifestações do estado hipnóide se devem a modificações fisiológicas.

Freud não endossa a postura unilateral de Bernheim, segundo a qual “tudo é a sugestão”, afinal, “sugestão não pode produzir algo que não esteja contido na consciência ou que seja nela introduzido” e, se nossa consciência nada sabe da distribuição anatômica dos músculos e nervos, como invocá-la para justificar as paralisias histéricas e as decorrentes da sugestão hipnótica?

De qualquer forma, há riscos decorrentes das duas perspectivas. Se o tratamento psicológico pode ser inoperante, ou ter seu raio de eficiência sensivelmente reduzido, sobre uma afecção que tenha em sua composição tantas variáveis somáticas, reconhecer uma maior importância do mecanismo psicológico na configuração clínica da histeria pode se dar ao preço do sacrifício da possibilidade de seu estudo objetivo e científico. O próprio Bernheim coloca em questão o conceito de doença mental, quando afirma não ser do domínio da patologia ou da medicina o removível pela sugestão sob hipnose.

⁴⁴ Freud, S., Artigos sobre Hipnotismo e Sugestão, Introdução do Editor Inglês, vol. I, pg.91, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

⁴⁵ Idem, pg.92.

Em seu prefácio à *De La Suggestion*, de Bernheim,⁴⁶ Freud faz um exame sobre as concepções até então existentes sobre a hipnose. Nas suas palavras: uma vertente, conduzida por Bernheim, reconhece que todos os fenômenos do hipnotismo derivam da sugestão. Resultam de uma idéia que foi introduzida por um terceiro na mente do indivíduo hipnotizado que, devido a este estado alterado de consciência, aceita como se resultasse de sua própria atividade psíquica. Dessa forma, todas as manifestações hipnóticas, inclusive as histéricas, seriam efeitos de sugestões. Em direção oposta, Charcot argumenta que parte dos mecanismos do hipnotismo se deve a alterações fisiológicas que independem de atos da consciência, ou seja, de fatores psíquicos:

Se têm razão os adeptos da teoria da sugestão, todas as observações feitas no Salpêtrière ficam invalidadas; tornam-se erros de observação. A hipnose de pacientes histéricos não teria nenhuma característica própria; mas todo médico teria a possibilidade de produzir, nos pacientes que hipnotizasse, qualquer sintomatologia que desejasse. Com o estudo do grande hipnotismo não aprenderíamos que modificações sucessivas se efetuam na excitabilidade do sistema nervoso, decorrentes de determinadas formas de intervenção; iríamos apenas aprender quais as intenções que Charcot sugeriu (de uma forma da qual nem ele tinha consciência) às pessoas submetidas a essas experiências — coisa inteiramente irrelevante para nossa compreensão da hipnose e da histeria.⁴⁷

Na tentativa de superar este impasse, Freud reconhece alguma imprecisão no uso do termo ‘sugestão’ e tenta superar esta dicotomia entre psíquico e fisiológico, admitindo um vínculo entre as duas modalidades de fenômeno pela auto-sugestão. A auto-sugestão viria a satisfazer as necessidades dos dois campos fenomênicos, na medida em que é um mecanismo cuja atuação é determinada tanto por fatores fisiológicos como psíquicos. A suposição da auto-sugestão nestes termos, aparentemente, resolve o dilema de se reconhecer a histeria como resultante de alguma espécie de influência psíquica, sem

⁴⁶ Freud, S., Prefácio à Tradução de *De La Suggestion*, de Bernheim, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

⁴⁷ Idem, pg.99.

sacrificar sua unidade clínica e, conseqüentemente, a possibilidade de que possa ser objeto de uma investigação científica.

Em um trabalho de 1890, Tratamento Psíquico (ou Mental), Freud, já tentando aprofundar-se na compreensão da natureza do mecanismo psíquico implicado na histeria, assinala que:

“O estado patológico de modo algum faz parte das precondições da hipnose: as pessoas normais costumam deixar-se hipnotizar com especial facilidade, enquanto os neuróticos são muito mais difíceis de hipnotizar e os doentes mentais são completamente rebeldes”.⁴⁸

A superação deste hiato entre o normal e o patológico, estabelecido com a admissão da existência de uma susceptibilidade hereditária à hipnose, já sinaliza um distanciamento de Charcot. O recurso a um vago fundamento fisiológico, até então necessário para garantir a unidade clínica da histeria, deixa de ser imprescindível. A própria resistência do histérico em ser hipnotizado coloca-se como justificativa psicológica para contraditar Bernheim e negar o ilimitado poder do observador, o qual, se assim fosse, impossibilitaria o estudo objetivo da histeria. Ou seja, a sintomatologia histérica, antes de ser influenciada pela sugestão do médico, era condicionada pelas experiências do paciente e, como tal, não dependia de uma base fisiológica para que sua unidade permanecesse relativamente imune às influências do observador. O passado ganha, por meio dos registros mnêmicos, existência psíquica e pode ser, no lugar da fisiologia, invocado como causa eficiente da histeria e um critério nosográfico confiável. Abria-se mais uma via de acesso à construção de um modelo psicológico epistemologicamente independente da fisiologia.

6. Críticas de Freud a Charcot

Em 1888, ainda em total sintonia com as concepções etiológicas de Charcot, Freud assinala que os fatores determinantes da histeria “eram só a idade e

⁴⁸ Idid, pg. 99.

hereditariedade”.⁴⁹ O mesmo não pode ser dito à respeito de sua concepção quanto aos efeitos destes fatores. A defesa da inexistência de lesões dinâmicas localizáveis, intrínsecas ao fenômeno histérico, contrasta com as teses charcotianas. Para Freud, a idéia de que, na raiz da histeria, há uma afecção orgânica deve ser abandonada.

“Quando eu estava estudando na Salpêtrière, descobri que as pessoas se contentavam em explicar as paralisias histéricas através de uma fórmula que asseverava serem elas fundadas em ligeiros distúrbios funcionais das mesmas partes do cérebro que, quando gravemente danificadas, levavam às paralisias orgânicas correspondentes”.⁵⁰

Em que pese a interpretação psicológica da histeria proposta por Charcot, Freud classificava como ambígua a abordagem do médico francês, que acabava por veicular um certo ranço organicista. Em uma publicação de 1893, discernindo sobre as peculiaridades sintomáticas e etiológicas da histeria, Freud afirma:

“Em diversas ocasiões ouvimos M. Charcot dizer que se trata de uma lesão cortical [a lesão etiológica da histeria], mas uma lesão puramente dinâmica ou funcional. Esta é uma tese cujo aspecto negativo podemos entender facilmente: equivale a afirmar que nenhuma modificação tecidual detectável será encontrada post mortem. Mas, no seu aspecto positivo, sua interpretação está longe de ser inequívoca. Afinal, o que é uma lesão dinâmica? Tenho bastante certeza de que muitos daqueles que leram as obras de M. Charcot acreditam que uma lesão dinâmica é realmente uma lesão, contudo uma lesão da qual, após a morte, não se encontra nenhum vestígio, tal como um edema, uma anemia ou uma hiperemia ativa. Contudo, esses sinais, embora não necessariamente possam persistir após a morte, são lesões orgânicas verdadeiras, mesmo que sejam mínimas e transitórias. As paralisias histéricas partilhariam das características das paralisias orgânicas. Nem o edema nem a anemia, não menos do que a hemorragia ou o amolecimento, poderiam

⁴⁹ Freud, S., Histeria, vol I, pg. 75, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

⁵⁰ Freud, S., Uma breve descrição da psicanálise, vol XIX, pg. 239, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

produzir a dissociação e a intensidade das paralisias histéricas. A única diferença estaria em que a paralisia devida a edema, por constrição vascular etc. seria menos duradoura do que a paralisia devida à destruição do tecido nervoso. Elas têm em comum todas as outras condições, e a anatomia do sistema nervoso determinará as propriedades da paralisia, tanto no caso de uma anemia transitória, como no caso de uma anemia que é permanente e final”.⁵¹

A julgar por este comentário de Freud, o reconhecimento de Charcot de que a gênese de muitos fenômenos da histeria estava relacionada a uma idéia e que poderiam ser revertidos por uma contra-sugestão não implicava o abandono radical da suposição de um dano orgânico como uma de suas matrizes. Ainda que Charcot apresente uma interpretação psicológica da histeria, parece ter sido apenas por uma opção metodológica que outros fatores explicativos foram relegados a um segundo plano.

Esta leitura de Freud é ratificada por algumas passagens da obra de Charcot. Sobre um paciente que tinha uma paralisia no braço direito, assinala:

“O que pode ter ocorrido neste caso? Sem dúvida uma lesão do sistema nervoso central: mas onde estaria localizada? Qual a sua natureza? Acho que estava localizada no córtex cinzento do hemisfério cerebral (...) Isto é certo: não se trata de uma destruição ou de uma lesão orgânica (...) Pode se tratar somente de uma dessas lesões que se subtrai a nossos métodos atuais de pesquisa anatômica e que geralmente denominamos, na falta de melhor definição, de lesões dinâmicas ou funcionais”.⁵²

Charcot acreditava que qualquer ação motora era precedida de uma representação mental. Uma lesão na área correspondente, na qual era antecipada a realização de determinado movimento, impediria sua efetivação.⁵³ A implicação disso é a admissão de

⁵¹ Freud, S., *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas*, vol. I, pg. 187, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

⁵² Charcot, J.M., *Leçons sur les Maladies du Système Nerveux*, pg. 320, apud Andersson, O. op. cit., pg.97.

⁵³ Charcot, J.M., *Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System*, pg. 309-310, Londres, 1889, apud, Geerardyn, F. op. cit., pg. 38.

que os mesmos princípios das afecções patológicas com base orgânica podem ser invocados no estudo das neuroses históricas. Se, na esfera psicológica, a explicação supunha um mecanismo da histeria distinto dos demais distúrbios nervosos, no plano orgânico, as diferenças se desfaziam.

As características peculiares da histeria estariam restritas, assim, ao aspecto psíquico do processo:

“Devemos admitir também que os princípios válidos para o conjunto da patologia aplicam-se igualmente às neuroses e que, mesmo no caso delas, deve tentar-se completar a observação clínica com considerações anatômicas e fisiológicas”.⁵⁴

Por este prisma, as paralisias históricas deveriam mostrar os mesmos atributos das orgânicas. À exceção da duração, estas menos efêmeras que aquelas, não haveria diferenças radicais entre as demais afecções mentais e as neuroses:

“Esta mesma semelhança que induz o clínico à confusão deve induzir o patologista a reconhecer detrás do quadro clínico geral a identidade da localização anatômica e, *mutatis mutandis*, localizar a lesão dinâmica a partir dos dados fornecidos pela pesquisa da lesão orgânica correspondente. E, assim, devemos admitir também que os princípios válidos para o conjunto da patologia aplicam-se igualmente às neuroses e que, mesmo no caso delas, deve tentar-se completar a observação clínica com considerações anatômicas e fisiológicas”.⁵⁵

Ou seja, embora colocasse a anatomia e a fisiologia em segundo plano em favor de uma acentuação dos aspectos clínicos segundo critérios metodológicos próprios, Charcot não conferia nenhuma peculiaridade às neuroses, pelo menos no que diz respeito a seus processos orgânicos subjacentes. Em última instância, a histeria continuava sendo concebida segundo princípios localizacionistas e como uma expressão clínica de uma alteração orgânica.

⁵⁴ Charcot, J.M, *Leçons sur les Maladies du Système Nerveux*, pg. 16, apud Andersson, O. op. cit., pg.98.

⁵⁵ Charcot, J.M, *Leçons sur les Maladies du Système Nerveux*, pg. 16, apud Andersson, O. op. cit., pg.98.

“É no córtex cerebral que nós devemos procurar pela lesão dinâmica da qual emana o sintoma em questão (mutismo histérico). (...) Essa teoria, agora fundamentada numa considerável base empírica, é extensiva, como vocês sabem, a um grande número de afecções, particularmente àquelas decorrentes de fortes emoções, traumatismos, etc”.⁵⁶

Se essa interpretação foi, de início, tacitamente aceita, Freud não tardaria em interpelá-la e questionar sua pertinência:

“Se alguém ler que “deve haver uma lesão histérica” nesse ou naquele centro, o mesmo centro no qual uma lesão orgânica produziria uma correspondente síndrome orgânica, e recordar que se está acostumado a localizar uma lesão dinâmica histérica da mesma forma que uma lesão orgânica, será levado a crer que por trás da expressão “lesão dinâmica” está oculta a idéia de uma lesão como edema ou anemia, que são, de fato, afecções orgânicas transitórias. (...) Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta.”⁵⁷

O já mencionado desprezo de Charcot por modelos teóricos talvez nos ajude a entender a falta de uma solução para a tensão gerada por estas duas interpretações, psicológica e orgânica, que emitiam sinais contraditórios.⁵⁸

⁵⁶ Charcot, J.M., *Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System*, pg. 373, Londres, 1889, apud, Geerardyn, F. op. cit., pg. 38.

⁵⁷ Freud, S., *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas*, vol. I, pg. 188, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

⁵⁸ Alguns comentários de Freud endossam esta interpretação. No necrológico de Charcot, ele comenta: “Não era Charcot um homem dado a reflexões excessivas, um pensador: tinha, antes, a natureza de um artista — era, como ele mesmo dizia, um “*visuel*”, um homem que vê. (...) De fato, Charcot era infatigável na defesa dos direitos do trabalho puramente clínico, que consiste em observar e ordenar as coisas, contrariando as usurpações da medicina teórica. Freud, S., *Charcot*, vol. III, pg. 21, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986. Em *Uma Breve Descrição da Psicanálise*, uma outra passagem assinala: “O próprio Charcot não fez outros esforços no sentido de uma compreensão psicológica da histeria.”⁵⁸ Freud, S., *Uma breve descrição da psicanálise*, vol. XIX, pg. 241, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

Mais importante para nossos propósitos é como Freud reagiu às teses de Charcot, mais especificamente, como a interpretação dessas concepções suscitaram suas críticas. A controvérsia com Charcot, cujo núcleo era o conceito de lesão dinâmica, pode ser captada com clareza em *Algumas Considerações sobre um Estudo Comparativo entre as Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas*.⁵⁹

A relação com Charcot nas teses aí veiculadas é dupla: uma positiva, expressa tanto na incumbência de que investiu Freud de oferecer uma interpretação funcional⁶⁰ da histeria, como pela bagagem teórica e clínica amalhada por Freud em sua estada em Paris, especialmente na constatação de que a histeria possuía um mecanismo psíquico; e uma negativa, na medida que Freud radicaliza esse projeto e argumenta contra a definição de lesão dinâmica do mestre.

A delegação de Charcot a Freud atende a um imperativo da clínica, ditado pela histeria, que apontava as limitações do modelo neuroanatômico em explicar certas manifestações neuróticas. Por seu turno, o conceito de Freud de lesão dinâmica, diferente do proposto por Charcot, que implica uma lesão orgânica, ainda que transitória, reclama um modelo neurológico distinto daquele pelo qual a histeria não se deixava apreender.

Quais, então, deveriam ser os fundamentos neurológicos e a concepção de aparelho psíquico que deles se pode elaborar para que o bloqueio de acesso a uma determinada representação corporal, característica da histeria, se desse independentemente de uma interrupção em sua base anatômica correlativa, de forma a embasar as observações

⁵⁹ Freud, S. *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Orgânicas Motoras e Histéricas*, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

⁶⁰ Freud usa o termo funcional com conotações diversas ao longo de sua obra. Em seu ensaio sobre a afasia, por exemplo, funcional designa, em alguns contextos, a natureza da relação entre a estrutura cerebral e o seu funcionamento. Em outras passagens, funcional refere-se a níveis de funcionamento de determinada unidade anatômica. Ao longo de nosso trabalho, quando não especificado, funcional será usado como oposição a neuroanatomia, ou seja, uma patologia dita funcional deverá ser entendida como meramente funcional, sem nenhuma alteração anatômica. É exemplar do sentido com que utilizaremos este termo a seguinte passagem do texto de Freud sobre a hipnose: “Em geral, evitaremos aplicar o tratamento hipnótico em sintomas que tenham origem orgânica; empregaremos esse método apenas em casos de doenças nervosas puramente funcionais, em doenças de origem psíquica, bem como em casos de dependência de tóxicos e outras dependências. Ainda assim, convencer-nos-emos de que numerosos sintomas de doenças orgânicas são acessíveis à hipnose e de que a modificação orgânica pode existir sem distúrbio funcional dela decorrente”. ⁶⁰ Freud, S. *Hipnose*, vol. I, pg. 126, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986. Ver Levin, K., *Freud: a primeira psicologia das neuroses*, pg. 48, tradução de Álvaro Cabral, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1980.

clínicas das paralisias histéricas, que se manifestavam “como se a anatomia não existisse?”⁶¹

Este novo modelo está presente em *Algumas Considerações...* e se vale, em boa parte, das conclusões retiradas por Freud de seus estudos sobre as afasias. Imediatamente a seguir, tentaremos evidenciar como as futuras alterações na teoria de Freud, no sentido de constituir uma concepção funcional da histeria sem se valer de um reducionismo orgânico, e tornando relativos certos preceitos localizacionistas, estão relacionadas com certos pressupostos que embasaram este estudo sobre as afasias.

7. A Interpretação das Afasias: uma teoria psicológica para os distúrbios de linguagem

Neste tópico, tentaremos evidenciar a forma com que *A Interpretação das Afasias*⁶², que claramente rechaça os fundamentos neurológicos de Meynert, embora classificada pelo próprio Freud como um trabalho extra psicanalítico, se articula com sua proposta de uma teoria psicológica e funcional para a histeria.

O ensaio de Freud sobre as afasias foi publicado em 1891. Nele, é sugerida uma abordagem psicológica dos distúrbios de linguagem com a interpretação da afasia como uma perturbação meramente funcional em vez de, como em tantas outras propostas, sugerir uma teoria que implicasse a subsunção do psíquico e das atividades de linguagem exclusivamente à anatomia. Ao fazê-la, Freud vai de encontro ao que era amplamente aceito pelo meio acadêmico da época: a aceção de que a distinção entre os tipos de afasia poderia ser estabelecida conforme a localização de uma lesão anatômica.

⁶¹ Idem, pg. 188.

⁶² Esse é o título da edição portuguesa da qual nos valem para elaboração desse trabalho. Freud, S. *A interpretação das Afasias: Um Estudo Crítico*, São Paulo, Ed. 70, 1979. A versão para o português foi apenas parcial e, de forma complementar, nos valem de uma versão espanhola: *La Afasia*, Buenos Aires, Nueva Vision, 1975.

7.1 O Localizacionismo Anatômico

A doutrina de Gall é representativa dos esforços envidados, no início do século XIX, no sentido de se mapear as funções do cérebro. Preconiza que cada uma do largo espectro de características que definem a personalidade de um indivíduo – que iam da religiosidade às vocações profissionais – está diretamente relacionada à forma do órgão cerebral. O crânio, moldado pela ação de forças resultantes da atividade do cérebro, é a via de expressão dessas peculiaridades. Dessa perspectiva, um simples exame tátil perscrutador da topografia craniana permitiria a certificação dos mais variados traços de caráter de uma pessoa.

Todo o sarcasmo de que esta teoria foi alvo com o posterior avanço da neurologia, não impediu que Broca reconhecesse a importância do precursor da frenologia:

“Gall teve o incontestável mérito de proclamar o grande princípio das localizações cerebrais que foi, pode-se dizer, o ponto de partida de todas as descobertas de nosso século sobre a fisiologia do encéfalo”.⁶³

De fato, a distância entre os procedimentos de Gall⁶⁴ e os adotados por Broca é menor do que a sugerida pela intensidade do escárnio dirigido aos frenologistas do início do século. Meynert, Broca e tantos outros neurologistas, cujas pesquisas refutavam grande parte das teses de Gall, repousavam suas teorias em um pressuposto caro aos frenologistas: o princípio das localizações cerebrais. A exemplo de Gall, Wernicke, para tomarmos um exemplo, continuava fiel ao princípio localizacionista e insistia em tentar encontrar um substrato anatômico, se não para um leque tão grande de atividades psíquicas como propunha a frenologia, pelo menos para certas faculdades intelectuais que nada tinham de simples.

É bem verdade que o rigor metodológico de Broca evitou a repetição de equívocos cometidos por Gall derivados, sobretudo, da falta de uma definição clara do que é da ordem da anatomia, da psicologia ou da fisiologia. Porém, toda uma geração

⁶³ Uma visão panorâmica das teses de Gall nos foi possível por meio de Ombredane, André, *L'Aphasie et l'elaboration de la pensée explicite*, PUF, Paris, 1951, apud Goldgrub, F. Freud, Marlowe & Cia. São Paulo, Nova Alexandria, EDUC, 1994.

⁶⁴ Idem, pg. 133.

exposta à sua grande influência movia-se pelo firme propósito de localizar anatomicamente as funções mentais. Se enfocarmos um tema específico, o da afasia, podemos ver com clareza como esse projeto também permeou as investigações desse distúrbio da linguagem. Continuava-se com o forte impulso de buscar subsumir cada processo envolvido na atividade de fala a uma determinada localização anatômica no cérebro.

Em linhas gerais, a metodologia de trabalho dos afasiologistas das últimas décadas do século XIX era a de inferir qual região do cérebro fora lesionada, tomando o distúrbio da linguagem como ponto de partida, por um indicador legítimo da região afetada pelo trauma. A linguagem deveria repercutir mecanicamente as alterações deferidas pelo trauma no cérebro. Sem dúvida, um projeto bem menos ambicioso que, aparentemente, desfazia o absurdo preconizado pela frenologia. Já não se está buscando determinar características psicológicas – tomadas como derivadas diretas da anatomia cerebral – apalpando as protuberâncias cranianas. Neste momento, a escuta substitui o tato.

Agora, é a linguagem, aqui tomada como fala, supostamente a fiel reprodutora da anatomia do cérebro. São as alterações desta atividade que são abordadas como um fato clínico e tomadas como indicadoras de qual elemento da engrenagem cerebral encontra-se comprometido. O distúrbio afásico constitui-se, assim, numa via pela qual é feita a localização anatômica da lesão e a conseqüente especificação da entidade clínica correspondente. Tal como um órgão, a fala reflete o grau de higidez de sua referência neuroanatômica.

Esse livre trânsito entre entidade clínica e localização anatômica supõe uma contigüidade entre a atividade de linguagem e cérebro. Se é o tipo de distúrbio da linguagem que permite a exata determinação da parte do cérebro lesionada, tal conduta só estaria justificada caso a natureza da relação entre cérebro e atividade lingüística fosse de simples superposição.

Os estudos de Broca, que em 1861 apresentavam uma relação entre um distúrbio motor da atividade de fala e uma lesão na terceira circunvolução cerebral frontal

⁶⁵ Aliás, como poderemos apontar mais à frente, a fala que determina a escuta será função não mais do lócus anatômico, mas da quantidade, um dos axiomas do modelo funcional que Freud irá propor.

esquerda, pareciam refletir o triunfo dessa abordagem localizacionista. Na esteira deste trabalho, Wernicke apontou uma etiologia anatômica para um outro distúrbio de fala: dificuldade de compreensão sem que a função motora da fala fosse afetada, relacionando-o a uma lesão na primeira circunvolução temporal esquerda do cérebro.

7.2 Crítica ao Localizacionismo

Foi contra esse localizacionismo estrito e o reducionismo organicista que lhe era subjacente que se ergueu o discurso freudiano. Basicamente, é a divergência quanto à natureza da relação entre cérebro/ linguagem e, de forma mais ampla, entre psíquico e sua referência orgânica, o que estabelece a fronteira entre Freud e aqueles contra os quais se voltam seus argumentos em *Interpretação das Afasias*.

Meynert, Wernicke, Lichteim estão entre os que Freud critica ao sugerir que a relação entre o sintoma afásico e seu fator determinante não deveria ser procurada, exclusivamente, nas alterações anatômicas do cérebro. O sintoma afásico e, por extensão, a atividade de linguagem não são, para Freud, redutíveis à anatomia.

A crítica freudiana tem como alvo duas hipóteses em que, até então, se baseavam grande parte dos trabalhos sobre o assunto: a primeira, a de que os diferentes tipos de afasia corresponderiam a distintas localizações anatômicas da lesão etiológica; a segunda, subjacente à primeira, a de que os diversos processos envolvidos na atividade de linguagem poderiam ser localizados nos centros cerebrais.

São estes dois pressupostos que sustentam o esquema proposto por Wernicke o qual, por sua vez, é apoiado na fisiologia de Meynert. Supõem o córtex cerebral como o centro de convergência no qual se projetam, ponto a ponto, através de uma série de fibras interconectadas umas às outras, todos os estímulos provenientes do mundo externo.⁶⁶ Assim como as demais impressões corporais, os estímulos sonoros e visuais possuiriam vias aferentes e eferentes próprias e seriam projetados de forma elementar na superfície cortical. A hipótese de Wernicke para a atividade de linguagem supõe a fala como um processo iniciado pela transmissão, através do nervo auditivo, da imagem sonora que passa a ser armazenada nas células do chamado centro sensorial. Para Wernicke, o córtex

⁶⁶ Freud, S. *A interpretação das Afasias: Um Estudo Crítico*, pg. 47, São Paulo, Ed. 70, 1979.

cerebral, com seus seiscentos milhões de células, segundo a estimativa de Meynert, armazena as incontáveis impressões sensoriais do mundo externo sem nenhuma interferência recíproca.⁶⁷ Daí, o estímulo é conduzido por uma via associativa para o centro motor de onde, articulado a imagem motora correspondente, a etapa eferente da fala se completa. Os traços mnêmicos sonoros e motores da palavra possuem, segundo Wernicke, localidades anatômicas distintas e são associados por uma via condutiva durante a atividade de fala. Uma lesão em qualquer ponto desse trajeto provocaria deficiência na função cuja expressão sintomática é especificada pela região anatômica afetada.

Esta fragmentação da atividade de fala – que implica considerar o representar e o associar como duas etapas distintas – justifica, pelo menos é esta a pretensão de Wernicke, as diferentes características dos sintomas que definem a classificação das afasias como de núcleo e de condução. Nesses termos, a afasia de núcleo é a expressão clínica de uma lesão nos registros anatômicos dos elementos da linguagem – centro acústico e centro motor –, enquanto a afasia de condução, uma alteração na via condutiva integradora destes centros.

As inconsistências deste esquema ficam patentes, diz Freud, quando se leva em conta que a suposta alteração anatômica, reivindicada por Wernicke como causa da afasia de condução, não justifica a totalidade dos sintomas que caracterizam este distúrbio.⁶⁸

A parafasia é um exemplo. Caracterizada pelo uso inadequado de palavras e incerteza quanto ao seu emprego, é entendida por Wernicke como expressão de uma interrupção na via associativa do centro acústico e do centro motor. Freud assinala que o comprometimento dessa via não deveria intervir na capacidade de falar espontaneamente, mas simplesmente na capacidade de repetir o ouvido. Tomando os próprios dados clínicos apresentados por Wernicke como ponto de partida de seu argumento, e já apontando para a definição de níveis de organização da atividade de fala que se refletem em graus diferenciados de susceptibilidade a lesões, Freud mostra que, ao contrário do previsto, jamais a fala espontânea está intacta quando a fala repetitiva se encontra

⁶⁷ Idem, pg. 19.

⁶⁸ Freud, S. La afasia, pg. 28, Ed. Nueva Visión, 1973.

comprometida: “a faculdade de repetir jamais é perdida enquanto a fala espontânea e a capacidade compreensiva permanecem intactas”.⁶⁹

A crítica também é extensiva à crença localizacionista de que há uma reação limitada do aparelho de linguagem circunscrita à região anatômica afetada pela lesão. Por esse prisma, a asserção de que determinada lesão provocava uma manifestação afásica com características específicas poderia ser invertida sem prejuízo. Essa conduta supunha uma simplificação da relação da linguagem com o substrato material, por assumi-la em mera superposição à base anatômica.

Acreditando ter evidenciado as inconsistências do modelo teórico de Wernicke, Freud elabora uma concepção de aparelho de linguagem como uma unidade funcional que reage a um trauma como um todo solidário, sendo a localização de uma eventual lesão anatômica apenas um dos fatores condicionantes da forma de expressão dos distúrbios: “O aparelho reage à lesão de maneira solidária, como um todo, e não permite encontrar uma deficiência de partes isoladas [...] reage à lesão [...] com uma perturbação funcional”.⁷⁰

Enquanto os impasses e interrogações sugeridos pela clínica afásica justificavam para os localizacionistas, como Wernicke e Lichtheim, a proliferação de centros e vias de conexão, Freud, adotando os ensinamentos de Jackson, supõe uma estratificação mental em níveis funcionais, solução que permitiu uma definição de doença, não apenas, segundo supunha Meynert, como uma deficiência associativa ou uma dissolução, mas como uma regressão a níveis primitivos de organização mental. Podemos perceber que a noção de regressão invocada aqui antecipa o conceito que, posteriormente, viria a ser utilizado na teoria psicanalítica.

Sobre a relação entre uma lesão orgânica e sua manifestação patológica são sugeridas duas possibilidades. Uma, em que o efeito da mutilação do sistema nervoso apresenta-se circunscrito à função correspondente à área afetada. Por exemplo, uma lesão na circunvolução central anterior tem seu efeito restrito aos músculos do polegar⁷¹. A outra possibilidade é a repercussão do trauma sobre o funcionamento do aparelho como um todo. Se o aparelho central dos membros superiores pode apresentar os dois tipos de

⁶⁹ Idem, pg. 28.

⁷⁰ Ibid, pg. 45.

⁷¹ Freud, S. A interpretação das Afasias: Um Estudo Crítico, pg. 44, São Paulo, Ed. 70, 1979.

reação, o aparelho de linguagem – e essa é a peculiaridade que Freud lhe confere e que dá força a seu argumento – apresenta somente o segundo tipo de reação ⁷². Em vez de se valer da hipótese de existência de centros de localizações das funções de linguagem, o dito ‘aparelho de linguagem’ é proposto em seu caráter de ‘unidade’, o que justificaria sua particular forma de reação a um trauma.

A forma pela qual esse aparelho tem sua capacidade funcional reduzida perfaz, em sentido inverso, as etapas de sua constituição. Ou seja, independente da região anatômica do aparelho de linguagem comprometida pelo trauma, a disfunção daí decorrente segue uma certa lógica regressiva ditada pela ordem constitutiva do aparelho.⁷³

A descrição do funcionamento do aparelho de linguagem que se esboça supõe uma perda da identificação entre cérebro e mente, esta já não tomada como redutível ao seu referencial orgânico. Os fenômenos mentais, segundo Freud, organizados conforme as leis de associações, são constituídos pelas diversas impressões sensoriais que se articulam formando as representações. No modelo por ele sugerido, a interação entre estas representações é condicionada por diversas variáveis, tornando apenas relativa a influência das alterações anatômicas.

Além de permitir o estabelecimento de uma teoria da afasia relativamente independente da anatomia, essa disjunção entre topologia mental e neuronal, como veremos a seguir, abre espaço para uma teoria (meramente) funcional da histeria e servirá de base para a nosologia freudiana das neuroses.

Sob a influência direta de Jackson, Freud rejeita a teoria de projeção ponto a ponto do corpo e sensações corporais sobre o córtex cerebral. Dessa forma, as sensações corporais, veículos de estímulos da realidade externa, encontram na mente seu campo de expressão psíquica. Se isso em nada difere das teses basilares da Escola de Helmholtz, o traço crucial deste modelo, e que indica uma divergência, é a multiplicidade de possibilidades associativas por meio das quais essas sensações podem estar representadas

⁷² Idem, pg. 44.

⁷³ Freud defende que a função de fala apresenta uma certa hierarquia, que é definida por uma série de fatores: ordem de apreensão – uma língua apreendida posteriormente tende a ser comprometida primordialmente –, complexidade da função, bem como a frequência de sua utilização. Uma função apreendida em tenra idade é menos complexa, mais organizada e tende a persistir intacta, em detrimento a outras funções que não possuem esses atributos. A influência de Jackson faz-se sentir aqui em alto e bom som.

mentalmente. Ou seja, uma unidade no plano da sensação pode ser várias vezes representada na psique, da mesma forma que uma representação pode conter diversas unidades sensitivas:

“só podemos presumir que as fibras [nervosas] (...) mantenham alguma relação com a periferia do corpo, mas não que reflitam uma imagem topograficamente dele. Contém a periferia do corpo da mesma maneira que – para tomar um exemplo de um tema que nos interessa aqui – um poema contém o alfabeto, ou seja, uma disposição completamente diferente a serviço de outros propósitos, com múltiplas associações dos elementos individuais, de modo que alguns podem estar representados várias vezes e outros totalmente ausentes”.⁷⁴

Ao que nos parece, a arquitetura anatômica, embora uma balizadora, deixa de ser um fator de engessamento da atividade psíquica.

Conquanto não descarte a referência orgânica, a crítica de Freud aponta o equívoco que o pouco conhecimento da fisiologia do cérebro provoca. Como em psicologia a idéia é a unidade que pode ser claramente diferenciada em sua conexão com outras idéias, a inferência, equivocada, propõe que o correspondente orgânico dessa unidade é uma unidade celular nervosa: cada idéia remete a uma célula nervosa.⁷⁵

Para usar uma terminologia cara a Freud em sua posterior investigação da histeria, a base etiológica anatômica não é suficientemente ampla para explicar a gama de manifestações clínicas da histeria. Evidentemente, Freud não deixa de reconhecer que a atividade de fala corresponde a áreas específicas do cérebro e depende de sua higidez. A relação dessas áreas com os nervos que carregam as impressões sensoriais envolvidas na atividade lingüística – estímulos visuais, motores e auditivos – justificariam sua importância etiológica. A exemplo da hereditariedade, porém, a referência anatômica atua como um multiplicador que, num circuito elétrico, exagera o desvio da agulha, mas não pode determinar sua direção.

Freud também apontou um problema epistemológico que decorria da não separação entre físico (fisiológico) e psíquico. Contra esta confusão de categorias, que ele

⁷⁴ Ibid, pg. 68.

⁷⁵ Ibid. pg. 70.

acreditava estar na base do equívoco teórico veiculado pelas teses localizacionistas, um maior refinamento na explicação dos distúrbios afásicos deveria ser buscado na própria psicologia da atividade de fala:

“Hughlings Jackson já havia prevenido de modo enfático contra tal confusão do físico com o psíquico no estudo da linguagem: ‘em todos os nossos estudos das enfermidades do sistema nervoso temos que estar atentos contra a falácia de que o que é físico nos centros inferiores é psíquico nos centros superiores; que, por exemplo, as vibrações dos nervos sensoriais se convertem em sensações, ou que de uma maneira ou de outra uma idéia produza um movimento’.”⁷⁶

Ao contrário do reivindicado por Wernicke e Meynert, que supunham a associação como um processo subsequente ao da representação e passível de ser atingido separadamente por alguma lesão, Freud adota a noção de simultaneidade entre esses processos, o que significa considerar toda afasia como afasia de condução, uma interrupção do fluxo associativo movido pela atividade de fala.

E se toda afasia é de condução, as peculiaridades que justificam uma classificação desse distúrbio devem ser procuradas nas eventuais alterações nas ligações entre as representações no interior do aparelho de linguagem, e não mais, exclusivamente, na relação da linguagem com a anatomia cerebral. Em suma, estão criadas as condições teóricas para se justificar que um afeto, por exemplo, pode estar na base do distúrbio da linguagem sem que uma alteração orgânica circunscrita esteja necessariamente presente:

“Neste momento só queremos mencionar que a parafasia observada nos pacientes afásicos não diferem do uso incorreto e distorcido das palavras que as pessoas normais podem observar em si mesmas em estados de fadiga e de divisão da atenção ou sob a influência de emoções perturbadoras, fenômeno semelhante ao que ocorre em nossos conferencistas e causam um penoso embaraço nos ouvintes. É tentador considerar a parafasia num sentido amplo como um sintoma puramente

⁷⁶ Ibid, pg. 70.

funcional, um índice da redução da eficiência do aparelho de associação de linguagem.”⁷⁷

O aparelho de linguagem concebido por Freud relaciona a palavra a um intrincado processo associativo que só adquire sentido quando ligado à representação objeto. A representação palavra é definida como um complexo fechado de imagens ligadas à representação objeto somente através da imagem sonora, que assume um papel central justamente por ser a única via de conexão entre as duas representações.⁷⁸ Além da imagem acústica, a representação palavra é composta pela imagem motora, escrita e visual da palavra. No que concerne às representações objeto, cabe à imagem visual este papel central ao se colocar como o único elo entre a representação palavra e os demais elementos da representação objeto: as imagens táteis e acústicas.

É com base nesse esquema que Freud propõe três grupos de perturbação de linguagem: um de primeira ordem, denominado de afasia verbal, em que a perturbação incide nas ligações internas dos elementos constituintes da representação palavra, um outro, de segunda ordem, chamada afasia assimbólica, cuja lesão se dá sobre a ligação entre a representação palavra e a representação objeto e um terceiro, afasia agnósica, no qual o problema se dá na relação entre o objeto e a representação objeto.

Esse enfoque amplia as possibilidades de determinações etiológicas da afasia, pois deixa em aberto a hipótese de que esta perturbação também possa ser produzida por um dano meramente funcional. Dessa perspectiva, o distúrbio de linguagem pode, perfeitamente, ser desencadeado por um outro tipo de trauma, não físico. Isso permite o vislumbre de um tratamento psicológico diferentemente do que supunha uma teoria que atribuía à lesão orgânica o único fator etiológico dos distúrbios de linguagem.

É igualmente além do campo puramente anatômico que se deve buscar o fundamento desencadeante da paralisia histérica:

⁷⁷ Ibid, pg. 30.

⁷⁸ Essa restrição do elo de ligação entre a representação objeto e representação palavra à imagem visual e imagem acústica, respectivamente, confere a possibilidade de uma investigação objetiva dos distúrbios de linguagem e, em termos epistemológicos, permite a substituição da anatomia como universal. Ver Gabbi Jr., O.F., Sobre a concepção da afasia e da histeria: notas sobre a relação entre anatomia e linguagem nos primórdios da teoria freudiana, in Bento Prado Jr. (org.), *Filosofia da Psicanálise*, Ed. Brasiliense, 1990.

“Não há dúvidas de que, se as condições materiais correspondentes à concepção do braço estão profundamente modificadas, a concepção também será prejudicada. Mas tenho que demonstrar que esta consegue estar inacessível sem estar destruída e sem estar lesado o seu substrato material”. 79

Argumento estruturado sob a mesma lógica do apresentado em *A Interpretação das Afasias*:

“E podem de fato existir situações semelhantes à afasia motora transcortical, surgidas por efeito de um dano puramente funcional sem qualquer lesão orgânica. Mas, se se quiser encontrar uma relação entre lesão orgânica e perturbação funcional, há que se reconhecer que toda uma série de lesões orgânicas não pode manifestar-se a não ser através de perturbações funcionais, e a experiência mostra que de fato tais lesões não produzem mais que isto”. 80

Essa diferença genética entre as afasias orgânicas e aquelas de ordem meramente funcional estende-se, evidentemente, à relação de suas etiologias específicas com os fenômenos clínicos dos quais são causa e, como pretendemos tornar patente em seguida, são aplicadas na distinção que Freud estabelece entre paralisias orgânicas e histéricas. Se as paralisias orgânicas são reflexos sintomáticos de uma ruptura na ligação entre o órgão afetado e sua referência anatômica, nas paralisias histéricas, ‘a falsa ligação’ apresenta-se como uma substituição, inconsciente, da representação palavra pela parte do corpo paralisada.

8. Neurose histérica: um distúrbio meramente funcional

Em uma carta a Fliess de maio de 1888, Freud revela que terminara o primeiro rascunho das ‘paralisias histéricas’. Curiosamente, porém, ainda se passariam cinco anos

⁷⁹Freud, S. Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Orgânicas Motoras e Histéricas, vol. I, pg. 183, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

⁸⁰Freud, S. A interpretação das Afasias – Um Estudo Crítico, pg. 43, São Paulo, Ed. 70, 1979.

para que *Algumas Considerações sobre um Estudo Comparativo entre as Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas* viesse à luz. No total, foram mais de sete anos entre sua idealização com Charcot, ainda em Paris, e sua finalização, em 1893. Este longo período de maturação é expressivo do movimento teórico do qual esta obra é indicativa e que, de certa forma, se reflete em sua versão final.

Strachey conjectura que este atraso está relacionado com as transformações na base epistemológica na qual se movia Freud. Em nota à edição inglesa de *Algumas Considerações...*, o tradutor afirma que esse artigo representa um marco divisor entre os escritos neurológicos e psicológicos de Freud.

A existência deste ‘marco divisor’ implica a ocorrência de uma radical mudança na metodologia freudiana, quando direcionou sua pesquisa para um objeto relativamente independente de uma referência anatômica. Há, porém, indícios que esta ruptura não tenha ocorrido.

O ensaio sobre as afasias embasa grande parte da construção de um critério diferencial entre as paralisias orgânicas e histéricas levado a cabo em 1893. Configura-se aí um gesto inaugural que intenta encontrar no plano representativo, em vez do anatômico, a ‘lesão’ desencadeadora do distúrbio.

Como já comentamos, o esquema neuroanatômico e localizacionista de que Charcot se valia para tentar fundamentar a peculiaridade das paralisias histéricas é preterido. O fenômeno histórico reclama um outro modelo teórico para ser apreendido, cujas bases também não podem ser encontradas, como o estudos das afasias deixou claro, no modelo neurológico de Meynert e de outros decanos da medicina germânica.

Se a afasia é uma perturbação derivada de uma alteração funcional do aparelho de linguagem, a histeria repercute uma lesão dinâmica ou funcional da representação como uma “lesão em representação”.⁸¹ Assim como a afasia funcional não é, necessariamente, a expressão clínica de uma alteração anatômica, a sintomatologia veiculada pelas paralisias histéricas poderia, e deveria, ser explicada sem que se tivesse que se valer de um localizacionismo neuroanatômico.

⁸¹ Freud, S. *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Orgânicas Motoras e Histéricas*, vol. I, pg. 183, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

8.1 Dos Critérios Diferenciais entre as Paralisias Motoras Orgânicas e Históricas

O objetivo central de *Algumas Considerações...* é fornecer elementos que permitam um delineamento do quadro sintomático da histeria em termos psicológicos, diferenciando-o do de outras afecções de natureza orgânica.

Antes de relacionar as características das paralisias históricas e orgânicas, Freud apresenta algumas peculiaridades das últimas. É amplamente aceita, diz ele, a divisão das paralisias orgânicas entre paralisia periférico-medular e paralisia cerebral. As manifestações clínicas diferenciais entre estas duas categorias são satisfatoriamente definidas pela localização anatômica da lesão.

Na paralisia periférico-medular, como a lesão neurológica se dá entre a periferia e as células do corno anterior da medula espinhal, suceder-se-á uma paralisia “détaillée”, onde cada músculo, cada fibra muscular, pode estar paralisado individualmente. Esse grau de especificidade é justificado anatomicamente, já que a periferia é projetada, ponto por ponto, sobre a massa cinzenta da medula. Freud propõe defini-la como paralisia em projeção.

Na paralisia cerebral, por seu turno, como há uma sensível redução do número de fibras nervosas que completam a transmissão dos impulsos até o córtex cerebral, estas vias não mais projetam o elemento único da periferia. Condensam uma grande quantidade de estímulos provenientes de vários pontos da estrutura corporal, de modo que uma lesão desta região se manifestará clinicamente de forma mais complexa e generalizada, jamais afetando um músculo específico. É a chamada paralisia “en masse”, para a qual Freud sugere a denominação de paralisia em representação.

Apurando os tímpanos, Freud escuta na semiologia da afecção histórica uma miscelânea de sinais que o encorajam a afirmar que a sintomatologia da paralisia em projeção nunca é reproduzida pela histeria. Por sua vez, há uma certa analogia com os sintomas das paralisias em representação. É de analogia, e não de identidade, a relação entre os sintomas das paralisias orgânicas em representação e das paralisias históricas, pois estas possuem algumas características diferenciais que podem ser relacionadas com sua etiologia específica.

Nas palavras de Freud, “a paralisia histérica é paralisia em representação, mas com um tipo especial de representação cujas características permanecem como um assunto a ser desvendado”.⁸² O argumento ao longo do ensaio se desenvolve procurando delimitar a especificidade semiológica da histeria em relação a esta classe de afecção orgânica.

No que diz respeito às paralisias orgânicas, há um paralelismo entre os sintomas clínicos e a estrutura neuroanatômica. Cada manifestação clínica tem sua causa em alguma alteração na estrutura nervosa, o sintoma é uma expressão clínica de um fato da anatomia.⁸³ Diversamente, a paralisia histérica parece ignorar a anatomia em suas manifestações clínicas e apresenta uma delimitação topográfica clara que, neste aspecto, alude à paralisia em projeção. Sua peculiaridade, porém, está no fator que estabelece este limite:

“A histeria ignora a distribuição dos nervos (...)Ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa.”⁸⁴

Em *Algumas Considerações...*⁸⁵, Freud expõe três variáveis a serem observadas na classificação dos diversos tipos de paralisias: a extensão, a localização e a natureza da lesão. É plenamente aceito, diz Freud, que a natureza da lesão é inócua na especificação da paralisias orgânicas e que os fatores condicionantes desta paralisia se restringem à extensão e à localização da lesão infringida pelo trauma. A combinação desses dois fatores fundamenta, de forma satisfatória, os tipos clínicos e seus sintomas específicos, de modo a não deixar lacunas explicativas para nenhum detalhe. Para cada sintoma, uma alteração anatômica pode ser inferida. Essa sentença pode ser invertida sem nenhum prejuízo para a compreensão da patologia: a partir de uma lesão anatômica prevêem-se, com segurança, as características de sua manifestação clínica.

⁸² Idem, pg.183.

⁸³ Ibid, pg.187.

⁸⁴ Ibid, pg. 188.

⁸⁵ Ibid, pg.186.

Se a natureza da lesão é inoperante na definição da categoria da paralisia orgânica,⁸⁶ na paralisia histérica, por seu turno, assume um papel de relevância na explicação de suas características diferenciais. “Qual poderia ser a natureza da lesão, nas paralisias histéricas, que define a situação sem respeitar a localização ou a extensão da lesão ou da anatomia do sistema nervoso”?⁸⁷

Freud define a natureza dessa lesão como dinâmica ou funcional, uma alteração de determinada propriedade funcional, tais como as variações de excitabilidade ou de alguma qualidade fisiológica. Mas não seria a alteração funcional o outro lado de uma alteração orgânica? Freud responde negativamente a esta questão e marca uma divergência crucial com Charcot, para quem uma lesão dinâmica é, em última instância, uma lesão orgânica peculiar.

Pedindo para passar à área da psicologia, Freud define o efeito da lesão como uma “abolição da acessibilidade associativa a determinada idéia”. A lesão presente no quadro histérico não desfere nenhuma alteração orgânica concomitante, mas apenas uma “modificação na função ou na dinâmica”.⁸⁸

O que, na paralisia cerebral, é explicado por uma ruptura no plano anatômico, na paralisia histérica o é por uma espécie de desequilíbrio na distribuição mental do afeto. O afeto representa o fator dinâmico que, a exemplo da lesão anatômica (estática), bloqueia o acesso a certa classe de idéias.⁸⁹

A reversibilidade da paralisia histérica de determinado órgão – o braço, por exemplo, para seguirmos o apresentado por Freud – depende das condições de acessibilidade à sua representação. Ou seja, o mecanismo mental da paralisia histérica

⁸⁶ Trechos há em *A Interpretação das Afasias* em que a linguagem já é reconhecida como um rico veículo de expressão clínica cujo exame pode revelar, mais que o epicentro do transtorno em questão, a própria natureza da lesão traumática: “o aparelho de linguagem se distingue por ter a sua disposição tal riqueza de sintomas, que pode esperar-se que revele, pelo tipo e modo de perturbação da função, não somente o lugar como a natureza da lesão”. A partir da versão para o espanhol, Freud, S. La afasia, pg. 44, Ed. Nueva Visión, 1973.

⁸⁷ Freud, S. Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Orgânicas Motoras e Histéricas, vol. I, pg. 187, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

⁸⁸ Idem, pg. 189.

⁸⁹ “toda impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto, da qual o ego se desfaz, seja por meio de uma reação motora ou seja pela atividade psíquica associativa. Se a pessoa é incapaz de eliminar este afeto excedente ou se mostra relutante em fazê-lo, a lembrança da impressão passa a ter a importância de um trauma e se torna causa dos sintomas histéricos permanentes. ” Ibid, pg. 191.

resulta em um distúrbio na condução. Seu caráter reversível, porém, não supõe uma ‘correção’ de algum fator anatômico. Depende, sim, da correção de um fator dinâmico, no caso, a distribuição mental do afeto.

Ao contrário de Charcot, Freud evita que se tenha que recorrer ao referencial orgânico para compreender as paralisias histéricas e procura demonstrar [...] “que esta [a idéia de braço] consegue estar inacessível sem estar destruída e sem estar lesado seu substrato material (o tecido nervoso da região correspondente do córtex)”.⁹⁰

“o que está em questão é a concepção corrente, popular, dos órgãos e do corpo em geral. Essa concepção não se fundamenta num conhecimento profundo de neuroanatomia, mas nas nossas percepções tácteis e, principalmente, visuais. Se é isso o que determina as características da paralisia histérica, esta, naturalmente, deve mostrar-se ignorante e independente de qualquer noção da anatomia do sistema nervoso. Portanto, na paralisia histérica, a lesão será uma modificação da *concepção*, da *idéia* de braço, por exemplo. Mas que espécie de modificação será essa, capaz de produzir a paralisia? Considerada do ponto de vista psicológico, a paralisia do braço consiste no fato de que a concepção do braço não consegue entrar em associação com as outras idéias constituintes do ego, das quais o corpo da pessoa é parte importante. A lesão, portanto, seria a *abolição da acessibilidade associativa da concepção do braço*.”⁹¹

A sintaxe da representação mental do corpo deixa de ser ditada pelas características anatômicas em favor de uma outra, organizada segundo necessidades funcionais.

Não é difícil constatar que a concepção dos mecanismos psíquicos, que baseia a tentativa freudiana de configurar uma identidade clara dos sintomas histéricos em relação a outros distúrbios de natureza orgânica em *Algumas Considerações sobre um Estudo Comparativo entre as Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas*, invoca uma série de princípios distintos dos que fundamentavam as teses charcotianas sobre o tema. Se esta obra materializa a influência direta do mestre francês, que confiara a seu dileto discípulo

⁹⁰ Ibid, pg. 189.

⁹¹ Ibid, pg.189.

o desafio de apresentar um quadro mais delimitado das desordens históricas, de modo a permitir uma melhor compreensão de sua natureza, acaba indo além do esboçado por seu incentivador.

PARTE II

FREUD, BREUER E A HISTERIA

O estudo sobre a afasia é exemplar do esforço de Freud em superar certos preceitos localizacionistas que acabavam sendo invocados, tanto por Charcot quanto por Meynert, quando sugeriam, este de forma mais explícita que aquele, que a paralisia histérica reproduzia uma lesão orgânica. O deslocamento de Freud em relação a estes dois expoentes da neurologia européia representa o afastamento de um modelo teórico adotado por toda uma geração formada sob o triunfo da localização anatômica como esquema interpretativo de distúrbios físicos e mentais. Nesta nova orientação, Freud, embora acabe por reivindicar uma topologia, ou seja, um esquema espacial, o faz sem se valer da anatomia como único esquema de referência. E esta mudança permitirá a construção de um modelo funcional, não só para a histeria, como para as neuroses em geral.

Freud estava absolutamente convencido de seus pontos de vista e de suas restrições, seja à tradição neurológica que o formou, seja a certos aspectos das teses de Charcot. Essas críticas abriram um vazio, faltava preenchê-lo.

É neste cenário que passa a ser desenvolvido, em conjunto com Breuer, um novo modelo interpretativo dos fenômenos histéricos.

1 . As histéricas sofrem de reminiscências

O uso clínico da sugestão hipnótica deixara patente que o conteúdo do fenômeno histérico se relacionava com registros mnêmicos. Em vez de ser uma mera descarga cortical, algo da ordem de um espasmo, os fenômenos motores de um ataque se relacionam, às vezes por elos menos aparentes, com as vivências do sujeito. A grande variação do conteúdo das *'attitudes passionnelles'* seriam, assim, explicadas pelas diversidades das experiências individuais, das quais as lembranças, não estando acessíveis à consciência normal, são reavivadas, nestes estados de crise, com uma intensidade perceptiva. Em outros termos, o ataque histérico encerra o retorno de uma recordação sob a forma extrema de alucinação ou até mesmo sob a forma de fenômenos

motores. A histeria, dentre outras manifestações, se apresenta como uma alteração de uma função normal – neste caso da atividade recordativa.

Como explicar a característica peculiar do histérico de não lembrar de forma saudável o que lhe foi psiquicamente tão relevante quando de sua vivência e, em certas circunstâncias, fazê-lo de forma tão intensa com todo o colorido perceptivo? A elaboração de uma teoria da histeria depende de uma explicação para este fato inicialmente atribuído a uma dissociação psíquica. Nesta perspectiva, o ataque histérico nada mais seria do que a expressão alucinatória e motora desta *condition seconde* que, em outras situações, se mantém isolada associativamente da consciência, impedindo que os traços mnêmicos sofram desgaste. Mas como explicá-la? “O que decide se uma experiência haverá de se localizar na segunda consciência ou na consciência normal”? ⁹²

A resposta de Freud e Breuer pode ser inferida da seguinte afirmação: “a lembrança que forma o conteúdo de um ataque histérico não é uma lembrança qualquer; é o retorno do evento que causou a irrupção da histeria — o trauma psíquico” ⁹³. Portanto, a localização do registro de uma experiência está relacionada com o seu caráter traumático. Mas o que potencializa o efeito de uma vivência como traumático?

Antes mesmo de sua estada em Paris, Freud já tomara conhecimento do caso de Ana O., tratada por Breuer no início da década de 1880. O estudo deste caso foi crucial para importantes avanços teóricos.

De acordo com os relatos de Breuer, esta paciente ratificava a tese de que o ataque histérico nada mais seria do que a manifestação alucinatória e motora de uma segunda consciência. Breuer observou que Ana O. recuperava seu estado normal sempre que verbalizava suas alucinações. Sua técnica terapêutica foi desenvolvida a partir dessa constatação e denominada de método catártico.

Embora remetessem a vivências remotas, os sintomas histéricos de Ana. O. não estavam, aparentemente, relacionados a nenhum trauma particularmente grave, nos moldes descritos por Charcot. Esta constatação, aos olhos de Freud e Breuer, uma evidência clínica iluminada pelo método catártico, teve como desdobramento teórico, não

⁹²Freud, S., Esboços a Comunicação Preliminar, Vol.I, pg.173, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

⁹³ Idem, pg. 172.

o abandono da hipótese da etiologia traumática, mas uma alteração na concepção de trauma, que foi ampliada.

Ana O. padecia de histeria traumática, ainda que não tivesse sofrido um trauma no sentido charcotiano. Os dados clínicos deste caso deixaram claros, portanto, dois aspectos que foram tomados como basilares: primeiro, o de que não é imprescindível a existência de um grande trauma no desencadeamento da doença, uma série de impressões afetivas pode ter um efeito patogênico; em segundo lugar, o de que, mesmo no caso do grande trauma mecânico na histeria traumática da maneira concebida por Charcot, “o que produz o resultado não é o fator mecânico, mas o afeto de terror, o trauma psíquico”.⁹⁴

Por conseguinte, a discriminação charcotiana entre histeria traumática e comum perde seu objeto, diante do reconhecimento da importância etiológica de vivências aparentemente banais que, embora camufladas, estavam por trás do que se classificava como histeria comum. Ou seja, a histeria teria uma gênese única que remetia a uma vivência traumática.

Ao ampliar o conceito mesmo de trauma, Freud e Breuer conseguem preencher algumas lacunas da proposta de Charcot, que não conseguia fundamentar, em termos psicológicos, outros sintomas histéricos com expressão corporal e que não possuíam relação direta com a cena traumática. Em vez de se valer do vago conceito de hereditariedade ou de uma base fisiológica para justificar os sintomas que não tinham relações aparentes com a etiologia traumática, essa conceituação apontava a importância da memória no mecanismo da histeria, esboçando a máxima de que as histéricas sofrem de reminiscências. Isso, diga-se de passagem, cria um espaço para uma terapia que era bastante reduzido quando se atribuía um peso etiológico tão grande à hereditariedade. Como Freud viria a declarar em *A Etiologia da Histeria*:

“Tentamos nos dar conta dela [da discrepância entre os estímulos
psiquicamente excitantes e as reações psíquicas dos histéricos]

⁹⁴Freud, S. Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos: Uma Conferência, Vol.III, pg.40, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986. Esta passagem reflete um diferencial significativo em relação a Charcot. Mesmo defendendo a idéia de que a lesão decorrente de um trauma histórico era uma lesão dinâmica, o médico francês não deixou de acreditar em uma alteração orgânica concomitante que revelaria uma base anatômica das paralisias histéricas.

admitindo, nos histéricos, a presença de uma sensibilidade anormal generalizada aos estímulos, e muitas vezes nos esforçamos por explicá-la em termos fisiológicos (...) Ocasionalmente, um ou outro destes conceitos [fisiológicos] podem ser perfeitamente válidos como explicação dos fenômenos histéricos; não questiono isso. Mas a parte principal dos fenômenos – a reação histérica anormal e exagerada aos estímulos psíquicos – admite uma outra explicação, confirmada por inúmeros exemplos extraídos das análises dos pacientes. A explicação é a seguinte: a reação dos histéricos só é aparentemente exagerada; está fadada a nos parecer inadequada porque só conhecemos uma parte dos motivos dos quais decorre”.⁹⁵

Ademais, este conceito dinâmico e ampliado de trauma não é um mero fruto da especulação teórica inflada pela ânsia de solucionar incoerências veiculadas pela teoria de Charcot. Apóia-se na observação clínica de que à recordação da cena determinante do sintoma sucediam efeitos terapêuticos. Aliás, é justamente o fato de determinada ocorrência ser acompanhada de modificações no quadro sintomático o indicador de que o evento evocado teve um papel etiológico, foi traumático. Até aqui, podemos definir o ataque histérico como uma recordação alucinada de uma vivência traumática cujo registro, por estar localizado numa segunda consciência, é inacessível à atividade psíquica normal.

Para melhor compreendermos a importância etiológica do trauma neste novo contexto, devem ser observadas algumas premissas das quais Freud e Breuer lançaram mão e que podem ser examinadas em um breve artigo intitulado *Sobre o Mecanismo Psíquico da Histeria*, que vêm à luz em 1893 no *Zentralblatt für Neurologie* e, dois anos depois, é reeditado como capítulo introdutório dos *Estudos sobre a Histeria*.

2. A economia da histeria

A interpretação da histeria levada a cabo por Freud e Breuer supõe as atividades psíquicas em função de dois fatores: um componente, chamado de representação, sobre o

⁹⁵ Freud, S. A Etiologia da Histeria, Vol.III, pg.199, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

qual se espalha um outro, uma carga de afeto ou soma de excitação, ‘que possui todas as características de uma quantidade’. Dessa forma, toda impressão psíquica impõe à economia mental um incremento afetivo. Como tende a manter constante seu nível de excitação interna – do que depende sua eficácia funcional – o aparelho psíquico procura eliminar o excesso pela via associativa ou motora. A impressão psíquica que é acompanhada de algum destes atos psíquicos é incorporada à rede associativa, podendo ser naturalmente recordada quando alvo da atenção consciente. Do contrário, transforma-se em trauma, e sua representação mnêmica permanece atuante como um ‘corpo estranho’ – já que não há nenhum elo associativo aparente com a consciência do sujeito – , a alimentar o fenômeno histérico.

O desgaste de uma lembrança ou a perda de seu afeto pode se dar, tanto pela associação à rede de representações do 'eu', como por uma reação adequada ao fato gerador do afeto, ou seja, tanto pela atividade associativa, como pela atividade motora. Sempre que este ato adequado não suceder a uma impressão psíquica, estabelece-se um desequilíbrio e, a partir de certo limite, o conseqüente estabelecimento do sintoma histérico. É, portanto, uma reação inadequada a determinada vivência psíquica que a configura como um trauma, cuja constituição passa a ser justificada mais pelas peculiaridades inerentes ao sujeito implicado do que pela cena propriamente dita: “transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora”.⁹⁶

Se for traumática toda vivência que não é acompanhada de uma descarga afetiva, o que faz com que uma reação adequada e funcionalmente importante para a economia psíquica não se dê?

As teses de Freud e Breuer sugerem dois determinantes. Um deles seriam os estados hipnóides: impressões vivenciadas neste estado especial permanecem, independentemente de seu conteúdo, dissociadas psiquicamente. O outro, estaria ligado ao conteúdo da vivência que é alvo de uma intenção deliberada de esquecer. A consciência rechaça esta experiência e a submete a um esquecimento que poderíamos

⁹⁶ Freud, S., *Esboços a Comunicação Preliminar*, Vol. I, pg.174, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

chamar, pelas suas conseqüências, de patológico.⁹⁷ É esquecimento porque a representação psíquica do evento, similar ao esquecimento saudável, é afetivamente desgastada. É patológico, porém, porque este desgaste não se dá, nem pela relação associativa com a malha representativa psíquica, nem por uma reação motora, mas pelo deslocamento, inconsciente, da esfera psíquica para a esfera corporal.

Pelo primeiro grupo de determinantes, a existência da *'double conscience'* seria anterior e condição do ataque histérico. Independentemente da natureza da idéia traumática, basta que o indivíduo esteja em estado hipnóide, para que a carga de afeto relativa a essa idéia seja desviada para alguma parte do corpo e venha a constituir a expressão sintomática da histeria. Nessa perspectiva, a relação entre a idéia traumática e sua expressão é totalmente contingente e, sempre que aquela é de alguma maneira excitada, uma quota de afeto escoia para sua face visível, o sintoma. O fundamento desta *'condition seconde'* acaba remetendo, a exemplo das teses de Charcot, a explicações fisiológicas.

Pelo segundo grupo, é o conteúdo da vivência, a qual o sujeito prefere tratar como se não tivesse ocorrido, que determina seu deslocamento para a segunda consciência com a dissociação psíquica sendo uma conseqüência colateral deste ato psíquico.

Ao lado do ataque histérico e da dissociação psíquica, a histeria apresenta, entre seus sintomas mais marcantes, a paralisia corporal. Na histeria, o afeto veiculado pelas representações psíquicas da cena traumática é deslocado para alguma parte do corpo.⁹⁸ A lembrança da vivência ou o seu registro mnêmico é expresso corporalmente, sem que nem mesmo o sujeito o saiba. O caráter sintomático deste símbolo não se deve a seu papel de substituto – afinal, esta é uma propriedade de qualquer símbolo – mas ao fato de o sujeito ignorar esta substituição.

O método terapêutico proposto busca, trazendo à tona a lembrança do fato etiológico, bem como o afeto correlativo, recriar as condições psíquicas, de modo que a reação adequada e a correção associativa, anteriormente abortadas, se efetivem através da fala. É o chamado método catártico que visa anular a influência desorganizadora da

⁹⁷ Subjacente a tudo isso está o princípio da constância que supõe uma tendência a descarga de toda excitação cerebral, sob pena de se gerar incômodo e desprazer.

⁹⁸ Em vez da palavra, é a paralisia corporal que se pronuncia como expressão de um fato histórico sem que nem mesmo o sujeito, que o vivenciou, saiba.

representação: seja pela descarga afetiva, tomando a fala como substituta do ato, seja pela correção associativa da representação rechaçada de forma patológica. Nesta perspectiva, para que o sintoma se desfizesse, seria imprescindível a recordação da cena traumática e, concomitantemente, que ao afeto a ela vinculado fosse dado à palavra.

Quando Charcot identificou o caráter ideogênico de alguns sintomas da histeria, atribuiu à auto-sugestão o mecanismo psíquico característico dessa afecção. Podemos aqui nos perguntar sobre qual mecanismo psíquico Freud e Breuer supõem para justificar as expressões sintomáticas corporais da histeria ou, em outros termos, qual a conexão dos sintomas com suas causas.

3. Conversão histérica: o mecanismo psíquico da histeria

A denominada conversão histérica é o mecanismo psíquico que Freud e Breuer reconhecem como sendo patognomônico da histeria e que justifica suas manifestações corporais. O benefício para a economia psíquica ocorre, pois a conversão histérica provoca o esquecimento da representação em voga, de modo similar ao esquecimento saudável, deixando, assim, de produzir consequências mentais.

O destino deste afeto deslocado da representação incompatível é uma via somática de alguma maneira relacionada com a experiência traumática, o que permite ao ‘eu’ livrar-se do desprazer psíquico relacionado à sua recordação. A modalidade de esquecimento que este processo implica tem a marca diferencial na ignorância, tanto do paciente quanto da comunidade falante, da relação entre as manifestações somáticas históricas a qualquer raiz psíquica.

Em compensação, “um símbolo mnêmico que se aloja na consciência como uma espécie de parasita, quer sob a forma de uma inervação motora insolúvel, quer como uma sensação alucinatória constantemente recorrente, persiste até que ocorra uma conversão na direção oposta”.⁹⁹

Até que isso se dê, a representação omitida passa a ter como delegadas representações substitutas, os chamados símbolos mnêmicos históricos, que assim se

⁹⁹ Freud, S., *As Neuropsicoses de Defesa*, vol.III, pg.56, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

constituem por serem o destino do saldo afetivo deslocado. As representações substitutas são selecionadas, ou pela coincidência temporal com a cena traumática, ou por já terem alguma relação associativa prévia com algum elemento da constelação ideativa suscitada pela cena traumática. De toda forma, fica evidente, nos *Estudos sobre a Histeria*, há a necessidade de um enlace associativo através da simultaneidade para justificar a relação entre símbolo histérico e a vivência traumática.

O ponto é que, de uma forma ou de outra, o sintoma, como uma representação distorcida da realidade, seria um correspondente ineficaz da cena que o engendrou. Todos os sintomas apresentados por Anna O. remetiam a determinada experiência traumática, a partir da qual o afeto teria sido deslocado para algum fragmento da cena. Se ela apresentava estrabismo, é de se supor que algum afeto estrangulado fixou-se a essa representação, cuja vivência correspondente deve ser simultânea à irrupção do mesmo.

Podemos constatar que a forma de expressão do sintoma histérico se dá por meio da representação de alguma vivência simultânea à cena traumática. A coincidência temporal é a conexão mais radical sintoma / evento traumático.

Sugerimos, algumas páginas acima, que Charcot poderia responder a uma indagação acerca da definição da expressão orgânica da paralisia histérica valendo-se de um conceito de lesão dinâmica organicamente localizável. Afinal, na sua perspectiva, as neuroses não escapam aos princípios aplicáveis às demais patologias nervosas e, se possuem um mecanismo psicológico próprio – a auto-sugestão –, nelas atuam os mesmos fatores anatomofisiológicos efetivos numa afecção nervosa orgânica.

Nos *Estudos sobre a Histeria*, o fundamento neuroanatômico da histeria é claramente preterido em favor de uma perspectiva dinâmica e funcional, sendo a afecção histérica definida de acordo com um deslocamento da quantidade de afeto entre as representações psíquicas.

Se todos os elementos componentes do complexo ideativo da cena traumática são virtuais símbolos históricos, o que define determinada forma de simbolização?

Em suas considerações teóricas nos *Estudos sobre a Histeria*, que se desenvolvem no intento de apresentar uma explicação da sintomatologia da histeria, bem como da efetividade do método catártico, Breuer se interroga sobre o destino do afeto deslocado da representação e a conseqüente formação do símbolo histérico nos seguintes termos:

“O que é que determina a descarga de afeto de tal forma que um específico reflexo anormal é produzido em vez de algum outro”? ¹⁰⁰ Em outras palavras, o que define a forma com que o trauma será recordado?

Breuer define a conversão histérica como uma expressão anormal de afeto e acaba por se valer de fundamentos fisiológicos. Segundo ele, a expressão sintomática da histeria dá-se em função de dois fatores: o primeiro, que indica a causa da transformação afetiva, é o aumento do nível de excitação cerebral sem uma descarga proporcional, seja pela atividade motora, seja pelas atividades associativas; o segundo, o qual nos ajuda a entender o destino do afeto, é o nível de resistência das barreiras que separam o órgão responsável pela atividade representacional dos demais órgãos, determinada tanto por fatores congênitos, como por fatores ambientais debilitantes:

“a descarga segue o princípio da menor resistência. O que determina esse nível de resistência? Uma doença somática, por exemplo, ou simplesmente por que determinada inervação muscular ter sido deliberadamente pretendida no momento em que o afeto ocorreu originariamente”. ¹⁰¹

Como podemos constatar, o destino do afeto deslocado da esfera psíquica para o corpo é função da condição orgânica que, por sua vez, é constituída por fatores inatos e ambientais. Seriam estas condições orgânicas que condicionariam a descarga de afeto de uma maneira específica e a conseqüente ‘escolha’ do símbolo histérico. ¹⁰² Fica patente a proximidade com o modelo arco-reflexo, a via da descarga dá-se segundo fatores inteiramente mecânicos. A interpretação oferecida por Breuer é moderada no uso de termos psicológicos e confere à fisiologia um papel explicativo que destoa da abordagem de Freud.

Essa resistência pode também ser facilitada pela simultaneidade entre o incremento afetivo imposto por determinada vivência e a mobilização de determinada inervação muscular. Por exemplo, Ana O., em um momento de forte emoção, forçou sua vista para

¹⁰⁰Freud, S. e Breuer, J. Estudos sobre a Histeria, Considerações Teóricas, Vol.II, pg.214, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹⁰¹ Idem, pg.214.

¹⁰² Ibid, pg.214.

ler os ponteiros do relógio, passando, a partir de então, a sofrer de um estrabismo resultado do reflexo deslocado da esfera psíquica.¹⁰³ A este respeito, Breuer assinala:

“Isso se deve à ação da simultaneidade que de fato rege as nossas associações normais. Toda percepção sensorial traz de volta à consciência qualquer outra percepção sensorial que tenha originariamente ocorrido ao mesmo tempo”.¹⁰⁴

Aqui fica claro que o afastamento de Breuer, também estendido a Freud, de certos pressupostos caros a Charcot, não implicou um abandono do esquema de referência associacionista. Aquele claramente remete a este modelo quando afirma “que toda percepção sensorial traz de volta à consciência qualquer outra percepção sensorial que tenha originariamente ocorrido ao mesmo tempo”. E, logo em seguida: “o que temos aqui é a facilitação de reflexos anormais de acordo com as leis gerais da associação”.¹⁰⁵

O que aparece como ‘escolha’ resulta do mero desenrolar de um processo quantitativo que, como tal, segue o ‘princípio da menor resistência’:

“O que é que determina a descarga de afeto de tal forma que o específico reflexo anormal é produzido em vez de algum outro? Nossas observações respondem a essa pergunta, em muitos casos, revelando que novamente aqui a descarga segue o ‘princípio da menor resistência’ e ocorre ao longo das vias cujas resistências já foram enfraquecidas por circunstâncias coincidentes. (...) Se alguém sofre com frequência de dores cardíacas, estas também serão provocadas pelos afetos. Alternadamente, um reflexo pode ser facilitado pelo fato de a inervação muscular em causa ter sido deliberadamente pretendida no momento em que o afeto ocorreu originariamente”.¹⁰⁶

Além da conversão por simultaneidade, Breuer não deixa de reconhecer a ocorrência, pelo menos em graus mais extremos de histeria, de uma relação mais complexa entre o afeto e seu reflexo: “o que une o afeto e seu reflexo é, muitas vezes,

¹⁰³ Ibid, pg.214

¹⁰⁴ Ibid pg.214

¹⁰⁵ Ibid, pg. 215.

¹⁰⁶ Ibid, pg. 214.

algum trocadilho ridículo ou associação pelo som”, são as chamadas determinações pelo simbolismo. Mas essa questão da escolha do símbolo histérico é de somenos importância no seio do modelo teórico de Breuer, pois a relação simbólica é, antes de tudo, uma relação de causa e efeito fiel aos mais estritos preceitos físicos.

Como fica expresso no relato do caso clínico de Ana O., a inacessibilidade de certos traços mnêmicos, que caracterizava a histeria, é explicável pelo fato de seu registro ter ocorrido em um estado alterado de consciência, similar ao da hipnose, que Breuer denominou ‘estados hipnóides’.

O caráter patológico dessa vivência devia-se exclusivamente à sua ocorrência neste estado mental peculiar e independe totalmente de seu conteúdo. Aqui, é a condição psíquica que impede a impressão de se incorporar à consciência normal. Isso ocorre, não porque o neurótico não queira lembrar, mas porque não pode lembrar, pois a representação emergiu originalmente num estado em relação ao qual existe uma amnésia na consciência de vigília, decorrente de um desequilíbrio na distribuição da excitação.

No modelo dos estados hipnóides, não é difícil dar-se conta do caráter aleatório e não intencional da manifestação sintomática. O conteúdo das alucinações é formado pelo conteúdo das idéias suscitadas pela vivência e as eventuais paralisias resultam da conversão afetiva, orientada para caminhos preferenciais constituídos por afecções orgânicas pretéritas ou por serem alvo da atenção consciente naquele momento específico. Assim definido, o sintoma histérico e as doenças mentais em geral são apresentados de forma meramente negativa, como exteriorização de uma desordem.

4. Por uma teoria geral das neuroses

4.1 As neuroses de defesa

Freud publica *As Neuropsicoses de Defesa* em 1894. As influências de Charcot e certas concepções elaboradas conjuntamente com Breuer ainda ressoam neste trabalho. Mas a especificidade da abordagem freudiana do problema da neurose, que já podia ser pressentida mesmo numa obra a quatro mãos como a *Comunicação Preliminar*, ou em *Algumas Considerações...*, esta última executada segundo diretrizes traçadas por Charcot,

torna-se aqui mais explícita. A importância do papel desempenhado pela sexualidade, a relevância da conversão na definição do quadro da histeria e, como o título já sinaliza, o conceito de defesa estão entre os elementos presentes nesta obra que definirão os contornos próprios da teoria freudiana das neuroses e, como desdobramento natural, uma outra nosografia.

A exemplo de *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos*, a teoria psicológica, então proposta por Freud, supõe as funções mentais, normais e patológicas, passíveis de serem explicadas em função de dois fatores dinâmicos: afeto e representação. Nestes termos, o aspecto lacunar da memória neurótica seria consequência de um deslocamento do afeto por um ato psíquico denominado de ‘defesa’. O tipo de neurose decorrente deste processo seria função do destino deste afeto. A realocação nosográfica proposta por Freud, mais do que se orientar por dados semiológicos, procurava radicar-se no mecanismo psíquico que seu método terapêutico/ epistemológico revelava ser subjacente às manifestações clínicas, bem como na especificidade etiológica da qual, em última instância, decorria a expressão sintomática das neuroses.

A defesa é descrita por Freud como um mecanismo psíquico mobilizado pelo sujeito na tentativa de tratar certas experiências como se as mesmas não tivessem ocorrido. A princípio, não é identificado nenhum atributo específico da representação incompatível que explique seu rechaço pelo sujeito, nem tampouco Freud sugere uma justificativa para o fato de que, em algumas pessoas, ou na grande maioria delas, essa defesa não fosse seguida de manifestações neuróticas.

As manifestações histéricas representam o fracasso do sujeito em esquecer, de forma saudável, certas experiências que, já representadas psiquicamente, têm seu componente afetivo, atributo indispensável para que possa ser evocada pela consciência normal ou demande o trabalho de associação, deslocado para outra representação, que passa a substituí-la junto à consciência. Fora de seu locus original, essa ‘falsa conexão’ assume um caráter sintomático.

Se, na *Comunicação Preliminar*, a defesa é apresentada como um mecanismo psíquico que, juntamente com estados hipnóides, se constituía no fator etiológico peculiar da histeria, este trabalho de 1894 não só menospreza o papel causal dos estados hipnóides, como estende a importância deste mecanismo na constituição de outras

afecções que, com este ponto em comum, são agrupadas sob a denominação de neurose. Ao se ampliar o campo de abrangência do mecanismo psíquico da defesa, reconhecendo-o como o mecanismo original das neuroses, vislumbra-se uma conexão não só entre a neurose histérica e as obsessões e fobias, como entre as psicoses.

Sendo a defesa o mecanismo psíquico subjacente às neuroses, de uma maneira geral, e a algumas formas de psicose, é o destino do afeto por ela deslocado que definirá as manifestações sintomáticas e a conseqüente delimitação do quadro nosográfico. A esta altura, estamos no contexto teórico configurado pela publicação da *As Neuropsicoses de Defesa*, a disposição hereditária é considerada o fator mais operante na determinação deste destino.

Quando não há uma disposição hereditária para conversão, em vez de se deslocar para a via somática, o afeto permanece confinado na esfera psíquica e estabelece uma ‘falsa ligação’ com outra representação, a qual, embora possua algum tipo de relação com a representação rechaçada, não é, de forma alguma, incompatível com o ‘eu’.

A representação obsessiva, que se observa nas obsessões e fobias,¹⁰⁷ é um efeito colateral da defesa contra a representação incompatível. Todo este deslocamento afetivo entre a representação original e a substituta se dá fora da consciência.

Quando da defesa patológica, todos os elementos componentes do complexo ideativo da cena traumática são virtuais representações substitutas, ou seja, a escolha recairá, necessariamente, sobre um desses componentes. Uma vez constituído o sintoma obsessivo, este, por sua vez, deverá fazer uma alusão ao reprimido, isto é, deverá haver algo na representação com a qual o afeto estabelece uma falsa ligação que remeta à idéia reprimida.

¹⁰⁷ As concepções teóricas iniciais de Freud sobre as fobias são vacilantes. Em *As Neuropsicoses de Defesa*, é reconhecido um mecanismo psíquico comum às obsessões e fobias, traço que as diferenciava da neurastenia e, no caso das fobias, de um outro tipo de fobia, das quais a *agorafobia* é exemplar, em que a procedência do afeto é atribuída a uma base somática. Já em *Obsessões e Fobias*, o argumento desenvolvido por Freud parece opor, de um lado, as obsessões, que possuíam uma base psíquica, e as fobias, estas não mais discriminadas em função de possuírem ou não uma base psíquica. Como bem assinala um apêndice do editor inglês à respeito das concepções de Freud sobre as fobias, nestes primeiros artigos, as peculiaridades etiológicas, sintomáticas e do mecanismo envolvido se misturam com o de outras entidades clínicas e não esclarecem os contornos próprios da fobia que as garantiriam uma classificação nosográfica própria ou como um processo patológico independente. Strachey, J. Apêndice a Obsessões e Fobias, vol.III, pg. 85, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986

O grau de sucesso do mecanismo de substituição implicado nas obsessões e fobias é menor do que na conversão histérica. Isso porque o afeto continua presente na mesma intensidade na esfera psíquica, denunciando sua inadequação à representação acolhida pelo ego em detrimento da representação tornada inacessível à consciência.

Além da defesa que desloca o afeto para uma representação substituta e da que converte este afeto para a via corporal, há uma terceira possibilidade, ainda mais radical, em que não só o afeto, mas a própria representação incompatível é rechaçada. O resultado deste processo é a psicose.

Se a defesa é um artifício da atividade psíquica para, de certa forma, negar alguma experiência do sujeito, tratando-a como se não tivesse ocorrido, ou seja, a defesa encerra uma forma neurótica de esquecimento, sua atuação na psicose é, por este prisma, a mais bem sucedida. Ao negar a representação incompatível, o ego acaba por se desligar da realidade e se isolar na doença da lembrança da vivência traumática que o afligiu.

Muito embora a definição do tipo de defesa, da qual o ego virá a se valer na solução deste conflito e, conseqüentemente, do tipo de neurose a ser constituída, continue sendo reconhecida por condicionada pelos fatores hereditários, ou seja, os fatores constitucionais permanecem sendo invocados para explicar tanto o caráter patológico da defesa, como o tipo de mecanismo atuante – se conversão, substituição ou projeção – a importância etiológica da hereditariedade é sensivelmente diminuída com a suposição de Freud de que a constituição de um grupo psíquico apartado da consciência normal resulta de um conflito psíquico decorrente das vivências do indivíduo. Mesmo sem uma fundamentação teórica mais consistente para esta prevalência, a observação clínica revelava o conteúdo sexual como o atributo renitente das representações implicadas nos conflitos dos quais advinham conseqüências patológicas.

4. 2 As Neuroses Simples

Embora as primeiras publicações de Freud tratem essencialmente das afecções psicogênicas, suas correspondências privadas com Fliess revelam uma abordagem teórica da neurastenia que, àquela altura, atraía, ao lado da histeria, a atenção da comunidade

científica. Até mesmo por não ser susceptível a uma terapia psicológica, a neurastenia não era relacionada a nenhum mecanismo psíquico.

Se, a esta altura, no que concerne às neuroses de defesa, a efetividade etiológica da sexualidade era dividida com uma série de fatores considerados igualmente atuantes, as observações clínicas de Freud sobre a neurastenia revelavam uma relação constante de determinados sintomas com certas práticas sexuais contemporâneas à eclosão da afecção. A singularidade de sua proposta residia no caráter universal e específico atribuído à etiologia sexual: “a afirmação que desejo fazer e verificar através de observações é que, a rigor, a neurastenia só pode ser uma neurose sexual”.¹⁰⁸ Da mesma forma que toda histeria não hereditária é traumática, diz Freud, toda neurastenia, se adquirida, é sexual.¹⁰⁹ Daí a afirmar que toda histeria remete a um trauma que é sexual não demoraria muito.

Já neste sentido, o progressivo interesse de Freud pelas então denominadas neuroses simples coincide com o crescente espaço que a clínica da histeria conferia à etiologia sexual e que começava a estreitar as ligações entre as neuroses de defesa, inicialmente destacadas por Freud por apresentarem um mecanismo psíquico em sua etiologia, e aquelas modalidades de neuroses relacionadas a uma base eminentemente somática.

O quadro então delineado era o seguinte: as ditas neuroses de defesa remetiam a um passado traumático com os mais diversos conteúdos, embora prevalecesse o conteúdo sexual, enquanto as neuroses simples, posteriormente denominadas, pela contemporaneidade entre a incidência etiológica e seus efeitos sintomáticos, de neuroses atuais, eram relacionadas a práticas sexuais, cujos efeitos danosos se expressavam, dependendo da natureza das atividades sexuais e à revelia de uma mediação psicológica, como neurastenia ou neurose de angústia.

A crença de Freud era a de que as neurastenias advinham de práticas masturbatórias e poluções freqüentes, enquanto a neurose de angústia estava relacionada a fatores como o *coitus interruptus* ou, de forma geral, a toda excitação que não fosse

¹⁰⁸ Idem, pg. 39.

¹⁰⁹ Diz Freud em correspondência a Fliess: “Defendi, juntamente com Breuer, um ponto de vista semelhante em relação à histeria. Conhecia-se a histeria traumática; dissemos então que todo caso de histeria que não é hereditária, é traumática. O mesmo se aplica à neurastenia: toda neurastenia é sexual”. Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 40, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

acompanhada de uma adequada elaboração psíquica. Este quadro etiológico deixa de ser uma construção privada das correspondências com Fliess e começa a se tornar público em 1895, com *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia*.

Nesta obra, a realocação nosográfica desenvolvida orienta-se, não só pelos dados semiológicos, mas, sobretudo, pela etiologia e o mecanismo supostamente operante na configuração da afecção. São a estes três critérios classificatórios que Freud recorre para fundamentar sua proposta de tomar a neurose de angústia como uma entidade clínica independente da neurastenia. Diferentemente das neuroses de defesa, a fonte inspiradora dessa nomenclatura não é o mecanismo hipoteticamente subjacente ao quadro clínico, mas o sintoma de angústia, que Freud identifica como nuclear desta neurose.

Esta expressão sintomática, na perspectiva de Freud, está relacionada a um quantum de angústia livre que, numa situação de expectativa, determina a escolha das representações, estando sempre pronto a vincular-se a um conteúdo representativo adequado.¹¹⁰ Este deslocamento afetivo é semelhante ao que ocorre nos quadros fóbicos presentes nas neuroses obsessivas, mas contém traços diferenciais tanto na qualidade, que, neste caso, é o de angústia, como na origem do afeto, que tem uma base somática e não resulta do desinvestimento de nenhuma representação mental.

Além de inamovível pela psicoterapia, um outro fato, este de ordem mais teórica, é reconhecido por Freud para não atribuir a angústia a uma fonte psíquica. Como desconfiava de que as neuroses, de uma maneira geral, estavam relacionadas a um acúmulo de excitação, a não identificação de um trauma psíquico com força afetiva suficiente para justificar o excesso insinua que deveria ser fora do campo representacional que se operava o acúmulo excitatório:

“Tal origem [psíquica]¹¹¹ existiria, por exemplo, se ficasse constatado que a neurose de angústia se baseava num único ou repetido terror justificável, e que este supriria desde então a fonte da pronta disposição do sujeito para a angústia. Mas não é assim. A histeria ou uma neurose

¹¹⁰ Freud, S., *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada ‘Neurose de Angústia’*, Vol.II, pg. 94, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹¹¹ Entre colchetes é comentário meu.

traumática podem ser adquiridas a partir de um único susto, mas nunca a neurose de angústia”.¹¹²

Diante da verificação destes dois pontos e da observação clínica de que uma diminuição do desejo sexual acompanha a neurose de angústia, a hipótese de Freud é a de que “o mecanismo da neurose de angústia deve ser buscado numa deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e no conseqüente emprego anormal desta excitação”.

113

O modelo esquemático proposto, que guarda semelhanças com o que viria a ser apresentado no *Projeto*, visa oferecer uma base explicativa para o mau funcionamento da atividade sexual. O processo sexual é apresentado como um processo que se repete em uma certa ordem encadeada por elos somáticos e psíquicos. A fonte que alimenta o sistema é perene, tem uma base somática e só transborda para a esfera psíquica a partir de certo limiar determinado pela resistência da via de acesso ao campo representacional. Este estímulo sexual, expresso psiquicamente, passa a reclamar uma descarga adequada que restabeleça a resistência entre a esfera psíquica e a somática.

Qualquer intercorrência neste ciclo sexual cria um campo fértil para o surgimento da neurose. Não só a neurose de angústia, mas a própria neurastenia, é expressão de uma alteração na base somática deste processo. A neurastenia surge quando essa descarga psíquica não é adequada, o que explicaria a vinculação de sua etiologia às práticas masturbatórias e às poluções espontâneas, enquanto a neurose de angústia decorre de práticas sexuais como o coito interrompido e a abstinência, que não permitem a mínima elaboração psíquica da excitação sexual.

Há uma interessante passagem de *Sobre os Fundamentos...*¹¹⁴ que requer um enfoque atento, dado os vários fios teóricos que dela se desdobrarão:

“É possível formular mais uma questão. Por que motivo, nessas condições de insuficiência psíquica para manejar a excitação sexual, o sistema nervoso se descobre no peculiar estado afetivo de *angústia*? Pode-se sugerir uma resposta como se segue. A psique é invadida pelo *afeto* de angústia quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma

¹¹² Idem, pg. 105.

¹¹³ Ibid, pg. 106.

¹¹⁴ Ibid, Pg. 109.

reação apropriada, com uma tarefa (um perigo) *vinda de fora*; e fica presa de uma *neurose* de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação (sexual) *vinda de dentro* - em outras palavras, *ela se comporta como se estivesse projetando tal excitação para fora*. O afeto e a neurose a ele correspondente estão firmemente inter-relacionados. O primeiro é uma reação a uma excitação exógena, e a segunda, uma reação à excitação endógena análoga. O afeto é um estado que passa rapidamente, enquanto a neurose é um estado crônico, porque, enquanto a excitação exógena age num único impacto, a excitação endógena atua como uma força constante. *Na neurose, o sistema nervoso reage a uma fonte de excitação que é interna, enquanto, no afeto correspondente, ele reage contra uma fonte análoga de excitação que é externa.*”

Na tentativa de propor uma explicação para o caráter monocórdico da manifestação afetiva da neurose de angústia, a formulação teórica proposta implica uma dicotomia entre excitação exógena e excitação endógena. Divisão esta que se prolongará por todo o desenvolvimento teórico do *Projeto*, se estendendo, pelo menos, até o abandono da hipótese de sedução, quando, ainda que às custas de certas assimetrias, a fonte excitatória interna passa a prevalecer. Até lá, porém, apesar das paulatinas aproximações iniciadas com a hipótese de uma etiologia sexual comum – vislumbrada quando Freud propõe a hipótese de sedução – as neuroses de defesa guardam uma diferença genética importante em relação às neuroses simples, posteriormente denominadas de neuroses atuais, que é a fonte da carga excitatória. Algumas tentativas de diminuí-las – a postulação da existência dos neurônios secretores é exemplar – não conseguem preencher um hiato que fica evidente em passagens como a acima citada.

De uma maneira geral, as primeiras concepções de Freud das neuroses apoiavam-se neste esquema teórico que, inicialmente restrito à abordagem das neuroses simples, inspiraria sua tentativa de elaborar uma teoria geral das neuroses esboçada no *Projeto* e refletida em publicações da segunda metade da década de noventa.

Não demoraria muito para que a sexualidade fosse elevada ao papel de causa específica das neuroses ditas traumáticas. Além de muitas semelhanças semiológicas, consideradas de tal magnitude que Freud as apontava como um obstáculo ao diagnóstico diferencial, os ganhos epistemológicos do método catártico revelavam as raízes dos sintomas das psiconeuroses fincadas no campo sexual e alimentadas por lembranças dessa esfera:

“É que, seguindo cada vez mais o rastro dos traumas psíquicos de que derivavam os sintomas histéricos, através do procedimento “catártico” introduzido por Breuer e eu, acabava-se chegando a vivências pertencentes à infância do enfermo e relacionadas com sua vida sexual, inclusive nos casos em que uma emoção banal, de natureza não sexual, ocasionara a irrupção da doença.”¹¹⁵

Embora guardem uma distinção essencial no mecanismo implicado, a aproximação entre as chamadas neuroses comuns e as psiconeuroses, prenunciada pela expressão clínica semelhante, é ratificada pela convergência numa etiologia comum que, atuando como uma influência acidental, sobrepujava os fatores constitucionais e hereditários.

4.3 Outras observações sobre as neuropsicoses de defesa

No ano de 1896, o esforço de reclassificação nosográfica empreendido por Freud chega ao ápice. Apoiado numa suposta etiologia sexual comum, sua acalentada ambição de apresentar uma teoria geral das neuroses materializa-se na publicação de *Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa*. A histeria e as neuroses obsessivas, de um lado, a neurastenia e as neuroses de angústia, de outro, são subgrupos definidos pela

¹¹⁵ Freud S., *Minhas Teses sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses*, vol. VII, pg. 256-257, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

época em que o fator causal operou, mas, graças à etiologia sexual comum, são reunidos sob denominação de neurose.

As observações adicionais desta publicação sobre as neuropsicoses de defesa em relação à sua antecessora detêm-se, portanto, não só em apresentar dados clínicos acumulados nos dois anos que as separam, mas em indicar a sedução infantil como a causa específica das neuropsicoses.

Muito embora, quando sugeriu que as neuroses resultariam de um ato psíquico que em si não era um ato patológico, Freud tenha aproximado os processos mentais envolvidos na neurose dos processos psíquicos normais, as consequências patológicas, quando advinham, eram justificadas por uma disposição prévia. Agora, com a hipótese de sedução, em vez de fatores constitucionais, a expectativa de Freud era a de que, não só a predisposição hereditária fosse substituída por uma disposição constituída pelas vicissitudes individuais, mas o próprio problema da escolha da neurose pudesse ser relacionado em função da fase da vida na qual a etiologia começou a atuar – neurose atual ou neuropsicose – e das particularidades das vivências sexuais infantis – sedução passiva desencadeia a histeria, enquanto sedução ativa neuroses obsessiva. O que se coloca como imperativo é uma separação das diversas neuroses, tomando como critério suas etiologias específicas, e criando condições para, em um quadro complexo de sintomas, discriminar os diversos quadros clínicos para além dos dados meramente semiológicos.¹¹⁶

4.4 A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses

A importância etiológica deste fator extra-constitucional, a sedução, no caso, é bem conceituada em *A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses*, publicada em 1896. Dentre os argumentos que Freud levanta para objetar a hereditariedade como única causa necessária das neuroses, está a impossibilidade de se definir com clareza o que determina a substituição de um distúrbio nervoso por outro em uma família cujos membros são

¹¹⁶ Freud considerou outros distúrbios psicológicos e buscou enquadrá-los a este esquema teórico. Mas a sua abordagem de entidades como a melancolia ou a confusão alucinatória não teve, pelo menos no período abordado por este trabalho, a importância dos quatro quadros clínicos – histeria, neurose obsessiva, neurastenia e neurose de angústia – por meio dos quais ele buscava organizar suas observações.

afetados pelos mais variados quadros sintomáticos. A que atribuir a causa específica, no que diz respeito ao distúrbio nervoso neurótico, pergunta-se Freud.

No sentido de se posicionar sobre o tema, são discriminadas as influências etiológicas, segundo a importância e a relação com seus efeitos, em três grupos: as condições – que, embora sejam imprescindíveis para produzir o distúrbio em causa, não são exclusivas deste – as causas concorrentes – que podem estar presentes, mas não são nem indispensáveis, nem exclusivas do distúrbio em questão – e as causas específicas que, embora indispensáveis como as condições, são exclusivas do distúrbio de que são efetivas.¹¹⁷

Aplicando este critério de discriminação às diversas causas reconhecidas como determinantes das grandes neuroses, a hereditariedade é classificada como uma condição, cabendo à vida sexual do sujeito o papel de etiologia específica. Se atentarmos para a explicação econômica das grandes neuroses, segundo a qual estas afecções resultariam de um desequilíbrio quantitativo do sistema nervoso, veremos que a eclosão deste quadro clínico depende, tanto da carga imposta a este sistema, como da resistência deste em suportá-la sem adoecer. O aporte quantitativo é suprido de fontes que são agrupadas na equação etiológica segundo três tipos de variáveis – condições, causas específicas e causas concorrentes – que se assomam no sentido de extrapolar o limite além do qual a patologia eclode. Entretanto, não custa lembrar, as causas concorrentes dependem de que os outros dois elementos sejam satisfeitos para serem minimamente efetivas. Ou seja, os fatores específicos e as condições podem trocar de posições quanto seu peso relativo na equação, mas não em termos qualitativos.

Estando presentes as condições imprescindíveis para o surgimento da neurose, o peso relativo de cada uma delas poderá variar de tal modo que efeitos sintomáticos semelhantes podem ter uma base etiológica em cuja composição fatores hereditários e específicos podem se compensar mutuamente.

A novidade de suas teses, Freud deixa bem claro, está em invocar a atividade sexual do sujeito como causa específica das neuroses. Embora estas atividades variem, em certos aspectos, quanto à importância e à espécie, como declarado em *A Etiologia da*

¹¹⁷Freud, S., *A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses*, Vol.III, pg.140, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

Histeria, há uma relutância em se reconhecer nas predisposições constitucionais a explicação para que os mais diversos eventos, sejam banais ou graves, apresentassem eficácia etiológica.

Ainda que, mesmo no contexto da hipótese de sedução, em que é atribuído a um acidente a etiologia específica das neuroses, a hereditariedade não deixe de ser implicada, a proposta de Freud altera os papéis da hereditariedade e das vivências individuais em relação ao que reivindicava Charcot. É essa alteração que é abalada quando a importância etiológica do trauma sexual infantil é questionada. A susceptibilidade à neurose, até então relacionada a uma vivência traumática, voltaria a ser reconhecida como preponderantemente determinada por fatores constitucionais.

4. 5 O novo método terapêutico

A preocupação de Freud em realizar este saneamento nosológico está diretamente relacionada à sua tentativa de definir com clareza o alcance terapêutico do método catártico.

As neuroses puramente somáticas, como a neurose de angústia ou a neurastenia, só podem ser tratadas por este método de forma indireta, na medida que os fatores etiológicos que as desencadeiam possuam alguma relação causal com os efeitos psíquicos das neuroses ditas de defesa.

Há ainda uma outra restrição do alcance terapêutico do método catártico. Ele não é um método terapêutico causal. Os componentes que atuaram como causas do distúrbio continuam com seu potencial etiológico inalterado.

Apesar das restrições deste método, a sobredeterminação etiológica atribuída às neuroses faz com que a profilaxia sintomática alcançada pelo tratamento catártico seja definitiva, considerando a combinação de fatores que teriam que se repetir para que o mesmo quadro sintomático novamente se configurasse.

Estando claro o espectro de atuação do tratamento catártico, Freud levanta uma questão sobre o manejo propriamente dito do método: a dificuldade de alguns pacientes em serem hipnotizados – uma condição indispensável para que as lembranças patogênicas inacessíveis à consciência normal fossem descobertas, bem como para que

adviesse a ab-reação. Se, por um lado, este obstáculo fomentou a hipótese de que esta rejeição à hipnose poderia ser da mesma natureza da que se dá na defesa contra determinadas idéias, também questionava a hipótese dos estados hipnóides, que implicava a propensão à hipnose como característica dos histéricos.

Tudo se dá como se esta defesa contra a hipnose atualizasse uma outra subjacente à gênese da doença. Se há alguma relação de proporcionalidade entre a intensidade da defesa patológica e a resistência à hipnose, um método que tenha esta como condição será ineficaz para uma grande parte de distúrbios.

O abandono de Freud da hipnoterapia está diretamente relacionado, portanto, com as dificuldades clínicas levantadas, bem como com as questões teóricas que as mesmas suscitam. Como solução, Freud recorreu a um outro método que também permitia o acesso às lembranças traumáticas.

Para justificar o recurso do qual passa a se valer, Freud relembra o método de Bernheim, que visava provocar o ressurgimento de impressões do estado de hipnose, as quais tinham aparentemente sido esquecidas. O artifício consistia em, supondo que os pacientes eram capazes de recordar o momento original do sintoma, insistir para que o grupo psíquico patogênico viesse à tona.

O não saber dos pacientes, diria Freud, era, na verdade, um não querer saber. Era este não querer saber que se contrapunha à hipnose e à própria tentativa do médico em desvelar o trauma originário que deveria ser superado ao longo do tratamento: “A tarefa do terapeuta, portanto, está em superar, através de seu trabalho psíquico, essa resistência à associação”.¹¹⁸

Tanto o uso da hipnose como do novo método, a técnica da pressão, apóiam-se na suposição de que o acesso a certas representações psíquicas é barrado pela vontade do sujeito. Ambas têm, por meios diferentes, a finalidade comum de desviar a atuação dessa vontade em sustentar a representação recalçada fora da consciência.

O pressuposto é de que as idéias que forem emergindo possuem algum tipo de relação com o núcleo ideogênico radical da patologia que, por vias mais ou menos diretas, deverão ser progressivamente percorridas pelo trabalho clínico. O aparecimento

¹¹⁸ Freud, S., *Psicoterapia da Histeria*, Vol. II, pg. 265, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

deste material se dá em sucessivas camadas de traços mnêmicos, organizadas, segundo três maneiras diferentes, em torno do núcleo patogênico principal: cronológica, resistência (temática) e lógica.¹¹⁹

As representações psíquicas estariam estratificadas segundo três princípios: 1) Cronologia; 2) Coeficientes de resistências; 3) Relações lógicas. A atividade rememorativa empreendida por uma análise percorre a via entre o sintoma e o núcleo patogênico segundo uma relação cronológica, ou seja, em ordem inversa ao de seu registro que, entretanto, está sujeita a alterações decorrentes de uma prevalência das relações lógicas entre os traços mnêmicos recordados.

Das três formas de organização da estrutura psíquica merece maior importância o arranjo lógico que, com seu aspecto dinâmico, articula-se em torno do núcleo patogênico segundo o conteúdo dos pensamentos. Embora avance da periferia para o núcleo central, o caráter dinâmico desta estratificação, e a natureza lógica da ligação de seus elementos permitem a suposição de pontos nodais nos quais dois ou mais fios podem convergir. Essa convergência assinala a sobredeterminação que caracteriza o sintoma.

A essa altura, Freud acha-se autorizado a desqualificar a comparação do núcleo patogênico a um ‘corpo estranho’. O grupo psíquico patogênico, assim constituído por ter sido alvo de uma defesa que o coloca inacessível ao ‘eu’, possui algum tipo de relação com a rede associativa disponível à consciência: “de fato, a organização patogênica não se comporta como um corpo estranho, porém muito mais como um infiltrado”. Esta metáfora, do sintoma como um infiltrado, implica uma relação lógica entre símbolo e simbolizado e o sintoma como uma recordação deste por meio daquele.

A manifestação sintomática seria a face aparente de uma ramificação que se relaciona, mediante conexões estabelecidas ao longo da vida do sujeito, com o núcleo patogênico que o mantém. A resistência apresentada pelo paciente contra as interpretações do analista é o indício de que o ego consciente sabe contra o que ele se defende, reconhece o elemento relacionado ao núcleo patogênico que se mantém entranhado na consciência.

A suposta relação entre idéias, que aos poucos vão emergindo, com o núcleo patogênico é plausível diante do pressuposto de que as mesmas exigências de ligação

¹¹⁹Idem, pg.280.

lógica e motivação suficiente impostas aos indivíduos normais podem ser feitas aos neuróticos. A aparente incongruência entre a intensidade de algumas idéias e o motivo ao qual o paciente normalmente a vincula deve-se à existência de motivos outros, inconscientes, inacessíveis ao juízo da consciência:

“Podemos assim suspeitar da presença de tais motivos secretos sempre que esse tipo de interrupção numa cadeia de idéias se torna evidente, ou quando a força atribuída pelo paciente a seus motivos vai muito além do normal”.¹²⁰

A análise psíquica deve se desenvolver buscando encontrar lacunas no discurso neurótico que se articula a partir de falsas ligações estabelecidas como forma de emprestá-lo alguma racionalidade. À medida que este processo se desenvolve, com o aparecimento de elementos relacionados com a manifestação sintomática, percebe-se que o caráter aparentemente absurdo do sintoma se desfaz:

“Voltando a olhar de um período posterior para um período anterior da análise, muitas vezes ficamos atônitos diante da maneira mutilada com que surgiram todas as idéias e cenas que extraímos do paciente pelo método da pressão. Precisamente os elementos essenciais do quadro estavam faltando — a relação do quadro com o próprio paciente ou com os principais conteúdos de seus pensamentos — e eis por que ele permanecia ininteligível”.¹²¹

Todo este esforço terá logrado um resultado compensador, quando todas as impressões patogênicas forem verbalizadas. A nova técnica da pressão visa alcançar o mesmo objetivo a que se propunha o método catártico: permitir, pela fala, a verbalização de recordações recalçadas. Essa nova técnica, diz Freud, também ratifica um requisito que lhe é muito caro, o qual preconiza que deve haver uma relação quantitativa entre causa e efeito, similar ao que se dá no campo físico.¹²²

¹²⁰ Ibid, pg.284

¹²¹ Ibid, pg.274

¹²² Ibid, pg.274.

5. As Controvérsias Freud Breuer e a ‘escolha’ do símbolo histérico

Embora resultado de uma colaboração teórica entre Freud e Breuer, *Estudos sobre a Histeria* carrega pontos de discordâncias entre seus autores. Além da importância etiológica da sexualidade, os dois não concordavam quanto às outras condições determinantes da conversão histérica, para ambos o mecanismo psíquico típico da histeria. Ao contrário de Freud, que priorizava a defesa enquanto o ato psíquico desencadeador deste processo, Breuer entendia serem os estados hipnóides a condição *sine qua non*. Por trás deste conflito, que em princípio não foi obstáculo para um percurso teórico comum, há uma série de pressupostos teóricos cujo enfoque nos ajudará a entender no que a posição de Freud abriu a perspectiva para o desenvolvimento posterior da psicanálise e quais as questões que ela viria a suscitar.

Freud partilhava do ponto de vista de Janet, Breuer e outros de que a histeria é acompanhada de uma divisão da consciência, de uma disjunção psíquica. Breuer e Freud se distanciam, porém, de Janet, ao amenizarem o peso dos fatores inatos na equação etiológica da histeria e ao propor que a divisão da consciência presente na histeria é secundária e adquirida.¹²³ O caráter dessa aquisição, por seu turno, marcará uma divergência entre os dois vienenses.

Em suas considerações teóricas nos *Estudos sobre a Histeria*, Breuer afirma:

“No que se segue, far-se-á pouca menção ao cérebro e nenhuma absolutamente às moléculas. Os processos psíquicos serão abordados na linguagem da psicologia; e, a rigor, não poderia ser de outra forma. Se em vez de “idéia” escolhêssemos falar em “excitação do córtex”, a segunda expressão só teria algum sentido para nós na medida em que reconhecêssemos um velho amigo sob esse disfarce e tacitamente restaurássemos a “idéia”. Pois, enquanto as idéias são objetos permanentes de nossa experiência e nos são familiares em todas as suas gradações de significado, as “excitações corticais” pelo contrário, têm

¹²³ Embora Breuer critique a concepção de Janet, segundo a qual a divisão da consciência decorre de uma disposição constitucional, a hipótese dos estados hipnóides acaba por invocar fatores hereditários para justificar a aquisição da histeria, ainda que a manifestação dessa propensão se dê, segundo Breuer, como uma tendência ao excesso de excitação e não como uma deficiência degenerativa como insinuava Janet.

mais a natureza de um postulado: são objetos que temos a esperança de identificar no futuro. A substituição de um termo pelo outro não pareceria ser mais do que um disfarce desnecessário. Por conseguinte, talvez me seja perdoado recorrer quase exclusivamente a termos psicológicos”.¹²⁴

O posterior desenvolvimento do texto, entretanto, trai a recomendação de seu autor. A abordagem de Breuer da histeria abusa da linguagem fisiológica e veicula uma concepção do processo psíquico muito próxima da de Charcot. A própria precedência dos estados hipnóides como fator etiológico não deixa espaço para maiores considerações psicológicas, na medida em que atenua a importância do conteúdo mnêmico implicado na dissociação. Na hipótese esboçada por Breuer, é sobre a fisiologia, ou sobre as alterações nos níveis de excitação intra-cerebrais, que recai a explicação última da disposição histérica e da própria eficiência do método de tratamento catártico. A antiga restrição de Freud à interpretação estritamente psicológica de Bernheim parece ecoar em Breuer, para quem representa uma generalização descabida supor que todos os fenômenos histéricos fossem ideogênicos.

Assim como Freud em 1888, Breuer argumenta que esta exclusividade, além de não comungar com as observações clínicas, implicaria o desfazimento da histeria em sua unidade clínica: “apenas parte dos fenômenos da histeria é ideogênica, e a definição formulada por Moebius rompe a unidade clínica da histeria, e, a rigor, também a unidade de um mesmo sintoma em um mesmo paciente”.¹²⁵ Todo este posicionamento epistemológico de Breuer acaba por ir de encontro à compreensão psicológica das neuroses à qual Freud se propusera, desde quando se deu conta de que a abordagem dos processos fisiológicos implicados na histeria, embora importantíssima, era limitada por questões técnicas até então intransponíveis. Além disso, Freud estava convencido de que a estrutura psicológica e sua base fisiológica poderiam nutrir corpos epistemológicos mais ou menos independentes. Os processos psíquicos não deixam de ser função dos

¹²⁴ Breuer, J., Considerações Teóricas, in Estudos sobre a Histeria, vol. II, pg. 195, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹²⁵ Idem, pg.197.

processos fisiológicos, mas a independência epistêmica da psicologia começou a parecer possível aos seus olhos.

Quando Freud reconhece o mecanismo de defesa como condição necessária da histeria, ou seja, que a histeria decorre de um ato psíquico deliberado do sujeito, o qual trata certas vivências como se elas não tivessem ocorrido, ao mesmo tempo em que aponta para a esfera na qual se deve buscar o fator garantidor da entidade clínica histeria – na esfera psíquica, no mecanismo de defesa, e não na semiologia – habilita-se a levantar duas questões cruciais: contra o que age a defesa? Qual a relação do sintoma, ou do símbolo mnêmico histérico, com o simbolizado e com a própria força repressora?

Segundo Freud, coube a Breuer a elaboração da hipótese dos estados hipnóides como condição indispensável da histeria ¹²⁶, a ele cabendo a definição de duas outras formas.

Uma delas, a chamada histeria de retenção, não manifesta uma significativa divisão da consciência e resulta de uma reação inadequada a estímulos traumáticos. A outra forma de histeria teria, tal qual a histeria hipnóide, a característica marcante de uma acentuada divisão da consciência. Diferentemente desta, porém, resulta de um ato deliberado do sujeito em rechaçar certas representações e estados afetivos que suscitavam tal sofrimento, preferindo trata-las como se não lhe dissesse respeito, como se não lhe tivesse ocorrido. Segundo Freud, em *As Neuropsicoses de Defesa*:

“Esses pacientes que analisei, portanto, gozaram de boa saúde mental até o momento em que houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa, isto é, até que seu ‘eu’ se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que despertaram um afeto tão aflitivo que o sujeito resolveu esquecê-lo (...) A tarefa a que se impõe, em sua atividade defensiva, de tratar a representação incompatível como ‘**non-arrivé**’, simplesmente não pode ser realizada por ele. Tanto o traço mnêmico como o afeto ligado à representação lá estão de uma vez por todas e não podem ser erradicados”. ¹²⁷

¹²⁶ Freud, S., *Neuropsicose de Defesa*, Vol.III, pg.54, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹²⁷ Idem, pg. 56.

Embora sem sucesso absoluto, a defesa realiza essa tarefa com algum êxito ao desvincular a carga afetiva da representação incompatível com sua conseqüente exclusão do trabalho associativo normal. Para tanto, o custo é a formação de um símbolo histérico que deve seu caráter patológico à ignorância, tanto por parte do sujeito, como por parte da comunidade falante, de seu significado.

Em sua descrição clínica do caso Elisabeth, Freud se questiona: “por que foi que o sofrimento mental da paciente passou a ser representado por dores nas pernas e não em qualquer outra parte”? ¹²⁸

Esse é um impasse similar com o que se depara Breuer quando, em seu capítulo teórico de *Estudos sobre a Histeria*, discute o mecanismo psicológico da conversão histérica. A solução proposta por Freud, embora em princípio seja bastante semelhante à de Breuer, criará, diante dos aspectos diferenciais de seu modelo teórico, pontos de tensões que acabarão por gerar desdobramentos reveladores e bastante férteis na construção da especificidade epistêmica da psicanálise.

“Acabo de examinar os motivos e o mecanismo deste caso de histeria; resta-me considerar com que precisão o sintoma histérico foi determinado. Por que foi que o sofrimento mental da paciente passou a ser representado por dores nas pernas e não em qualquer outra parte. As circunstâncias indicam que essa dor somática não foi criada pela neurose, mas apenas utilizada, aumentada e mantida por ela. Posso acrescentar imediatamente que encontrei um estado de coisas semelhante em quase todos os casos de dores histéricas dos quais pude obter alguma compreensão. Sempre estivera presente, no início, uma dor autêntica, de base orgânica”. ¹²⁹

Diante dessa passagem, temos a impressão de que os limites diferenciais entre a sintomatologia histérica e a orgânica, enumerados pelo próprio Freud dois anos antes, esmaeceram. Em *Algumas Considerações...*, a anatomia corporal é substituída pela linguagem, pelas representações sobre o corpo. Ou seja, a relação do sujeito com seu

¹²⁸ Freud, S.e Breuer, J., *Estudos sobre a Histeria*, Casos Clínicos: Srta. Elisabeth Von R. (Freud) Vol. II, pg.183, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹²⁹ Idem, pg.183.

próprio corpo se dá sempre por intermédio da linguagem. Aqui, porém, parece haver um retrocesso com a retomada da mesma base explicativa das afecções orgânicas, qual seja, a anatomofisiologia. Um exame atento, no entanto, revela que não há circularidade neste argumento.

Tudo fica mais claro se atentarmos para o fato de que o uso feito pela conversão de distúrbios orgânicos previamente existentes, pelo menos da maneira que crê Freud, se dá tomando a forma pela qual esta afecção é percebida psiquicamente pelo indivíduo, ou seja, como suas experiências estabeleceram sua relação com seu próprio corpo, e não segundo a distribuição anatômica de músculos e nervos. A universalidade da anatomia é trocada por uma base representativa construída pelas experiências individuais que sempre se expressam, contudo, pela linguagem.¹³⁰ É neste sentido que devemos entender a afirmação de Freud de que: “a dor estava presente na consciência de Elisabeth mais ou menos na mesma época que as excitações”.¹³¹ Ou seja, era a sensação de dor, ou melhor, a ideação desta dor, que tornava este ‘caminho’ particularmente propício para ser o destino do afeto deslocado da representação recalcada.

No seu prefácio a *De la Suggestion*, de Bernheim, Freud posiciona-se sobre a controvérsia quanto à abrangência dos fatores representacionais na determinação do quadro histérico. Admite, então, a implicação de mecanismos psíquicos no fenômeno histérico:

“Nossa consciência apenas toma conhecimento do resultado final de um movimento; nada sabe da ação e da distribuição anatômica dos músculos isoladamente e nada sabe da distribuição anatômica dos nervos em relação aos músculos (...)”.¹³²

Essa citação parece desqualificar a interpretação de que o recurso a facilitações orgânicas constituídas por afecções somáticas, para justificar a escolha de determinada

¹³⁰ Gabbi Jr., O. F., Sobre a concepção da afasia e da histeria: notas sobre a relação entre anatomia e linguagem nos primórdios da teoria freudiana, in Bento Prado Jr. (org.), *Filosofia da Psicanálise*, Ed. Brasiliense, 1990

¹³¹ Freud, S. e Breuer, J., *Estudos sobre a Histeria, Casos Clínicos: Srta. Elisabeth Von R. (Freud) Vol. II*, pg.184, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹³² Freud, S., Prefácio à Tradução de *De La Suggestion*, de Bernheim, vol. I, pg. 101, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.

parte do corpo como um símbolo histérico, signifique um desprezo pela natureza representacional da lesão implicada na histeria.

São as representações das sensações corporais relativas às afecções orgânicas, da forma mesma com que foram apercebidas psiquicamente, que são afetadas pelo conflito psíquico histérico. Aqui, não são as vias anatômicas que são retomadas como meio de acesso do afeto ao órgão específico, mas a sua representação psíquica. São as marcas mnêmicas, e não as marcas puramente fisiológicas, como sugere Breuer, que, na perspectiva de Freud, definem a forma de simbolização histérica.

Tanto é assim que o sintoma de Cäcilie, de se sentir como se tivesse levado uma bofetada no rosto, vem assumir os contornos externos de uma nevralgia no trigêmeo sem repetir, entretanto, todas as características sintomáticas de uma inflamação neste nervo, ou seja, ela sentiu a dor no que representava como ‘rosto’. É a representação psíquica da dor que é reavivada como símbolo. Freud sugere que Cäcilie deveria estar sofrendo de leves dores de dentes no momento em que se impôs uma censura. Ora, mas a julgar pela posição defendida por Freud diante de Bernheim, esta repetição não é completa, mas apenas da parte sensível, representável psiquicamente, do distúrbio fisiológico dentário.

Ainda assim, o argumento parece não ser suficiente:

“Dentre todas as dores que a afligiam naquela época, ela escolheu a que era simbolicamente apropriada, a dor do calcanhar direito, e a transformara numa dor psíquica, imprimindo-lhe persistência especial”.

133

Se, quando priorizou a defesa psíquica como mecanismo típico da histeria, Freud inovou, se sua originalidade pronunciou-se quando assinalou a histeria como resultado de um conflito moral, o caráter intencional da defesa levantou uma série de questões que, de certa forma, não tinham razão de ser no seio da hipótese dos estados hipnóides de Breuer.

Como já vimos, as soluções apresentadas por Breuer para definir a especificidade de certas manifestações sintomáticas segundo critérios aleatórios e de menor resistência geram, quando inseridas no interior da teoria da defesa, a indesejável impressão de que a relação entre símbolo histérico e simbolizado é meramente casual e resultado da

¹³³Idem, pg.188

interação de forças cegas, nas quais o indivíduo não está subjetivamente implicado. Nestes termos, apesar do deslocamento da carga afetiva decorrer de um ato deliberado do sujeito, a quantidade de excitação livre pode se alojar, em princípio, de acordo com princípios meramente mecânicos, em qualquer representação.

A pergunta quanto ao motivo da conversão dar-se com o desenvolvimento de paralisias e dores nas pernas, quais mecanismos estão em ação na escolha deste sintoma específico, é reveladora desta tensão.

“Talvez pudéssemos presumir que a paciente havia estabelecido uma associação entre suas impressões mentais dolorosas e as dores corporais que por acaso estava experimentando na mesma época, e que agora, em sua vida de lembranças, estivesse usando suas sensações físicas como símbolos das mentais”.¹³⁴

Para verificar esta hipótese, Freud se vale da hipnose e interroga a paciente sobre a impressão psíquica a que estava vinculada a primeira aparição destas dores nas pernas. A constatação foi a de que o afeto ligado à representação recalcada fora deslocado para “intensificar ou reviver uma dor que estivera presente simultaneamente ou pouco antes”.¹³⁵

O intento era encontrar na simultaneidade entre duas representações psíquicas a explicação para a relação simbólica que viria a ser estabelecida entre as mesmas. Como se a ligação simbólica estabelecida na patologia entre dois elementos dependesse de uma relação sustentada numa simultaneidade precedente.

As facilitações associativas criadas entre representações simultaneamente ocupadas pelo fluxo afetivo excitatório acabam estabelecendo o que pode ser definido como um mecanismo indutivo: a evocação de determinado atributo se dá sempre que ocorrer a apresentação de um outro que lhe foi simultâneo em algum momento. A relação entre as idéias das sensações é determinada pela proximidade temporal entre as sensações

¹³⁴ Freud, S.e Breuer, J., Estudos sobre a Histeria, Casos Clínicos: Srta. Elisabeth Von R. (Freud) Vol. II, pg.159, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹³⁵ Idem, pg.161.

perceptivas. O estímulo apresentado acaba funcionando como causa e o induzido como efeito.

Ainda sobre o caso Elisabeth von R.¹³⁶, Freud insinua, em determinada passagem, a ocorrência de uma manifestação sintomática complexa envolvendo uma simbolização aparentemente não apoiada em nenhuma sensação, seja em alguma modificação corporal provocada por uma doença orgânica, ou tampouco em algo que remeta diretamente à cena traumática.

Essa paciente queixa-se de lhe ser muito doloroso ‘ficar sozinha’. Sua incapacidade em fornecer uma nova vida para sua família tinha sobre ela um efeito paralisante, era sentida como se não pudesse ‘dar um único passo à frente’. Seu sintoma é uma expressão simbólica para os seus sentimentos. O sentido figurado da sentença ‘dar um único passo à frente’ fora tomado pelo literal e Elisabeth reforçara assim sua abasia.

O relato desse caso, aparentemente, corrobora a posição defendida por alguns comentadores segundo a qual as concepções freudianas destoam do associacionismo clássico.¹³⁷ As manifestações somáticas do histérico seriam derivadas de um uso licencioso que ele faz da linguagem.

Encontraria esta leitura lastro na obra de Freud? Teria o histérico, na perspectiva freudiana, a capacidade de ‘tomar liberdades com as palavras’?

Com esta questão em mente, tomemos o caso Cäecilie M. que, segundo o próprio Freud, foi a paciente que mais fez uso da simbolização dentre as até então tratadas.

A formação dos sintomas histéricos em Cäecilie se caracterizava, sobretudo, pela expressão corporal de certos termos lingüísticos. A conversão que ela apresentava parecia tomar como parâmetro a interpretação literal de algumas expressões lingüísticas e não sua simultaneidade com a vivência traumática. Como se fosse a linguagem que informasse o conteúdo dos sintomas corporais e não uma sensação corporal simultânea ao evento traumático e que, por isso, passasse a ser seu símbolo.

Ao longo da análise de uma dor penetrante na testa, Cäecilie refere-se a um momento em que estava deitada sob o olhar atento e vigilante da avó. Ao supor que esta

¹³⁶ Freud S. Estudos sobre a Histeria, Casos Clínicos, vol. II, pg. 166, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹³⁷ Forrester, John, A linguagem e as origens da psicanálise, pg. 47, Trad. Ernani Pavanelli de Moura, Rio de Janeiro, Imago, 1983.

desconfiasse de algo a seu respeito, a agudeza de seu olhar fora tomado ao pé da letra. O olhar ‘penetrante’ da avó foi o motivo para que ela expressasse, pela via somática, o sentido literal dessa expressão lingüística. A partir de então, a jovem passou a sentir uma dor como se algo tivesse penetrado sua cabeça. Se o caso Ana O. deixou claro a eficácia terapêutica da palavra, os sintomas de Cäecilie revelavam que a linguagem era um determinante da expressão conversiva dos sintomas histéricos.¹³⁸

Em determinada passagem do caso Elisabeth Von R.¹³⁹, essa licenciosidade histérica no uso dos símbolos lingüísticos parece ser ratificada.

O sentimento de desamparo no qual essa paciente se sentiu envolvida depois de vivenciar uma série de episódios que a deixavam na dolorosa situação de ter que “ficar sozinha” serviu de substrato para uma simbolização.

Entretanto, de forma surpreendente e taxativa, Freud nos revela ser apenas aparente esta superação do modelo sensualista:

“Com efeito, talvez seja errado dizer que a histeria cria essas sensações através da simbolização. É possível que ela não tome em absoluto o uso da língua como seu modelo, mas que tanto a histeria quanto o uso da língua extraíam seu material de uma fonte comum”.¹⁴⁰

O histérico não inova em nada, apenas volta a utilizar as palavras com seu significado original, qual seja: denotar sensações. Denotar sensações, não é demais dizer, simultâneas às vivências apontadas como determinantes de seu estado patológico.¹⁴¹

“Ao tomar uma expressão verbal ao pé da letra e sentir ‘uma punhalada no coração’ ou uma ‘bofetada no rosto’, após um comentário

¹³⁸ Gabbi Jr. Osmir Faria, Freud: Racionalidade, sentido e referência, pg.07, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1994; Inserir referência a Osmir.

¹³⁹ Freud S. Estudos sobre a Histeria, pg. 166, vol. II, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹⁴⁰ Idem, pg. 189.

¹⁴¹ A história individual parece insuficiente para justificar a correspondência de expressões a sensações que lhe teriam dado origem. A existência de uma figura de linguagem tal como ‘engolir alguma coisa’ usada para se referir a uma dada situação em que se sofreu um insulto sem se reagir adequadamente, deve ser justificada pela sensação presente na vivência do insulto. Certamente, a ofensa foi acompanhada de uma sensação na faringe similar a de engolir algo. Por seu turno, essa cristalização das sensações em expressões verbais transcenderia a história do sujeito e sua origem poderia ser encontrada na história da humanidade.

depreciativo vivido como fato real, o histérico não está tomando liberdades com as palavras, mas simplesmente revivendo as sensações a que a expressão verbal deve sua justificativa”.¹⁴²

Conforme assinala Freud, sentir-se apunhalado no coração ou não conseguir andar por estar invadido por uma sensação de desamparo apenas indicaria que a vivência traumática originária teria sido simultânea a estas sensações.

Da mesma forma, na origem da figura de linguagem ‘engolir algo’ estariam, certamente, as sensações surgidas na faringe por ocasião da vivência traumática. Na concepção freudiana, a determinação de um sintoma específico dá-se por uma coincidência fortuita entre a cena traumática e certas sensações que viria a se apresentar como o símbolo somático de todo o complexo de associações.¹⁴³

A argumentação de Freud pretere a anatomia como fundamento explicativo, mas, à maneira com que invoca a simultaneidade como condição para que uma idéia seja o destino do afeto, continua se apoiando em um esquema de referência que toma a causalidade da mesma forma que tomaria caso a alteração na estrutura anatômica fosse reconhecida como o fundamento último do quadro histérico.

A relação causa efeito é tomada tal como o deve fazer qualquer construto teórico que adota a física como modelo de referência. Mas como equacionar este modelo em uma rede conceitual que define o sintoma como um derivado de um ato volitivo do sujeito?

O caráter automático e casual com que o afeto não ab-reagido é alojado em certa representação corporal, tomando como critério quase que exclusivo o ‘princípio da menor resistência’, é perfeitamente compatível com a hipótese dos estados hipnóides. A forma que Breuer concebia a origem dos sintomas histéricos não era abalada, como diz Freud em *A Etiologia da Histeria*, pela descoberta de cenas traumáticas que correspondem a experiências insignificantes em si mesmas:

¹⁴² Freud S. Estudos sobre a Histeria, pg. 189, vol. II, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹⁴³ Idem, pg. 99.

“Isso porque Breuer presumiu – seguindo Charcot – que mesmo uma experiência inócua pode ser elevada a categoria de trauma e desenvolver força determinante se acontecer com o sujeito num momento em que ele se achar num estado psíquico especial – no que se descreve como estado hipnóide”.¹⁴⁴

Esta presunção de Breuer é, diga-se de passagem, coerente com a sua proposta de fundamentar a histeria na fisiologia. A força etiológica de uma idéia decorre de um estado derivado de uma alteração fisiológica e que impede sua incorporação ao ego. Não há uma força psíquica atuando para mantê-la fora da consciência normal.

Para Freud, por seu turno, a exigência de que houvesse uma adequação lógica e de força traumática da cena etiológica com as manifestações sintomáticas dela decorrentes remete a um viés psicológico pelo qual se propõe a interpretar o fenômeno e implica a crença de que às histéricas poderiam ser impostas as mesmas exigências de ‘ligação lógica e motivação suficiente’ feitas aos não histéricos.¹⁴⁵

Quando Freud define o mecanismo de defesa como o mecanismo psíquico da histeria, e mais tarde estende às neuroses em geral, invocando um caráter intencional ausente nas concepções de Breuer, marca um dos pontos de distanciamento entre as concepções teóricas dos dois pesquisadores. Se o aspecto automático com que o afeto se aloja em alguma representação corporal, tomando como única condição sua facilitação pela atenção consciente, parece se ajustar sem problemas ao modelo teórico sugerido por

¹⁴⁴ Freud S. Etiologia da Histeria, vol. III, pg.182, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹⁴⁵ À respeito disso, Freud comenta em A Etiologia da Histeria: “A atribuição de um sintoma histérico à cena traumática só auxilia nossa compreensão quando a cena atende a duas condições: quando possui a pertinente *adequação para funcionar como determinante* e quando tem, reconhecidamente, a necessária *força traumática*. Em vez de uma explicação verbal, aqui vai um exemplo. Suponhamos que o sintoma em exame seja o vômito histérico; nesse caso, consideraremos que nos foi possível compreender sua causação (exceto por um certo resíduo) se a análise atribuir o sintoma a uma experiência que *tenha justificavelmente produzido uma alta dose de repugnância* — por exemplo, a visão de um cadáver em decomposição. Mas se, em vez disso, a análise nos mostrar que o vômito proveio de um grande susto, como, por exemplo, num acidente ferroviário, ficaremos insatisfeitos e teremos que nos perguntar por que o susto levou ao sintoma específico do vômito. A essa derivação falta a *adequação como determinante*. Teremos outro caso de explicação insuficiente se o vômito for supostamente proveniente, digamos, de se ter comido uma fruta parcialmente estragada. Aqui, é verdade, o vômito é determinado pela repugnância, mas não podemos compreender como, nesse caso, a náusea ter-se-ia tornado tão poderosa a ponto de se perpetuar num sintoma histérico; falta à experiência *força traumática*.” Idem, pg. 181.

Breuer; se a aleatoriedade é adequada ao esquema de Breuer e sua hipótese de estados hipnóides, o mesmo não pode ser dito em relação à hipótese da neurose de defesa.

A necessidade de fundamentação teórica do caráter intencional do mecanismo de defesa, seja na definição do alvo da repressão, seja no destino do afeto deslocado, expõe a limitação dos princípios econômicos como seu único fundamento explicativo.

O embasamento teórico da escolha de determinado símbolo histérico continuará um problema sem solução satisfatória por algum tempo. Tentaremos acompanhar o desenvolvimento da solução deste impasse ao longo da última década do século XIX.

PARTE III

Seção 1

PROJETO DE UMA PSICOLOGIA CIENTÍFICA E NATURAL

Em *Psicoterapia da Histeria*, Freud revela sua restrição à importância causal conferida por Breuer aos estados hipnóides na constituição do quadro histérico.¹⁴⁶ Além de não atenuar a relevância do papel etiológico da hereditariedade, esta hipótese não oferecia uma interpretação propriamente psicológica do fenômeno em questão. Em certo aspecto, estando articulado com a tentativa de seu autor de desenvolver um modelo psicológico que fundamentasse tanto o funcionamento mental normal quanto seus eventuais transtornos patológicos, o *Projeto* é fruto da insatisfação com o esquema teórico apresentado por Breuer nos *Estudos sobre a Histeria*.

Neste sentido, o modelo de aparelho psíquico apresentado no *Projeto*, calcado nas convicções materialistas de seu autor, pode ser entendido como um esforço para emprestar um corpo teórico às evidências empíricas oferecidas pelos quase dez anos de atividade clínica de Freud, dentre as quais a defesa patológica e a etiologia sexual das neuroses ocupam lugar de destaque.

A estrutura conceitual que vai sendo montada ao longo do trabalho mescla uma terminologia psicológica e neurológica, conformando-se a certos pressupostos, dentre os quais o de que os processos mentais estão submetidos às mesmas leis físicas do suceder universal e devem ser explicados como tal. Neste sentido, as críticas de Freud ao reducionismo fisiológico implicado na teoria de Breuer não significa, em absoluto, um abandono de certos conceitos neurológicos que não deixaram de ter um papel moderador em sua teorização.

Teorização esta que, como fica claro no primeiro parágrafo do trabalho, se propõe a descrever, tanto os processos mentais normais – memória, consciência, pensamento – como os patológicos – repressão, compulsão –, em função do deslocamento quantitativo pela malha de partículas materiais – os neurônios – que constituem o sistema nervoso.

¹⁴⁶Freud, S., *Estudos sobre a Histeria*, Vol.II, pg. 278, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

Em carta a Fliess de agosto de 1895, debatendo-se com questões que viriam a ser desenvolvidas no *Projeto de uma Psicologia*,¹⁴⁷ Freud declara:

“Tudo que eu estava tentando fazer era explicar a defesa, mas experimente só tentar explicar algo que vem bem do âmago da natureza! Tive que abrir caminho palmo a palmo através do problema da qualidade, do sono e da memória – em suma, a psicologia inteira”.

148

A defesa, que representava um fato clínico inquestionável e, aos olhos de Freud, parecia ser o mecanismo patognomônico da neurose, ainda não dispunha de uma teoria psicológica que a fundamentasse. O esforço para tanto estava relacionado com a originalidade que representava apontá-la como o mecanismo psíquico comum a entidades nosográficas até então concebidas como inteiramente distintas.

Além de constituir um critério nosográfico para a classificação das diversas psicopatologias, ao considerar o papel etiológico da defesa, são criadas as condições para a construção de um modelo teórico que, remetendo a determinação sintomática às vicissitudes individuais, apresenta a etiologia hereditária em sua real dimensão sem que, para ser consistente, tenha de invocá-la como uma causa específica das neuroses.

O sucesso dessa empreitada é diretamente dependente da construção de um modelo que enfatize a importância etiológica de fatores externos. Um passo nesse sentido já se dá nos *Estudos sobre a Histeria*, quando critérios menos restritivos indicaram eficácia etiológica a certas vivências que, assim, passaram a ser consideradas traumáticas.

No que concerne à sexualidade, embora uma etiologia dessa ordem não desempenhasse um papel de maior relevância na teoria da catarse, aqui e ali é possível captar a maneira que os fatores da vida sexual foram invocando uma importância diferenciada das demais excitações afetivas. No Manuscrito C, que acompanha uma carta a Fliess de 30/05/1893, a etiologia sexual das neuroses é chamada de a “folha mais bela

¹⁴⁷ Projeto de uma Psicologia, tradução de Osmyr Faria Gabbi Jr. in Notas a Projeto de uma Psicologia: As Origens Utilitaristas da Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003. Daqui em diante, *Projeto*.

¹⁴⁸ Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 137, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

da coroa”. Em 07/02/1894, referindo-se a um caso de neurose obsessiva citado em *As Neuropsicoses de Defesa*, Freud assinala:

“O vínculo entre a neurose obsessiva com a sexualidade nem sempre é tão óbvio. Posso assegurar-lhe que, em meu caso 2 (premência urinária), também não foi fácil de localizar; alguém que não o tivesse buscado tão sistematicamente quanto eu, tê-lo-ia deixado passar despercebido”.¹⁴⁹

No caso Katharina, um dos relatos clínicos apresentados no *Estudos sobre a Histeria*, a defesa já é relacionada à natureza sexual de seu objeto. Em certo sentido, o *Projeto* expressa uma tentativa de apresentar uma universalização dos determinantes da neurose, valendo-se da hipótese de sedução, que implicava uma vivência sexual precoce como condição indispensável para a ocorrência de um processo defensivo com conseqüências patológicas. A máxima de que os histéricos sofrem de reminiscências não se perdeu com este movimento teórico, mas assumiu um significado menos amplo: são reminiscências de traumas sexuais.

Se a memória é uma função psíquica normal, cabe o questionamento sobre como se dá a transformação operada em um traço mnêmico de conteúdo sexual; por que o recordar de uma experiência sexual se torna aflitivo e pode ter conseqüências patológicas? De forma direta, a pergunta pode ser elaborada nos seguintes termos: Por que a defesa contra o registro de uma vivência sexual resulta, dadas algumas circunstâncias, em patologia? Quais são estas circunstâncias?

Acompanhemos, então, o percurso argumentativo do *Projeto* em seu intento de explicar, em termos mecânicos, a repressão e o potencial patogênico dos afetos sexuais.

1. A formação compulsiva histérica

A histeria apresenta como um de seus traços mais marcantes a ocorrência de idéias compulsivas sem que se consiga compreender o motivo de sua persistência. Se é verdade que uma idéia compulsiva não pode ser tomada como sinal de um distúrbio, já

¹⁴⁹ Idem, pg. 66.

que se apresentam também na atividade normal, é razoável o questionamento quanto à peculiaridade da compulsão histérica.

O estudo de um caso concreto deverá se mostrar esclarecedor neste sentido.

Emma se encontra sob a compulsão de não poder ir sozinha a uma loja. Justifica este comportamento com a descrição de uma cena de quando tinha doze anos e fugiu terrificada após entrar em uma loja para fazer compras e perceber que dois balconistas riam entre si. A jovem acreditou que os homens riam de seu vestido, sendo que um deles a atraiu sexualmente.

A compulsão de Emma é incompreensível e incongruente em sua estrutura. Incompreensível, porque não se conhece a sua origem; incongruente, pois há uma desproporção entre os motivos apresentados – temor de que riam de seu vestido – e as conseqüências que se sucedem – medo de ir sozinha à loja. Eis aqui, já delimitados, dois diferenciais da idéia compulsiva histérica em relação às idéias compulsivas simples. Emma não sabe o porquê entrar na loja desacompanhada desperta-lhe um afeto de terror, pois reconhece quão insatisfatória e absurda é a razão que lhe ocorre para justificar sua reação de pavor.

A investigação clínica das condições que determinaram a formação das idéias compulsivas históricas revela, além disso, que estas são símbolos decorrentes da defesa. Porém, assim como as idéias copiosamente intensas, a defesa não é um privilégio da patologia. Toda idéia que acarrete desprazer tende a ser evitada e, na grande maioria das vezes, isso não implica conseqüências patológicas. O que diferencia então a defesa histérica? Em outros termos, que tipo específico de defesa resulta na formação de símbolos históricos?

A primeira hipótese da qual Freud lança mão no sentido de elucidar este ponto é que a toda defesa histérica corresponde uma compulsão substituta que atua como símbolo de uma outra, reprimida. A possibilidade de acesso a esta representação reprimida se baseia na suposição, também aplicável aos processos normais, de que símbolo e simbolizado têm alguma relação prévia. Deve ter ocorrido alguma vivência consistindo de algum elemento representativo da vivência, que ora se apresenta como motivo inadequado para a fobia, e a cena reprimida. Ou seja, o que hoje está em relação simbólica esteve, em algum momento, em relação de simultaneidade. O que se configura

como patológico é que o acesso ao simbolizado é barrado, de modo que é possível apenas inferir a natureza deste pelas ocasiões em que a cena substituta (cena I), a dos vendedores, no caso de Emma, é despertada.

A análise de Emma revela a recordação de uma segunda experiência: a cena do merceiro (cena II). Quatro anos antes da cena dos vendedores, quando tinha oito anos, a jovem dirigiu-se duas vezes a uma loja de guloseimas. Na primeira oportunidade, foi abordada pelo merceiro que a beliscou nos genitais. Passou a se recriminar por, mesmo depois do atentado, ter retornado ao local do ocorrido como se desejasse provocar uma nova investida.

À luz desta segunda cena, torna-se compreensível e congruente a angústia da jovem: não ficar sozinha em uma loja para não sofrer um atentado. Mas por que este motivo, o complexo ideativo ‘medo de sofrer um atentado’, não ocorria à jovem para justificar seu receio de entrar sozinha em uma loja?

A resposta a esta questão marca um traço diferencial do símbolo histérico. Um soldado que se sacrifica pela bandeira nacional sabe que este esforço é por um símbolo pátrio e se justifica pelo amor devotado ao país. Emma nada sabe da relação entre estas duas cenas – que atuam como símbolo e simbolizado – e não as toma como normalmente o faz alguém que reconhece em determinado traço um substituto de outro.

Ora, isto tudo descreve a formação do símbolo histérico, mas nada diz do por que e como se dá a defesa patológica, sob que condições é formado este símbolo de natureza tão peculiar.

Considerando que os sonhos e certos sintomas histéricos possuem em comum o fenômeno psíquico da alucinação,¹⁵⁰ Freud traça um paralelo entre a formação dos símbolos histéricos e dos símbolos oníricos e infere que, tal como no fenômeno onírico, a formação simbólica deve estar relacionada com o processo primário.

Por outro lado, dados clínicos ofereceram uma base segura para se afirmar que não é qualquer reminiscência contra a qual a defesa atua que resulta na constituição do símbolo histérico: somente as representações afetivas sexuais são simbolizadas

¹⁵⁰ Embora a alucinação seja aqui apontada como um traço comum entre sonho e sintoma, considerando-se o arcabouço conceitual do *Projeto*, a alucinação tem, nos dois processos, motivos distintos. No sonho, está relacionada ao desejo, no sintoma, à repressão. O caráter regressivo dos dois processos é de natureza diversa. No sonho, esta regressão é orientada para tornar presente o objeto do desejo, enquanto, no sintoma, se dá um ato psíquico que intenta negar o objeto hostil.

patologicamente. Ou seja, a explicação da defesa patológica deveria ser procurada no seu objeto, na natureza da recordação que a suscita. A pergunta então seria: que propriedade tem a sexualidade que a potencializa enquanto fator patogênico e a relaciona com um processo primário?

Na tentativa que representa o *Projeto*, como nos relata Freud em suas linhas iniciais, de expor os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partes materiais capazes de serem especificadas, os processos primários são definidos como processos de natureza alucinatória relacionados com uma grande variação de quantidade. A sensação sexual deve, então, ter uma propriedade quantitativa que permita a atualização alucinatória do registro de sua vivência.

Ainda nos *Estudos sobre a Histeria*, o acesso histérico era definido como uma recordação alucinada de uma vivência, que, justamente por isso, era tida por traumática.

¹⁵¹ Ou seja, o acesso histérico alucina uma lembrança tomando uma recordação por percepção.

Freud acredita que teria sido isso o que se sucedeu com Emma:

- 1) A cena dos vendedores evocou uma cena remota de natureza sexual;
- 2) Esta cena remota, do merceeiro, foi recordada alucinatoriamente segundo o processo de funcionamento primário;
- 3) Isso desencadeou um intenso desprazer e um conseqüente processo de defesa com a formação de um complexo ideativo compulsivo, símbolo da cena remota, mas cuja relação é ignorada tanto pela jovem como pela comunidade;

O símbolo histérico é, dessa forma, o símbolo de uma vivência sexual. Mas a que atribuir os efeitos patogênicos nos histéricos das recordações de vivências sexuais? Seria uma característica inata que pode ser atualizada a qualquer momento?

¹⁵¹ Toda a argumentação que Freud oferece para fundamentar teoricamente a neurose baseia-se no efeito retardado de uma certa experiência. O que potencializa este efeito é, em um primeiro momento, do qual o *Projeto* é sua materialização teórica, a diferença quantitativa que determinada recordação incrementa ao seu registro mnêmico primordial. Há, porém, na base dessa inversão quantitativa entre vivenciar e recordar, uma alteração de sentido, ainda que essa alteração não provoque uma deformação no complexo ideativo que passará a ser o delegado na consciência. Com as mudanças posteriores do aparelho psíquico, este delegado passará a ter tanto um incremento quantitativo quanto uma certa alteração qualitativa que lhe implicará uma deformação. O sintoma deixa de ser uma recordação alucinada para ser uma recordação deformada, inicialmente de uma vivência traumática, posteriormente de um desejo.

2. Os dois postulados principais

Na interpretação psicológica deste caso é invocada uma série de princípios expostos por Freud na Parte I do *Projeto*. O modelo de aparelho psíquico, então apresentado, está apoiado em dois postulados.

Pelo primeiro postulado, o sistema nervoso está exposto a excitações que lhe impõem um componente quantitativo, passível de aumento, diminuição e deslocamento, e tende a mantê-lo nulo. Ou seja, o aparelho neurônico tende a descarregar toda soma de excitação recebida. Este princípio, em função do qual são definidas a arquitetura, o desenvolvimento e o desempenho dos neurônios, é denominado de princípio da inércia.

Além dos estímulos provenientes de fora do organismo, a complexidade biológica do ser humano impõe ao sistema nervoso acréscimos de excitação de origem endógena decorrente das necessidades de vida – fome, respiração, sexualidade. Pelo princípio da inércia, todo este acréscimo deveria ser inteiramente eliminado. É assim, tratando os estímulos internos como se fossem externos, que se dá um movimento reflexo.

Entretanto, como esta estimulação provém do interior do corpo, a tensão estabelecida não pode ser resolvida por um ato reflexo, como o seria diante de um estímulo de origem externa. Além do mais, se a totalidade dos estímulos exógenos supre a realização da própria ação que a descarrega, o mesmo não se dá com os estímulos internos. Estes, ao mesmo tempo em que demandam uma ação específica no mundo, não suprem o aparelho nervoso com a quantidade de movimento necessário para tanto.

Exigindo a ação específica uma reserva quantitativa que permita ao sistema operar com quantidades menores, a tendência primária à inércia é travestida numa tendência a manter a excitação no menor nível: um ponto ótimo o mais próximo possível de zero, mas com tal magnitude de movimento de modo a atender à demanda energética desta ação específica, é o chamado princípio da constância.

São, portanto, as necessidades biológicas que exigem a evolução da forma de funcionamento do aparelho psíquico da forma primária para a denominada forma

secundária. O sistema nervoso estará permanentemente ocupado por certa quantidade de movimento e guiará seus atos considerando as condições externamente impostas.¹⁵²

Referimo-nos acima ao caráter alucinatório dos processos primários que estão relacionadas com a formação do símbolo histérico. Podemos agora inferir que a defesa patológica é um mecanismo que, operando segundo a forma primária, representa uma involução a uma forma de funcionamento arcaica que fora abandonada por não ser biologicamente interessante. Neste sentido, a defesa patológica, da qual o sintoma histérico decorre, tem consequências biologicamente inadequadas.

O segundo postulado principal apresenta a estrutura que suporta o fluxo quantitativo assinalado pelo primeiro postulado. Esta estrutura é composta por neurônios ocupados em quantidades regidas pelo princípio da constância. A importância biológica desta ocupação reside em sua função de estabelecer caminhos preferenciais para a eliminação da Q endógena. Essa diferenciação é função da interação do fluxo de Q e as barreiras de contato localizadas entre os neurônios: é diretamente proporcional à intensidade e à repetição do fluxo de Q.

Se são as experiências da vida que impõem as variações quantitativas no sistema nervoso, podemos dizer que estas facilitações decorrentes do acúmulo de parte dessas variações são os registros dessa experiência. Nestes termos, a memória é descrita mecanicamente e tem uma importância biológica fundamental.

Não só a alteração permanente do sistema neuronal é justificável, como também deverá ser o fato de novas experiências encontrarem condições receptivas inalteradas por impressões anteriores. Esta capacidade de reter e permanecer receptivo é uma das propriedades do sistema nervoso. Nestes termos, é razoável supor, as diferenças funcionais refletem diferentes localizações dos neurônios implicados na atividade mnêmica ou na percepção. Tais diferenças se explicam pelas quantidades que cada grupo de neurônios tem que lhe dar. Como Freud conjectura que as Qs externas sejam de magnitudes infinitamente superiores às endógenas, as barreiras de contato dos neurônios receptivos são totalmente ignoradas e não criam resistências diferenciadas.

¹⁵² É o que mais adiante será definido como 'eu': uma massa neurônica capaz de influenciar o curso automático e livre no interior do sistema.

São então postuladas duas classes de neurônios: neurônios perceptivos, que estão em contato direto com o mundo externo, aqui denominados de Φ ; neurônios recordativos que, estando em contato direto com o interior do corpo e expostos a quantidades de pequena magnitude, infligem a estas uma refração através da resistência das barreiras de contato que, assim, estabelecem diferentes níveis de facilitaões e a constituição de caminhos preferenciais— registro da passagem de Q —, chamados de neurônios Ψ .

A esta altura, a memória pode ser entendida como um recurso evolutivo do aparelho psíquico premido pelas necessidades biológicas. Sendo um dispositivo desta natureza, tem seus limites de eficiência que são fatalmente extrapolados pela irrupção de grande Q s em Ψ . Neste caso, desfazem-se as condições que o diferenciavam dos neurônios perceptivos, eliminando sua capacidade mnêmica, baseada justamente, nos vários níveis de facilitaões a Q . Os neurônios Ψ implicados no processo tornam-se permeáveis e funcionalmente idênticos a Φ . Se a diferenciação de Φ em Ψ foi pensada como uma evolução, a irrupção de grandes Q s, podemos inferir, impõe uma regressão na forma de funcionamento do sistema nervoso.

Quais são as possibilidades de uma irrupção de grandes Q s em Ψ ? Ou, em outros termos, em que circunstâncias há esta regressão formal e tópica no funcionamento do sistema nervoso?

Se atentarmos para o caso de Emma, teremos que nos questionar sobre a possibilidade de ocorrência de um processo primário póstumo, ou seja, um processo primário em uma época em que as exigências da vida já deveriam, há muito, ter imposto o definitivo abandono dessa forma de funcionamento psíquico, que é totalmente disfuncional e pouco adaptativa.

Uma resposta satisfatória a estas questões depende de uma melhor compreensão do que Freud supõe na organização funcional deste sistema.

3. As duas vivências fundamentais

As experiências impostas pelas situações de vida têm reflexos no sistema nervoso que podem ser descritas, pelo menos é esta a pretensão, em função do aumento e diminuição dos níveis de excitação. Todas estas situações são organizadas psiquicamente

e se estruturam assentadas em duas vivências fundamentais: a *vivência de satisfação* – modelo da noção de desejo – e a *vivência de dor* – protótipo da noção de repressão.

Estando expostos a estímulos internos, os neurônios nucleares são incitados a descarregá-los pela via motora e assim restabelecer o equilíbrio do sistema. Como este acúmulo de Q nos neurônios nucleares e a conseqüente sensação de desprazer não podem ser aliviados com uma mera descarga motora – gritos, inervação vascular – devido à origem interna do estímulo, o desinvestimento de Q depende de uma ação específica no mundo externo. São as exigências de vida, das quais a fome é paradigmática, que somente com uma modificação no mundo exterior terão uma solução definitiva para o estado de tensão que geram. Como o infante não dispõe de recursos para tanto, esta realização depende de uma ação prestadora de um terceiro. A barreira de contato entre Ψ e o interior do corpo não é restabelecida sem que uma ação prestativa complete o circuito de eliminação de Q.

A totalidade desse circuito, que se denomina de *vivência de satisfação*, se constitui em pelo menos três momentos: acúmulo de tensão e a conseqüente sensação consciente de desprazer; descarga de Q acompanhada da sensação consciente de prazer; e, articulando estes dois extremos do circuito, a ação prestativa externa.

Enquanto a ação específica não se completa, a inervação lingüística, da qual o grito é a mais primitiva, em seu papel de neurônio motor, atua primeiramente como uma válvula que permite uma tênue eliminação de Q, a única até que o agente prestativo interceda. Mas a sua maior relevância para o restabelecimento do equilíbrio do sistema está em seu papel de chamar a atenção do agente prestativo para o estado desiderativo do agente.

O resultado de tudo isso, quando a ação prestativa se concretiza, é a constituição de um complexo ideativo, com uma forte tendência a ser reocupado, em que o grito é um de seus elementos e que determinará o curso dos processos psíquicos daí em diante.

É este o caminho de eliminação, denominado de desejo, que tende a ser repetido sempre que o estado de tensão se estabelecer:

“Não tenho dúvidas de que essa animação desiderativa resulte em primeiro lugar em no mesmo que a percepção, ou seja, em alucinação.

Se em consequência disso a ação reflexa for iniciada, não há como não faltar desilusão”.¹⁵³

Assim, a recordação primária deste traço mnêmico é alucinatória.¹⁵⁴ O sistema nervoso terá que se valer de uma indicação de realidade que alerte para que esta forma de ocupação do circuito desiderativo seja abandonada. Antes de expor este mecanismo, que supõe a introdução do ‘eu’, vejamos o que é definido como *vivência de dor*.

Além dos estímulos endógenos, o sistema nervoso é investido por estímulos externos. São estímulos desta natureza que impõem ao sistema nervoso um intenso acúmulo de Q acompanhado de grande desprazer que só é amainado com a descarga motora. A dor produz em Ψ uma facilitação entre o objeto que impôs este grande incremento de Q ao sistema e esta descarga motora que restabeleceu o equilíbrio do sistema através da eliminação.

O grito também desempenha um importante papel econômico neste circuito de eliminação. Neste aspecto, ele é utilizado com a mesma finalidade da vivência de satisfação: uma forma de eliminação de Q. Além desta, há outra importante função relativa à vivência dolorosa: permitir uma memória do objeto hostil. Esta representação se coloca como uma idéia limítrofe que, ao antecipar ao fluxo do pensamento ser aquele caminho inapropriado ao reencontro do objeto desiderativo, minimiza os efeitos quantitativos relativos à evocação da representação dolorosa.

Todo este circuito consiste na *vivência de dor*, cujos traços mnêmicos tendem, ao contrário da *vivência de satisfação*, a ser desocupados por um mecanismo definido como defesa, a *defesa* primária.

¹⁵³ Projeto de uma Psicologia, pg. 197, in Gabbi Jr., O.F., Notas a Projeto de uma Psicologia: As Origens Utilitaristas da Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003.

¹⁵⁴ A esta altura, não há que se falar na repressão como elemento atuante sobre esta modalidade de alucinação. A defesa não tem efetividade nenhuma na superação deste modo primário de funcionamento. As razões ora apresentadas por Freud para o abandono desta forma primária de desejo são oferecidas pela sua ineficácia como meio de obtenção de alimentos que, dada a ausência da sexualidade, é a única carência estruturante do desejo. É a tentativa de levar a cabo uma ação eficaz que alcance este intento que origina o processo de pensamento: nada mais que um artifício psíquico que visa estabelecer a identidade entre o objeto desiderativo e o objeto da percepção. Com os movimentos teóricos posteriores ao *Projeto* e a articulação entre desejo e repressão, a atividade do pensamento, além de outros atos psíquicos como a fala, e o próprio ‘eu’, serão uma solução de compromisso entre motivos conflitantes. Só então, a defesa será, ao mesmo tempo, condição para o abandono das formas primárias de satisfação – inclusive sexual – e o motivo para a regressão a esta forma arcaica de desejar.

Nas duas vivências fundamentais se dão, primeiramente, uma variação positiva de Q – o que gera desprazer e exige uma ação motora do agente –, seguida de uma variação negativa – esta acompanhada da sensação consciente de prazer. Porém, os elementos internos de cada um dos circuitos das duas vivências fundamentais se dispõem numa ordem distinta:

1) Na *vivência de dor*: objeto (hostil) – aumento de Q e desprazer (dor) – movimento reflexo – descarga de Q e prazer; para evitar que a imagem mnêmica do objeto hostil seja reocupada e que a dor se repita, desenvolve-se uma compulsão a negá-la com a super-ocupação do registro mnêmico do objeto situado no elo terminal do circuito, cuja percepção coincidiu com o alívio da dor.¹⁵⁵

Assim, sempre que uma nova percepção estimular a ocupação na imagem mnêmica do objeto hostil, produz-se um estado de tensão que gera desprazer e uma tendência a negar esta nova ocupação com a repetição do mesmo circuito de eliminação que levou à cessação da vivência dolorosa. Mas este estado já não é de dor, embora seja assemelhado a ela.

Nestas circunstâncias, se é gerado desprazer, surge a questão quanto à origem desta excitação extra veiculada pela recordação que, quando da vivência propriamente dita, provinha do mundo externo. Em princípio, é suposta a existência dos neurônios secretores de Q, os neurônios-chave. O resultado da vivência de dor é o estabelecimento de uma facilitação entre o seu registro e este tipo de neurônio, que tende a ser acionado sempre que a imagem do objeto hostil for recordada. Aqui se cria uma compulsão de caráter negativo: desocupar a imagem recordativa da vivência dolorosa (facilitadamente ligada aos neurônios secretores) ou, em outros termos, ocupar o objeto cuja associação negou o objeto hostil.

2) Na *vivência de satisfação*: aumento de Q com desprazer – objeto (desiderativo) – descarga de Q e prazer, se estabelece uma compulsão a repetir a imagem mnêmica do objeto associado à descarga de Q e o conseqüente prazer. Neste caso, passa a vigorar uma compulsão a afirmar o objeto desiderativo.

¹⁵⁵ Se lembrarmos do caso Emma e, aceitando ser vivência de dor o protótipo do patológico, poderemos perceber que, dentre os elementos que estariam no extremo terminal do circuito, é justamente ‘vestido’, fazendo às vezes do grito, o que passa a ser compulsivamente investido como forma de ‘negar’ o complexo ideativo relacionado ao atentado.

“Os dois estados são da maior importância para o curso [de quantidades (...)], pois deixam atrás de si motivos do tipo compulsivo. Do estado desiderativo, segue-se diretamente uma atração pelo objeto desiderativo, ou melhor, por sua imagem recordativa; da vivência dolorosa, resulta uma repulsa, uma aversão, a manter ocupada a imagem recordativa hostil. Os motivos são a *atração desiderativa* primária e a *defesa* primária”.¹⁵⁶

O motivo compulsivo da vivência de satisfação se manifesta como uma busca de se estabelecer uma percepção que seja idêntica à recordação. Já na vivência de dor, o motivo empresta a tendência para a busca de se estabelecer uma percepção diferente da imagem recordada.¹⁵⁷ A superação da alucinação na vivência de dor é reduzida por uma ação reflexa, tornando-se uma solução que tende a ser compulsivamente repetida. Na vivência de satisfação, a alucinação é seguida por um ato específico no mundo externo. Numa, há tendência para se alucinar, na outra, uma tendência para refutar a alucinação. Na vivência de satisfação, o ato específico termina quando encontra o objeto desiderativo; na vivência de dor, a ação reflexa termina quando o objeto hostil é *desencontrado*, negado pela ocupação de outro complexo ideativo.

Com essa descrição, Freud expressa a crença de que há uma estreita semelhança entre a forma de operação do mecanismo psíquico na recordação da vivência dolorosa e na recordação patológica de uma vivência sexual: *defesa* segundo o *processo primário*.

Vimos que a forma de funcionamento primária sob a qual se constituem as duas vivências fundamentais do aparelho psíquico é abandonada. O curso automático e livre de Q no interior do sistema é influenciado pelo que Freud denomina de ‘eu’ o qual, da forma que é definido, não está restrito aos limites da consciência. Vejamos como Freud descreve a gênese do ‘eu’ e a consciência.

¹⁵⁶ Idem, pg. 199.

¹⁵⁷ Ibid, pg. 61.

4. O problema da consciência e a constituição do ‘eu’

Diante da pretensão de Freud de descrever os processos mentais em termos quantitativos, a explicação da consciência e das qualidades que são inerentes à sua atividade coloca-se como um importante desafio.

A transitoriedade da consciência insinua uma permeabilidade dos neurônios envolvidos no processo que, a julgar pelos princípios até aqui invocados, deveriam estar expostos, tanto quanto Φ , a grandes Qs. Estaria a consciência nos neurônios Φ ? Contra esta hipótese, Freud levanta a superioridade hierárquica da consciência que “estaria em níveis mais elevados do sistema nervoso”.¹⁵⁸ A consciência estaria situada, então, distante dos altos níveis de exposição a Q, ao contrário dos Φ , mas, a exemplo destes, seria permeável.

A tentativa de superar este impasse se dá com a consideração de uma propriedade temporal do curso de Q. Os neurônios da consciência seriam sensíveis ao período do movimento neurônico de Q que chega à consciência como qualidade e, assim, não se submete aos níveis de resistência determinados pela intensidade e frequência da transferência de Q.

Para satisfazer todas essas exigências, Freud sugere a existência de um terceiro grupo de neurônios e os denomina de neurônios ω . Estes neurônios seriam estimulados junto com a percepção e permitiriam a consciência das sensações.

Além das sensações de qualidade ligadas às impressões sensoriais – séries, similaridades etc. – há ainda as sensações conscientes de prazer e desprazer. A tendência já reconhecida da vida psíquica, à inércia pode ser comparada à de evitar o desprazer. Esta seria a outra maneira dos processos psíquicos e quantitativos em Ψ se tornarem conscientes:

“Uma vez que é certamente conhecida por nós uma tendência da vida psíquica para evitar o desprazer, estamos tentados a identificá-la a tendência primária para inércia (...); o desprazer seria a sensação ω no

¹⁵⁸ Ibid, pg. 186.

caso de um acréscimo de Q_n em Ψ . Prazer seria a sensação de eliminação”.¹⁵⁹

Esta fuga dos objetos dolorosos e a busca dos objetos apazíveis perduram ao longo da vida do sujeito, porém não mais segundo a forma primária de funcionamento. A superação da forma de funcionamento presente nas duas vivências fundamentais supõe uma organização psíquica capaz de interferir no curso de Q no interior do sistema; é esta organização que Freud denomina de ‘eu’.

O ‘eu’ já está suposto na forma secundária de funcionamento quando se dá o impedimento da ocupação alucinatória, seja do objeto hostil, seja do objeto desiderativo, e o acúmulo de um armazenamento energético que conserva os caminhos de eliminação já experimentados. Não fosse esta organização, o agente estaria à mercê de alucinações e vivências de intenso desprazer.

O ‘eu’ pode ser definido como a totalidade das ocupações em Ψ , o qual se separa numa parte constante e numa parte variável.¹⁶⁰ É um grupo de neurônios constantemente investidos e organizados, a partir da experiência, segundo certas leis. A parte constante são os chamados Ψ do núcleo, que estão em contato direto com o interior do corpo; a parte variável é composta pelos Ψ do manto, em contato com Φ e com a consciência e sempre susceptível a variações em seus caminhos de facilitaões, de acordo com as experiências de vida.

Como já assinalado, Freud se vale das exigências de vida para justificar a superação da forma primária de funcionamento psíquico pela forma secundária. A satisfação dessas exigências depende da observação das condições externas; mas o que é externo? Em outros termos, como a consciência diferencia percepção de recordação?

Para tanto, é suposto um signo que atue como critério diferencial, indicando a eliminação quantitativa através de ω . Isto só seria possível com grandes Qs . Como grandes Qs implicam Qs externas, sempre que houver eliminação em ω , é sinal de que se trata de uma percepção. A resposta a um questionamento quanto ao destinatário deste

¹⁵⁹ Ibid, pg. 190.

¹⁶⁰ Ibid, pg. 200

signo de realidade não poderia ser outra: o ‘eu’. Ou seja, antes de ser um passo na sua constituição, a efetividade do signo de realidade supõe a anterioridade do ‘eu’.

Segundo Gabbi Jr: “Freud construiu uma máquina alucinatória cuja única condição de superação é dada pela presença do ‘eu’”.¹⁶¹ Por que, então, não a supor a priori?

Ainda de acordo com Gabbi Jr.,¹⁶² a resposta está na importância dada por Freud em colocar o ‘eu’ como referência, como medida da adequação dos atos humanos. Sendo o ‘eu’ um resultado da experiência, e sendo a quantidade de movimento retida no sistema nervoso a forma pela qual a experiência se pereniza por meio da memória, a normatividade dos atos humanos pode ser naturalizada: quantidade de movimento, o ‘eu’ e os atos humanos, como a fala, podem ser elementos de uma mesma equação.

Desse modo, a inadequação ou não da fala pode ser entendida em função da quantidade.¹⁶³ Como se pretende que a diferença entre o normal e o patológico seja apenas quantitativa, a fala passa a ser um indicador confiável do grau de normalidade dos atos humanos.

Por esclarecedora, há uma longa passagem de *Psicoterapia da Histeria* que merece nossa atenção:

“Farei agora um ou dois comentários adicionais sobre o quadro da organização do material patogênico a que acabamos de chegar. Dissemos que esse material se comporta como um corpo estranho, e que também o tratamento atua como a remoção de um corpo estranho do tecido vivo. Estamos agora em condições de ver onde essa comparação fracassa. Um corpo estranho não entra em qualquer relação com as camadas de tecido que o circundam, embora as modifique e exija delas uma inflamação reativa. Nosso grupo psíquico patogênico, por outro lado, não admite ser radicalmente extirpado do ego. Suas camadas externas passam em todas as direções para partes do

¹⁶¹ Gabbi Jr. Osmyr Faria, Freud: Racionalidade, sentido e referência, pg. 81, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1994

¹⁶² Idem, pg. 81.

¹⁶³ É nesse sentido que Gabbi Jr alerta que um dos problemas do *Projeto* é a incapacidade de articular fala (qualidade) e quantidade, ou seja, como explicar aquela sendo função desta considerando-se o caráter intencional do sintoma. Em Freud, podemos dizer, tanto a fala como a quantidade são medidas de adequação dos atos humanos. O desafio é articular estas duas medidas.

ego normal; e, na realidade, pertencem tanto a este quanto a organização patogênica. Na análise, a fronteira entre os dois é fixada de maneira puramente convencional, ora num ponto, ora em outro, sendo que em alguns lugares não pode em absoluto ser estabelecida. As camadas internas da organização patogênica são cada vez mais estranhas ao ego, porém mais uma vez sem que haja nenhuma fronteira visível em que se inicie o material patogênico. De fato, a organização patogênica não se comporta como um corpo estranho, porém muito mais como um infiltrado. Nesse símile, a resistência deve ser considerada como aquilo que se infiltra. E o tratamento também não consiste em extirpar algo — a psicoterapia até agora não é capaz de fazer isso — mas em fazer com que a resistência se dissolva e assim permitir que a circulação prossiga para uma região que até então esteve isolada”.¹⁶⁴

Se atentarmos para a radical separação imposta pelo modelo teórico do *Projeto* às duas vivências fundamentais, a metáfora do corpo estranho lhe é muito mais fiel. Nessa perspectiva, a organização patogênica, para ser entendida como um infiltrado, supõe uma relação conceitual com o ‘eu’ que não pode ser defendida no interior do arsenal teórico do *Projeto*, pois este não consegue articular o mecanismo de repressão, inserido no circuito da vivência de dor, e o desejo, inserido no circuito da vivência desiderativa.

O próprio fundamento teórico do método da associação livre, que paulatinamente substitui a hipnose, encontra uma base bem mais consistente quando ‘fala’ e ‘resistência’ são alinhadas como vetores que se opõem. No *Projeto*, sendo a fala uma forma de realização de desejo, e não uma solução de compromisso em que a repressão seria o outro componente, seus benefícios terapêuticos como instrumento de superação da resistência não estão fundamentadas teoricamente.¹⁶⁵ Neste escrito, a fala diz do desejo, mas não do sintoma.

¹⁶⁴ Freud S. Psicoterapia da Histeria, vol. II, pg.282, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

¹⁶⁵ A estratificação mnêmica proposta na carta 52 tenta superar esse obstáculo. Ver Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 208, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

5. Pensar é desejar

Sempre que uma percepção ocorre, cria-se uma ocupação em Ψ que é comparada com o objeto desiderativo. Caso haja uma identidade entre o percebido e o recordado – entre o que é ocupado desde o exterior e o que é ocupado desde o interior – dá-se a consumação do ato desiderativo. O desejo é realizado.

Mas isso nem sempre é o que ocorre. A ocupação desiderativa pode estar presente e não coincidir com o objeto percebido na totalidade. Nesta situação, dá-se início ao processo de pensar, que nada mais é que uma forma de realização de desejo segundo o processo secundário.

A coincidência pode ser parcial, pois, não custa lembrar, as ocupações perceptivas jamais são ocupações de neurônios isolados. Suponhamos que o investimento neuronal decorrente de uma percepção recaia sobre os neurônios ‘a’ e ‘c’ e a desiderativa sobre os neurônios ‘a’ e ‘b’. O ‘eu’ segue as ligações deste neurônio ‘c’ e, por meio do fluxo inibido de Q_n , busca estabelecer facilitações com o neurônio ‘b’. Geralmente estas facilitações se dão por uma imagem motora que é reanimada por um movimento efetivamente realizado e assim é estabelecida a identidade buscada. Todo esse circuito de facilitação passa a fazer parte dos atributos do objeto desiderativo e servirá de base comparativa para outras percepções.

O pensamento estabelece a relação entre o ‘eu’ – o registro de todos os caminhos de descargas de Q – e o ‘não-eu’ – a ocupação ideativa da percepção. Na forma que o *Projeto* concebe, todo ato psíquico busca estabelecer a identidade entre objeto desiderativo e percepção, segundo a forma de funcionamento secundária.

Além da vivência de satisfação, a vivência dolorosa impõe condições a serem observadas pelo processo do pensar. A realização do desejo pode ser definida como a busca de identidade entre o objeto desiderativo e um objeto externo por vias que não impliquem facilitações com neurônios relacionados com o aumento de Q , com o desprazer.

Embora o processo secundário se estabeleça como a forma de funcionamento mais adequada às exigências de vida, os processos primários não são inteiramente abandonados. Eles retornam em circunstâncias especiais, como na atividade onírica e na

formação de sintomas neuróticos. Essas duas circunstâncias excepcionais, não custa reforçar, se organizam, entretanto, pelo menos no interior do modelo teórico do *Projeto*, segundo condições inteiramente distintas, o que cria uma lacuna a qual o modelo de aparelho psíquico então apresentado não consegue obturar. A aparente identidade entre esses dois fenômenos psíquicos oculta a diferença dos fatores que os determinam.

6. Os processos primários na atividade onírica

Da forma que Freud o apresenta, o processo primário configura um estado mental em que não se diferencia percepção e memória. Este é um fenômeno que se repete nos processos oníricos que também são caracterizados por fenômenos alucinatorios. Dado que, como assinalamos anteriormente, eram as exigências de vida que impunham a superação da forma primária de funcionamento psíquico, é razoável inferir que, no estado de sono, quando o processo primário recrudesce, as demandas por uma ação específica estejam, se não eliminadas, bastante diminuídas. Juntamente com o arrefecimento do incremento endógeno Q, o isolamento dos órgãos sensoriais também condiciona o sono e tem um importante papel econômico.

Em suma, não deve haver nem pressões internas nem pressões externas que requeiram uma ação motora, o que se coaduna com o que caracteriza o sono por uma paralisia motora da vontade.

Por outro lado, há o fenômeno do sonho, que deve ser reconhecido como um indicador de que, mesmo no estado de sono, o aparelho psíquico não se encontra livre dos estímulos: a paralisia motora da vontade não significa uma paralisia psíquica. Ou seja, a eliminação da estimulação endógena não é absoluta.

Da mesma forma que na vigília, a inércia se coloca apenas como uma tendência. Diferentemente desta, porém, como a estimulação endógena no estado de sono é insuficiente para requerer uma reserva quantitativa, torna-se supérflua a função secundária, sem a qual o aparelho deixa de ter meios de diferenciar percepção de recordação. Em outras palavras, todo estímulo que alcança Ψ é alucinado.

Assim, a alucinação onírica resulta da circulação de uma Q endógena através das facilidades estabelecidas pelas ocupações remanescentes; da mesma maneira que no

sintoma, o que é alucinado no sonho são reminiscências. Sonhar é, assim como o acesso histérico, recordar alucinatoriamente uma vivência. É um processo psíquico regressivo.

Estaria o sonho relacionado à alucinação da vivência de satisfação ou à alucinação da vivência de dor? Ou ainda, em outros termos, a alucinação onírica resulta de um processo desiderativo ou desencadeia um processo de repressão?

De acordo com Freud, os sonhos “são processos primários segundo a vivência de satisfação e só não são reconhecidos como tais porque neles a liberação de prazer [a descarga de Q] é pequena”.¹⁶⁶ O problema de explicar a escolha dos símbolos oníricos se defronta com o mesmo impasse que se repetirá na tentativa de explicar mecanicamente a formação do símbolo histérico. Na constituição deste último, entretanto, há um importante diferencial. Como poderemos constatar, o esquecimento histérico está relacionado ao circuito de eliminação da vivência de dor que tendia a desinvestir o objeto hostil. O desafio posto consiste em explicar, mecanicamente, por que a Q desinvestida do objeto hostil foi deslocada para uma determinada representação; por que B, e não C, foi escolhido para alojar o afeto do rechaçado A.

Neste momento, ao relacionar o sonho à vivência de satisfação, a super-ocupação alucinatória de certos complexos ideativos deverá se dar em detrimento de um outro elemento que tendia também a ser super-investido, já que está no circuito do desejo. A questão deve ser colocada em outros termos: por que B, e não C, já que ambos pertencem ao circuito do desejo, foi ‘escolhido’ para desejar A? No circuito da vivência de dor, o complexo ideativo abandonado estava relacionado com desprazer, como explicar aqui a omissão de alguns dos elementos, se todos estão relacionados com a diminuição de Q (prazer)?

A livre circulação de Q pelas reminiscências na atividade onírica se dá de forma automática e talvez esteja aí a explicação para seu caráter incompreensível:¹⁶⁷

¹⁶⁶Freud, S., Projeto de uma Psicologia, pg. 215, in Gabbi Jr., O.F., Notas a Projeto de uma Psicologia: As Origens Utilitaristas da Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003.

¹⁶⁷ O caráter incompreensível e absurdo dos sonhos terá um embasamento teórico distinto na *Interpretação dos Sonhos*, quando defesa e desejo estarão teoricamente articulados e um mecanismo ativo de deformação dos sonhos pode justificar seu caráter incongruente e apresentá-lo como uma solução de compromisso entre motivos conflitantes.

“As ligações oníricas são em parte contra-sensos, em parte imbecis, ou igualmente sem sentido, raramente insensatas”.¹⁶⁸

O relato do sonho depende dos elementos na cena onírica que são recordados. Esta recordação, por sua vez, é função da intensidade com que certos elementos são percorridos pelo fluxo de Q endógeno. Sendo a vivacidade alucinatória de determinado elemento do sonho função de sua ocupação quantitativa, o próprio relato do sonho é função da quantidade.

Este critério eminentemente mecânico se propõe a justificar o caráter aparentemente sem sentido do relato dos sonhos. Assim como Emma relata os motivos de sua fobia se valendo dos fragmentos ideativos disponíveis na tentativa de tornar sua fala coerente, o sonhador não tem acesso à totalidade do que foi experimentado alucinatoriamente durante o sono. O aparente absurdo de seu discurso deriva da limitação de acesso ao que foi efetivamente sonhado. É algo como um erro por ignorância de que fala Freud na parte III do *Projeto*.

É a forma lacunar pela qual o sonho é percebido pela consciência que impede sua identificação com uma realização de desejo:¹⁶⁹ “a consciência da idéia onírica é antes de tudo descontínua, não é um curso completo de associações que se torna consciente, mas só algumas estações”.¹⁷⁰ Esta falta é insatisfatoriamente suprida por ligações entre os elementos presentes, o que confere ao relato do sonho um caráter insensato e imbecil.

Para explicar estes saltos de concatenação, Freud descreve o seguinte sonho: “R. deu uma injeção de *propila* em A., então vejo diante de mim *trimetilamina*, com muita vivacidade, alucinada como fórmula”.¹⁷¹

¹⁶⁸ Idem, pg. 213.

¹⁶⁹ Inexiste uma correspondência um a um entre o que efetivamente se sonha e o que se coloca como objeto para um relato; ou, na terminologia da *Interpretação dos Sonhos*, entre sonho manifesto e sonho latente. Diferentemente de 1900, entretanto, quando a condensação é reconhecida como o mecanismo cuja atuação se reflete nessa desproporção entre o conteúdo manifesto e o conteúdo latente, no *Projeto*, o caráter alucinatório de certa representação se deve mais a sua posição como ponto de convergência entre duas ou mais séries de pensamentos para onde migra e se concentra o afeto deslocado. Concentração esta que justifica sua apresentação à consciência. Em suma, no *Projeto*, onde há deslocamento sem condensação, o relato manifesto é baseado em um traço mnêmico alucinado, na *Interpretação dos Sonhos*, um traço mnêmico deformado.

¹⁷⁰ Ibid, pg. 216.

¹⁷¹ Ibid, pg. 216.

Aqui, assim como na defesa patológica, surge a indagação quanto à determinação dos elementos recordados ser em função exclusiva de suas propriedades quantitativas decorrentes de estarem ou não em pontos de convergências de linhas de pensamento. Podemos antecipar, em outros termos, a pergunta posteriormente elaborada sobre a adequação do modelo mecânico para explicar os efeitos da defesa patológica: ‘Se todos os elementos componentes do complexo ideativo da cena onírica são virtuais símbolos oníricos o que define determinada forma de simbolização?’ Seria a aparente falta de sentido consequência exclusiva da distribuição quantitativa? Seriam as condições quantitativas que condicionam o sentido da fala?

Tendo em mente a definição do processo primário como um processo que se desenvolve segundo a ação de forças cegas a que segue seu curso considerando exclusivamente as melhores facilitações e sendo os sonhos uma manifestação típica de um processo primário, em nome da coerência, a resposta deveria ser afirmativa.

Mas não é esta a posição de Freud: “o curso psíquico no sonho ocorre segundo Q, mas não é Q que decide sobre o tornar-se consciente”.¹⁷² O caráter lacunar deste sonho é justificado por Freud pela natureza das idéias envolvidas. Ou seja, a intensidade da *trimetilamina* não é justificada simplesmente pelo fato de essa representação estar no entroncamento de duas séries do pensar, pois a *natureza sexual da doença*, a idéia que não se tornou consciente, era certamente tão intensa quanto aquela que veio a funcionar como seu delegado na consciência.

7. Sintoma neurótico e os processos primários póstumos

Já mostramos como Freud justifica a possibilidade de processos primários durante o sono. Neste caso, a diminuição do investimento do ‘eu’ possibilita esta modalidade de processo.

Os processos primários relacionados à patologia supõem, porém, sua ocorrência póstuma no interior do ‘eu’. Como é possível a ocorrência do livre fluxo de Q estando o ‘eu’ plenamente ativo como no estado de vigília? Em outras palavras, como é possível a regressão a uma forma de funcionamento arcaica no interior de uma estrutura que se

¹⁷² Ibid, pg.217.

constitui justamente como uma forma de superação desse modo primário de funcionamento? Que propriedade tem a sensação sexual que a potencializa como agente indispensável dessa regressão?

Como já assinalado acima, Freud vinha atentando para o aspecto sexual das vivências implicadas na gênese dos sintomas histéricos. Essa era uma constatação clínica. A justificativa teórica para tanto busca apoio na falta de sintonia entre o amadurecimento psíquico e o sexual. Isso possibilitaria que as idéias sexuais fossem recordadas pós-adolescência despertando uma intensidade afetiva inexistente quando de sua vivência.

Sem dúvida, uma novidade que a proposta freudiana expressava em relação à clássica formulação charcotiana de trauma e que implica uma concepção de memória um pouco mais complexa. Esta continua supondo uma proporcionalidade entre sua importância afetiva quando de sua vivência e sua relevância na economia psíquica. Mas uma nova variável é inserida nesta equação: as vivências sexuais precoces têm um efeito retardado, provocado pela sua recordação, maior que o de sua vivência. Ou seja, sua importância para a economia psíquica é relativa e pode ser alterada pela sua recordação.

Dados os postulados tomados no *Projeto*, pelos quais Freud se propõe a deduzir a estrutura e funcionamento normal e patológico do aparelho psíquico, merece explicação a possibilidade da irrupção de um processo primário póstumo no interior do 'eu'. Neste sentido, a seguinte passagem é esclarecedora:

“Para o ‘eu’, trata-se de não permitir qualquer liberação afetiva, uma vez que, neste caso, permitiria um processo primário. Sua melhor ferramenta para tanto é o mecanismo de atenção. Se uma ocupação liberativa de desprazer pudesse escapar a este, o ‘eu’ chegaria contra ela demasiadamente tarde. Ora, é justamente disto que se trata na p[roto] p[séudo] histérica. A atenção é regulada para p[ercepções] que, de costume, dão lugar à liberação de desprazer. Aqui não há nenhuma p[ercepção], mas uma recordação que libera inesperadamente desprazer, e o eu toma conhecimento deste fato demasiadamente tarde: permitiu um processo primário, porque não o esperava”.¹⁷³

¹⁷³ Ibid, pg. 232.

É, portanto, o atraso da puberdade que inverte a relação quantitativa entre percepção e recordação e dribla a atenção. É isto que ocasiona os processos primários póstumos que se dão no interior do ‘eu’ e criam condições, assim, para a repressão.

Esta seria a explicação que o *Projeto* oferece para as consequências deletérias decorrentes de uma experiência aparentemente banal, na perspectiva de impor um risco à vida, como a de Emma. A cena dos vendedores tem efeito patogênico por despertar pela via associativa, a recordação da cena do merceeiro, que inicialmente não foi tratada como uma vivência dolorosa, isto é, não foi inibida pelo estabelecimento de vias colaterais.

É, portanto, a falta de sintonia entre o amadurecimento psíquico e o sexual a credencial das idéias sexuais para inverter, perfeitas determinadas condições, esta relação entre recordação e percepção e que se justifica por uma característica universal do ser humano. Isto constitui um estado de coisas em que é a recordação de uma cena sexual pós-puberdade, em conjunto com sua vivência pré-puberdade, que tem efeitos traumáticos.

8. A próton pseudos histérica

O medo de Emma de que riam de seu vestido e a sua atração por um dos vendedores podem ser compreendidas da seguinte forma. A cena dos vendedores possui alguns elementos em comum – ‘riso’, ‘estar sozinha’ – o que provoca a recordação inconsciente de uma outra seqüência de idéias da qual não se recordava: a cena do merceeiro.

Nada de excepcional se entre esta evocação e a sua vivência não houvesse eclodido a puberdade e uma nova liberação sexual em intensidade maior que a decorrente de sua vivência. É contra a ideação desta nova liberação sexual que a defesa opera de modo patológico. Está justificado o incremento afetivo entre uma vivência sexual e sua recordação, embora a forma específica de solução de compromisso não tenha sido justificada.

Podemos agora apresentar a seguinte proposição: a formação do símbolo histórico é consequência de uma defesa contra a recordação alucinatória ¹⁷⁴ de uma vivência sexual precoce (anterior à puberdade). Importante assinalar, entretanto, que na base desta alteração quantitativa se dá uma alteração de sentido.

Inicialmente, a cena do merceeiro é ideada pelo delegado da fome e, sempre que evocada, desperta na consciência determinada qualidade. ¹⁷⁵ Com a puberdade, se dá uma alteração na qualidade que o registro do caminho de eliminação relativo a este complexo desperta na consciência. A vivência do merceeiro passa a ser ideada como sexual. Ou seja, o incremento quantitativo decorre de uma alteração qualitativa. A consequência é uma eliminação automática que desconsidera as combinações entre os caminhos de eliminações estabelecidos mais recentemente.

É desse automatismo que decorre a incongruência e a incompreensibilidade do relato que Emma faz dessas cenas. Na impossibilidade de acesso a certos registros das duas vivências, a jovem preenche estas lacunas na vã tentativa de tornar seu relato consistente:

“Tanto a relação entre estes fragmentos como também o efeito da vivência são incompreensíveis. Se ela sentiu desprazer devido a terem rido do seu vestido, isto teria de ser corrigido há tempo, desde que se veste como uma senhorita; também nada se altera em sua vestimenta caso ela vá sozinha ou desacompanhada à loja. Que não precise apenas de proteção depreende-se de que baste, como na agorafobia, a companhia de uma pequena criança para lhe trazer segurança. É algo totalmente incompatível que ela tenha gostado de um deles; isto também não seria modificado se ela estivesse acompanhada. Por conseguinte, as recordações despertadas não explicam nem a compulsão, nem a determinação do sintoma.” ¹⁷⁶

¹⁷⁴ Esta alucinação reflete uma variação quantitativa que desperta desprazer e empresta motivo para a ação que reverte este estado permitindo um despojamento de Q. Defesa e alucinação são vetores conflitantes, mas, neste caso, o desejo não se faz presente em nenhum dos dois.

¹⁷⁵ O pressuposto é o de que o a compreensão que o sujeito faz do mundo é intermediada pelas suas próprias sensações. Na ausência de sexualidade infantil, o sujeito não dispõe dessa chave de leitura, e a sexualidade não pode ser representada psiquicamente.

¹⁷⁶ Ibid, pg. 227.

Eis o resultado da defesa patológica que impõe um caráter compulsivo por permitir uma acessibilidade apenas fragmentária à cena do atentado. Esta representação compulsiva substituta, que deve seu caráter compulsivo menos ao seu valor intrínseco do que à sua relação contingente com um conteúdo de ordem sexual, se conecta por falsas ligações aos demais elementos comuns aos dois complexos representacionais – balconistas, riso, vestidos, sensação sexual; na tentativa de tornar seu discurso coerente, Emma acredita que “riam por causa de seu vestido e um dos balconistas excitou seu gosto sexual”.

Isto é o que Freud chama de ‘a *próton pseudos* histérica’: a mentira histérica, que tantos antes de Charcot atribuíam a uma fraqueza de caráter, é, na verdade, um erro psicológico que, dado as suposições de Freud, é também um erro lógico; as lacunas abertas pela repressão dos elementos alucinados impedem que as histéricas façam, baseadas em certas premissas, as mesmas induções que os demais membros da comunidade fariam. Apoiadas em premissas falsas ela chega a conclusões igualmente falsas.

No caso de Emma, a maneira de evitar que ‘os balconistas riam de seu vestido’ é não indo sozinha a uma loja. O erro lógico, consequência deste processo primário, resulta de um processo de natureza negativa. Isto é, dado o modelo teórico do *Projeto*, não é pela realização do desejo, mas da fuga do objeto hostil que deriva a conclusão falsa expressa no sintoma.

A justificativa de Emma é uma falsa ligação ¹⁷⁷ com o complexo perceptivo daquele momento motivada pela tentativa de tornar o fato coerente com a liberação sexual atual. Uma percepção toma o lugar de uma recordação quando, na verdade, esta liberação deriva de uma recordação, ou seja, de uma percepção feita no passado.

Atente-se que é condição indispensável para tanto que já tenha sido incorporado ao ‘eu’ o signo de qualidade ‘vestido’ como elemento denotativo de um outro grupo de sensações; em outras palavras, a cena II (do merceeiro) deve ser um fato histórico

¹⁷⁷ O mesmo tipo de falso enlace é estabelecido pelo paciente com o analista quando atualiza uma recordação numa percepção. Esse é um ponto de partida para a elaboração do fundamento teórico da associação livre que também é corroborado quando Freud se vale de um pressuposto utilizado no ensaio sobre as afasias, de que é mais fácil reconhecer do que recordar espontaneamente. Podemos entender que o analista funciona como este elo, que, embora falso, representa uma ferramenta de estímulo à recordação e ao restabelecimento do elo correto.

inequívoco e ter sido, em algum momento, objeto da percepção do agente, no caso, Emma.

Toda palavra tem um sentido convencional partilhado pela comunidade de falantes, há, porém, uma dimensão privada de cada uma delas definida pela posição que passam a ocupar na rede de representações que constitui a subjetividade de cada um. Esta relação entre o sentido convencional e o individual deve poder ser percorrida sem problema pelo próprio sujeito.

Retomando um exemplo anterior, o soldado debate-se por uma determinada bandeira e pode oferecer uma justificativa congruente deste ato pela posição que estas representações foram assumindo e se relacionando em seu ‘eu’, na massa de representações subjetivas. É o que se sucede em todas as situações, exceto em uma bem específica: no símbolo histórico. Este sentido privado é ignorado pelo próprio agente que o constituiu. Ou seja, o neurótico confere qualidades a determinado afeto ou sensação que até ele mesmo desconhece.

Suponhamos que a percepção dos vendedores que riem evoque uma vivência desagradável ou de desprazer, mas que não esteja relacionada com uma sensação sexual, ou seja, não tenha a capacidade de ser recordada com mais intensidade do que vivenciada. O ‘eu’ disporia de um mecanismo que permitiria que o afeto atual não fosse relacionado ao percebido sem que fosse impedida sua virtual relação com uma vivência remota. A irrupção de um processo primário póstumo impede sua ocorrência quando a cena recordada pela percepção atual tem natureza sexual, uma natureza bem diferente daquela quando foi percebida e inserida no circuito do desejo ideada como delegada da fome.

Diferente de toda recordação que ocorre com o ‘eu’ já constituído, esta se dá segundo um regime de funcionamento primário abandonado há muito pela vida de vigília. É uma recordação por imagem, em vez de uma recordação por palavra; dá-se um processo primário no interior do processo secundário.¹⁷⁸ Em outros termos, o processo

¹⁷⁸ O resultado da irrupção de um processo primário póstumo não é justificado teoricamente como uma solução de compromisso entre as duas formas de funcionamento do aparelho psíquico. Esta deficiência somente começa a ser suprida com a hipótese das estratificações mnêmicas do aparelho psíquico, quando o sintoma pode ser entendido como um composto em que se amalgamam interesses conflitantes e assim se precipitam na consciência. Em carta a Fliess em 01 de janeiro de 1896, Freud fala em processos inibidos e não-inibidos pelo pensamento e começa a fundamentar de maneira mais consistente o sintoma neurótico

primário póstumo não cria novos caminhos de eliminação – novas memórias – ele apenas atualiza, com intensidade perceptiva, antigas facilitações.

A compulsão de Emma é consequência do impedimento que a defesa patológica estabelece para que todo um complexo ideativo possa ser invocado com todos os seus elementos. Esta é uma tarefa apenas do elemento substituto ‘vestido’, sobre o qual recai todo investimento deslocado do complexo do qual ele é símbolo. Como o ‘eu’ não pode interferir na sobrecarga afetiva liberada pela ideação de uma sensação sexual antes ideada como não sexual, o resultado é a desocupação de caminhos de eliminação, que passam a não poder ser reocupados, sob pena de uma nova geração de quantidades endógenas e a vivência de mais desprazer.

No caso Emma, este complexo ideativo relacionado com a sensação sexual é substituído pela representação ‘vestido’, é do tipo copiosamente intensa e passa a funcionar como delegada do complexo ideativo do ‘atentado’:

“A expressão ‘copiosamente intensa’ aponta para características quantitativas; é sugestivo supor que a repressão teria o sentido quantitativo de um despojamento de Q, e que a soma de ambas [compulsão e repressão] seria igual a soma normal. Pois se modificou apenas a distribuição, à A (*no caso de Emma ‘vestido’*¹⁷⁹) acrescentou-se algo que foi retirado de B. O processo psicológico é o de um deslocamento, tal como travamos conhecimento no sonho, portanto um processo primário”.¹⁸⁰

Emma substitui todo o complexo por um único elemento. O deslocamento afetivo tem como consequência a substituição de um conjunto de idéias por uma que passa a funcionar como sua delegada. O que se dá é que o processo primário desvia o curso do

como uma resultante entre vetores antagônicos. Torna-se mais compreensível a afirmação, feita ainda no *Projeto*, de que cada um dos processos – primário e secundário no *Projeto*, inibido e não-inibido na referida carta – é correto em si mesmo sendo apenas o precipitado sintomático incorreto. Como nos faz ver Simanke, “esboça-se aí uma lógica do inconsciente, em que este último desconhece a negação, a qual só passa a ser possível após a transação que franqueia às representações o seu acesso à consciência”. Simanke, R.T., *A Formação da Teoria Freudiana das Psicoses*, pg. 93, Rio de Janeiro, Ed. 34, 1994.

¹⁷⁹ Comentário meu.

¹⁸⁰ Freud, S., *Projeto de uma Psicologia*, pg. 224, in Gabbi Jr., O.F., *Notas a Projeto de uma Psicologia: As Origens Utilitaristas da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003.

pensar e impede que ele pense com todos os registros mnêmicos implicados com certa vivência.

Dado o fundamento quantitativo por meio do qual Freud busca interpretar qualquer fato psicológico, o único atributo do complexo reprimido veiculado pela idéia compulsiva é sua carga afetiva cujo destino, a representação ‘vestido’, é justificado por ter sido, em algum momento da história da jovem, simultânea àquele.

Algo totalmente coerente com uma teoria que pretende tomar a física newtoniana como modelo e sua concepção material de causalidade: entre causa / origem – o complexo ideativo do atentado – e seu efeito / destino – a representação compulsiva histórica – é transferida apenas quantidade de movimento:

“O recalçamento não se dá pela construção de uma idéia antitética excessivamente forte, mas sim pela intensificação de uma idéia limítrofe, que, a partir daí, passa a representar a lembrança recalcada no fluxo do pensamento. É possível chama-la idéia limítrofe porque, de um lado, ela pertence ao ego e, de outro, é uma **parte não distorcida** da recordação traumática/alucinação. Mais uma vez, portanto, ela resulta de um compromisso; este, porém, não se manifesta numa substituição baseada em alguma categoria regida pela lógica, e sim num deslocamento da atenção ao longo de uma série de idéias ligadas por simultaneidade temporal”.¹⁸¹

A única propriedade do complexo reprimido que é deslocado para seu símbolo é a quantidade de movimento. Exceto esta, tal como almejava o *Projeto*, a representação histórica substituta não veicula nada mais do que a propriedade que a acompanhava quando de sua percepção.

Entretanto, se interpretarmos o caso Emma atentamente, a definição do símbolo é apenas parcialmente justificada pelo modelo mecânico: houve uma percepção que estabeleceu uma facilitação privilegiada entre ‘vestido’ e atentado. Se o despojamento do afeto relacionado ao complexo afetivo ‘atentado’ pode ser explicado quantitativamente,

¹⁸¹Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 170, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986. Essa definição de recalçamento e as formações sintomáticas decorrentes do sintoma como um representante intensificado, mas não distorcido, de seu registro mnêmico é compatível com o método terapêutico da catarse.

este modelo, porém, parece incapaz de justificar o por que ‘vestido’ é tomado como símbolo e não qualquer outra representação simultaneamente presente.

O fato é que o modelo mecânico dá sinais de limitações diante das exigências impostas pelos fatos clínicos que Freud pretende explicar¹⁸². Qualquer um dos elementos comuns às duas situações vivenciadas, à cena do merceeiro e à cena dos balconistas, é símbolo histórico em potencial por estar em pontos de convergência de duas linhas de pensamentos. Neste caso, no entanto, o elemento ‘vestido’ é o que assume este papel. Freud até consegue explicar por que um elemento simultâneo como ‘vestido’ toma o lugar de um outro mais remoto, mas não fundamenta o motivo deste algo ser tomado pela sua distância associativa com a natureza sexual do elemento do qual ele se coloca como símbolo.

Podemos repetir, no novo contexto teórico delimitado pelo *Projeto*, uma interrogação levantada tanto por Breuer como pelo próprio Freud nos *Estudos sobre a Histeria*: ‘Se todos os elementos componentes do complexo ideativo da cena traumática são virtuais símbolos históricos o que define determinada forma de simbolização?’

A diferenciação dos níveis de facilitações determinada pelo acúmulo de quantidade é incapaz de justificar a ‘escolha’ do delegado vestido por ser o mais inocente; nas palavras do próprio Freud: “a totalidade do complexo é delegado na consciência por meio de uma idéia: vestidos, evidentemente a mais inocente”.¹⁸³ Por inocente, entenda-se, a que tenha um sentido que requeira uma maior complexidade associativa para evocar um sentido sexual.

Buscando a defesa tratar o registro de certa vivência como ‘non-arrivè’, estabelece-se uma via de escoamento que ‘negue’ a ocupação do complexo ideativo

¹⁸² Segundo Gabbi Jr, diante desta limitação do modelo mecânico, Freud se vale de um modelo químico que já teria sido invocado na interpretação do caso Emma: “o modelo mecânico, recorrendo unicamente às quantidades presentes, supõe que aquilo que se retira de um lugar é colocado em outro. Neste sentido, Freud pôde assinalar que a toda compulsão corresponde a uma amnésia. Por sua vez, o modelo denotativo pode produzir um resultado, um elemento novo, que não seja igual à soma de suas partes.(...) Na análise de Emma, Freud já usou o modelo químico, pois os elementos obtidos da descrição analítica estavam apenas de forma potencial nos elementos descritos de forma fenomenológica. Portanto, podemos suspeitar que o modelo denotativo seja um modelo químico e não mecânico. A forma de compor os dois é obviamente uma questão empírica”. Gabbi Jr., O.F., Notas a Projeto de uma Psicologia: As Origens Utilitaristas da Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003.

¹⁸³ Idem, pg. 228.

hostil. Esta negação será tanto mais efetiva quanto menos atributos em comum com a representação rechaçada a representação compulsiva despertar na consciência.

Mas falar em atributos como condição para o curso de Q é invocar a qualidade para desempenhar um papel teórico que talvez não fosse interessante para uma teoria psicológica que aspira tomar a ciência natural como modelo.

Em *Algumas Considerações...*, Freud argumentou que as paralisias históricas se constituem de acordo com a linguagem comum em vez da anatomia: ‘afirmo, ao contrário, que a lesão das paralisias históricas deve ser totalmente independente da anatomia do sistema nervoso, uma vez que a histórica comporta-se nas suas paralisias e em outras manifestações como se a anatomia não existisse ou como se ela não tivesse nenhum conhecimento da mesma’.

Como a concebe o *Projeto*, a palavra é o que fixa a fluidez da sensação e o que permite a realidade do pensar. Na paralisia histórica, essa relação palavra e representação objeto é rompida e, conseqüentemente, esta não pode mais ser evocada pelo processo de pensar. É disso que decorrem as paralisias, é isso que pode ser definido como paralisia em representação: a perda da capacidade de determinada representação objeto de ter realidade para o pensar.¹⁸⁴

Ora, se a linguagem comum é tomada no *Projeto* como signo de qualidade do pensar, dizer que a qualidade prevalece sobre a quantidade é conferir um papel de grande relevância à linguagem para justificar a fuga da ameaça de desprazer.

Já no final da primeira parte do *Projeto*, Freud torna relativo a determinação quantitativa no destino do deslocamento primário no fenômeno onírico. O desprazer consciente de uma idéia é função da quantidade que ela veicula, a intensidade de seu desinvestimento afetivo pode ser entendida por uma equação proporcional em que a única variável é Q. Em outras palavras, Q empresta o motivo para o deslocamento. Mas a forma

¹⁸⁴ Recordar normalmente é recordar pela palavra que é índice de realidade para o pensar; não deixa de ser uma alucinação auditiva que, na ausência do objeto real, se coloca como uma representação deste. Aliás, a recordação normal é uma percepção despida de todos os elementos sensoriais que foram concomitantes ao ato psíquico que a constituiu, exceto, evidentemente, a imagem acústica. É uma forma de realização de desejo não tão radical quanto a que se dá pelo elemento visual da representação objeto. Até que se encontre o fundamento teórico do sintoma como realização de desejo, a fala, entendida aqui como a representação acústica, tem dupla inserção nos dois circuitos de eliminação. Em uma circunstância, ela substitui e evita / nega, o retorno do reprimido, na outra, torna presente o objeto do desejo. Mas, até aqui, não resulta de um compromisso entre dois motivos conflitantes.

de executá-lo ou a ‘escolha’ da representação a ser super-investida pelo afeto deslocado parecem reclamar outras propriedades.

Esta é uma questão que mobiliza toda a argumentação da Parte III do *Projeto*. Nos processos primários, a primazia da série prazer/desprazer se faz valer. Nos processos secundários, por seu turno, esta importância é relativa e a série qualitativa assume um papel de relevância no rumo de Q.

Nesta parte do *Projeto*, Freud descreve uma modalidade de pensar: o pensar teórico. Este é o processo psíquico por excelência que estabelece seu curso associativo mais independente da série prazer / despreazer justamente por se dar mediante um pequeno deslocamento quantitativo. Nesta atividade psíquica, os caminhos de eliminação de Q passam a ser função da qualidade quando veiculados à consciência pelo signo de qualidade da palavra.

Ora, mas as circunstâncias quantitativas do processo secundário – grandes níveis de quantidade ligada com pequeno deslocamento – não estão presentes na recordação alucinatória de uma vivência sexual. No processo primário que aí se estabelece, as irrupções de grandes Qs parecem repor a primazia dos fatores quantitativos como único critério na determinação da manifestação sintomática. O sintoma assume um caráter espasmódico e negativo, a natureza de uma desordem, que em nada combina com o que há de positividade em sua natureza conflituosa indicada pela clínica.

A linguagem, pelo menos da forma que Freud a concebe no *Projeto*, não foi um instrumento eficiente para fundamentar teoricamente a continuidade entre o normal e o patológico que parecem continuar totalmente independentes logicamente. Isto está claramente refletido em várias dicotomias que se estabelecem ao longo da argumentação teórica desfilada neste escrito: entre as duas vivências fundamentais – de satisfação e de dor; entre sintoma e desejo/sonho¹⁸⁵, entre interno e externo, entre fala e quantidade.

¹⁸⁵ Esta dicotomia impede que o deslocamento nos sonhos e nos sintomas sejam geneticamente idênticos: nos sonhos, há deslocamento, alucinação e desejo sem repressão, nos sintomas, há deslocamento, alucinação e repressão sem desejo.

Seção 2

Outros esboços: um projeto retraçado

O modelo de aparelho psíquico desenvolvido no *Projeto*, embora nunca explicitamente invocado por seu autor, teve importantes desdobramentos teóricos. Por meio das várias correspondências entre Freud e Fliess, é possível rastrear a série de modificações de algumas das teses expostas nesta publicação póstuma, a qual aponta para soluções importantes no posterior desenvolvimento da psicanálise.

Nesta parte de nosso trabalho, tentaremos acompanhar estas alterações, detendo-nos, sobretudo, nas modificações do modelo de aparelho psíquico, que se orientaram no sentido de equacionar os impasses entre as evidências clínicas e a série de pressupostos caros à ciência natural, para os quais Freud não deixou de reivindicar um importante papel epistemológico.

Este rearranjo teórico foi premido basicamente por dois aspectos deixados em aberto pelo *Projeto*, mas que, para Freud, pareciam incontestes evidências empíricas: a repressão do prazer, que a clínica indicava estar na origem das neuroses obsessivas, e o caráter não automático da ‘escolha’ do sintoma neurótico. É plausível supor que estes dois impasses teóricos decorrem, direta ou indiretamente, da atitude conseqüente de Freud com sua proposta de descrever os processos mentais, sejam normais ou patológicos, em consonância com os cânones de uma psicologia que se pretende científica e natural. Como alerta Gabbi Jr., esta pretensão de Freud marca uma identidade epistemológica de um pesquisador que, tomando a psicologia como esfera de atuação: “(a) toma a física como modelo, (b) supõe que não haja diferença essencial entre fatos físicos e fatos psicológicos e (c) explica os processos pela gênese”.¹⁸⁶

A dificuldade de ‘expor os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados’ e descrevê-los em termos mecânicos já está refletida na insatisfação de Freud com as duas partes deste trabalho até então rascunhadas, conforme nos revela uma correspondência a Fliess de 08 de outubro de 1895:

¹⁸⁶ Gabbi Jr., Notas a Projeto de uma Psicologia: As Origens Utilitaristas da Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003.

“(...) até que agora, depois de um excesso de tortura mental, digo a mim mesmo com apatia: ainda não está e talvez nunca fique coerente. O que ainda não está coerente não é o mecanismo – posso ser paciente quanto a isso –, e sim a elucidação do recalçamento – cujo conhecimento clínico fez grandes progressos em outros aspectos. (...) Estou na trilha da seguinte pré-condição estrita da histeria: a de que deve ter ocorrido uma experiência sexual primária (anterior a puberdade), acompanhada de repugnância e medo; na neurose obsessiva, ela deve ter ocorrido acompanhada de prazer. Mas não tenho tido sucesso na elucidação mecânica; ao contrário, estou inclinado a ouvir a voz silenciosa que me diz que minhas explicações não são suficientes”.¹⁸⁷

A consideração clínica de que a cena originária da neurose obsessiva é acompanhada de prazer aponta um problema de difícil solução no âmbito de um modelo mecânico e demandará alguns deslocamentos teóricos.¹⁸⁸ No *Projeto*, o sintoma tem como protótipo a vivência de dor e a repressão é o fundamento comum das neuroses em geral, a qual visa, ainda que com conseqüências deletérias, evitar a irrupção de desprazer.

Em seu caráter inacabado, o *Projeto*, no que tratou das psicopatologias, deteve-se, basicamente, na abordagem da histeria. Mas como explicar, a partir dos pressupostos ali reclamados, a repressão do prazer que a clínica indicava estar na raiz das neuroses obsessivas? Ou, como o desejo pode ter conseqüências patológicas? Como articular desejo e sintoma?

Reproduz-se, no campo da psicopatologia, o mesmo impasse colocado à teoria dos sonhos, apresentada no *Projeto*, de explicar as lacunas oníricas sem se valer da repressão. Assim como no sonho, na neurose obsessiva deveria haver desejo sem repressão, já que, em termos quantitativos, repressão e prazer são, ambos, expressões de uma variação

¹⁸⁷Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 142, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

¹⁸⁸ Em carta a Fliess datada de 01 de janeiro de 1896, apenas cerca de três meses depois da conclusão da terceira e última parte do *Projeto*, Freud declara: “o curso da neurose obsessiva é o que me está mais claro, pois foi o que cheguei a conhecer melhor”. O fato de ter sido a histeria e não a neurose obsessiva – sobre a qual Freud dizia ter mais clareza dos acontecimentos – a que o modelo teórico do *Projeto* tenha abordado pode ser entendido como um indício do problema que se constituiu a explicação mecânica da repressão do prazer. Idem, pg. 160.

negativa da quantidade de movimento e, a rigor, não podem gerar motivos que se oponham um ao outro.

Além da neurose obsessiva, geneticamente relacionada ao desejo e que expunha limitações fundamentais do modelo de aparelho psíquico exposto ao longo das três partes do *Projeto*, Freud supõe a defesa patológica como uma versão regredida e primária da defesa normal, esta desenvolvida segundo o regime quantitativo secundário.¹⁸⁹

O automatismo deste processo primário, que determinaria a formação do símbolo histérico exclusivamente segundo a resistência, não se coaduna com o modo intencional da expressão sintomática nos moldes revelados pela clínica.

Como parece claro, a busca de um fundamento teórico para o que revelavam os fatos clínicos excede os limites do *Projeto*. Grande parte destes substratos, que será reagrupada no novo modelo de aparelho psíquico no capítulo VII de *Interpretação dos Sonhos*, pode ser fragmentariamente acompanhada ao longo das cartas a Fliess. Analisemos suas elaborações.

Desde *As Neuropsicoses de Defesa*, a defesa foi, aos poucos, sendo alçada à condição de mecanismo indispensável e comum a todas as grandes neuroses. Este processo opera em dois momentos: primeiramente, a dissociação da cota de afeto da idéia que, ‘desinvestida’, passa a formar um segundo grupo psíquico e, em segundo lugar, a realocação deste afeto junto a uma nova representação afinada ao ‘eu’. São, basicamente, duas as grandes dificuldades que se mostram, pelo menos com os fundamentos usados para a delineação do *Projeto*, intransponíveis: explicar, em ternos mecânicos, o destino do afeto deslocado pela defesa patológica – por que determinada representação, e não uma outra qualquer, ou seja, explicar a dimensão intencional do sintoma – e a repressão do prazer que caracteriza a neurose obsessiva, ou seja, como justificar, em termos

¹⁸⁹ Sendo o sintoma um ato psíquico regressivo, a questão, também extensiva aos sonhos, não é somente de por que a regressão se dá – para isto bastaria, nos sonhos, por exemplo, se valer da ausência de investimentos quantitativos provenientes da percepção, para justificar a inversão do fluxo preferencial –, mas por que ela ocorre daquela forma específica despertando determinado traço mnêmico e não outro qualquer.

puramente quantitativos, o embate entre repressão e prazer que caracteriza a neurose obsessiva, se os dois processos refletem um movimento no mesmo sentido, o repouso.

1. O problema da escolha da neurose e da articulação entre desejo e repressão

Se em *As Neuropsicoses de Defesa*, publicada em 1894, a explicação para a escolha da neurose recaía em larga escala sobre fatores hereditários, era crescente a convicção de Freud da importância da natureza da cena, se passiva ou ativa, se acompanhada de prazer ou não, como acontecimento etiológico diferencial na figuração da neurose. Em carta a Fliess de 15 de outubro de 1895, ele afirma: “a histeria é consequência de um choque sexual pré-sexual; a neurose obsessiva é consequência de um prazer sexual pré-sexual”.

¹⁹⁰

A carta de 16 de outubro de 1895 tenta explicar as consequências patológicas de uma vivência aprazível que a clínica indicava estar presente na neurose obsessiva. A primeira justificativa, que logo viria a ser preterida, estaria em uma vivência mais remota, acompanhada de desprazer que, recordada juntamente com a lembrança aprazível, emprestaria o motivo para a repressão.

Com o intuito de superar este impasse e uma série de dicotomias do *Projeto*, que acabavam por implicar uma descontinuidade entre o normal e o patológico, é proposto um novo esquema do aparelho psíquico com uma alteração, significativa e rica em consequências, que está contida na correspondência de 01 de janeiro de 1896.

Neste novo esquema, os neurônios ω são colocados entre os neurônios Φ e os neurônios Ψ , de modo que ω recebe sua qualidade de Φ e não transfere nem qualidade nem quantidade para Ψ . Os neurônios ω apenas excitam Ψ , indicando as vias a serem tomadas pela energia livre, de origem exclusivamente endógena, que circula no interior destes. As quantidades livres em Ψ não afetam ω . Estes processos seriam inconscientes e só se tornariam conscientes de forma secundária, isto é, só atingiriam ω , quando ligados ao processo de descarga e percepção vinculado à associação verbal. Os processos de percepção propriamente ditos, por seu turno, só tem efeitos psíquicos, isto é, só excitam Ψ , depois de se tornarem conscientes.

¹⁹⁰ Ibid, pg. 145.

A percepção não implica nenhum aumento quantitativo ao sistema. Seu efeito é o de, despertando a consciência, influir de modo apenas indireto em Ψ .

A concepção de trauma concebida por Freud e Breuer já representava uma inovação em relação à adotada por Charcot: um trauma deveria impor uma grande quantidade de movimento ao ego, a ponto de impedir uma reação segundo o processo secundário. Um novo incremento nesse conceito em relação à concepção charcotiana é insinuada, em grande parte, pela interpretação do caso Katharina, quando Freud relacionou o despertar de suas conseqüências deletérias com a recordação, e não com sua vivência. Foi suposta a necessidade de dois momentos para a efetivação etiológica do trauma. Agora, com a suposição de que a sensação não impõe nenhuma Q à Ψ externa ao sistema, o clássico modelo de trauma é definitivamente abandonado.

Esta mudança, que elimina a oposição quantidade externa / quantidade interna, desfaz uma dicotomia da qual derivavam importantes impasses conceituais. No *Projeto*, as quantidades de origem endógenas estavam relacionadas com as vivências de satisfação, noção de desejo e os próprios atos de pensar e falar, enquanto, paralelamente e em uma série totalmente independente, as quantidades exógenas estavam relacionadas à repressão, cujo protótipo era a própria vivência fundamental de dor.

Ainda que às custas da criação de algumas dificuldades, essa alteração representa um importante avanço no sentido de palmilhar o caminho contínuo entre o normal e o patológico. Para tomarmos um exemplo, a origem distinta de Q , que marcava uma oposição entre a formação onírica e sintomática, passa a ser tomada como coincidente, de modo que sonhos – que viriam a ser definidos como o paradigma normal dos processos patológicos – e sintomas podem ser considerados segundo os mesmos fatores condicionantes.

A dicotomia que esta modificação se esforça por superar remete às diferenças de procedência do afeto envolvido na separação nosográfica entre neuroses atuais e psiconeuroses. Àquelas estariam relacionadas um incremento somático, que atua por somação, enquanto as psiconeuroses, apesar da suposição dos neurônios secretores, são

derivadas de reações a um perigo externo – no caso, a sexualidade ‘prematuramente inoculada no infante – que irrompe de forma brusca, num único impacto.’¹⁹¹

Antes que o trauma perdesse preponderância etiológica, à novidade da hipótese do duplo trauma, que já representava uma modificação em relação à concepção charcotiana, assoma-se a de que a força traumática de uma vivência lhe é extrínseca. Ou seja, a ‘virulência’ de uma vivência independe de suas propriedades econômicas, passando a ser relacionada, exclusivamente, com as associações que despertam alguma relação com a vivência sexual precoce.

Perde o sentido, também, se continuar supondo a vivência de dor como protótipo do patológico. Este papel caberá, dadas as sucessivas alterações no modelo de aparelho psíquico que não tardariam a serem propostas, à vivência de satisfação, que terá a mesma fonte quantitativa do sintoma, uma fonte endógena.

As outras consequências dessas alterações são enumeradas pelo próprio Freud: a regra de defesa não se aplica mais às percepções ou aos signos de eliminação, mas apenas aos processos Ψ ; a alucinação não deve mais ser entendida como uma regressão a Φ , mas apenas a ω . O conflito determinante da neurose se dá entre quantidade e qualidade ou energia livre ou ligada.¹⁹²

O Rascunho K, anexo à carta de 01 de janeiro de 1896, assinala o que há de comum entre as três entidades nosográficas decorrentes de uma defesa anormal: são manifestações hipertróficas de estados afetivos normais decorrentes de vivências sexuais precoces. O desenvolvimento da doença em cada uma das neuroses de defesa segue, em geral, a mesma seqüência: (1) Experiência sexual precoce; (2) Alguma percepção ulterior estimula associativamente a recordação da vivência sexual precoce que se dá acompanhada de intenso desprazer, donde advém a defesa e a formação do sintoma

¹⁹¹ Com a paulatina perda de relevância teórica da hipótese de sedução, para a qual contribuíram questões de ordem clínica e teórica, será o modelo conceitual inicialmente usado para fundamentar as neuroses atuais que irá prevalecer.

¹⁹² Nesta carta, Freud já fala dos sintomas como compromisso. Podemos entender o pensar inibido como se já estivesse suposta a repressão do pensar e a repressão do desejo. E sendo a fala / linguagem condição para que o pensar se torne inibido, a própria fala já poderia, a essa altura, ser tomada como uma formação de compromisso.

primário; (3) Fase de defesa relativamente bem sucedida apesar do sintoma primário; (4) Retorno do recalcado com formação de novos sintomas.

Dado que as neuroses, de uma maneira geral, possuem um fator etiológico sexual, a especificidade de cada uma delas – histeria, obsessão, paranóia – deverá ser buscada no tipo de relação entre suas causas e as respectivas manifestações sintomáticas. Sendo tão variadas e ampliando a atuação das vivências individuais, tendo em vista que a hereditariedade foi excluída como fator condicionante, as múltiplas possibilidades da relação da manifestação sintomática com sua etiologia específica requerem um modelo de aparelho psíquico que as justifique.

Em outras palavras, devem-se encontrar os determinantes da forma com que um sintoma atualiza uma vivência remota e, conseqüentemente, da configuração de quadros mais ou menos fixos classificados em entidades nosológicas próprias. Por seu turno, sabemos que esta atualização é, em si, um ato defensivo, e envolve um mecanismo psíquico a partir do qual as diferentes manifestações sintomáticas, um dos traços que identificam cada uma das entidades nosográficas, são determinadas:

“as principais diferenças entre as várias neuroses aparecem na maneira como retornam as idéias recalcadas; outras se evidenciam no modo como se formam os sintomas e no rumo tomado pela doença. Mas o caráter específico de uma determinada neurose reside na maneira como se realiza o recalçamento”.¹⁹³

No rascunho K., Freud, retomando uma idéia do Projeto, reafirma que os diversos quadros neuróticos estão em germe na normalidade. O grau extremo de um conflito leva à histeria, de uma auto-recriminação à neurose obsessiva, de uma mortificação à paranóia e do luto à amênia alucinatória aguda. Não só suas expressões mas as próprias condições de possibilidade são assemelhadas a seus protótipos afetivos normais. Há, porém, dois fatores restritivos na patologia: que sejam afetos sexuais e que sejam despertados num período pré-sexual. A continuidade entre o normal e o patológico ganha uma sustentação teórica mais consistente, embora, como não deixa de reconhecer Freud,

¹⁹³ Ibid, pg. 165.

as manifestações afetivas precisem ser ampliadas pela disposição hereditária para que extrapolem os limites da normalidade e alcancem o campo do patológico.¹⁹⁴

Quanto à escolha da neurose, Freud procura desincumbir a hereditariedade como determinante – uma observação adicional em relação ao preconizado em *As Neuropsicoses de Defesa* – mas ainda não definira, estamos em janeiro de 1896, que fato viria a substituí-la. Despindo os fatores constitucionais deste papel, o que determina, então, a forma de cada um dos mecanismos defensivos?

(A) Histeria

A histeria deriva de uma defesa contra uma experiência sexual precoce de desprazer. Diferentemente da neurose obsessiva, o resultado da defesa não se manifesta seguindo associações lógicas ou conceituais ou, nas palavras de Freud, “pela **construção** de uma idéia antitética excessivamente forte, mas sim pela intensificação de uma idéia limítrofe que, a partir daí, passa a representar a lembrança recalcada no fluxo do pensamento”.¹⁹⁵ A metáfora espacial é pertinente, diz Freud, pois a idéia, de um lado, pertence ao ego e, de outro, é uma parte não distorcida da recordação traumática. Esta idéia símbolo não sofre distorção lógica ou temporal. Embora represente um compromisso entre motivos conflitantes, sua ‘escolha’ dá-se por sua relação de simultaneidade temporal com a representação recalcada.¹⁹⁶ Essa relação específica com o complexo recalcado é o que a credencia como símbolo: “Caso o evento traumático encontre saída numa manifestação motora, será esta que irá se transformar na idéia limítrofe e no primeiro símbolo do material recalcado”.¹⁹⁷ No que concerne à histeria, portanto, a hipertrofia da representação patológica, e sua conseqüente importância afetiva, decorrem de sua proximidade temporal com o complexo ideativo traumático.

(B) Neurose Obsessiva

¹⁹⁴ Ibid, pg. 163.

¹⁹⁵ Ibid, pg. 170.

¹⁹⁶ Ibid, pg. 170.

¹⁹⁷ Ibid, pg. 170.

O traço etiológico marcante da neurose obsessiva é o prazer relacionado à vivência sexual precoce. Quando recordada, o desprazer implicado é acompanhado, inicialmente, de uma auto-recriminação consciente e, mais tarde, com a repressão desta, de um sintoma antitético, a *conscienciosidade*, que passa a se apresentar na consciência no lugar da representação reprimida. Dá-se um deslocamento ao longo de uma cadeia de inferências: recrimino-me por certo acontecimento. Para que as outras pessoas não tomem conhecimento, tenho uma atitude obsessiva que, sendo a antítese do que me envergonha, me empresta um salvo-conduto.

Na neurose obsessiva, não é difícil reconhecer, há uma relação bem mais complexa entre o sintoma – o termo final desse encadeamento lógico que se precipita na consciência – e a sua etiologia do que na histeria, cujo processo repressivo, como o próprio Freud afirma, não se constitui uma oposição, que pressupõe uma relação lógica, entre a representação compulsiva e a representação reprimida.

A explicação para o desprazer que empresta o motivo para a repressão, que Freud põe na conta de uma teoria da sexualidade,¹⁹⁸ é, de início, vacilante entre sua vinculação a uma vivência nos anos posteriores e a uma vivência sexual desprazível ainda mais precoce. Pelo menos em princípio, a segunda será priorizada como justificativa para a repressão do prazer, o que acabará por implicar um germe de histeria em toda neurose obsessiva.

Na neurose obsessiva, o retorno do recalcado (da representação outrora despojada do afeto) dá-se segundo uma trilha bem mais tortuosa do que a percorrida na histeria: liga-se a um conteúdo distorcido no tempo – relaciona-se com uma ação contemporânea ou futura – e no teor – e a uma representação análoga: “a idéia obsessiva é produto de um compromisso, correta no que tange ao afeto e à categoria, mas falsa em decorrência do deslocamento cronológico e da substituição por analogia”.¹⁹⁹ O conteúdo do sintoma, ou a recordação que ele encerra, é suprido pelo conteúdo da cena traumática atualizado por vias lógicas (similaridade).²⁰⁰

¹⁹⁸ A necessidade teórica dos Três Ensaio sobre a Sexualidade começa a se constituir.

¹⁹⁹ Ibid, pg. 166.

²⁰⁰ Assunção de um germe de histeria em toda obsessão também significa que as vias conceituais/lógicas, que representam a conexão entre a cena traumática e sua manifestação sintomática específica, são precedidas por uma ligação de contigüidade. Ou seja, a similaridade depende de uma simultaneidade prévia.

(C) Paranóia

Além da neurose obsessiva, neste momento, a paranóia também é alicerçada em uma experiência primitiva de desprazer. Ou seja, a histeria é a neurose paradigmática, da qual as demais são variações definidas por critérios ainda desconhecidos. Freud, no rascunho K, descreve assim a paranóia:

“A experiência primária parece ser de natureza semelhante à da neurose obsessiva; o recalçamento ocorre depois que a lembrança dela libera desprazer – como, não se sabe. No entanto, não há formação e recalçamento posterior de uma auto-recriminação; em vez disso, o desprazer gerado é dirigido para os semelhantes do paciente, segundo a fórmula psíquica de projeção”.²⁰¹

Se, na neurose obsessiva, há uma distorção lógica e temporal na determinação do complexo substituto, e na histeria apenas uma intensificação de uma idéia temporalmente coincidente, as recordações paranóicas retornam, exceto pela distorção temporal, de forma inalterada por meio de imagens percebidas no presente. São recordações que carregam elementos sensoriais a ponto de confundirem com um processo perceptivo normal, o antigo é tomado pelo atual e o interno pelo externo:

“o que retorna pode ser somente um afeto constritor, ou também a lembrança. No segundo caso, com o qual estou mais familiarizado, o conteúdo da experiência retorna como um pensamento que ocorre ao paciente, ou como uma alucinação visual ou sensorial. O afeto recalcado parece retornar, invariavelmente, em alucinações de vozes”.

²⁰²

Enquanto na histeria e na obsessão a ocultação do reprimido dá-se pelo deslocamento para uma representação que, por isso, torna-se compulsiva, no caso da paranóia, recai sobre o mecanismo de deslocamento projetivo a função de burilar o

²⁰¹ Ibid, pg. 168.

²⁰² Ibid, pg. 168.

retorno do recalçado, de modo a disfarçá-lo, em vez de se valer de atitudes antitéticas, como se dá na neurose obsessiva.

A forma de atuação do mecanismo psíquico típico da paranóia é a projeção, e Freud sugere que a recusa em acreditar – em vez da auto-recriminação, a alo-recriminação – implica um processo de pensamento mais elaborado, o que, segundo ele, pode indicar que o recalçamento se dê numa idade mais avançada. Por enquanto, Freud sugere, sem mais aprofundamentos, a possibilidade de que fatores acidentais e temporais podem ter relação com a especificidade do mecanismo envolvido.

Seja o sintoma histérico, obsessivo ou paranóico, todos encerram um processo psíquico recordativo que se constitui sintomático por desencadear um efeito retardado de um trauma sexual precoce. No contexto do *Projeto*, a diferença entre uma recordação alucinatória patológica – segundo regime do processo primário – e uma recordação normal – segundo o regime secundário – era basicamente em função dos níveis de quantidade envolvidos e o descompasso entre o amadurecimento sexual e psíquico. O resultado da evocação recordativa patológica era determinado pelas quantidades relacionadas a cada um dos traços mnêmicos, e o sintoma refletia o deslocamento quantitativo para a representação substituta. Se o sintoma é uma forma anormal de recordação, e toda recordação é uma forma mais ou menos acentuada de regressão, o que determina a orientação dessa recordação / regressão? A questão levantada desde o *Projeto*, sobre a ‘escolha’ desta representação substituta, seja na formação do símbolo patológico ou do símbolo onírico, começará a ser respondida por meio do substrato teórico implicado no modelo de memória estratificado.

Na carta de 30 de maio de 1896, o modelo teórico sugerido se vale do fundamento cronológico para explicar a escolha da neurose. A hipótese é a de que a recordação de uma vivência sexual, em uma época posterior, produz um excesso de sexualidade na psique impossível de ser inibida.²⁰³ Acredita Freud que o efeito dessa vivência sexual

²⁰³ Como indica Gabbi Jr., essa estratificação do aparelho psíquico foi um recurso teórico fundamental para a explicação da repressão do prazer.

precoce ou a definição do mecanismo de defesa correlativo para tratar com o excesso de sexualidade liberado são funções do período da ocorrência traumática. Em outras palavras, o efeito de uma vivência etiológicamente importante, que determinará a forma de sua recordação e se refletirá na especificidade sintomática e, conseqüentemente, na ‘escolha’ da neurose, depende das normas que regem a relação entre os traços mnêmicos inscritos em determinado período da vida:

- **A Época Ia:** a evocação de uma vivência sexual ocorrida até 04 anos de idade desencadeia uma defesa patológica conversiva. A defesa é patológica, porque implica um incremento afetivo que se reflete como desprazer; é conversiva, pois os resíduos mnêmicos não se traduzem em imagens verbais e se realizam no corpo. Se tomarmos a conversão como o mecanismo típico da defesa histérica e considerarmos que sua manifestação patológica seja condicionada pela inexistência das representações lingüísticas, poderemos inferir que a fala ou, para usarmos uma terminologia do ensaio sobre a afasia, o acesso à representação palavra está sendo tomado como um condicionante da ‘escolha’ da neurose. A histeria pode ser definida como uma espécie de afasia em que determinada experiência traumática, por ter ocorrido em uma fase pré-lingüística, só pode ser recordada por meio de um sintoma corporal. A esta altura, o período em que a cena é evocada e reprimida não tem relevância no que concerne à escolha da neurose.
- **A Época Ib:** por já estarem associadas às palavras, os traços mnêmicos registrados nessa fase, entre 04 e 08 anos, e evocados em outra época, ocasionam um deslocamento repressivo que forma um representante deformado da experiência traumática original. Esta idéia substituta está vinculada por relações lógicas (lingüísticas) com o complexo ideativo desinvestido.
- **Época II:** as vivências cujas recordações suscitam uma defesa projetiva devem ter ocorrido em um período posterior à segunda dentição, que se completa entre os 08 e os 10 anos.

Além destes três períodos, Freud supõe outros dois, de transição, que vão dos oito aos dez anos e dos treze aos dezessete anos. Seriam nestas fases em que ocorreriam as vivências alusivas ao trauma primário e que emprestariam motivo à repressão.

Podemos constatar que a forma de operação da defesa é moldada de acordo com o tipo de relação entre os traços mnêmicos que vigorava à época da vivência sexual precoce. A ação retardada dessa vivência se estrutura e se manifesta segundo o regime de funcionamento da época em que esta se deu. Dessa forma, o tipo de distorção que a recordação sintomática expressa depende da fase da vida em que ocorreu a inscrição do traço mnêmico. Por esta razão, é inócua na definição da ‘escolha’ da neurose a época em que ocorre a evocação do trauma, ou seja, o período em que se deu a repressão.

Além do sintoma, apontado como um produto híbrido resultante da interação conflituosa entre repressão e desejo, a própria consciência é apresentada como uma solução de compromisso, derivada do processo de recalçamento, entre um tipo de processo psíquico inibido pelo pensamento e um outro não-inibido. Essas forças, diz Freud, são racionais (Korrekt) em si mesmas e interagem de modo que podem ser inferidas pelos resultados,²⁰⁴ que só aparentemente são irracionais (inkorrekt) (análogos a um erro de pensamento).

Se enfocarmos o problema do caráter aparentemente aleatório do sintoma, para o qual o *Projeto*, a partir de seus pressupostos mecanicistas, não apresentou uma solução razoável, podemos ler, nesta passagem, uma tentativa de conferir um fundamento teórico para o caráter racional do sintoma.

O comunicado da carta 52, de 06 de dezembro de 1896, postula a multiplicidade dos registros mnêmicos. Lembrando o modelo de aparelho de linguagem, que adotava os ensinamentos do inglês Hughlings Jackson²⁰⁵, os quais supunham uma estratificação

²⁰⁴ A rigor, o arcabouço teórico do *Projeto* não fundamenta a possibilidade dessa inferência. O que se pode inferir de um pensamento/fala, no contexto teórico deste escrito, é o desejo que ele veicula, mas absolutamente nada do sintoma.

²⁰⁵ No ensaio sobre afasia, Freud defende que a função de fala apresenta certa hierarquia, que é definida por uma série de fatores: ordem de apreensão – uma língua apreendida posteriormente tende a ser comprometida primordialmente –, complexidade da função, bem como a frequência de sua utilização. Uma

mental em níveis funcionais, o aparelho psíquico ora apresentado, ajustado para uma teoria das neuroses, estabelece diferentes níveis de organização dos elementos mnêmicos regidos, cada um deles, segundo relações próprias. O sintoma perde seu caráter aleatório e automático e pode ser entendido como um ato psíquico orientado pelas regras de seu ‘fuero’:

“Estou trabalhando com a hipótese de que nosso aparelho psíquico tenha-se formado por um processo de estratificação: o material presente sob a forma de traços mnêmicos fica sujeito, de tempos em tempo, a um rearranjo, de acordo com as novas circunstâncias – a uma retranscrição. Assim, o que há de essencialmente novo em minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, e sim ao longo de diversas vezes, /e/ que é registrada em vários tipos de indicações”.²⁰⁶

A afecção mórbida de um aparelho mental estratificado pode ser apresentada mediante seu viés positivo, e não como uma mera desordem. Isso significa um importante avanço em relação à clássica noção de doença enquanto desorganização, que implicava uma descontinuidade entre o normal e o patológico. Diante da suposição de uma estratificação em níveis funcionais, a patologia pode ser definida não só como uma deficiência associativa, mas como uma regressão a níveis primitivos de organização mental.

Essa ênfase no aspecto positivo do patológico indica que os sintomas mórbidos, antes de meros efeitos, resultam de uma atividade efetivada pelo novo arranjo constituído pela doença.²⁰⁷

Freud propõe a existência de três registros e pelo menos cinco classes de neurônios:

função apreendida em tenra idade é menos complexa, mais organizada e tende a persistir intacta em detrimento a outras que não possuem esses atributos. Essa retranscrição a que se submetem os estímulos corporais em vias de acesso ao córtex cerebral é análoga à evocada por Freud em carta a Fliess, em dezembro de 1896. Como um passo para superar inconsistências do *Projeto*, é lançada a hipótese da estratificação mnêmica, fundamental para uma nova definição do mecanismo de repressão, a partir de então definida como uma falha no processo de transcrição.

²⁰⁶ Ibid, pg. 208.

²⁰⁷ Ibid, pg. 208.

- W /Wahrnehmungen/ (percepções): neurônios perceptivos, diretamente ligados à consciência e que nada retém;
- Wz /Wahrnehmungszeichen/ (indicação da percepção): estrato totalmente inacessível à consciência e que organiza os registros das percepções segundo associações por simultaneidade;
- Ub /Unbewusstsein/ (inconsciência): registro retranscrito das percepções, organizado segundo relações causais, igualmente inacessíveis à consciência;
- Vb /Vorbewusstsein/ (pré-consciência): é o registro ligado à representação palavra que passa a ser condição para a percepção consciente das excitações;

Para se fazer consciente, um estímulo deve ser transcrito em cada uma das instâncias do sistema e submetido aos princípios que regem a organização de cada um.²⁰⁸

Em três momentos específicos da vida, dá-se uma tradução de todo o material psíquico. O sintoma neurótico é a manifestação clínica de uma falha nessa tradução, passando a ser uma recordação que se efetiva segundo princípios distintos do atual. Se no modelo desenvolvido no *Projeto*, ainda em 1895, a repressão era secundária a um intenso desprazer decorrente de uma abrupta variação quantitativa, aqui a repressão, ou a não tradução, opera para que o desprazer não advenha. O que se ensaiava na Parte III do *Projeto* assume contornos mais nítidos: a qualidade toma o prumo da definição do curso de Q.²⁰⁹

O avanço teórico dessas mudanças em relação ao *Projeto* fica claro na medida em que permite a superação da dicotomia entre normal e o patológico que, naquele texto,

²⁰⁸ O que se esboça, neste momento, é o estabelecimento de instâncias regressivas de diferentes níveis e tipos de organização. É um modelo, inspirado em Hughlings Jackson, que empresta um substrato teórico para explicar o caráter intencional e não aleatório do sintoma tal como fazia crer a clínica. Cada uma dessas instâncias representa uma construção subjetiva de formas de realizações de desejo. Nestes termos, o sintoma passa a ser entendido como uma realização de desejo anacrônica que ignora as construções subjetivas mais recentes e se dá por vias remotas e que já deveriam ter sido abandonadas.

²⁰⁹ É nesse sentido que Gabbi Jr. declara: “Freud está convicto de que construiu uma nova psicologia, diferente daquela presente no *Entwurf* (Projeto de uma Psicologia). A distinção essencial reside na relação entre fala e quantidade, completamente invertida. Os efeitos de tradução de um sistema para outro determinam o destino da quantidade. Assim, (...) o destino da quantidade é função do processo de transcrição. (...) Freud indica com clareza a nova relação entre fala e linguagem quando observa: ‘a falta de tradução é o que se chama clinicamente de repressão’. (...) A repressão é concebida como um processo intencional e não como uma força cega que age a partir de uma certa elevação quantitativa”. Gabbi Jr. Racionalidade, sentido e referência, pg. 128, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1994.

representava um desdobramento inevitável da separação entre as duas vivências fundamentais. É estabelecida uma linha contínua entre a recordação alucinatória, dita como patológica, e as recordações que se fazem conscientes por meio da imagem acústica da palavra. A própria fala, antes exclusiva do circuito de desejo, pode ser entendida como uma forma atenuada de expressão sintomática que atualiza, mediante a imagem acústica, antigas percepções.

Devido ao descompasso entre desenvolvimento psíquico e sexual, somente as sensações dessa ordem têm a capacidade de despertar um desprazer extra ao de sua vivência quando são traduzidas: “o que determina a defesa patológica é a natureza sexual do evento e a sua ocorrência em uma fase anterior”.²¹⁰ Podemos verificar que o incremento afetivo das sensações sexuais, antes explicado por uma única mudança, que se dava entre os 10 e 12 anos, ou juntamente com a segunda dentição, passou a ser suposto como ocorrendo em uma idade mais precoce e diluída em três momentos. A cada retranscrição, há um incremento afetivo e uma mudança de referência.

Em *As Neuropsicoses de Defesa*, publicada dois anos antes, a escolha da neurose tinha uma explicação pouco clara, que implicava a disposição hereditária. De posse deste novo modelo, Freud tenta relacionar a nosografia da neurose à fase do desenvolvimento psíquico em que ocorreu a vivência sexual precoce. Não sendo transcrita, a excitação é tratada segundo as leis psicológicas do período psíquico anterior, assumindo as formas de eliminação então estabelecidas e regidas pelas relações entre os registros do referido período.

A explicação da compulsão continua se valendo da possibilidade de uma vivência, inicialmente acompanhada de prazer, provocar a liberação de desprazer ao ser recordada em fase posterior.

Outra consequência possível das experiências sexuais prematuras é a perversão, que parece ser determinada, ou pelo retardo, ou pela não ocorrência da defesa. Se assim for, a histeria não é o repúdio da sexualidade, mas, o que é bem diferente, o repúdio da perversão, da sexualidade perversa. A pergunta anteriormente levantada quanto aos condicionantes da escolha da neurose é pertinente em relação à perversão: o que

²¹⁰Freud, S., *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904)*, pg. 210, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

determina uma neurose e não uma perversão? A resposta, coerente com o que propõe Freud, seria a ocorrência da repressão. Ou seja, a repressão é um mecanismo de cuja atuação dependem tanto a normalidade como as afecções psíquicas. Nesse sentido:

“Freud passa a supor a sexualidade reprimida não a sexualidade genital, mas a sexualidade perversa. Abriu-se, destarte, caminho para pensar a sexualidade perversa como sexualidade infantil e resolver parte do enigma colocado pela teoria das neuroses”.²¹¹

A vivência de satisfação passa a ser tomada como o protótipo não só do patológico como de todos os atos psíquicos. Os sintomas, como todo ato humano, passam a ser entendidos como reprodução do prazer, uma repetição deslocada e deformada de um prazer originário. É essa forma arcaica de desejar que é objeto da repressão. A articulação entre desejo e repressão encontra uma fundamentação teórica cujos desdobramentos serão extensos, a sexualidade infantil se pronunciava de forma cada vez mais indisfarçável:

“O ataque histérico não é uma descarga, e sim uma ação, e preserva a característica original de todas as ações – a de ser um meio de reprodução do prazer (...) visam àquela outra pessoa pré-histórica e inesquecível, que jamais é igualada por ninguém posteriormente”.²¹²

Em 11 de janeiro de 1897, Freud esboça uma alteração na relação entre o período de ocorrência da vivência sexual precoce e o tipo de neurose correlata, ao tentar explicar a psicose pelos mesmos parâmetros das neuroses de defesa:

“A determinação da psicose, em contraste com a neurose, parece estar em que a agressão sexual ocorre antes do término do primeiro estágio intelectual, isto é, antes que o aparelho psíquico esteja concluído em

²¹¹ Gabbi Jr. Racionalidade, sentido e referência, pg. 132, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1994.

²¹²Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 215, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

sua forma primária (antes da idade de 1 ano e um quarto e 1 ano e meio”.²¹³

Começa a se manifestar a desconfiança de que o relato dos neuróticos, especialmente, em um primeiro momento, dos paranóicos, não devesse ser entendido como uma verdade histórica:

“Refiro-me aos paranóicos cujas queixas de que alguém anda colocando fezes em sua comida, de que eles são sexualmente maltratados durante a noite, da maneira mais vergonhosa, e assim por diante, são um mero conteúdo da memória”.²¹⁴

Em outro trecho da mesma correspondência, é revelada a dúvida quanto a qual fato é relevante para a escolha da neurose, se a vivência sexual precoce, ou a sua recordação e o subsequente recalcamto:

“a decisão continua oscilando entre o período em que ela se origina e o período em que ocorre o recalcamto (o que prefiro atualmente)”.²¹⁵

Ocorre uma gradual modificação na relação entre sintoma e repressão, na medida em que aquele passa a ser entendido como um ato que, embora mantenha alguma relação com a função mnemônica, recebe atributos do ato psíquico que o engendra: “acreditar que o momento em que a repressão ocorre é decisivo para escolha da neurose, é supor a existência de uma formação psíquica que atualizaria tanto o impulso sexual como a repressão”.²¹⁶

²¹³ Idem pg. 223.

²¹⁴ Ibid, pg. 228.

²¹⁵ Ibid, pg. 229.

²¹⁶ Gabbi Jr. Racionalidade, Sentido e Referência, pg. 133, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1994.

2. As Primeiras Concepções de Fantasia

Juntamente com a ‘descoberta’ do complexo de Édipo e da sexualidade infantil, a aquisição da noção de fantasia como fator determinante na formação das neuroses é tida como inaugural da Psicanálise. O grau de fertilidade epistemológica deste conceito é atestado pelo próprio Freud, na *História do Movimento Psicanalítico*, ao assinalar a reorientação de seu caminho teórico quando a materialidade histórica dos relatos de seu pacientes foi tornada relativa:

“De início, observou-se apenas que os efeitos das experiências presentes tinham de ser remontados a algo no passado. Mas os investigadores geralmente encontram mais do que procuram. Fomos puxados cada vez mais para o passado; esperávamos poder parar na puberdade, período ao qual se atribui tradicionalmente o despertar dos impulsos sexuais. Mas em vão; as pistas conduziam ainda mais para trás, à infância e aos seus primeiros anos. No caminho, tivemos de superar uma idéia errada que poderia ter sido quase fatal para a nova ciência. Influenciados pelo ponto de vista de Charcot quanto à origem traumática da histeria, estávamos de pronto inclinados a aceitar como verdadeiras e etiologicamente importantes as declarações dos pacientes em que atribuíam seus sintomas a experiências sexuais passivas nos primeiros anos da infância — em outras palavras, à sedução. Quando essa etiologia se desmoronou sob o peso de sua própria improbabilidade e contradição em circunstâncias definitivamente verificáveis, ficamos, de início, desorientados. A análise nos tinha levado até esses traumas sexuais infantis pelo caminho certo e, no entanto, eles não eram verdadeiros. (...) Se os pacientes histéricos remontam seus sintomas à traumas que são fictícios, então o fato novo que surge é precisamente que eles criam tais cenas na *fantasia*, e essa realidade psíquica precisa ser levada em conta ao lado da realidade prática. Essa reflexão foi logo seguida pela descoberta de que essas fantasias destinavam-se a encobrir a atividade auto-erótica dos primeiros anos de infância, embelezá-la e elevá-la a um plano mais

alto. E agora, detrás das fantasias, toda a gama da vida sexual da criança vinha à luz. ”²¹⁷

Deixar de tomar como verdade fática o relatado pelos pacientes implicou o reconhecimento da fantasia como uma formação psíquica que passaria a referendar a fala neurótica. O surgimento deste conceito está, pois, diretamente relacionado com a superação de um erro. Este erro, sabemos bem, é veiculado pela hipótese de sedução.

Costuma-se apontar que a teoria de sedução teve herdeiros conceituais: à noção de fantasia caberia o quinhão da cena real de sedução. Sem dúvida, esta é uma afirmação que encontra lastro na obra freudiana e é enfaticamente apoiada por Freud na passagem acima. Entretanto, sucessor e sucedido coabitaram o construto teórico freudiano, ainda que por um breve período. Acompanhem as etapas dessa sucessão, atentos à maneira pela qual a constituição do conceito de fantasia, em um primeiro momento, se harmonizou com a hipótese de sedução, e de como se relacionou com o aparecimento da noção da sexualidade infantil e do complexo de Édipo.

As primeiras referências de Freud à fantasia podem ser captadas por meio de algumas cartas a Fliess no ano de 1897, ou seja, ainda sob a égide da hipótese de sedução, que só viria a ser preterida em setembro deste ano:

“O aspecto que me escapou na solução da histeria reside na descoberta de uma fonte diferente, da qual emerge um novo elemento da produção do inconsciente. O que tenho em mente são as fantasias histéricas, que tal como as vejo, remontam sistematicamente a coisas que as crianças entreouvem em idade precoce e só compreendem numa ocasião posterior”.²¹⁸

A representação palavra, em sua forma de elemento sensorial, passa a ser tomada como uma espécie de fator traumático, a desempenhar um papel análogo ao que se atribuía à vivência sexual precoce. Se tomarmos as mudanças que o conceito de trauma

²¹⁷ Freud, S. A História do Movimento Psicanalítico, vol. XIV, pg. 27 Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, 1969.

²¹⁸ Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 235, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

sofreu desde a forma que lhe imprimiu Charcot, a importância da atribuição de um papel traumático à imagem acústica pode ser melhor aferida: a) trauma como uma ameaça à vida, b) trauma como uma situação aflitiva, c) teoria do duplo trauma. Em todas elas estava implicada uma percepção real revestida com todas as cores e elementos sensoriais. No caso do trauma decorrente da palavra ouvida, a percepção real é a imagem acústica, que Freud entende como um evento histórico e , como tal, condiciona o conteúdo do sintoma.

A carta de 02 de maio avança na questão:

“Em primeiro lugar, adquiri uma noção segura da estrutura da histeria. Tudo remonta à reprodução de cenas do /passado/. A algumas se pode chegar diretamente, e a outras, por meio de fantasias que se erguem à frente delas. As fantasias de coisas que foram ouvidas, mas só posteriormente entendidas. As fantasias são estruturas protetoras, sublimações dos fatos, embelezamentos deles e, ao mesmo tempo, servem para o alívio pessoal. (...) Um segundo elemento importante de compreensão me diz que as estruturas psíquicas que, na histeria, são afetadas pelo recalçamento não são, na verdade, lembranças, já que ninguém se entrega à atividade mnêmica sem um motivo, e sim impulsos decorrentes de cenas originárias”.²¹⁹

Atuando como estruturas protetoras, as fantasias barram o acesso imediato à cena traumática de sedução, tornando inacessível sua recordação direta. A esta altura, Freud mantém um pressuposto que lhe é caro desde o uso da hipnose: o quanto mais relevante foi determinada vivência, com mais facilidade seu registro pode ser evocado. Entretanto, se o conceito de fantasia, pelo menos em sua forma inicial, continua, como parece, tributário desta concepção, sua suposição sugere um mecanismo ativo no ato recordativo que não estava presente até aqui: o desejo, que é denominado, na passagem acima, de ‘impulsos decorrentes de cenas originárias’. Dessa forma, a fantasia é eficaz na constituição das neuroses, não só como um representante psíquico de um fato histórico incontestado, mas como veículo de expressão, algo distorcido, de um desejo.

²¹⁹ Idem, pg. 240.

Embora a existência de um desejo infantil atuante na formação dos sintomas seja cada vez mais aparente, o reconhecimento da sexualidade infantil ainda não se deu. Até então, o desejo apontado como operante na construção da fantasia é um desejo sexual adulto, que decorre da recordação inconsciente da cena precoce e é prontamente reprimido. A fantasia é um produto psíquico híbrido deste conflito que, simultaneamente, revela e oculta a memória da cena traumática primordial. A noção de sintoma como o resultado de um conflito entre desejo e repressão, uma constatação clínica desde os *Estudos sobre a Histeria*, encontra, aqui, crê Freud, um fundamento teórico mais consistente.

As fantasias, do modo que foram concebidas inicialmente, são formações psíquicas constituídas como efeitos retardados de uma vivência. Podem ser entendidas como uma forma específica de recordação estruturada segundo um elemento específico de experiências reais: a experiência perceptiva não compreendida da imagem acústica de uma palavra. Assim como uma cena sexual precoce o faria com a representação objeto, uma imagem acústica não compreendida é associada ao delegado da fome e passa a fazer parte do ‘eu’.

Esta imagem acústica, quando recordada de forma alucinada e com a conseqüente mudança em sua referência, passa a ser objeto de uma defesa que terá conseqüências psíquicas e emprestará realidade ao sintoma. Essa atualização ignora, assim como a recordação da cena de sedução, a diferença entre recordar e perceber, mas com uma peculiaridade: o objeto da recordação é uma palavra (imagem acústica), e não uma vivência com todo seu colorido de realidade (imagem visual).²²⁰

²²⁰ Alguns anos antes, quando envolvido na querela entre Bernheim e Charcot sobre a importância relativa dos fatores somáticos e psíquicos da determinação da histeria, Freud se opõe à postura, então julgada unilateral, de Bernheim, segundo a qual “tudo é a sugestão”, argumentando que a “sugestão não pode produzir algo que não esteja contido na consciência ou que seja nela introduzido”. Como nossa consciência nada sabe da distribuição anatômica dos músculos e nervos, a referência não poderia ser invocada para justificar as paralisias hísticas e as decorrentes da sugestão hipnótica. Quando reivindica a simultaneidade como base da relação simbólica presente na histeria, Freud continua fiel a este preceito: a vivência do indivíduo introduz os elementos sobre o qual atuará a relação simbólica hística. Como assinala Gabbi Jr., “a linguagem assume o elemento que empresta universalidade em detrimento da anatomia.” Neste momento, a palavra é invocada como uma vivência que empresta uma base empírica para o fenômeno. Gabbi Jr., O. F. Sobre a concepção da afasia e da histeria: notas sobre a relação entre anatomia e linguagem nos primórdios da teoria freudiana, in Bento Prado Jr. (org.), *Filosofia da Psicanálise*, Ed. Brasiliense, 1990.

O potencial traumático da palavra ouvida é veiculado pela imagem acústica, uma sensação como outra qualquer, que certamente vai ser inserida no circuito desiderativo do delegado da fome. A repressão se dá com sua compreensão retardada, algo similar à da cena de sedução. O conteúdo dos sintomas neuróticos é suprido pelas fantasias. Os sintomas neuróticos começam e terminam com a fala.

Este caráter de formação defensiva da fantasia é ratificado no Manuscrito M, anexado a uma correspondência a Fliess de 25 de maio de 1897:

(...) “As fantasias são fachadas psíquicas produzidas com a finalidade de impedir o acesso a essas recordações (mais primitivas). As fantasias servem, simultaneamente, à tendência de aperfeiçoar as lembranças, e a tendência a sublimá-las. São fabricadas por meio de coisas ouvidas e usadas posteriormente, assim combinando coisas experimentadas e ouvidas, acontecimentos passados (da história dos pais e antepassados e coisas que foram vistas pela própria pessoa). Relacionam-se com coisas ouvidas tal como os sonhos se relacionam com coisas vistas. Nos sonhos, é claro, não ouvimos nada, mas vemos”.²²¹

Em outras palavras, a fantasia é um símbolo deformado da cena traumática reprimida. Enquanto símbolo deformado, veicula atributos das duas facções que a constituem: desejo e repressão. Se, no contexto do *Projeto*, a pergunta era “como a recordação de um traço mnêmico pode desencadear um efeito traumático que a sua vivência não provocou”, a constituição do conceito de fantasia forja uma outra: “como a recordação de um traço mnêmico pode constituir um complexo ideativo diferente do constituído pelo de sua vivência”?

A resposta, até então oferecida, se vale do mesmo princípio que, em última instância, acaba por implicar a suposição da ausência da sexualidade infantil: assim como a experiência sexual precoce tem suas conseqüências patológicas justificadas pela sua compreensão tardia, a fantasia decorre da palavra ouvida, cujo sentido só é desvendado em outra fase. Isso nos leva a crer na recordação enquanto um ato criativo que impõe atributos atuais ao processo de regressão que seu empreendimento implica. O que se

²²¹ Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 241, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

constitui é um construto em que se enfronham traços atuais e remotos num elemento terceiro – a fantasia. Acreditamos que o posterior reconhecimento de Freud de que o importante na determinação da escolha da neurose é a época da recordação, e não da vivência, esteja relacionado com a constatação de que o ato recordativo é compositor de seu objeto.

Ainda no referido Manuscrito M, Freud assinala:

“as fantasias são formadas por amalgamação e distorção, de modo análogo à decomposição de um composto químico que esteja combinado com outro. E isso porque o primeiro tipo de distorção consiste numa falsificação da lembrança por fragmentação, na qual precisamente as relações cronológicas é que são negligenciadas. (As correções cronológicas parecem depender especificamente da atividade do sistema da consciência). Um fragmento da cena visual combina-se então com um fragmento da cena auditiva, formando a fantasia, enquanto o fragmento liberado se liga a alguma outra coisa. Assim, a conexão original torna-se impossível de rastrear. Em consequência da formação de fantasias como essas (nos períodos de excitação), cessam os sintomas mnêmicos. Em lugar deles, acham-se presentes ficções inconscientes que não estão sujeitas a defesa. Quando, nessas circunstâncias, a intensidade de uma dessas fantasias aumenta, a tal ponto que ela é obrigada a forçar sua entrada na consciência, a fantasia é submetida ao recalçamento e um sintoma é gerado, através de um /processo/ de rechaçar a fantasia para as lembranças que a constituíram”.²²²

Do mesmo modo que a fantasia, a relação do sintoma com a cena à qual está geneticamente vinculado é tornada bem mais complexa. Tendo a mesma estrutura da fantasia, o sintoma deixa de ser um símbolo construído exclusivamente a partir de traços mnêmicos da cena traumática – que passaria a concentrar o investimento quantitativo do que ele simboliza – para ser símbolo deformado desta cena com todos os seus fragmentos, mas, desta feita, distorcidos e amalgamados segundo novas relações. A esta altura, o sintoma já não é o resultado de uma mera recordação alucinada de uma vivência

²²² Idem, pg. 248.

sexual precoce, como o era no *Projeto*, mas uma recordação deformada, segundo certas relações, dessa experiência primária.

Podemos constatar que, neste momento, o fundamento clínico que apoiava a hipótese de sedução, a crença na realidade fática do que era relatado pelo paciente, começa a ruir. Afinal, nas palavras de Freud: “a conexão original torna-se impossível de rastrear”. Ou seja, a cena primordial é inacessível pela fala/recordação neurótica.

Com base nessas mudanças, Freud ensaia uma nova classificação nosográfica das neuroses. Os sintomas são, tal como as fantasias, atualizações de vivências remotas. Representam uma forma de recordação que deve seu caráter patológico ao conteúdo sexual de seu objeto precocemente despertado. Das diferentes relações, segundo as quais se atualizam estas vivências decorrem, a multiplicidade de sintomas a partir dos quais passam a se dar as classificações das entidades clínicas agrupadas sob a denominação de neurose:

Apercebo-me agora de que todas as três neuroses exibem os mesmos elementos ao lado da mesma etiologia, quais seja, fragmentos de memória, impulsos (derivados das lembranças) e ficções protetoras; mas a irrupção na consciência, a formação de soluções de compromissos (isto é, de sintomas), ocorre nelas em pontos diferentes. Na histeria são as reminiscências, na neurose obsessiva, os impulsos perversos, na paranóia as ficções protetoras que penetram na vida normal, em meio a distorções devidas à solução de compromisso.²²³

Na discussão do *Projeto* e até mesmo nos *Estudos sobre a Histeria*, os sintomas histéricos representavam um ato de negação do ocorrido – non arrivè – que, também neste aspecto, estava relacionado com a vivência de dor. Isso marcava um hiato conceitual irreparável entre sintoma e repressão, de um lado, e desejo, sonhos e demais atos psíquicos como ‘pensar’ e ‘falar’, de outro. Estes últimos inseridos no circuito de desejo fundado na vivência primária de satisfação.

Para nós, nesta passagem, tanto as fantasias como os sintomas e demais formações psíquicas passam a ser entendidos como soluções de compromisso entre impulsos

²²³ Ibid, pg. 240

conflitantes que, ao mesmo tempo em que ocultam, revelam, de forma distorcida, o registro mnêmico ao qual estaria relacionado a vivência sexual precoce etiológicamente atuante.²²⁴

Das diversas relações segundo as quais se formam os sintomas resultam as diferenças que determinaram a divisão nosográfica das neuroses em: histeria – deslocamento por associação –, neurose obsessiva – deslocamento por semelhança (conceitual) –, e paranóia – deslocamento causal.

No Rascunho N, que acompanha a carta de 31 de maio de 1897, Freud torna mais evidente esta relação entre sintoma e fantasia: “a formação de sintomas, por identificação, está ligada às fantasias”²²⁵. Sugere também a existência de fantasias que, posteriormente, seriam denominadas de edipianas: “os impulsos hostis contra os pais (desejo de que morram) são também um elemento integrante das neuroses. (...) Ao que parece, é como se esse desejo de morte se voltasse, nos filhos, contra o pai e, nas filhas, contra a mãe”.²²⁶ E, pouco mais à frente, se pergunta: “seria possível que mais tarde os impulsos também derivassem de fantasias?” Ou seja, seriam as fantasias anteriores e, como tais, originárias destes impulsos? Ao contexto configurado por esta pergunta é pertinente uma outra: seriam as fantasias fachadas psíquicas a uma sedução sexual infantil, ou seja, quando inexistia sexualidade, ou a desejos edipianos?

Esboça-se com contornos cada vez mais claros o complexo de Édipo como organizador do desejo neurótico. O impasse era conciliar tudo isso com a constatação clínica de que toda neurose estava relacionada com desejos sexuais reprimidos. Por que supor que os desejos de morte/amor contra/pelos pais gerariam sintomas neuróticos se não existe sexualidade infantil? Estes movimentos teóricos, acreditamos, deixam claro como as condições para o abandono da hipótese de sedução foram sendo construídas.

²²⁴ Dessa forma é que Gabbi Jr. afirma: “a noção de fantasia realiza, assim, a síntese pretendida por Freud entre desejo e repressão. Do lado do desejo, ele traz o impulso despertado ou pela recordação ou pelo impulso perverso ou pela ficção protetora. Do lado da repressão, ela mascara a cena primordial. Apesar de feita com pedras legítimas, a fantasia não remete diretamente a nada no mundo, ela não tem representante no mundo”. Gabbi Jr. O. F. op. cit., pg. 135.

²²⁵ Freud, S., A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), pg. 252, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986.

²²⁶ Idem, pg. 252.

3. Sedução e Fantasia

À época do *Projeto*, a sedução sexual precoce era considerada a etiologia específica da histeria. Ou seja, somente uma defesa à recordação de uma vivência sexual teria consequências patológicas. Esta foi uma inferência de Freud baseada na investigação clínica que, inexoravelmente, esbarrava em uma vivência sexual pré-sexual. A explicação, então apresentada para estas consequências, se valeu da falta de sintonia entre o amadurecimento psíquico e sexual.

Embora o modelo teórico apresentado no *Projeto* sobreviva em outras obras, grande parte de seu alicerce é retirada com o abandono da hipótese de sedução anunciado em 21 de setembro de 1897. Os motivos para tanto são assinalados por Freud em carta a Fliess e podem ser sinteticamente resumidos da seguinte forma:

“E agora quero confiar-lhe, de imediato, o grande segredo que foi despontando lentamente em mim nestes últimos meses. Não acredito mais em minha neurótica /teoria das neuroses/. Provavelmente, isso não será inteligível sem uma explicação;(…) De modo que começarei historicamente a lhe dizer de onde vieram as razões da descrença.”²²⁷

As razões para esta descrença são enfileiradas por Freud: 1) Os repetidos insucessos terapêuticos; 2) A improvável veracidade de que existiriam tantos pais perversos (“A /incidência/ da perversão teria que ser incomensuravelmente mais freqüente do que a histeria dela resultante”)²²⁸; 3) A descoberta de que no inconsciente não há indicações de realidade, de modo que não se consegue distinguir entre verdade e ficção; 4) A consideração de que, mesmo na psicose mais profunda, a esperada lembrança inconsciente – a da suposta cena de sedução – não é invocada.

O que viria a substituir a sedução como fator explicativo das neuroses? Esta questão revela um impasse que, segundo Freud, indica um prognóstico sombrio sobre as pretensões epistemológicas e terapêuticas da Psicanálise:

²²⁷ Idem, pg.265.

²²⁸ Ibid, pg. 265.

“Eu estava a tal ponto influenciado /por isso/ que estava pronto a desistir de duas coisas: da resolução completa de uma neurose e do conhecimento seguro de sua etiologia na infância. Agora, não tenho a menor idéia de onde me situo, pois não tive êxito em alcançar uma compreensão teórica do recalçamento e de sua inter-relação de forças. Mais uma vez, parece discutível que somente as experiências posteriores dêem ímpeto às fantasias, que /então/ remontariam à infância, e, com isso, o fator da predisposição hereditária recupera uma esfera de influência da qual eu me incumbira de desalojá-lo – em prol do esclarecimento da neurose”.²²⁹

Há um importante trecho dessa passagem que deve ser ressaltado: Freud duvida que somente experiências posteriores – à puberdade, podemos inferir – dêem ímpeto às fantasias. O que, então, desconsiderando-se a sedução, seria o catalisador do fantasiar?

Em mais uma carta a Fliess, de 15 de outubro de 1897, Freud assinala:

“Uma única idéia de valor geral despontou em mim. Descobri, também em meu próprio caso, / o fenômeno de/ me apaixonar por mamãe e ter ciúme de papai, e agora considero um acontecimento universal do início da infância, mesmo que não ocorra tão cedo quanto nas crianças que se tornam histéricas. (...) Se assim for, podemos entender o poder de atração do Oedipus Rex; (...) Cada pessoa da platéia foi, um dia, um Édipo em potencial na fantasia, e cada uma recua, horrorizado, diante da realização de sonho ali transplantada para a realidade, com toda carga de recalçamento que separa seu estado infantil do estado atual”.

230

Em detrimento da sedução, o que é veiculado nesta nova concepção de fantasia seriam desejos infantis em relação aos pais. Mas, podemos retomar a pergunta, por que estes desejos teriam eficácia patogênica se não há sexualidade na infância?

A essa altura, parece insustentável continuar desacreditando na existência de pulsões sexuais infantis que seriam responsáveis pela produção dessas fantasias:

²²⁹ Ibid, pg.266.

²³⁰ Ibid, pg. 273.

“Devemos pressupor que, na primeira infância, a liberação da sexualidade não é tão localizada quanto depois, de modo que as zonas que são abandonadas mais tarde também provocam algo que é análogo à liberação posterior da sexualidade”.²³¹

Os sintomas podem, finalmente, ser definidos como tendo mecanismo de formação idêntico ao dos sonhos. Assim como as formações oníricas, a primeira motivação para a formação dos sintomas é a libido/desejo: os sintomas são a realização de desejo. Por seu turno, os sonhos, assim como os sintomas, por veicularem desejos infantis perversos, também são alvos da repressão, o que é perfeitamente justificável nos termos teóricos ora forjados.

Se, na hipótese de sedução, supunha-se um fator acidental para justificar as consequências patológicas, a emergência do conceito de Édipo e da sexualidade infantil como elementos universais permite, nas palavras do próprio Freud, “vincular o processo neurótico ao processo normal”.²³² A normalidade, assim como a neurose, é tributária do complexo de Édipo sobre o qual se estrutura o desejo sexual infantil e toda a realidade psíquica do ser humano de uma forma geral.

²³¹ Ibid, pg. 281.

²³² Ibid, pg.282.

Conclusão

É amplamente sabido que foi pela neuroanatomia que Freud adentrou no campo das ciências. Tomando este estágio como um marco inicial e procurando refazer a gradual montagem da constelação conceitual da qual emergem as primeiras elaborações metapsicológicas, tentamos evidenciar que, se o deslocamento no interesse científico de Freud da anatomia para as neuroses reclamou, como não poderia deixar de ser, uma base conceitual distinta e mais adequada ao seu objeto, sua postura teórica continuou sustentada em uma identidade epistemológica filiada aos cânones da ciência natural.

É nesse sentido que procuramos apontar, de início, o papel da maior relevância dos meses de estudo de Freud no Salpêtrière. No vislumbre de uma teoria da sintomatologia histerica, o método de trabalho de Charcot, que priorizava a observação clínica em detrimento do recurso a modelos anatômicos como base explicativa, foi fundamental para que a histeria pudesse ser apresentada em termos positivos e atraísse a curiosidade do jovem médico vienense.

A base explicativa para o fenômeno em foco, porém, se não era a anatomia, deveria ser sólida o suficiente de modo a não comprometer a possibilidade de uma investigação científica. Se, em princípio, a aposta de Freud foi na elaboração de uma fórmula fisiopatológica, a dificuldade de compô-la, porém, não permitiu uma definição da histeria muito além de uma terminologia meramente nosográfica.

O desafio era, mantendo-se fiel aos preceitos naturalistas, oferecer uma teoria explicativa e psicológica da histeria e, posteriormente, das neuroses em geral que, em última instância, não tivesse que se valer de um fundamento anatômico. Convergiram para este intento a tradição alemã e a psicopatologia francesa com sua ênfase à clínica. Influenciado por ambas, mas apontando para um norte teórico próprio, o percurso de Freud desembocaria na elaboração de um arcabouço conceitual, a denominada metapsicologia.

A medida que a empreitada freudiana implicou a correção de certas concepções de Charcot, bem como de parte dos pressupostos que embasavam as teses de seus mestres vienenses como Meynert e Brucke, pôde ser constatada, acreditamos, por meio de trabalhos como a Interpretação das Afasias e Algumas Considerações para um Estudo

Comparativo entre as Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas. Nestes textos, a linguagem se colocou como uma potencial herdeira da anatomia enquanto objeto que permitiria um estudo não menos rigoroso, não só da histeria, como, a partir de uma realocação nosográfica que Freud não se furtará em fazer, das neuroses em geral.

O *Projeto de uma Psicologia* está inserido neste processo de construção epistemológica e denuncia bem os obstáculos da empreitada: a articulação entre fala e quantidade, entre desejo e repressão/sintoma ou entre normal e patológico pareciam reproduzir, em outros termos, alguns dos impasses herdados do modelo neuroanatômico outrora preterido. Os impasses com que se defrontou este texto, aos quais podem ser creditados os motivos de seu caráter inacabado, decorrem justamente da atitude coerente de Freud com sua proposta de descrever os processos mentais, sejam normais ou patológicos, em sintonia com os preceitos de uma psicologia que se pretende científica e naturalista, por um lado, e, por outro, seu intento de constituir um modelo teórico que fundamente os dados clínicos que seu método terapêutico revelava.

No interior do recorte a que nos propomos abordar a construção teórica freudiana, conceitos tidos como seminais da psicanálise, como o de fantasia, a sexualidade infantil e o complexo de Édipo assinalam o ponto de chegada de nosso percurso. A fertilidade de tais conceitos, porém, confirmada pela marcante influência da psicanálise no pensamento do século que então se iniciava, se coloca como estímulo para continuarmos acompanhando a construção deste sólido edifício metapsicológico, cujas bases, acreditamos, o desenvolvimento desta pesquisa nos permitiu conhecer.

Referências Bibliográficas

Obras de Freud

1. Um Estudo Autobiográfico, vol. XX, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.
2. Sinopses dos Escritos Científicos do Dr. Sigmund Freud, 1877 – 1897, vol. III, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.
3. Relatório sobre Meus Estudos em Paris e Berlim, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.
4. Prefácio a Tradução de De La Suggestion de Bernehim, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.
5. Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
6. Freud, S., Histeria, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.
7. Extratos das Notas de Rodapé de Freud à sua Tradução das Conferências de Terça-Feira, de Charcot, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987.
8. Esboços a Comunicação Preliminar, Vol.I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
9. Uma breve descrição da psicanálise, vol XIX, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
10. Charcot, vol. III, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
11. Hipnose, vol. I, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.

12. Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: Uma Conferência, Vol.III, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
13. A Etiologia da Histeria, Vol.III, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
14. As Neuropsicoses de Defesa, vol.III, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
15. A interpretação das afasias, tradução de Antônio Pinto Ribeiro, Lisboa, 70, 1977;
16. La Afasia, Buenos Aires, Nueva Vision, 1975.
17. A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887 – 1904), Rio de Janeiro, Imago Editora, 1986;
18. Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada ‘Neurose de Angústia’, Vol.II, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
19. Minhas Teses sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses, vol. VII, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
20. A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses, Vol.III, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 2^a ed., Rio de Janeiro, Imago Ed., 1986.
21. A História do Movimento Psicanalítico, vol. XIV, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, 1969.
22. Projeto de uma Psicologia, tradução de Osmyr Faria Gabbi Jr., Rio de Janeiro, Imago Editora, 2003.

Obras de outros autores

1. ALEXANDER, F. Fundamentos da Psicanálise, Rio de Janeiro, Zahar, 1976;
2. AMACHER, P., Freud’s Neurological Educations and its Influence on Psychoanalytic Theory, in Psychological Issues, v. 4, n. 4, 1965;
3. ANDERSSON, Ola. Freud Precursor de Freud. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000;

4. BANZATO, C.E.M., A Concepção Lingüística Freudiana e Algumas de suas Implicações Filosóficas: ensaio inspirado nas críticas de Wittgenstein a Freud, Campinas, 1994;
5. BERNFELD, S. Freud's Earliest Theories and the School of Helmholtz. The Psychoanalytic Quartely, p. 341-62 Vol. XIII;
6. CANEPPELE, A., A Angústia na Concepção Freudiana de Afeto, in Gabbi Jr., O.F., Fundamentos da Psicanálise: pensamento, linguagem, realidade e angústia, Campinas, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1999;
7. CRANFIELD, (1958) Joseph Breuer's evaluation of his contribution to psychoanalysis, 319-22, International Journal of Psychoanalysis 39.
8. ENGELHARDT, H. Trisatam Jr. John Hughlings Jackson and the mind body relation, pg. 137-51, Bulletin of History of medicine n.49 , 1975;
9. FORRESTER, John, A linguagem e as origens da psicanálise, tradução de Ernani Pavaneli de Moura, Rio de Janeiro, Imago, 1983;
10. _____ , Seduções da psicanálise: Freud, Lacan e Derrida, Tradução Marcos Nobre, Campinas, Papirus, 1990;
11. FULLINWIDER, S. P. Sigmund Freud, Hughlings Jackson, and Speech, Journal of the History of Ideas n. 44, January-march, 1983;
12. GABBI Jr. Osmyr Faria, Freud: Racionalidade, sentido e referência, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1994;
13. _____ Notas a Projeto de uma Psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise, Rio de Janeiro, Imago Ed., 2003.
14. _____ Alice e a Metapsicologia: a psicanálise como teoria do contra-senso, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, 1992;
15. _____ , org., Fundamentos da Psicanálise: pensamento, linguagem, realidade e angústia, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1999;
16. _____ A Linguagem como Sintoma in Perturbador Mundo Novo: história, psicanálise e sociedade contemporânea, Junqueira Filho, Luiz Carlos U. , São Paulo, Editora Escuta, 1994;
17. _____ Memória e Desejo, in Prado Jr. Bento (org.), Filosofia da Psicanálise, Ed. Brasiliense, 1990.

18. _____ Sobre a concepção da afasia e da histeria: notas sobre a relação entre anatomia e linguagem nos primórdios da teoria freudiana, in Bento Prado Jr. (org.), *Filosofia da Psicanálise*, Ed. Brasiliense, 1990.
19. GEERARDYN, F. *Freud's Project and the Roots of Psychoanalysis*. Rebus Press, 1997.
20. GOLDGRUB, F., *Freud, Marlowe & Cia*, São Paulo, Nova Alexandria/EDUC, 1994.
21. GREENBERG, Valerie D. *Freud's aphasia book: language and the sources of psychoanalysis*, Cornell University Press, 1997;
22. GROSSMAN, W. I. Hierarchies, Boundaries and Representation in a Freudian Model of Mental Organization, *Japa*, 40(1)27-62, 1992;
23. HENDERSON, V.W. Sigmund Freud and the Diagram-makers school of aphasiology, *Brain and Language*: 43, 19-41, 1992;
24. HONDA, H., *Raízes Britânicas da Psicanálise: as apropriações de Stuart Mill e Hughlings Jackson por Freud* (Tese de Doutorado), Campinas, 2002;
25. IZENBERG, Gerald N. Seduced and abandoned: the rise and the fall of Freud's seduction theory. In NEU, Jerome (Ed) *The Cambridge Companion to Freud*, New York, Cambridge University Press, 1991;
26. JACKSON, S. The History of Freud's Concepts of regression, *American Journal of Psychoanalysis*, n. 17: 743-84, 1969;
27. LAFFAL, Julius, 'Freud's theory of language, *Psychoanalytic Quarterly* 33, pgs. 157-175, 1964;
28. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B., *Vocabulário da Psicanálise*, São Paulo. Livraria Martins Fontes Editora, 1983;
29. LORENZER, Alfred, *Crítica Del Concepto Psicoanalítico De Símbolo*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970;
30. LOTHANE, Z. Freud's 1895 Project: From mind to brain and back again. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 843 May 15, 1998;
31. MEZAN, R. *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo, Perspectiva, 1982.
32. MONZANI, L.R. *Freud: o movimento de um pensamento*, Campinas, Editora da Unicamp, 1989;

33. MARX, Otto M. Freud and Aphasia: an Historical Analysis, *American Journal of Psychiatry* 124, pg. 815-825, December, 1967;
34. _____. Aphasia Studies and Language Theory in the Ninetennth Century. *Bulletin of the History of Medicine* 40, 328-349, 1966;
35. MILLER, Laurence. On Aphasia at 100: The Neuropsychodynamic Legacy of Sigmund Freud, *Psychoanalytic Review* 78, 1991;
36. PANHUYSEN, G. The relationship between somatic and psychic processes: Lessons from Freud's Project, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 843, May 15, p.20-42, 1998;
37. RIESE, Walther. Freudian Concepts of Brain Function and Brain Disease, *Journal of Nervous and Mental Disease* 127,287-307, October 1958;
38. SANTI, P.L.R., A Realidade Psíquica, in Gabbi Jr. O.F., *Fundamentos da Psicanálise: pensamento, linguagem, realidade e angústia*, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1999;
39. SCHNEIDER, M., Afeto e linguagem nos primeiros escritos freudianos, Tradução Mônica M. Seincman, São Paulo, Editora Escuta,1993;
40. SCHWEIGER, A. Consciousness then and now: Comments on Consciousness in Freud's Project for a scientific psychology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 843, May 15, p.107-110, 1998;
41. SIMANKE, R.T. , A Formação da Teoria Freudiana das Psicoses, Rio de Janeiro, Ed. 34, 1994;
42. SOLMS, M., Before and after Freud's Project. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 843 May 15, p.1-10, 1998;
43. STENGEL, Erwin. A Re-Evaluation of Freud's Book On Aphasia: Its Significance for Psycho-analysis, *International Journal of Psycho- Analysis* 35, pt 2, 85-89, 1954;
44. STEWART, W. A. , *Psychoanalysis: The First Ten Years, 1888-1898*, The Macmillan Company, New York, 1967;
45. TRILLAT, E., *História da Histeria*, Trad. Patrícia Porchat, São Paulo, Escuta, 1991;
46. WOLLHEIM, R. *As Idéias de Freud*, São Paulo, Cultrix, s/d