

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA**

VINÍCIUS ARMILIATO

**O SINTOMA HISTÉRICO A PARTIR DA PERSPECTIVA CAUSAL DA
PSICANÁLISE FREUDIANA**

CURITIBA

2014

VINÍCIUS ARMILIATO

**O SINTOMA HISTÉRICO A PARTIR DA PERSPECTIVA CAUSAL DA
PSICANÁLISE FREUDIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Escola de Educação e Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Filosofia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Verardi Bocca.

CURITIBA

2014

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Armiliato, Vinícius
A729s O sintoma histérico a partir da perspectiva causal da psicanálise freudiana /
2014 Vinícius Armiliato ; orientador, Francisco Verardi Bocca. – 2014.
142 f. ; 30 cm

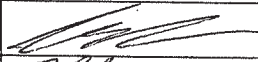
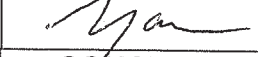
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2014
Bibliografia: f. 136-142

1. Filosofia. 2. Histeria. 3. Causalidade. 4. Psicanálise. 5. Freud, Sigmund,
1856-1939. I. Bocca, Francisco Verardi. II. Pontifícia Universidade Católica do
Paraná. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. III. Título.

CDD 20. ed. – 100

ATA Nº. 118/PPGF – DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro de dois mil e catorze, às catorze horas na sala de defesa de dissertações da Escola de Educação e Humanidades desta Universidade realizou-se a sessão pública de defesa da dissertação do mestrando **Vinícius Armiliato** intitulada: O ENTENDIMENTO DO SINTOMA HISTÉRICO A PARTIR DA PERSPECTIVA CAUSAL DA PSICANÁLISE FREUDIANA. A Banca Examinadora foi composta pelos professores: Dr. Eladio Constantino Pablo Craia, Dr. Horacio Luján Martínez, e Dr.^a Cláudia Pereira do Carmo Murta. Após a instalação dos trabalhos pelo presidente da banca, professor Eladio Constantino Pablo Craia, o candidato fez uma exposição sumária da dissertação, em seguida procedeu-se à arguição pelos membros da banca e à defesa do candidato. Encerrada essa fase, os examinadores, em reunião reservada, apresentaram suas avaliações, tendo considerado o candidato Aprovado em sua defesa de dissertação conforme as notas e o conceito registrados abaixo. Após a proclamação dos resultados, o presidente da banca conferiu ao candidato o título de Mestre em Filosofia. Encerrados os trabalhos às 16 h 15 min. lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

MEMBROS DA BANCA		ASSINATURA	NOTA
Prof. Dr. Eladio Constantino Pablo Craia			9,0
Prof. Dr. Horacio Luján Martínez			9,0
Prof. ^a Dr. ^a Cláudia Pereira do Carmo Murta			9,0
MÉDIA FINAL	9,0	CONCEITO	A

CIENTE


Prof. Dr. César Candiottto
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Filosofia - *Stricto Sensu*

*À memória de meu pai, piá bão, que por pouco, mas precioso tempo, pôde
acompanhar e inspirar minha trajetória acadêmica.*

Para minha mãe, Laurita.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha principal agência de fomento: Laurita Teresinha Ruth Schmidt Armiliato. Sua aposta, confiança e disposição para acolher minhas escolhas acadêmicas e pessoais, fizeram um importante sonho ser realizado. Por todo esse amor de mãe, obrigado. Também expresso meus agradecimentos a meu irmão, Juan, por partilhar longas e acaloradas discussões em filosofia, nosso campo de pesquisa comum, e a Marina, companhia que tornou tudo muito leve durante as angústias de vida de mestrando.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Verardi Bocca, agradeço a confiança depositada nos meus primeiros projetos de pesquisa em Filosofia da Psicanálise. Seus apontamentos precisos e compreensivos fizeram uma boa torção naqueles esboços, agora dissertação. Obrigado também pelo incentivo à continuidade desta pesquisa de mestrado.

Agradeço à Prof^a Dr^a. Claudia Pereira do Carmo Murta, pelas generosas pontuações tanto na ocasião da qualificação quanto na defesa pública deste trabalho. Agradeço também ao Prof. Dr. Daniel Omar Perez pela vigorosa contribuição na Banca de Qualificação e aos Profs. Drs. Eladio Constantino Pablo Craia e Horacio Luján Martínez pelas colaborações como membros da banca em minha defesa. Sou grato também à Antonia Poletini, pela sempre pronta a ajudar nas questões secretariais do PPGF.

Devo sinceros agradecimentos às minhas sempre Professoras Rosa Maria Marini Mariotto e Leda Mariza Fischer Bernardino, pela leitura dos manuscritos e colaboração acadêmica e profissional. Também sou grato pela leitura dos manuscritos às colegas e amigas Débora Patricia Nemer Pinheiro e Renata Bakker da Silveira, bem como ao Joni Stolberg, com sua paciência na elucidação de leis termodinâmicas.

Aos professores que de diferentes modos inspiraram meu percurso na academia, na escrita, na psicanálise e na arte, Francisco de Assis Gaspar Neto, Sueli Cristina dos Santos Araujo, Neuzi Barbarini e Edison Mercuri.

Agradeço o carinho dos amigos presentes física ou psiquicamente durante a defesa pública, bem como àqueles que acompanharam esse processo todo de mestrado. Por fim, agradeço à PUC-PR, pela bolsa Marcelino Champagnat.

Sim, algumas vezes o pensamento mais louco, o mais impossível na aparência, se implanta tão fortemente em seu espírito que acreditamos que seja realizável... Mais ainda: se esta idéia está ligada a um desejo violento, apaixonado, o acolhemos como algo fatal, necessário, predestinado, como algo que não pode não ser ou não se realizar! Talvez aí exista algo mais: uma combinação de pressentimentos, um esforço extraordinário da vontade, uma auto-intoxicação pela imaginação, ou ainda outra coisa...

(DOSTOIÉVSKI, 2007, p 161)

RESUMO

As primeiras especulações de Sigmund Freud que o levaram a elaborações teóricas e técnicas sobre as neuroses, estavam especialmente situadas no entendimento da histeria, bem como nos métodos de tratamento desta. A tendência do contexto médico-científico do círculo de Freud se caracterizava por pesquisas com objetos empiricamente verificáveis, seja nas estruturas anatômicas, seja nos processos fisiológicos mensuráveis, ou ainda na averiguação das causas hereditárias. A partir da pesquisa freudiana, as paralisções, cegueiras, contraturas, tiques, típicos das históricas de então, ganharam um sentido a ser desvendado, um sentido que estava além da hereditariedade, da localização em algum substrato cerebral, ou ainda, da predisposição à sugestão ou autossugestão. Este trabalho pretende apresentar o “movimento do pensamento” freudiano em torno do sintoma histérico, no período que compreende suas primeiras publicações sobre o tema, com o verbete *Histeria*, de 1888 até 1900, ano da publicação de *A interpretação dos sonhos*. A análise do período delimitado, procura demonstrar que a pesquisa, por Freud, com vistas ao entendimento e tratamento dos sintomas histéricos, conduz a um novo registro determinativo de tais sintomas, ampliando assim suas possibilidades causais. Deste modo, o trabalho acompanha o percurso de Freud na composição de um instrumental teórico e técnico, que amparasse o alargamento das possibilidades causais dos sintomas histéricos, bem como seu tratamento. Com a publicação da *Interpretação dos sonhos*, Freud apresenta de forma esquematizada, um “aparelho psíquico” que não só fomenta os processos oníricos, como também as manifestações sintomáticas e certos comportamentos cotidianos. O inconsciente, o desejo, a sexualidade, bem como os arranjos representacionais e afetivos os quais compostos pelo aparelho psíquico, formalizam, entre outros elementos, o percurso causal dos sintomas histéricos. O entendimento de uma “causalidade psíquica inconsciente” na determinação dos sintomas histéricos, em detrimento das causalidades natural e livre, correntes nas técnicas e teorias formuladas por seus contemporâneos, demarcaria a especificidade da disciplina freudiana, bem como seus objetivos terapêuticos.

Palavras-chave: Sintoma. Histeria. Causalidade.

ABSTRACT

Sigmund Freud's early understanding of neurosis, both theoretical and technical, stemmed from his understanding of hysteria and its methods of treatment. The medical science at the time was characterized by research based on empirically verifiable objects, such as anatomical structures, as well as measurable physiological processes and hereditary causes. Freud's research showed that the typical symptoms of hysterics at the end of 1890's, such as paralysis, blindness, contracture and tics, could be given a sense to be unveiled; a sense that was beyond heredity, the location in some brain substrate, or even predisposition to suggestion or self-suggestion. This paper intends to present the "movement of Freud's thought" around the hysterical symptom covering the period of his first publications on the subject, beginning with the entry Hysteria in 1888 and finishing 1900, when *The Interpretation of Dreams* was published. The analysis of this period tries to evidence that Freud's search towards the understanding and treatment of hysterical symptoms led to a new field of determination of these symptoms, thus expanding their causal possibilities. This paper follows Freud's journey whilst creating a new theoretical and technical approach that would support a wider range of causal possibilities for hysterical symptoms and its treatment. In *The Interpretation of Dreams*, Freud presents a schematized "psychic apparatus" that not only origins dream-processes, but also symptomatic manifestations and some of everyday behaviours. The mental apparatus consisting of the unconscious, desire, sexuality, as well as representational and affective arrangements, formalises the causal pathway for hysterical symptoms. The understanding of the "unconscious psychic causality" of hysterical symptoms, in contrast with the natural and free causalities current in the techniques and theories formulated by his contemporaries, marked the specificity of Freud's subject as well as his therapeutic goals.

Keywords: Symptom. Hysteria. Causality.

Keywords: Symptom. Hysteria. Causality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 DELIMITAÇÃO E DEFINIÇÃO DE OBJETO	25
2.1 DEFINIÇÕES DE SINTOMA POR FREUD: 1905, 1916-7, 1926	26
3 A SITUAÇÃO DA HISTERIA E DE SEU TRATAMENTO, POR FREUD	33
4 O ARSENAL DE FREUD EM SUAS PRIMEIRAS MONTAGENS TEÓRICAS	46
4.1 TENTATIVAS DE COMPREENSÃO E TRATAMENTO DO SINTOMA HISTÉRICO A PARTIR DA HIPNOSE	53
5 NOS ENTORNOS DA NOVA CAUSALIDADE A PARTIR DOS <i>ESTUDOS SOBRE A HISTERIA</i>.....	62
5.1 QUANTO AO <i>MECANISMO PSÍQUICO DOS FENÔMENOS HISTÉRICOS</i>	63
5.2 A TERAPÊUTICA NOS CASOS CLÍNICOS	69
5.2.1 <i>Lucy</i>: causalidade nos grupos psíquicos separados do eu.....	69
5.2.2 A especificidade de sua disciplina na discussão do <i>Caso Elisabeth</i>	80
5.3 A TERAPÊUTICA DAS CAUSAS PSÍQUICAS E SEU NOVO ACHADO: A RESISTÊNCIA	88
6 O ESTABELECIMENTO DA CAUSALIDADE: A <i>INTERPRETAÇÃO DOS SONHOS</i>	95
6.1 A PECULIARIDADE DOS SONHOS RESULTANTE DA “ELABORAÇÃO ONÍRICA”.....	101
6.2 MECÂNICA DO INCONSCIENTE NA DETERMINAÇÃO DO SINTOMA	108
7 CONCLUSÃO	126
REFERÊNCIAS	136

1 INTRODUÇÃO

As primeiras especulações de Freud que o levaram a elaborações teóricas e técnicas sobre as neuroses, estavam especialmente situadas na compreensão da histeria, bem como nos métodos de tratamento desta. A tendência do contexto científico do círculo médico de Freud se caracterizava por pesquisas baseadas em métodos e objetos fiáveis empiricamente, seja nas estruturas anatômicas, seja nos processos fisiológicos mensuráveis, ou ainda na verificação das causas hereditárias.

Com Freud, as paralisções, cegueiras, tiques, típicos das histéricas de então, ganharam um sentido a ser desvendado, o qual estava para além da hereditariedade, da localização em algum substrato cerebral, ou ainda, da predisposição à sugestão ou autossugestão. Freud procura acolher certos sintomas a partir de uma proposição causal diversa às correntes do círculo médico ao qual pertencia.

Devido ao fato de ter gradativamente tecido suas especulações e experimentado diferentes formas de abordagem dos sintomas, não figura simples uma demarcação precisa do momento inaugural dos usos conceituais e técnicos da psicanálise. Não obstante, apesar da palavra psicanálise não aparecer nos primeiros escritos freudianos, neles notamos elementos constituintes desta que, mesmo sendo posteriormente deixados para trás, retificados, substituídos ou repensados, acompanharam o caminho de investigação das neuroses estabelecido por Sigmund Freud. Um exemplo é o contato com a técnica hipnótica, o qual permitiu a Freud utilizá-la na investigação de acontecimentos primeiros que supostamente desencadeavam certos sintomas histéricos. O seu uso, inicialmente com vistas à identificação do fenômeno causa, foi estendido para fazer o desgaste de ideias que não teriam sido ab-reagidas. A constatação de que as pacientes reduziam seu sofrimento depois de relatar acontecimentos traumáticos, significou o entendimento dos sintomas somáticos como decorrentes de problemas de representação, de linguagem, de palavra. Uma paralisia opera até ser interpretada, até ser posta a representação adequada no lugar do qual foi retirada, impedindo a manutenção do sintoma, o qual operaria a partir de uma defesa. O entendimento da defesa contra uma representação intolerável, também ganha novos desdobramentos teóricos para serem contextualizados. A pesquisa freudiana apresentou nuançados

desdobramentos, os quais podem ser visualizados em seu percurso pelas as teorias da sedução e da fantasia, no entendimento da sexualidade, na teorização a partir do complexo de Édipo, além dos aportes conceituais psicanalíticos, como os conceitos de pulsão, inconsciente, *eu*, *super eu* e *isso*, entre outros.

Quando Freud, com pouco mais de um ano de formado em medicina, deixa suas pesquisas neurológicas feitas nos microscópios do Instituto de Fisiologia de Ernst Brücke a fim de conseguir melhores proventos para contrair matrimônio com sua noiva, passa a trabalhar nas alas do hospital de Theodor Meynert (1833-1891)¹ e em consultório privado. Neste momento se depara com os casos de histeria para os quais, diferentemente de outras afecções com etiologias localizáveis em órgãos específicos, não havia uma causa determinante consensual entre os teóricos do círculo de Freud² quanto à localização cerebral do quadro, os hábitos de vida que poderiam desencadear as manifestações histéricas, a apresentação nosográfica, a etiologia específica, ou ainda, a terapêutica.

A partir deste contexto, levantamos uma primeira questão de pesquisa: como a procura pelo entendimento do sintoma histérico por Freud o leva à ampliação de suas possibilidades causais? Esta pergunta acaba nos conduzindo a uma segunda, a qual implica entender como a perspectiva causal sobre o sintoma histérico proposta por Freud, o impele a compor um instrumental conceitual propriamente psicanalítico para sua compreensão e, de modo inverso, como este conjunto de conceitos é utilizado para fundamentar seu entendimento do sintoma? Nesse sentido, acreditamos que gradativamente é engendrada por Freud uma ferramenta de investigação das neuroses, a qual se estende também ao longo da obra à investigação do psiquismo normal e de certos fenômenos da cultura. Assim, demonstraremos que em seu estabelecimento, a psicanálise apresentou uma diferente possibilidade determinativa dos sintomas.

¹ Segundo Gay, Meynert era um “[...] determinista estrito que descartava o livre-arbítrio como simples ilusão; considerava que a mente obedecia a uma ordem fundamental oculta, à espera do analista sensível e penetrante” (GAY, 1989, p. 55). A personalidade de Meynert teria influenciado Freud desde seu período de estudante (FREUD, 1925/1981, p. 2763). Meynert propôs a Freud que o sucedesse em sua cátedra dedicada à anatomia do cérebro. Freud declinou visto que “A anatomia do cérebro não representava para mim, do ponto de vista prático, nenhum progresso com relação à Fisiologia. Assim, para satisfazer as exigências materiais, tive que me dedicar ao estudo das enfermidades nervosas” (FREUD, 1925/1981, p. 2763). [“La anatomía del cerebro no representaba para mí, desde el punto de vista práctico, ningún progreso con relación a la Fisiología. Así, pues, para satisfacer las exigencias materiales hube de dedicarme al estudio de las enfermedades nerviosas”]

² Entendemos aqui não só os médicos de língua alemã que Freud costuma citar em sua obra (Breuer, Meynert, Chrobak, Krafft-Ebing), como também os médicos franceses (Charcot, Bernheim, Liébeault) que, como observaremos, exerceram significativa influência na técnica e nas teorizações freudianas.

Acreditamos justificada a pesquisa pois, se observarmos as especulações teóricas e intentos terapêuticos sobre o sintoma histérico, em paralelo com sua manifestação fenomênica, notaremos um fato recorrente: este sintoma escapa às teorizações, ou pelo menos as multiplica, uma vez que novas interpretações são claramente observáveis ao longo da história do entendimento e tratamento do sintoma histérico. Supomos que a psicanálise freudiana oferece à história das tentativas de compreensão do sintoma histérico um estatuto diverso, o qual fez notar elementos dificilmente passíveis de serem acolhidos pelo campo da medicina, tampouco da filosofia, à época em que Freud se debruçou sobre o tema do sintoma³.

No caso da obra de Freud, observamos interpretações e reinterpretações quanto à etiologia, à relação com os processos mentais ditos normais, ou ainda quanto à interdependência da manifestação sintomática com as questões culturais. Disto decorre a possibilidade de compreensão da torção no entendimento do sintoma histérico a partir da teoria freudiana. Podemos considerar que a perspectiva epistemológica de Freud permite acolher este sintoma a partir de sua variabilidade, irregularidade⁴ e da desconfiança que suscitou aos olhos dos médicos, enquanto fenômeno patológico.

Nossa pesquisa estará implicada no entendimento da montagem dos dispositivos teóricos freudianos, observando que esta montagem recebe novos contornos ao longo de toda a obra, especialmente a partir de intercorrências no trabalho clínico de Freud, cujo objetivo foi entender e tratar a sintomatologia histérica⁵. Dessa perspectiva, procuraremos sublinhar o engendramento do arcabouço conceitual psicanalítico para acolhimento das especificidades do sintoma histérico. Também acreditamos necessário empreender este trabalho, por considerarmos parte de uma pesquisa em filosofia o entendimento de como os

³ Em *Resistências à psicanálise*, Freud descreve a delimitação da pesquisa médica sobre sintomas neuróticos a partir de fatores somáticos, anatômicos ou químicos, bem como à circunscrição, pela filosofia, do psíquico como um fenômeno apenas dos processos conscientes (FREUD, 1925/1981, p. 2803).

⁴ Como veremos adiante, apesar da variabilidade e irregularidade dos sintomas histéricos ter servido como diagnóstico diferencial antes de Freud, por Lasègue (1884), no decorrer do nosso trabalho procuraremos demonstrar que Freud não se restringe à possibilidade diagnóstica a partir da irregularidade do sintoma histérico, e passa a entender as significações em suas manifestações, a partir das diferentes roupagens que apresentava em cada paciente.

⁵ Bocca (2009) aponta diferentes expectativas de cura no interior da obra freudiana, sendo que se em alguns momentos é esperado um definitivo efeito terapêutico, em outros, pode ser observada uma dificuldade contínua imposta pelo próprio *eu* do doente. *Eu*, que também teria sido entendido como um aliado do terapeuta. Notamos assim variações no entendimento teórico de Freud a partir de suas tentativas constantes de tratamento.

conceitos são construídos, precisados, mantidos, alterados ou reordenados⁶. Para tal entendimento conceitual, manteremos como horizonte de nosso trabalho o entendimento do sintoma histérico por Freud.

Quanto à nossa metodologia, procuraremos sistematizar o percurso das elaborações de Freud sobre a etiologia dos sintomas e, paralelamente, seguiremos linhas auxiliares para problematização do sintoma histérico. São elas: a sexualidade, o par técnica-interpretação, a noção de conflito psíquico, bem como o próprio entendimento de causalidade. Entendemos que estas noções se deslocam em bloco ao longo da obra de Freud, além de estabelecerem entre si relações de interdependência e reciprocidade, reverberando os nuançados entendimentos do que Freud qualifica como um sintoma. Os conceitos freudianos serão analisados como dispositivos cujo fim parece ser o de acolher a causalidade das manifestações sintomáticas da histeria. Assim, a partir das linhas auxiliares que elencamos, o mapeamento do movimento sinuoso das especulações de Freud sobre o sintoma histérico, seguirá em paralelo ao entendimento do fator sexual na sua etiologia, à proposta de seu tratamento e compreensão, à teorização dos conflitos psíquicos que podem implicar seu aparecimento e manutenção, e à fundamentação da nova causalidade por ele proposta.

Delimitaremos a pesquisa nos textos de Freud que trazem considerações teóricas e técnicas quanto à abordagem dos sintomas de caráter histérico, desde 1888, quando publica seus primeiros textos neste campo, até 1900, ano da *Interpretação dos sonhos*, obra na qual podemos observar uma aprimorada esquematização de um aparelho psíquico, o qual fundamentaria os sintomas históricos a partir de processos inconscientes. Desse modo, utilizaremos as incursões teóricas de Bocca (2013), com o fim de delinear a construção de conceitos por Freud. O autor cunha o termo dispositivo conceitual para qualificar a construção e o uso de conceitos por Freud em seu trabalho como clínico e como teórico, no tratamento dos sintomas neuróticos, bem como na compreensão dos processos oníricos e fenômenos da cultura. Nesse sentido Bocca (2013) aponta a psicanálise como um instrumento teórico singular, no qual

⁶ Nesse sentido, Mezan aponta: “A filosofia me parece uma formação preciosa para o psicanalista, pelo exercício do trabalho com os conceitos, pelo hábito de se interrogar sobre o pretensamente óbvio” (MEZAN, 1990, p. 17)

[...] Freud elaborou algo como um “dispositivo conceitual” no interior do qual seu leitor encontra, em um sentido muito particular, indicações de um aparelho psíquico cujo funcionamento [...] não abandona nunca o propósito do princípio do prazer que traz no seu horizonte funcional o movimento de arco-reflexo, além do processo primário-alucinatório e por isso, apresenta uma tendência a sempre evitar o desprazer da estimulação bem como a realidade exterior (BOCCA, 2013, p. 14).

Na apresentação do aparelho psíquico e do Inconsciente na *Interpretação dos Sonhos*, figuraria este dispositivo conceitual que permite acolher uma causalidade psíquica não identificável às condições da medicina na qual Freud foi formado, a qual fixada na determinação hereditária quando do entendimento causal da histeria. Em 1896, de maneira enfática Freud apresenta implicações da causa hereditária quando se pretende uma intervenção terapêutica

[...] será interessantíssimo o conhecimento desta etiologia específica, que proporcionará ao nosso trabalho um ponto de ataque, enquanto a disposição hereditária, fixada de antemão para o doente desde seu nascimento, detém nossos esforços, mostrando-se como um poder inabordável (FREUD, 1896a/1981, p. 279⁷).⁸

Desse modo, argumenta a necessidade de não encerrar a discussão etiológica na hereditariedade, a fim de que se possa conceber uma possibilidade de tratamento.

Estendemos nossa análise até 1900 pois, neste momento, com a *Interpretação dos sonhos*, a causa das afecções psíquicas que foram investigadas até então, são apresentadas da maneira mais esquematizada e extensiva em comparação com publicações anteriores. Com um vasto material clínico e uma organização teórica minuciosa, Freud reordena seus últimos anos de trabalho clínico e especulativo apresentando o Inconsciente como o agente causal não só das manifestações neuróticas, como também de certos eventos cotidianos. Ao que parece, a partir da *Interpretação dos sonhos* a investigação do sintoma será

⁷ Para este trabalho optamos pela utilização da versão em espanhol das *Obras Completas*, de Sigmund Freud, editada pela Biblioteca Nueva, traduzidas do alemão por Luis Lopes-Ballesteros y de Torres, revisada e ordenada por Jacobo Tognola. Para os textos que não contam com tradução nesta edição das *Obras Completas*, utilizamos a Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. A tradução das citações é de nossa responsabilidade e, os respectivos trechos em espanhol, estão dispostos em notas de rodapé consecutivas.

⁸ “[...] ha de ser interesantísimo el conocimiento de esta etiología específica, que proporcionará a nuestra labor terapéutica un punto de ataque, mientras que la disposición hereditaria, fijada de antemano para el enfermo desde su nacimiento, detiene nuestros esfuerzos, mostrándose como un poder inabordable”.

alargada para a compreensão dos processos psíquicos inconscientes, fato que pode ser observado nos textos posteriores a 1900, quando contemplamos o estabelecimento de uma teoria sexual (FREUD, 1905b/1981), o detalhamento da técnica psicanalítica (FREUD, 1911; 1912; 1913a; 1913b; 1914a; 1915a) a esquematização de sua metapsicologia (FREUD, 1915b; 1915c; 1915d; 1917a; 1917b) a dualidade pulsional (FREUD, 1920), os limites da psicanálise (FREUD, 1937), bem como o foco no entendimento de questões culturais (FREUD 1912-3; 1930; 1939). Assim, as ferramentas de investigação do sintoma neurótico a partir de sua causalidade particular não ficarão restritas ao sintoma, mas se ampliarão a outros fenômenos que serão considerados como do Inconsciente. No que tange à nossa pesquisa, por questões de delimitação, apresentaremos a investigação de Freud até o estabelecimento deste dispositivo conceitual, na *Interpretação dos sonhos*, sem no entanto, negar que este período inicial de especulações e de trabalho clínico por Freud, bem como sua produção posterior, estão estritamente vinculados dentro de um mesmo programa de pesquisa.

Em nosso percurso, dois objetos recíprocos e interdependentes serão investigados. Um, se refere à proposição causal de Freud, diversa às causalidades com as quais contava a ciência médica mais próxima dele, na qual foi formado. Já o outro, será o entendimento conceitual do sintoma histérico por Freud, a partir de sua pesquisa sobre a histeria, que conta com viagens a Paris e Nancy, além de seu trabalho clínico.

Assim, pretendemos demonstrar que os nuançados desenvolvimentos teóricos e aprimoramentos conceituais, as concepções de aparelho psíquico em diferentes dimensões (tópica, dinâmica e econômica), bem como o estabelecimento de uma técnica que pudesse ser utilizada no trato dos fenômenos psicológicos, podem ser compreendidos como decorrentes da proposição, por Freud, de uma nova causalidade do sintoma histérico, a qual se estendeu à compreensão das demais neuroses e dos fenômenos da vida cotidiana e da cultura.

A fim de balizar nosso problema de pesquisa, tomaremos as perspectivas causais apresentados por Perez (2012). Estas serão utilizadas para o mapeamento dos dispositivos conceituais estabelecidos por Freud em seu processo de ampliação das possibilidades causais dos sintomas histéricos. Para o autor, a proposição de uma terceira causalidade, a causalidade psíquica inconsciente, seria o ponto de partida da psicanálise. A primeira causalidade seria aquela consequente das

descobertas de pensadores como Copérnico, Galileu, Kepler e Newton, a causalidade natural. Em lugar de fatos físicos apresentarem regularidades definidas por forças espirituais, esses pensadores contribuíram para a possibilidade de pensar as causas dos fenômenos como decorrentes de fatores matematizáveis e previsíveis. “Cada elemento do mundo (e o próprio mundo incluído) é quantificado de acordo com uma regra de medida” (PEREZ, 2012). Uma segunda causalidade seria introduzida por Kant no século XVIII, a qual corresponderia ao agir da consciência. Diferentemente da causalidade natural, com Kant a noção de causalidade livre permitiria pensar o ser humano como capaz de impor a si máximas que orientariam seu agir através de representações em sua consciência. A terceira causalidade, resultante das proposições de Freud, seria a causalidade psíquica inconsciente, a qual consideraria uma série de determinações que dariam base para pensar teoricamente e lidar terapêuticamente, com um conjunto de sintomas e nosografias que não respondiam às determinações causais naturais (como problemas orgânicos), tampouco às determinações com causa nas representações conscientes dos pacientes. Esses sintomas e nosografias correspondiam à histeria, fobia e neurose obsessiva e, ao lidar com eles Freud criou “[...] novos conceitos e registros de determinação a fim de compreender e tratar as manifestações sintomáticas sem causa física ou consciente” (PEREZ, 2012, p. 27). Seria esta última causalidade aquela que visaria a identificação, estudo e tratamento de afecções cuja investigação não se fiaria unicamente à natureza, tampouco às representações conscientes.

Com a causalidade psíquica inconsciente,

[...] teria sido possível começar a compreender fenômenos não controlados por representações mentais conscientes, tais como os sonhos, os lapsos ou atos falhos, e os sintomas como sensação de afogamento sem causa física, esquecimentos do próprio nome, fobias, condutas repetitivas que não obedecem à livre escolha do sujeito, entre outros (PEREZ, 2012, p. 33).

Podemos assim considerar o inconsciente como a base de um dispositivo conceitual que torna possível uma visibilidade a determinações que os contemporâneos de Freud não abarcariam com as causalidades da epistemologia da época. O Inconsciente enquanto dispositivo conceitual permitiu que se propusesse uma nova técnica terapêutica, a qual não trabalharia com remoções causais, seja do fenômeno natural (como um elemento orgânico), seja da

representação consciente defeituosa⁹. O *inconsciente* e os desenvolvimentos teóricos de Freud a partir de sua aceção, são propostas explicativas sobre atos não conscientes e com causas que não se podem determinar a partir de uma causalidade de via unicamente natural.

O rastreamento que Freud faz de uma causalidade diferente das possibilidades epistemológicas que dispunha, implica a elaboração de novos saberes, conceitos, dispositivos técnicos, a fim de oferecer justamente essa relação causal diversa. No caso da psicanálise freudiana, observamos um movimento de elaboração conceitual constante, seja na revisão de conceitos, seja na proposição de novos modelos teóricos, como é o caso da metapsicologia.

Dos questionamentos iniciais de Freud sobre o sintoma histérico, é observável a inclusão gradativa de novos conceitos para o acolhimento compreensivo daquele sintoma que não obedece a uma causalidade natural, nem a uma causalidade consciente. Assim, em nosso método de trabalho, utilizaremos como chave de leitura da obra uma perspectiva que parte do movimento do pensamento (MONZANI, 1989) freudiano, delimitando nosso olhar à incorporação de dispositivos conceituais e aprimoramento da técnica terapêutica, que se fizeram necessários a partir da proposição de uma nova causalidade ao sintoma. A valoração da sexualidade, a trama edípica, a metapsicologia, os mecanismos psíquicos, as tópicas do aparelho psíquico, a pulsão, além da técnica, figurariam como aceções engendradas por Freud a partir de observações que realizou e das vicissitudes que encontrou em seu trabalho clínico. Com uma perspectiva de análise do movimento conceitual da teoria de Freud, podemos apreender de que forma este elabora, sustenta, altera, reconstrói seu *corpus* teórico até, devido à delimitação deste trabalho, a publicação da *Interpretação dos sonhos*. Dessa forma, podemos destacar o incessante movimento das conceituações sobre o sintoma, observáveis nas tentativas de Freud em buscar compreendê-lo dentro de sua ordem de produção e de sentido.

É importante levar em consideração que a obra de um pensador como Freud se apresenta em movimento no que se refere a seus conceitos ou, aos diferentes focos de análise e objetos de estudo. Usualmente um pensador objetiva enlaçar-los

⁹ Como veremos adiante, as teses sobre os efeitos da sugestão trabalhariam neste registro causal, o da representações conscientes defeituosas, às quais a intervenção médica influenciaria o paciente a se apropriar de uma representação adequada que não resultasse em sintomas.

cada vez com maior propriedade, haja vista mudanças de percurso notadas frequentemente em obras de diferentes autores. Por isso é comum encontrarmos divisões, fases, períodos que são reconhecidos por comentadores, gerando por vezes mais de uma definição, ou de um argumento, sobre se determinado autor tem uma, duas ou três fases, ou, se determinado conceito caracteriza rupturas ou releituras a partir de conceitos anteriores. Para Monzani, quando se observa nos comentadores de Freud o apontamento de rupturas ou de contínuos de evolução, ficando difícil estabelecer uma legitimidade na escolha de textos a serem analisados para tal, há um indício de que o problema não está bem colocado:

Haveria, por exemplo, o Freud neurólogo, até por volta de 1897, data em que, por fim, teria abandonado definitivamente essa posição. Ou, então, haveria o Freud adepto da teoria da sedução até por volta da mesma época, quando, percebendo seus enganos, teria posto essa de lado e colocado as verdadeiras bases da etiologia das neuroses através dos conceitos de fantasia e sexualidade infantil. Erros longínquos e facilmente explicáveis, poder-se-ia dizer, já que se trata exatamente dos momentos difíceis da constituição da Psicanálise e onde, portanto, as hesitações e os descaminhos são de se esperar¹⁰ (MONZANI, 1989, p. 12).

Considerando então que a psicanálise esteve em processo de constituição enquanto um sistema de pensamento ao longo dos anos de publicações assinadas por Freud, o que propomos neste trabalho é uma análise sistemática das variações na elaboração das causas determinantes do sintoma, a partir da chave de leitura proposta por Monzani (1989). Dessa forma, pretendemos tomar como modo de trabalho uma análise que acompanhe o movimento do pensamento de Freud com relação ao sintoma, até o ponto de poder definir com certa precisão sua especificidade. Para isso, faremos uma investigação que não tome sua obra a partir de um enquadramento dado *a priori*, ou como dotada de rupturas conceituais, ou ainda como um contínuo que caminha para certa evolução de seu pensamento. Monzani aponta que nas investigações sobre a obra de Freud, usualmente “[...] nos enclausuramos num impasse em forma de dilema: *ou o pensamento de Freud forma*

¹⁰ Monzani cita o trabalho de Arlow & Brenner (1973), os quais analisam as teorias topográfica (esquematizada na *Interpretação dos Sonhos*, em 1900) e estrutural (apresentada em *O Eu e o Isso*, de 1923), defendendo que ambas diferem amplamente entre si, devido a um avanço da teoria freudiana: “[...] sempre que duas teorias divergem, a teoria estrutural é mais satisfatória. Por se revelar distintamente superior à teoria topográfica, substituiu-a em grande parte, e, freqüentemente, em grau bem maior do que foi explicitamente aceito. É essa, a nosso ver, a teoria a ser aplicada pelos psicanalistas à compreensão de todos os fenômenos da mente” (ARLOW & BRENNER, 1973, p. 15). Para os autores, a teoria estrutural ampararia de modo mais eficaz o conflito psíquico decorrente de exigências morais além de desenlaçar o instintivo como puramente inconsciente.

um bloco monolítico ou há, em algum lugar, uma descontinuidade equivalente a uma ruptura” (MONZANI, 1989, p. 13. *Grifo do autor*).

Assim, pretendemos lançar mão da abordagem concebida por Monzani ao ler a obra de Freud, observando que no conjunto da obra “[...] nem tudo é mantido, mas também nem tudo é negado” (MONZANI, 1989, p. 14), buscando dessa forma, uma leitura que não se coloque em um posicionamento prévio de entendimento da obra, mas que confira a esta um estatuto de texto, tratando-a “[...] como uma rede, um tecido de significações que vale a pena ser explicitado, comentado, discutido e interpretado” (MONZANI, 1989, p. 23).

É a partir dessa chave de leitura que pretendemos embasar a pesquisa na determinação de sintoma e, nas relações que essa determinação recebeu com a técnica e demais conceitos psicanalíticos engendrados ao longo da obra de Freud. Para tanto, procuraremos considerar que:

A Psicanálise freudiana parece ter sido muito mais uma lenta gestação conceitual onde as noções foram retificadas, precisadas, repensadas ou explicitadas umas em função das outras e também em função das novas aquisições fornecidas pela prática clínica (MONZANI, 1989, p. 302).

Sabemos que Freud manteve uma continuidade de especulações tanto sobre a técnica quanto sobre a etiologia dos sintomas, apresentadas em casos clínicos (1895: *Estudos Sobre a Histeria*; 1901: *Caso Dora*; 1909: *Análise da fobia de um menino de cinco anos*; 1918: *O Homem dos Lobos*) e em escritos específicos sobre o método psicanalítico (novamente em 1985: *Estudos Sobre a Histeria*; 1900: *A Interpretação dos sonhos*; 1914: *Trabalhos Sobre a Técnica Analítica*). Também notamos Freud pensando o sintoma por um viés que considerava as implicações da relação dos indivíduos com a cultura: *Manuscrito B* (1893), *Moral Sexual Civilizada* (1908), *Totem e Tabu* (1913), *Reflexões sobre o tempo de guerra e morte* (1915), *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921), *O futuro de uma ilusão* (1927), *Mal-Estar na Cultura* (1930), *Moisés e o Monoteísmo* (1939).

No entanto, como para este trabalho estaremos delimitados no período entre 1888 e 1900, partiremos dos recursos terapêuticos e teóricos que Freud dispunha a no momento em que passa a se dedicar ao estudo das neuroses histéricas, procurando detalhar o movimento do pensamento de Freud com relação às especulações quanto à causalidade do sintoma e às considerações sobre a técnica

diante dessa causalidade. Acreditamos que a análise da técnica psicanalítica também contribui para o entendimento de como Freud lidou com o sintoma neste período delimitado. De início é possível notar uma alteração no modelo de abordagem terapêutica da histeria, quando Freud descarta o uso da hipnose a fim de investigar outra forma de acesso ao processo patológico. Isto porque uma mudança na técnica parece se relacionar com uma mudança na perspectiva teórica quanto à determinação do sintoma, resultando em um diferente objeto a ser abordado pelo terapeuta no caso de uma manifestação histérica.

Se é correto pensar que a evolução da técnica em Freud é correlata à concepção das psicose, e se entre a publicação dos *Estudos* e do caso Dora algumas premissas dos mecanismos das patologias mentais sofreram modificações, conclui-se que os alicerces da técnica também se transformaram (NAKASU, 2008, p. 67).

Com o passar do tempo, as especulações de Freud ganharam novos entendimentos, o que, segundo Nakasu, deveu-se ao fato de o objeto ter se tornado mais complexo (como com a pesquisa dos fenômenos normais, que amplia o entendimento do sintoma, das neuroses e do psiquismo) e, como consequência, a técnica necessitou de revisões (NAKASU, 2008, p. 67-68).

Uma vez que a psicanálise se apresenta como um dispositivo conceitual fruto das especulações sobre o sintoma, inicialmente específico da histeria, e suas formas de abordagem terapêutica por parte do médico, cabe pensar como Freud teceu e problematizou a técnica e o objeto de sua técnica, o qual, como pretendemos demonstrar neste trabalho, se desloca do sintoma para o Inconsciente, justificando uma quase paralela migração da técnica hipnótica (com sua abordagem pontual de cada sintoma e trauma) para a associação livre (em sua possibilidade de fazer notar os efeitos do psiquismo inconsciente).

Assim, seguiremos os passos de Freud no engendramento de conceitos até chegar à sua apresentação esquemática do Inconsciente na *Interpretação dos sonhos*, visando assim observar as articulações internas da teoria no uso de termos de outras disciplinas, na precisão de conceitos psicanalíticos, em retificações e revisões conceituais, sem perder de vista a maneira como o sintoma é entendido no curso da obra, a partir do modo que justifica sua causa e dos conceitos que levanta para entender suas manifestações.

Dentre as diferentes pesquisas que procuram acompanhar a montagem dos conceitos psicanalíticos, apontaremos algumas com vistas a caracterizar a especificidade do que desenvolveremos neste trabalho. Mezan (1982), em *Freud: a trama dos conceitos*, procura “[...] uma leitura pelo ângulo dos conceitos, isto é, uma abordagem que privilegia o aspecto sistemático da obra freudiana” (MEZAN, 1982, p. IX). O argumento para tal leitura é a constatação de que as concepções de Freud não são as mesmas ao longo da obra, chegando por vezes a certas contradições dentro *corpus* teórico. Ao argumentar que a construção do edifício teórico da psicanálise se deveu à “demolição, peça por peça” do conteúdo da *Comunicação Preliminar*¹¹, a análise de Mezan acaba impondo um posicionamento prévio o qual evitaremos nesta pesquisa, uma vez que nossa chave de leitura apresentada nos parágrafos anteriores, não supõe a circunscrição de enquadres prévios à obra freudiana. Nesse sentido, optamos pela análise das especulações de Freud em torno do fenômeno sintomático sem que períodos da obra sejam facetados como pertencentes ou não à psicanálise, tampouco como demolições de engendramentos conceituais. Nossa posição será a de mapear um mesmo projeto de pesquisa iniciado por Freud em suas primeiras publicações no campo da histeria, o qual é problematizado constantemente pelo seu trabalho clínico.

Levantamos uma série de pesquisas inspiradas na chave de leitura proposta por Monzani (1989), as quais procuram, a partir de um ou mais conceitos elencados, estabelecer o trabalho freudiano de engendramento e manutenção de tais conceitos. Dentre estas pesquisas, citamos algumas que consideramos exemplares e que de certa forma nos inspiraram metodologicamente na investigação de nosso objeto, como o trabalho de Porchat (2005) sobre a noção e o conceito de “teste de realidade”, a pesquisa de Nakasu (2008) que trata do par técnica-interpretação na clínica freudiana, bem como a pesquisa de Caropreso (2010), a qual acompanha o movimento do pensamento freudiano na relação das pesquisas neurológicas de Freud com a sua metapsicologia. Há também a tese de doutorado de Scandelari (2012), a qual procura investigar o assentamento da definição de psiquismo, a de Lima (2003), que analisa o conceito de sexualidade e as variações das noções etiológicas por Freud, bem como a de Maniakas (2008), a qual procura as acepções de Freud em torno da relação *psique* e *soma*, estendendo em seguida a pesquisa

¹¹ Mais especificamente a teoria dos estados hipnoides, o método catártico e a teoria de que a histeria se funda em reminiscências. (MEZAN, 1982, p. 8)

para outros autores (Ferenczi e Groddeck). Citamos também duas dissertações de mestrado como a de Scandelari (2006), a qual procura sublinhar uma leitura alternativa que não separe a construção de conceitos freudianos entre pré-psicanalíticos e psicanalíticos, focando a pesquisa especialmente nas noções de resistência, transferência e sexualidade, e a de Rubin (2007), que versa sobre o movimento de engendramento de uma fórmula etiológica da histeria por Freud.

De nossa parte, lançaremos o olhar para a noção de sintoma, entendendo que é a partir da manifestação sintomática (especialmente a histérica) que os conceitos propriamente psicanalíticos se engendram e desdobram. Assim, o sintoma histérico, pela sua característica fugidia, funcionaria como um gatilho para as montagens teóricas freudianas.

Com relação ao entendimento de sintoma por Freud, encontramos pesquisas direcionadas à histeria em seu estatuto de doença. Tais pesquisas (TRILLAT, 1991; ALONSO & FUKS, 2004; LORENZER, 1987), além de retomarem a histeria historicamente, apontam para as indicações freudianas sobre seus sintomas, entretanto mantêm uma abordagem que privilegia o quadro nosográfico. Outras pesquisas analisam genericamente o entendimento do sintoma por Freud, visando explorar a releitura lacaniana do conceito, como Machado (2003), Dias (2006), Cabas (2010), Maia *et al.* (2012).

Já naquilo que diz respeito à causalidade, além do já citado trabalho de Perez (2012), encontramos algumas publicações específicas ao tema, as quais no entanto, não exploram exaustivamente a relação do entendimento causal com a pesquisa freudiana em torno do sintoma histérico. O trabalho de Ganesi (2011) é o que mais se aproxima de nossa proposta investigativa, uma vez que, antes de articular a pesquisa com os modelos teóricos lacanianos a partir de Freud, discute o tema do desencadeamento das neuroses e dedica uma pequena parte do livro aos casos dos *Estudos sobre a histeria* e ao *Caso Dora*. Em seguida, a autora apresenta a noção de desencadeamento na neurose obsessiva, psicose, e discute tais temas a partir da obra de Lacan.

Ganesi localiza semelhanças na preocupação de Freud com a questão das causas no texto neurológico sobre as afasias de 1891 e no *Apêndice C* de *O Inconsciente*, de 1915. Ao citar o texto de 1891, Ganesi aponta que “[...] muito embora tenha apoiado suas fontes no organismo, desde os primórdios de seus escritos, Freud fez referência a um tipo de desencadeamento que remetia o leitor a

uma causalidade que seria de ordem psíquica” (GIANESI, 2011, p. 38). Ainda quanto a discussão sobre a causalidade, lembramos a publicação de Calazans & Santos (2007), que aponta “tempos” na noção freudiana de etiologia, correlacionando-os com noções de causa específicas. Os autores observam que

[...] Freud teve que abandonar a idéia de uma causalidade natural para poder estabelecer os limites do discurso causal em Psicanálise, que não deve ser regido por nenhuma pretensão científica, mas, ao contrário, remetido a reivindicação de um sujeito acerca de um problema de orientação (CALAZANS & SANTOS, 2007, p. 71).

O que se pode notar dos trabalhos citados, são incursões lotadas nas noções causais, na etiologia dos sintomas e, na própria significação do sintoma no interior da obra freudiana.

No entanto, pretendemos estabelecer neste trabalho o processo gradual de alargamento das possibilidades causais a partir especificamente do sintoma histórico. Assim, ao contemplarmos as noções posteriores de Freud sobre o sintoma, observaremos que não só uma nova etiologia foi estabelecida, (como quando a descoberta de um vírus ou bactéria reorganiza as dimensões etiológicas no campo da medicina) como também um novo regime de compreensão de manifestações sintomáticas. No entanto é preciso alertar que, ao apontarmos um “novo” regime causal ou uma “nova” possibilidade etiológica apresentada por Freud, não pretendemos situar o autor como um pensador que “descobriu” certas concepções a partir de sua psicanálise, mas de modo contrário, como um pensador que engendrou com genialidade a partir de impasses que encontrou na clínica, bem como com constantes especulações que teceu, um sistema de investigação e tratamento dos sintomas considerados neuróticos, até então não solúveis pelo campo da medicina.

Deste modo, procuraremos com este trabalho levantar as diferentes perspectivas sobre o sintoma, através dos dispositivos teóricos para acolhê-lo compreensivamente, enveredando os estudos de Freud para o engendramento de uma nova determinação a este. Acreditando que o sintoma neurótico é um fenômeno psíquico manifesto que pode também ser acolhido em outras relações de causalidade, que não as fisiológicas e conscientes – fato que acreditamos ter impulsionado as constantes teorizações sobre suas manifestações e sobre possíveis abordagens terapêuticas –, percebemos um espaço possível de investigação das

elaboraões teóricas por parte de Freud que visaram o entendimento exaustivo dos fenômenos sintomáticos e, em seguida, dos fenômenos do inconsciente.

Cabe assim, antes de acompanharmos detalhadamente o movimento de Freud na investigação das neuroses, apresentaremos nosso objeto de pesquisa a partir das acepções lançadas por Freud sobre o sintoma em textos posteriores ao período delimitado nesta pesquisa, de modo a enriquecer o olhar para quando retomarmos detalhadamente o período inicial da pesquisa freudiana.

Em seguida, partiremos para as noções etiológicas e técnicas sustentadas por contemporâneos de Freud no período inicial de sua carreira, balizando o capítulo a partir da situação da histeria e de seu tratamento, tecida por Freud. Deste capítulo partiremos para a análise das primeiras montagens teóricas de Freud, especialmente em textos anteriores aos *Estudos sobre a histeria*, observando as acepções que Freud elenca sobre o entendimento do sintoma histérico, bem como a discussão por comentadores, do campo epistemológico no qual sustenta suas teorizações e achados. O propósito do capítulo é de podermos responder por que teorias e métodos vislumbrados em seu “estado da arte”, fizeram Freud procurar uma nova causalidade sobre aqueles sintomas apresentados pelas históricas¹².

No capítulo seguinte, detalharemos o movimento do pensamento freudiano sobre o sintoma no interior de uma mesma obra, os *Estudos sobre a histeria*. Publicada em parceria com Josef Breuer, apresenta capítulos escritos separadamente e apenas um em conjunto. Notaremos como Freud ao especular sobre a determinação do sintoma, indica uma ampliação de sua causa, mesmo sem ainda ter engendrado um entendimento do inconsciente como aparece cinco anos depois, na *Interpretação dos sonhos*. Como veremos, muitos dos elementos que aparecerão posteriormente já estão indicados em *Estudos sobre a histeria*.

O último capítulo versará especificamente sobre a *Interpretação dos sonhos*. Nele situaremos a apresentação sistemática do inconsciente e como este ganha importância no pensamento freudiano para a compreensão da determinação dos sintomas históricos. Notaremos como apesar desta obra não apresentar um estudo

¹² Utilizamos aqui “sintomas” e não “sintoma”, pois ao nos atermos às descrições da histeria desse período inicial da carreira de Freud, nos depararemos com uma abordagem semiológica, descritiva, na qual uma “paralisia” no braço, na perna, na fala, na fome, na vontade, correspondiam a descrições específicas, com nomes específicos, (hemiplegia, afasia, anorexia, abulia, entre outras). Posteriormente poderemos encontrar Freud se referindo ao sintoma como fator constituinte, ou como um “problema de representação”. Especulamos que o sintoma, independente do lugar no corpo que se estabelece, é decorrente uma “representação”, mais importante do que a semiologia que apresenta.

exaustivo sobre o sintoma, indica a relação explícita dos processos oníricos com a organização sintomática das neuroses. O capítulo pretende tornar visível o movimento teórico de Freud que o leva à ampliação das atribuições causais dos sintomas neuróticos, especialmente a partir do engendramento do inconsciente psíquico, além do estabelecimento de uma série de dispositivos conceituais com o fim de organizar o entendimento e a terapêutica das manifestações sintomáticas típicas das neuroses histéricas.

Indicamos na conclusão o percurso estabelecido ao longo do trabalho, além de nossos resultados quanto à proposição causal do sintoma a partir do pensamento freudiano. A conclusão também apresenta nossas perspectivas futuras de pesquisa, incitadas a partir dos achados obtidos nesta dissertação.

2 DELIMITAÇÃO E DEFINIÇÃO DE OBJETO

Neste capítulo, faremos um salto cronológico do período delimitado para esta pesquisa (1888-1900), apresentando algumas definições lançadas por Freud em textos posteriores, sobre o sintoma. O objetivo com os excertos de obras posteriores de Freud que apresentaremos neste capítulo, não será mapear minuciosamente o “movimento do pensamento” freudiano, mas sim, enriquecer o olhar na leitura dos capítulos seguintes, os quais acompanharão o período inicial das pesquisas de Freud. Notaremos então como os dispositivos conceituais freudianos tornaram-se mais complexos pela inclusão de novos elementos envolvidos na causalidade do sintoma, elementos que apesar de estarem minimamente indicados desde seus primeiros textos, por certo foram formalizados de forma gradativa e constante, especialmente a partir da interface entre seu trabalho clínico e sua formalização teórica. Utilizaremos de noções apresentadas no *Caso Dora*, publicado em 1905, nas *Conferências XVI, XVII e XXIII, de 1916-7*, e em *Inibição, Sintoma e Angústia*, de 1926, para observar que na inclusão de novos dispositivos conceituais para seu entendimento, muitas das noções apresentadas foram em alguma medida problematizadas no período inicial das pesquisas freudianas. É possível que este capítulo, aliado aos que seguirão, contribua para explicitar que as leituras e releituras das manifestações sintomáticas as quais em diferentes roupagens se apresentaram ao clínico Freud, contribuíram para que novos elementos fossem observados no que diz respeito a um processo patológico ou ao psiquismo de qualquer indivíduo. Como seu nuançado entendimento do sintoma fez ver a partir de cada montagem teórica elementos diferentes ou, com diferentes perspectivas certas manifestações, o sintoma acaba se estabelecendo como um eixo que permaneceu impelindo Freud a uma pesquisa sobre a causa e tratamento das neuroses.

Desse modo, procuraremos apresentar que o sistema teórico-conceitual de Freud buscava identificar, a cada publicação com maior refinamento e complexidade, o sintoma e seu processo de formação. Mesmo que em seus primeiros escritos, como apontam Jeanneau e Perron (2005), a noção de sintoma se assemelhava à noção psiquiátrica tradicional, sinal, indício de algo, notaremos que já em suas primeiras indagações como, que forma de tratamento e que explicações podem ser tecidas a partir das peculiares manifestações sintomáticas das histéricas,

uma nova possibilidade causal acompanhada por dispositivos teóricos para sua sustentação, é engendrada. Não obstante, o enunciado de sintoma na *Interpretação dos sonhos*, qual seja, como “formação de compromisso”, ganhará novos contornos e refinamentos teóricos. Assim, cumpre-nos apontarmos definições sumárias de sintoma em algumas obras posteriores à *Interpretação dos Sonhos*.

2.1 DEFINIÇÕES DE SINTOMA POR FREUD: 1905, 1916-7, 1926

Caberá neste capítulo apresentar definições pontuais, nas palavras de Freud, do conceito de sintoma. Nosso objetivo é precisar que o entendimento de sintoma nuançado ao longo da obra, é perpassado por acepções teóricas gradativamente engendradas por Freud, talvez como medida para amparar sua nova modalidade causal. Freud não parece acrescentar à determinação do sintoma um novo achado dentro das possibilidades orgânicas do corpo, mas sim, abre um campo novo de determinações ao qual apresenta conceitos, estabelece regras causais, observa caminhos do processo patológico, dos quais poderá entendê-los à palavra psicanálise.

O sintoma ajudaria o médico a compreender o processo patológico, sempre que pareado a algum sinal orgânico. Assim, uma dor, enquanto sintoma, contribuiria para localizar o órgão ou tecido no qual está instalada a patologia. No entanto, Freud reconhece processos subjacentes ao sintoma escapando à lógica de seus contemporâneos, não se dedicando assim à localização anatômica ou a mensurações de processos fisiológicos. Observemos como um sintoma histérico como a sensação de dor, é pensada em 1926, no texto *Inibições, Sintoma e Angústia*:

Tentemos substituir a angústia por um outro afeto; por exemplo, a dor. Consideramos completamente normal que uma menina de quatro anos chore desconsoladamente porque se estragou sua boneca; e aos seis anos, porque a professora lhe repreendeu; dezesseis, porque foi desdenhada pelo namorado; ou mulher de vinte e cinco, porque seu filho morreu. Cada uma destas condições de dor tem um tempo e desaparece com ele; [...] Por outro lado, estranharemos que a mesma menina já mulher e mãe chore pela

perda ou por ter-se estragado algo sem valor (FREUD, 1926a/1981, p. 2868).¹³

Nesta situação, a dor relacionada com o sintoma histérico é estritamente simbólica, engajando estados afetivos com representações em cada tempo etário da paciente em questão. Neste texto de 1926, Freud ampara o processo patológico em uma série de conceitos e concepções como *super-eu*, *eu* e *isso*, castração, libido, regressão, pulsão, sexualidade. O sintoma aparece como uma solução diante de um processo que diz respeito à própria constituição do psiquismo e, sua causa, é apresentada como decorrente de três fatores: o biológico, o filogenético e o psicológico. O biológico, caracterizado pela ampla dependência dos cuidados de outra criatura humana, cria, portanto, a necessidade inerente ao homem de ser amado, a qual nunca o abandonará (FREUD, 1926a/1981, p. 2872). Já o filogenético diz respeito à libido e suas etapas. Freud observa que a sexualidade do homem, depois de um prematuro florescimento, a qual percorre até os cinco anos, é interrompida abruptamente, ressurgindo apenas na puberdade:

O significado patógeno desse fator resulta que a maioria das exigências instintivas desta sexualidade infantil são consideradas e rechaçadas pelo *eu* como perigos, de maneira que os impulsos ulteriores da sexualidade na puberdade que deviam ser egosintônicos, correm perigo de sucumbir à atração dos protótipos infantis e segui-los na repressão (FREUD, 1926a/1981, p. 2873. *Grifo Freud*).¹⁴

Por fim, o fator psicológico é entendido como uma imperfeição do aparato anímico, relacionada à diferença entre um *eu* e um *isso*. Diferentemente dos perigos da realidade exterior, para os quais o *eu* pode estabelecer defesas razoáveis, com as excitações provenientes dos impulsos instintivos, não dispõe de meios tão eficazes, uma vez que estes impulsos formam parte dele. Assim, o *eu*

Intimamente enlaçado com o *isso*, não pode rechaçar o perigo instintivo se não restringindo sua própria organização e aceitando assim a formação de

¹³ “Intentemos sustituir la angustia por otro afecto; por ejemplo, el dolor. Consideramos completamente normal que una niña de cuatro años llore desconsoladamente porque se le ha roto una muñeca; y a los seis años, porque la maestra la ha regañado; de dieciséis, porque ha sido desdenada por su novio; o mujer de veinticinco, porque se la ha muerto un hijo. Cada una de estas condiciones de dolor tiene un tiempo y desaparece con él; [...] En cambio, extrañaremos que la misma niña convertida en mujer y madre llore la pérdida o deterioro de una chuchería”.

¹⁴ “La significación patógena de ese factor resulta de que la mayoría de las exigencias instintivas de esta sexualidad infantil son consideradas y rechazadas por el yo como peligros, de manera que los impulsos ulteriores de la sexualidad en la pubertad que debían ser egosintónicos corren peligro de sucumbir a la atracción de los prototipos infantiles y seguirlos en la represión”.

sintomas como substituição por ter prejudicado o instinto. Então, quando se renova a pressão do instinto rejeitado, surgem para o *eu* todas aquelas dificuldades que conhecemos sob o nome de afecções neuróticas (FREUD, 1926a/1981, p. 2873).¹⁵

Podemos observar que os processos que implicam em sintomas neuróticos, mesmo que atrelados aos fatores biológico e filogenético, além do psicológico, são tomados como fatores que remetem a situações representacionais e afetivas como, necessidade de amor, investimento libidinal em distintos objetos no transcurso do desenvolvimento, vicissitudes na separação pelo *eu* do mundo externo e interno. Fato que indica o sintoma não somente como dotado de um componente subjetivo envolvido no processo patológico, como também um elemento objetificável. Neste último caso, é objetificável dentro da estrutura teórico-conceitual de entendimento do psiquismo humano que é própria à psicanálise freudiana. Nesse sentido Freud aponta na *Conferência XVI*, das *Conferências introdutórias à psicanálise*, que a psicanálise utiliza de uma leitura diversa dos atos sintomáticos, a qual faz ver o que um psiquiatra não veria (FREUD, 1917c/1981, p. 2273). Nesta conferência cita o ato de pacientes que esquecem de fechar as portas quando adentram em seu consultório, entendendo que este esquecimento pode ter um significado. Diz Freud a seus ouvintes:

A análise deste pequeno ato sintomático não ensina nada que já não saibam, ou seja, que o mesmo não é acidental, que possui um motivo, um sentido e uma intenção, e que faz parte de um conjunto psíquico definido, constituindo um indício de um importante estado de alma (FREUD, 1917c/1981, p. 2276).¹⁶

O referido ato sintomático, inconsciente ao paciente, diz respeito a um “estado da alma” deste, cabendo ao médico ampliar a leitura de um acontecimento fortuito para um ato sintomático. Dessa forma, o sintoma já não diz respeito a um processo estritamente orgânico, mas sim fica atrelado a um processo de interpretação do que pode representar, tendo em vista a história do paciente.

¹⁵ “Intimamente enlazado con el mismo *ello*, no puede rechazar el peligro instintivo más que restringiendo su propia organización y aceptando la formación de síntomas como sustitución por haber dañado el instinto. Cuando entonces se renueva la presión del instinto rechazado, surgen para el yo todas aquellas dificultades que conocemos bajo el nombre de afecciones neuróticas”.

¹⁶ “El análisis de este pequeño acto sintomático no os enseña nada que ya no sepáis, o sea que el mismo no es accidental, que posee un móvil, un sentido y una intención, y que forma parte de un conjunto psíquico definido, constituyendo un indicio de un importante estado de alma”.

Tomando então o contexto do paciente, todo o sintoma tem um sentido (FREUD, 1926a/1981, p. 2282).

Na conferência XVII, intitulada *O sentido dos sintomas*, Freud explora o entendimento do sentido, apontando que

[...] o sentido de um sintoma reside em uma relação do mesmo com a vida íntima do doente. Quanto mais individualizado se encontra um sintoma, mais fácil é estabelecer tal relação. O trabalho que nos incumbe, quando nos encontramos diante de uma ideia destituída de sentido ou de um ato sem objetivo, é descobrir a situação pretérita em que tais ideias ou atos tiveram sentido e objetivo, respectivamente (FREUD, 1917d/1981, p. 2291).¹⁷

Conforme vimos acompanhando, o tratamento que Freud oferece à palavra sintoma é de algo relacionado ao sentido, à representação, à carga afetiva que determinada manifestação pode estar implicada com a vida subjetiva do paciente. Freud não está preocupado em negar sinais, nos termos que a medicina entenderia, mas acaba ampliando uma possibilidade de visualização de elementos do sintoma.

Antes de analisarmos os primeiros textos freudianos, passemos rapidamente pelas considerações de Freud sobre o sintoma na *Conferência XXIII – Os caminhos de formação dos sintomas*, texto que encontramos uma formalização mais explícita do que seria um sintoma.

Freud começa a *Conferência XXIII* discernindo sintoma de enfermidade, uma vez que para o leigo, a cessação de um sintoma indica o fim de uma doença e, para o médico, a interrupção de um sintoma não indica necessariamente a cura. No entanto, Freud se permite partir da perspectiva do leigo, procurando compreender a doença a partir do sintoma (FREUD, 1917e/1981, p. 2345). Desta perspectiva, qualificará os sintomas psíquicos como atos nocivos que o doente realiza contra sua vontade, os quais gerariam sensações desprazerosas (FREUD, 1917e/1981, p. 2346).

Acompanhemos uma construção de Freud sobre os sintomas:

¹⁷ “[...] el sentido de un síntoma reside en una relación del mismo con la vida íntima del enfermo. Cuanto más individualizado se halla un síntoma, más fácil resulta establecer dicha relación. La labor que nos incumbe, cuando nos hallamos ante una idea desprovista de sentido o de un acto sin objeto, será, por tanto, la de descubrir la situación pretérita en la que tales ideas o actos poseyeron sentido y objeto, respectivamente”.

Dos sintomas neuróticos já sabemos que são efeito de um conflito surgido acerca de um novo modo de satisfação da libido. As duas forças opostas se reúnem de novo no sintoma, reconciliando-se, por assim dizer, mediante a formação de compromisso constituída pela formação de sintomas, sendo esta dupla sustentação dos mesmos o que nos explica sua capacidade de resistência. Sabemos também que uma das duas forças em conflito é a libido insatisfeita, distanciada da realidade e obrigada a buscar novos modos de satisfação. Quando nem sacrificando seu primeiro objeto e mostrando-se disposta substituí-lo por outro a libido vence a oposição da realidade, recorrerá, por fim, à regressão e buscará sua satisfação em organizações anteriores e em objetos abandonados no curso do desenvolvimento. O que a atrai para o caminho da regressão são as fixações que foi deixando em seus diversos estágios evolutivos (FREUD, 1917e/1981, p. 2346).¹⁸

Nesta passagem notamos noções como conflito psíquico, modo de satisfação da libido, formação de compromisso, resistência, realidade exterior e interior, objeto de satisfação, regressão, fixação. Destas ficam implícitas outras noções que Freud engendrou desde que passa a se dedicar aos sintomas neuróticos, alguns mais implicados em sua técnica de trabalho clínico, como transferência, resistência, outros a partir de construções teóricas, como o complexo de Édipo, a sexualidade a pulsão e o inconsciente, também engendrados a partir da clínica. Nesse sentido, vale citarmos a abordagem de Freud ao *Caso Dora*, publicado em 1905, mas escrito logo após a publicação da *Interpretação dos sonhos*. O sintoma, nesse texto, é observado por Freud como funcional na economia psíquica da paciente, uma vez que é apropriado por processos psíquicos para amparar de forma secundária seus desejos reprimidos, sendo, desse modo, componente de um jogo representacional: “um sintoma significa a representação – realização – de uma fantasia de conteúdo sexual e, portanto, de uma situação sexual”¹⁹ (FREUD, 1905a/1981, p. 958)²⁰. O sexual, como veremos, aparece

¹⁸ “De los síntomas neuróticos sabemos ya que son efecto de un conflicto surgido en derredor de un nuevo modo de satisfacción de la libido. Las dos fuerzas opuestas se reúnen de nuevo en el síntoma, reconciliándose, por decirlo así, mediante la transacción constituida por la formación de síntomas, siendo esta doble sustentación de los mismos lo que nos explica su capacidad de resistencia. Sabemos también que una de las dos fuerzas en conflicto es la libido insatisfecha, alejada de la realidad y obligada a buscar nuevos modos de satisfacción. Cuando ni aun sacrificando su primer objeto y mostrándose dispuesta a sustituirlo por otro logra la libido vencer la oposición de la realidad, recurrirá, en último término, a la regresión y buscará su satisfacción en organizaciones anteriores y en objetos abandonados en el curso de su desarrollo. Lo que la atrae por el camino de la regresión son las fijaciones que fue dejando en sus diversos estadios evolutivos”.

¹⁹ No entanto, Freud alerta nas páginas seguintes que “[...] as energias da produção de sintomas histéricos não são influenciadas apenas pela sexualidade normal reprimida, mas também pelos impulsos perversos inconscientes” (FREUD, 1905a/1981, p. 960). “[las energías de la producción de síntomas histéricos no son aportadas tan sólo por la sexualidad normal reprimida, sino también por los impulsos perversos inconscientes”]

paralelamente a outras questões levantadas nos anos anteriores, parecendo ganhar maior peso no entendimento da determinação do sintoma histérico, com o avançar da pesquisa freudiana. No entanto, é a partir da *Interpretação dos sonhos* que a sexualidade, redimensionada da teoria da sedução para a da fantasia, ganhará maior peso no entendimento determinativo dos sintomas histéricos. Freud aponta que seu interesse em

demonstrar que a sexualidade não intervém como um *deus ex machina* o qual emerge uma única vez no curso dos processos característicos da histeria, mas sim que esta constitui a força motriz de cada sintoma. Os fenômenos patológicos caracterizam a *atividade sexual dos enfermos* (FREUD, 1905a/1981, p. 997-998. *Grifo Freud*).²¹

No *Caso Dora*, o sintoma é constantemente entendido como portador de sentido, bem como sobredeterminado (FREUD, 1905a/1981, pp. 948, 958, 961, 962, 965). Além disso, Freud se ampara no mecanismo da repressão, o qual permitiria entender duas ideias opostas coexistindo no mesmo doente (FREUD, 1905a/1981, pp. 962-963), bem como acolhe as manifestações sintomáticas de Dora dentro de uma lógica de identificações parentais entre o Sr. e a Sra K, e seus pais.

Como se pode observar, apesar de o sintoma oferecer recursos ao médico na identificação de sinais, ou processos objetivos que os desencadeariam, dentro da concepção freudiana estes sinais não são necessariamente anatômicos, orgânicos, mas sim decorrentes de um funcionamento específico do psiquismo concebido por Freud.

O engendramento de tal concepção de aparelho psíquico tem seus primeiros registros em suas publicações a partir de 1888, sobre a histeria. Cabe assim acompanhar o modo que a histeria figura aos olhos de Freud, bem como seus primeiros intentos teóricos para sua compreensão e terapêutica. Desse modo, julgamos necessário abrir um novo capítulo e iniciar nossa análise da montagem de conceitos psicanalíticos para o entendimento do sintoma histérico, observando o alargamento das possibilidades causais de sintoma por Freud. Passemos então à

²⁰ “[...] un síntoma significa la representación – realización 0 de una fantasía de contenido sexual y, por tanto, de una situación sexual”

²¹ “[...] demostrar que la sexualidad no interviene como un *deus ex machina*, emergente uma sola vez en el curso de los procesos característicos de la histeria, sino que constituye la fuerza impulsora de cada uno de los síntomas y de cada una de las manifestaciones de los mismos. Los fenómenos patológicos constituyen la *actividad sexual de los enfermos*”.

análise de Freud quanto à situação da histeria no momento em que inicia sua pesquisa no campo de tal nosografia.

3 A SITUAÇÃO DA HISTERIA E DE SEU TRATAMENTO, POR FREUD

Como o campo de trabalho sobre o qual Freud se debruça quando passa a exercer a clínica médica é a histeria, é preciso que situemos o que do grupo de sintomas que compõem este quadro nosográfico oferecia a seus investigadores para ser desvendado. Uma vez que estamos interessados mais especificamente no movimento do pensamento freudiano, do que na análise histórica dos conceitos ou no contexto contemporâneo a Freud, de forma breve situaremos as acepções sobre a histeria a partir de comentadores e, de maneira mais extensiva, a apropriação que Freud faz dos estudos teóricos e técnicos de abordagem dos sintomas histéricos. Nosso objetivo é contextualizar a histeria aos olhos de Freud. Abordaremos suas menções ao quadro de sintomas histéricos, procurando entender em que medida justificam a gradual e sinuosa construção conceitual freudiana de uma causalidade psíquica inconsciente.

Se tomarmos a obra de Trillat (1991) observamos que os sintomas histéricos ao longo da história ocidental passaram por vários entendimentos legítimos em cada tempo histórico, quanto às suas manifestações: deslocamento do útero pelo corpo, possessão demoníaca, vapores, espíritos animais, paixões, magnetismo animal, entre outros. Das especulações sobre a natureza causal da histeria resultaram terapêuticas diversas. Assim, antes de ter um estatuto de doença bem definido como o fez Jean- Martin Charcot (1825-1893)²², esta foi apropriada pelos diversos campos do saber em tentativas de conhecimento e cura:

[...] o padre, o filósofo, o médico [...] sentiam-se concernidos num momento ou noutro, uns e outros e todos juntos, por essa coisa que os médicos denominaram histeria. Não se pode dizer o mesmo da coqueluche, da erisipela ou do câncer do fígado, cuja pertinência somente à medicina não é contestada. A histeria foi e de fato ainda é, um território reivindicado por poderes, estados, disciplinas diferentes. Cada um deles sentiu uma vocação para anexá-la, para dela fazer uma coisa sua (TRILLAT, 1991, p. 13).

Freud referendou as concepções diversas da histeria às quais recorre no período entre as décadas de 1880 e 1890, como a Escola de Nancy, representada

²² Notável neurologista francês, o qual se dedicou à neuropatologia durante toda sua carreira médica, nas alas da Salpêtrière. A ele foi criada pelo governo francês a cátedra de Neuropatologia na faculdade de medicina (FREUD, 1983a/1981, p. 33). Devido à reconhecida influência de Charcot na obra de Freud, detalharemos as pontuações de Freud sobre seu legado.

por Bernheim (1857-1919)²³ e Antoine Liébeault (1823-1904)²⁴, e a de Paris, por Charcot, além dos trabalhos de Pierre Janet (1859-1947). As divergências quanto às técnicas terapêuticas além das diferentes concepções quanto à etiologia da histeria, oferecem a Freud a possibilidade de também especular a seu modo quanto à possibilidade de tratamento e entendimento da histeria. Freud lembra, em sua autobiografia, que quando começou a se dedicar ao estudo e tratamento das neuroses, seu arsenal terapêutico não compreendia mais que duas armas: a eletroterapia e a hipnose (FREUD, 1925/1981, p. 2766). Quanto à eletroterapia, observa-as ineficazes, como arbitrárias fantasias, efeitos mais da sugestão do médico do que da eletricidade aplicada. Já com a hipnose, dois problemas surgem: nem todos os pacientes eram hipnotizáveis e, em alguns casos não se conseguia uma hipnose convenientemente profunda para o tratamento (FREUD, 1925/1981, p. 2767). Por conta disso cabe considerar que as especulações de Freud surgem a partir do que este entendeu como dificuldade no trabalho com o sintoma histérico.

Das explicações que davam primazia aos fatores fisiológicos, anatômicos ou hereditários, Freud, sem negar tais fatores, gradativamente apresenta a noção de “representações²⁵” conscientes e inconscientes como causais na sintomatologia histérica. Com a psicanálise, a intervenção terapêutica passaria a figurar no entorno destas representações, sendo a histeria o campo de trabalho sobre o qual Freud direcionou sua pesquisa a partir da década de 1880. Situemos então o estatuto da histeria antes dos apontamentos de Freud.

Para Laplanche e Pontalis (2008), a ausência de lesão orgânica na investigação anatomopatológica da neurose histérica, servia como indicador para qualificá-la como tal, diferentemente da epilepsia, por exemplo. A ausência de lesão justificaria a irregularidade dos sintomas histéricos, fazendo com que a doença fosse

²³ Clínico geral estabelecido em Nancy. Se interessa pelos trabalhos de Liébeault com a hipnose e apresenta uma orientação que se opõe à escola de Charcot, em Paris, afirmando que “[...] o estado hipnótico não é apanágio das histéricas e que as manifestações histéricas são devidas unicamente à sugestão” (TRILLAT, 1991, p. 178)

²⁴ Médico que se interessou pela hipnose e “[...] consagra sua vida a curar gratuitamente pela hipnose as populações pobres de Nancy” (TRILLAT, 1991, p. 176).

²⁵ Laplanche e Pontalis, (2008, p. 212) apontam que Freud, apesar de ter recebido influências de Charcot quanto à histeria ser considerada uma doença bem definida, com uma etiologia específica, acaba se ligando a uma corrente de pensamento que liga a histeria a uma “doença por representação”, procurando estabelecer então seu “mecanismo psíquico”. Isto pode ser observado no texto que Charcot solicita a Freud escrever: *Estudo comparativo entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas*, datado de 1893, mas escrito no final da década de 1880.

perdendo espaço no campo dos alienistas. Charles Lasègue²⁶ (1816-1883), um alienista interessado pela histeria e hipnose, ao procurar destacar e identificar formas regulares da patologia, contava, segundo Trillat (1991), seu fracasso no âmbito nosográfico da histeria:

A definição da histeria jamais foi dada e jamais o será. Os sintomas não são nem muito constantes, nem muito semelhantes, nem suficientemente iguais em duração e em intensidade para que um tipo, mesmo descritivo, possa compreender todas as variáveis [...] As leis que predominam nas evoluções patológicas não se adaptam a ela; a exceção, nesse caso, não confirma a regra, mas ela mesma se torna a regra e a característica (LASÈGUE, 1884, apud TRILLAT, 1991, p. 133).

A histeria foi sempre e de longa data tratada sobre os mais diversos pontos de vista. Ao final do século XIX, as tentativas para a definição da etiologia e nosografia da histeria, bem como de seu tratamento, não se acomodavam às condições causais que a medicina da patologia mental esperava. Devido aos seus sintomas irregulares, as pacientes não se enquadravam em uma *norma* da doença, imprescindível para o diagnóstico, prognóstico e terapêutica. Conforme apontou Lasègue, os fenômenos histéricos assumiam formas irregulares que dificultavam o enquadramento, como citado acima, nas “leis que predominam nas evoluções patológicas”. Nesse sentido, o trabalho de Charcot pode ser considerado como uma tentativa de regularizar o fenômeno do sintoma histérico, em suas minuciosas classificações.

Trillat (1991) reforça que certos alienistas colocaram a histeria fora de seu campo de investigação devido a um “desagrado” que essas doentes causam: além de não poderem ser enquadrados no campo da patologia mental “[...] os histéricos, com suas crises, seus caprichos, seu comportamento ruidoso, perturbam a ordem dos serviços dos alienados” (TRILLAT, 1991, p. 133).

Sabe-se que desde a antiguidade, uma série de teorias atribuíram diferentes causas e terapias para a histeria (TRILLAT, 1991), sendo assim, a cada tempo histórico saberes diversos caracterizavam diferentes “verdades” sobre tais sintomas. No caso de Freud, nos ateremos ao modo que engendra um diferente registro de determinação do sintoma histérico. Ao entender uma causa inconsciente, será preciso organizar os recursos teóricos para o entendimento do sintoma e, conseqüentemente, estabelecer suas intervenções (notaremos que isso também

²⁶ LASÈGUE, C. **Études Médicales**. Paris: Asselin, 1884.

ocorre de modo contrário, quando mudanças nas intervenções o fazem repensar suas especulações). De seu modo de acolhimento teórico, procuraremos apresentar os dispositivos conceituais por ele engendrados durante seu percurso prático e especulativo, os quais objetivaram justamente fundamentar a determinação dos sintomas por ele proposta.

Dessa forma, convém agora levantarmos as abordagens correntes da histeria antes das elaborações de Freud. Nesse caso, o nome de Jean Martin Charcot é um dos mais lembrados com relação às influências que Freud recebeu, talvez pelo fato de o próprio Freud situar Charcot como uma peça chave para o início de seus primeiros estudos sobre as neuroses histéricas.

Em *Relatório Sobre Meus Estudos em Paris e Berlim*, Freud se refere a Charcot com profunda admiração, lembrando de sua contribuição no estudo científico e comprometido da histeria e hipnose. Segundo Freud, Charcot teria dito que o trabalho da anatomia estava encerrado, bem como o estudo das doenças orgânicas do sistema nervoso, sendo as neuroses, o próximo passo das investigações (FREUD, 1886/1977, p. 42). No mesmo relatório, lembrando do estilo de Charcot como cientista, transmitido em suas aulas e pesquisas caracterizadas por total sinceridade, “[...] compreender-se-á por que o autor deste relatório, assim como qualquer outro estrangeiro em situação semelhante, deixou a Salpêtrière com irrestrita admiração por Charcot” (FREUD, 1886/1977, p. 41). Alguns anos mais tarde, no necrológio de Charcot, reforça a dignidade que este deu às histéricas com o fim aos sorrisos irônicos com os quais eram acolhidas as pacientes (FREUD, 1893a/1981, p. 34). Chega a comparar os resultados de seu trabalho com o ato libertador de Pinel, no caso das histéricas. Além dessas fontes, observamos nas publicações de Freud que, após seu retorno da França, passa a se engajar e publicar seus estudos sobre as neuroses histéricas e o uso da hipnose como investigação e tratamento destas.

Dentre os feitos de Charcot, destacamos seu método de investigação da histeria, o qual procurava estabelecer metodicamente as regras de manifestação dos quadros histéricos. Para tal feito aplica à histeria o método anatomoclínico que já havia utilizado com as doenças neurológicas (TRILLAT, 1991, p. 145), levantando descrições exaustivas e semiológicas específicas. Para Trillat “Ao ser submetida ao método anátomo-clínico, a histeria se tornava uma doença como as outras, ela entrava na ciência” (TRILLAT, 1991, p. 146).

Uma vantagem desse novo estatuto da histeria introduzido por Charcot era reduzir seu aspecto duvidoso, visto a característica da doença incorporar sintomatologias de outras doenças. Assim, a histeria também foi incorporada por uma metodologia precisa que a colocava ao lado das doenças neurológicas²⁷ (TRILLAT, 1991, p. 149).

Charcot introduz uma novidade que desperta o interesse de Freud, pois utiliza a hipnose como método de investigação das leis da histeria. Para ele “A descoberta dessas leis nos mostrará enfim, que a histeria não é uma dessas desconhecidas na qual se vê tudo o que se quer. Desagrade ou não aos céticos e aos histeróforos, isso não é um romance: a histeria tem suas leis” (CHARCOT, 1890, p. 260, citado por TRILLAT, 1991, p. 153).

O sintoma aqui seria aquilo que pode também ser produzido artificialmente sob hipnose, o que significa que a histeria não manifesta seus sintomas em correspondência com lesões neurológicas, conforme o método anatomoclínico demonstra. Aqui Charcot introduz a noção de “perturbação funcional” ou “dinâmica” do sistema nervoso²⁸. (TRILLAT, 1991, p. 154)

No período que Freud viaja à França para realizar seus estudos sob a tutela de Charcot, este encontra-se desenvolvendo ideias em torno da “histeria traumática” (TRILLAT, 1991, p. 156). Nesta encontramos relações com aquilo que Freud desenvolveu anos mais tarde em parceria com Josef Breuer (1842-1925)²⁹. Para

²⁷ Entretanto sabemos que havia o entendimento de uma “causa genital” o qual não era explicitamente veiculado no meio acadêmico e científico. Em *História do Movimento Psicanalítico* Freud lembra que seu *insight* para a atribuição do papel da sexualidade na etiologia das neuroses, surgiu muitos anos de declará-la em sua obra, a partir de três pessoas pelas quais guardava um profundo respeito. Eram Breuer, Charcot e Chrobak, um ginecologista proeminente de Viena. Relata Freud três situações nas quais em momentos informais que passava com os médicos acima, ouviu deles insinuações etiológicas das neuroses que consideravam a sexualidade. Breuer comenta de uma paciente neurótica cujo problema está sempre relacionado a segredos do leito conjugal (FREUD, 1914b/1981, p. 1899). Já de Charcot, ouviu que a neurose histérica se dava devido à “chose génitale, toujours, ... toujours, ... toujours” (FREUD, 1914b/1981, p. 1899). De Charcot Freud lembra que se perguntou porque este nunca comentava esse fator em suas aulas. Por fim, de Chrobak ouviu que a ansiedade de uma paciente sua devia-se ao fato de que, embora estivesse casada há dezoito anos, ainda era *virgo intacta*, argumentando a Freud que a única receita para tal situação é bem conhecida, apesar de não ser possível prescrevê-la “Rp. *Penis normalis dosin iRepetatur!*” (FREUD, 1914b/1981, p. 1899).

²⁸ O fato de a histeria não respeitar a estrutura anatômica dos nervos, cria um diagnóstico diferencial na observação das paralisias, caso estejam ou não de acordo à distribuição dos nervos. Freud abordará essa questão a pedido do próprio Charcot, em texto publicado em 1893.

²⁹ Médico vienense que desempenhou pesquisas no campo da fisiologia (descobriu juntamente com Ewald Hering a natureza reflexa da respiração a partir do nervo vago). Segundo Jones (1987, p. 201) foi um fiel seguidor da Escola de Helmholtz e conheceu Freud no Instituto de Fisiologia de Brücke. Entre dezembro de 1880 e junho de 1882, tratou um caso de histeria que se tornou famoso (caso

Charcot, nos indivíduos com uma predisposição histérica, alguns traumas vivenciados, como acidentes, podem despertar a histeria que já estava alojada. Além disso, haveria um período de incubação entre o momento traumático e a aparição dos sintomas. Nos órgãos psíquicos estaria alojada

[...] uma idéia ou um grupo de idéias associadas que, na ausência de qualquer controle e de qualquer crítica, deverão estabelecer-se em estado autônomo, viver, de certo modo, como um parasita e, por isso mesmo, adquirindo uma enorme força e um poder de realização, por assim dizer, sem limites (CHARCOT, p. 431, citado por TRILLAT, 1991, p. 157).

A noção de grupo psíquico separado que opera de forma autônoma como um parasita, será levada em consideração de forma explícita por Freud em *Estudos sobre a histeria*. Neste texto, Freud utiliza o termo corpo estranho para se referir ao núcleo patógeno que opera no psiquismo do doente, alheio à sua consciência (FREUD, 1895a/1981, p. 159). Com a incorporação de novos apontamentos, observamos que o Inconsciente será o produto final decorrente da noção de algo estranho ao psiquismo que opera em um suposto *locus*. Para Freud, esse corpo estranho seria parte constitutiva do psiquismo, assim como Charcot de certa forma o considerava quando creditava a histeria a uma predisposição do paciente. Assim, tal corpo estranho também se qualificaria como elemento da constituição nervosa do doente.

Com outros médicos, como com Bernheim e Liébeault – que se posicionavam de forma contrária a Charcot –, Freud também buscou informações quanto ao trato da histeria. Deles Freud incorpora às suas elaborações – não sem alterar – a ideia da sugestão. Para Bernheim, a histeria enquanto entidade nosográfica seria fruto da sugestão por parte do médico ou da autossugestão imposta pelo doente.

[...] a grande histeria, com sua evolução em fases que se desenrolam como um rosário, era uma histeria de cultura; eu constatei que a sugestão experimental frequentemente modifica essa evolução à sua maneira e pode suspendê-la em qualquer de seus períodos (BERNHEIM, 1913, p. 2, citado por TRILLAT, 1991, p. 180).

Essa constatação justifica Bernheim afastar-se da hipnose a fim de trabalhar com a sugestão apenas em estado de vigília. Esse seria um dos motivos que Freud

compartilhou, ao também abandonar a hipnose. Em *Estudos Sobre a Histeria* afirma que o uso da hipnose faz com que a recordação esquecida não seja notada, então, apesar de ser mais difícil o procedimento terapêutico sem o uso do sonambulismo, com o abandono deste, os motivos do esquecimento serão notados, permitindo que pudesse:

[...] penetrar nos motivos dos quais depende muitas vezes o “esquecimento” de lembranças. Posso afirmar que este “esquecimento” é, com frequência, voluntário, mas que nunca se consegue, senão *aparentemente* (FREUD, 1895a/1981, p. 82, *grifo Freud*).³⁰

Ainda na mesma obra, porém no capítulo sobre a *Psicoterapia da Histeria*, Freud apresenta duas dificuldades no uso da hipnose: nem todos os pacientes são hipnotizáveis e não é possível estabelecer o quadro clínico antes de empregar a hipnose, sendo que para Freud “[...] a decisão do diagnóstico e da terapia adequada ao caso tem que ser anterior a tal conhecimento” (FREUD, 1895a/1981, p. 139)³¹. Já na *História do Movimento Psicanalítico*, Freud esclarece que só com a mudança técnica da hipnose para a livre-associação é que se pôde fazer notar a “repressão”, que Freud denomina como a “pedra angular” da psicanálise. Pedra angular que é possível notar

[...] sempre que se empreende a análise de um neurótico sem o auxílio da hipnose [...] A hipnose encobre esta resistência, pelo que a história da psicanálise propriamente dita não começa senão com a inovação técnica constituída por uma renúncia à hipnose (FREUD, 1914b/1981, p. 1900).³²

Ademais, na *Autobiografia* faz referência à transferência, a qual não é adequadamente trabalhada quando o paciente encontra-se em hipnose:

[...] os resultados terapêuticos obtidos desapareciam diante da menor perturbação da relação pessoal entre médico e doente [...] se demonstrava assim que a relação pessoal afetiva – fator impossível de dominar – era

³⁰ “[...] penetrar un tanto en los motivos de los que depende muchas veces el “olvido” de recuerdos. Puedo afirmar que este “olvido” es, con frecuencia voluntario, pero que nunca se consigue sino *aparentemente*”.

³¹ “[...] la decisión del diagnóstico y de la terapia adecuada al caso tiene que ser anterior a tal conocimiento”.

³² “[...] siempre que se emprende el análisis de un neurótico sin el auxilio de la hipnosis [...] La hipnosis encubre esta resistencia, por lo cual la historia del psicoanálisis verdaderamente dicho no comienza sino con la innovación técnica constituída por la renuncia a la hipnosis”

mais poderosa que o trabalho catártico (FREUD, 1925/1981, p. 2772-2773).³³

Em 1889 Freud esteve na clínica de Bernheim acompanhado de uma paciente histérica, a propósito de solicitar a Bernheim uma contribuição na eliminação dos sintomas da paciente, os quais o próprio Freud não havia conseguido eliminar por meio das técnicas de sugestão e hipnose. Freud acreditava que não conseguira sucesso com a paciente por não ter domínio sobre a técnica, no entanto Bernheim também não conseguiu e, segundo Freud, confessou que não obtinha sucesso pela sugestão em outros ambientes que não os do seu hospital (FREUD, 1925/1981, p. 2767). De certa forma Freud procura manter uma atmosfera de autoridade entre médico e paciente, bem como nas condutas do *setting* terapêutico as quais intentam manter um ambiente que facilite a submissão do paciente às sugestões e orientações do médico³⁴.

As ferramentas para tratamento ou cura dos sintomas histéricos, a influência do médico, bem como o ambiente no qual o paciente se apresenta (como viu Freud em sua visita à clínica de Bernheim) se tornam variáveis a serem dominadas no que diz respeito ao trato da histeria. Além disso, Freud propõe um registro causal da sintomatologia histérica que se expandirá gradativamente a partir de fatores como as questões traumáticas, a sugestionabilidade da paciente e de sua predisposição hereditária. Tais fatores não serão negados ou eliminados em sua construção teórica da psicanálise, mas sim serão dados vistos a partir de uma perspectiva teórica que considerará um *inconsciente* como um dispositivo regido por certas leis,

³³ “[...] los resultados terapéuticos obtenidos desaparecían ante la menor perturbación de la relación personal entre médico y enferma [...] se demostraba así que la relación personal afectiva – factor imposible de dominar – era más poderosa que la labor catártica”.

³⁴ Isso aparece em algumas passagens de *Estudos Sobre a Histeria*, quando utilizando o método da pressão na testa, a paciente diz não se recordar de nada, Freud escreve: “Deste modo, procedi como se me encontrasse totalmente convencido da segurança de minha técnica, e quando a paciente afirmava que nada lhe ocorria, lhe assegurava que isso não era possível” (FREUD, 1895a/1981, p. 119). [“De este modo, procedí como si me hallara totalmente convencido de la seguridad de mi técnica, y cuando la paciente afirmaba que nada se le ocurría, le aseguraba que ello no era posible”] À paciente explica que ela não se concentrou adequadamente. Declara, no relato do caso da mesma paciente que “O interesse que demonstramos, a compreensão que lhe fazemos supor e as esperanças de cura que lhe damos, são decisivas para que o doente nos entregue seu segredo” (FREUD, 1895a/1981, p. 110). [“El interés que le demostramos, la comprensión que le hacemos suponer y las esperanzas de curación que le damos, decide al enfermo entregarnos su secreto”]. No capítulo *Psicoterapia da Histeria*, quando afirma fazer uma coerção psíquica, a qual oriente o paciente às representações buscadas, sendo que para tal coerção, deve-se perguntar, logo depois de retirar a pressão na testa, com entonação serena “[...] como se estivéssemos seguros do resultado: ‘O que você viu ou o que te ocorreu?’” (FREUD, 1895a/1981, p. 147). [“[...] como si estuviéramos seguros del resultado: ‘Qué ha visto usted o qué se le ha ocurrido?’”]

o qual faz a manutenção do sintoma e de acontecimentos do cotidiano em pessoas ditas normais, apesar de inicialmente este *inconsciente* não ser explicitamente enunciado.

Será apresentado por Freud outro fator em jogo na distribuição dos sintomas pelo corpo típicos da histeria já no verbete *Histeria*, escrito para a enciclopédia de Villaret no ano de 1888. Nele mostra-se signatário das ideias de Charcot quanto às questões fisiológicas estarem relacionadas com a tipologia dos sintomas histéricos: “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” (FREUD, 1888/1977, p. 79). Isso permite justificar o fato de as manifestações histéricas não considerarem a disposição anatômica dos nervos (FREUD, 1999/1977, p. 85)³⁵, além de mudarem frequentemente sua localização e intensidade (FREUD, 1888/1977, p. 88).

Apesar de Freud não considerar os processos inconscientes nos mesmos termos que entenderá anos depois (especialmente a partir de 1895), dedica-se em abordar os mecanismos psíquicos componentes do mecanismo da histeria, citando que o uso da hipnose está entre as melhores alternativas de tratamento:

Entre os meios capazes de remover os sintomas histéricos, mencione-se com especial ênfase a influência da excitação e da sugestão hipnótica, essa última porque atinge diretamente o mecanismo dos distúrbios histéricos³⁶ e não se pode suspeitar que produza nenhum outro efeito além dos efeitos psíquicos (FREUD, 1888/1977, p. 88).

No entanto, nesse momento sua perspectiva parece estar mais próxima da noção de uma causalidade mecânica visualizada nos fenômenos da natureza³⁷. Afinal, Freud argumenta neste texto que ao lado dos sintomas físicos, observa-se na histeria uma série de distúrbios psíquicos, para os quais “[...] futuramente, as modificações características da histeria sem dúvida serão decifradas; contudo, a

³⁵ Ideia defendida nos *Estudos comparativos entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas*, em 1893, a qual detalharemos adiante.

³⁶ Freud também acredita que a hipnose, por sua eficácia sobre os processos psíquicos, pode ser utilizada como diagnóstico diferencial em relação aos processos orgânicos. É o que escreve em *Hipnose* “Naturalmente, também podemos hipnotizar com vistas ao diagnóstico diferencial: por exemplo, quando estamos em dúvida de saber se determinados sintomas se relacionam à histeria ou a uma doença nervosa orgânica” (FREUD, 1891/1977, p. 156).

³⁷ Cf. (PEREZ, 2012, p. 63).

análise deles, até o momento mal começou” (FREUD, 1888/1977, p. 89). A questão fisiológica e sua relação com os aspectos psíquicos notados na histeria são para Freud “[...] *alterações na distribuição normal, no sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação*” (FREUD, 1888/1977, p. 89, *grifo Freud*). Daí a proposta profilática apresentada no verbete de aconselhar o paciente a “não sobrecarregar de esforços o sistema nervoso” (FREUD, 1888/1977, p. 95). De qualquer forma, os processos psíquicos típicos da histeria ocorreriam na esfera automática do psiquismo, que Freud se refere como inconsciente, no sentido adjetivo de processos alheios ao psiquismo consciente, exercendo aumentada influência sobre os mecanismos fisiológicos do organismo. Esse fator permite a Freud justificar adiante o fato de os pacientes não apresentarem o sintoma histérico logo após um evento desencadeante, pois haveria um período de incubação no qual o evento “continua atuando no inconsciente” (FREUD, 1888/1977, p. 94).

Naquilo que se refere à hereditariedade, Freud parece signatário das ideias de Charcot, aos considerá-la como principal causa da manifestação, sendo o trauma um agente desencadeador da afecção que já estava no organismo do paciente: “Comparados com o fator da hereditariedade, todos os outros fatores situam-se em lugar secundário e assumem o papel de causas incidentais, cuja importância quase sempre é superestimada na prática” (FREUD, 1888/1977, p. 91).

No entanto, neste mesmo texto relativiza a importância da hereditariedade, especialmente quanto passa a se referir ao tratamento, propondo o afastamento geográfico do paciente de suas condições habituais e a transmissão ao paciente, através da demonstração por parte do médico de uma convicção e segurança “[...] de que a neurose não é perigosa e pode ser curada rapidamente” (FREUD, 1888/1977, p. 96). Não obstante, massagens, faradizações e hidroterapia constituiriam o que Freud chama de tratamento indireto, sendo o tratamento direto a “[...] remoção das causas psíquicas que estimulam os sintomas, e isto se torna compreensível se buscarmos as causas da histeria na vida ideativa inconsciente” (FREUD, 1888/1977, p. 98). Dessa forma, o entendimento causal do sintoma parece se remeter a um conteúdo ideogênico e, a hereditariedade, não parece ser o único fator envolvido na sua determinação.

O procedimento terapêutico contará então com o poder de influência do médico, na transferência ao paciente de suas possibilidades de melhora, e com o método de Breuer, utilizado para remontar a pré-história psíquica da doença

impelindo o paciente a reconhecer a ocorrência que originou o conjunto de seus sintomas histéricos. Assim, o fator hereditário é desconsiderado quando a terapêutica é proposta. Para Freud, “O tratamento psíquico direto dos sintomas histéricos ainda será considerado o melhor no dia em que o entendimento da sugestão tiver penetrado mais profundamente nos círculos médicos (Bernheim – Nancy)” (FREUD, 1888/1977, p. 99).

Técnicas de tratamento da histeria, como a hipnose e a sugestão são referidas por Freud em outro texto publicado também em 1888. Trata-se do prólogo à tradução de um livro de Bernheim sobre a sugestão. James Strachey, editor das *Standardt Edition*, afirma (1981, nota 6, p. 4), que seria este o primeiro texto de Freud publicado no terreno da psicologia, em detrimento da fisiologia.

Neste compara o estado hipnótico com o sono, cujo estudo permite compreender as leis que os regem, afinal, a principal contribuição do livro seria oferecer provas das “[...] relações entre os fenômenos hipnóticos e os processos habituais da vigília e do sono, revelando ao mesmo tempo as leis psicológicas que regem em ambos setores” (FREUD, 1888/1981, p. 4).³⁸

Aquilo que Freud se interessa se evidencia: provas de leis psicológicas que regem tais processos psíquicos. A materialidade das provas estaria em uma regularidade que obedeceria os fenômenos psíquicos a partir de certas causas.

Quando se trabalha com a histeria, somente enxergamos o produto final de um processo que já se desenvolve e que de certa forma desconhece a disposição de cada músculo, bem como a distribuição dos nervos. Para Freud isso se deve à histeria não apresentar paralisias em músculos isolados, tampouco paralisias periféricas e faciais centrais (FREUD, 1888/1981, p. 6).

Quanto à hipnose, esta seria favorecida tanto por fatores psíquicos quanto fisiológicos. Freud não nega nenhum e empreende no prólogo uma discussão sobre momentos em que a hipnose é acertadamente causada por motivos fisiológicos (estímulos luminosos, sono/sonho ou fadiga, por exemplo) e psicológicos (no caso da sugestão).

Mantém-se no texto um interesse entre fenômenos psíquicos e fisiológicos e a possível associação entre eles

³⁸ “[...] relaciones entre los fenómenos hipnóticos y los procesos habituales de la vigilia y del sueño, revelando al mismo tiempo las leyes psicológicas que rigen en ambos sectores”.

[...] a divisão dos fenômenos hipnóticos em fisiológicos e psíquicos desperta em nós uma impressão bastante insatisfatória e exige urgentemente um laço de conexão entre ambas séries [...] o problema da sugestão é muito menos dificultoso que o das correlações fisiológicas, já que seu modo de ação é indubitável e relativamente claro, enquanto nada sabemos acerca das influências mútuas da excitabilidade nervosa às quais devem reduzir-se os fenômenos fisiológicos (FREUD, 1888/1981, p. 9).³⁹

Fatores psicológicos e fisiológicos figurariam lado a lado com relação aos estados hipnóticos, sendo “[...] tão unilateral considerar unicamente a face psicológica do processo como atribuir à inervação vascular toda a responsabilidade dos fenômenos da hipnose”⁴⁰ (FREUD, 1888/1981, p. 11).⁴¹

Há ainda no prólogo uma ideia que é amplamente discutida por Freud três anos depois, na *Monografia sobre as Afasias*, de 1891. Freud alega que na hipnose pode haver alterações fisiológicas em outras áreas que não apenas o córtex, local onde residiriam os processos psíquicos. Sem dissertar através da apresentação de características anatômicas e fisiológicas, afirma ser improvável que profunda alteração na excitabilidade do córtex na hipnose, não altere a excitabilidade de outras áreas do encéfalo.

[...] a “consciência”, seja esta o que for, não faz parte de todas as atividades do córtex cerebral nem corresponde a qualquer delas sempre na mesma medida; não é uma coisa vinculada a nenhuma localização particular no sistema nervoso (FREUD, 1888/1981, p. 11).⁴²

Opina Freud que se pense em cada fenômeno, sem fixar-se na discussão quanto a um fenômeno ser psíquico ou fisiológico.

³⁹ “[...] la división de los fenómenos hipnóticos en fisiológicos y psíquicos despierta en nosotros una impresión harto insatisfactoria y exige urgentemente un lazo de conexión entre ambas series [...] el problema de la sugestión es mucho menos dificultoso que el de las correlaciones fisiológicas, ya que su modo de acción es indudable y relativamente claro, mientras que nada sabemos acerca de las influencias mutuas de la excitabilidad nerviosa a las cuales deben reducirse los fenómenos fisiológicos”.

⁴⁰ A posição de Freud que parece se manter ao longo da obra, não opta definitivamente pelos processos fisiológicos ou psicológicos. Monzani (2010) aponta que Freud não nega taxativamente um em detrimento de outro, mas em alguns momentos de sua produção, confere diferentes pesos determinativos para os dois processos em questão, sem excluir um ou outro.

⁴¹ “[...] tan unilateral considerar únicamente la faz psicológica del proceso como atribuir a la inervación vascular toda la responsabilidad de los fenómenos de la hipnosis”.

⁴² “[...] la “consciencia”, sea esta lo que fuera, no forma parte de todas las actividades de la corteza cerebral ni corresponde a cualquiera de ellas siempre en igual medida; no es una cosa vinculada a ninguna localización particular en el sistema nervioso”.

Em nota ao texto de Bernheim quanto a mecanismos automáticos ocorridos em vigília, os quais Bernheim considera decorrentes de redução da atividade cerebral e aumento da atividade medular, Freud discorda, alegando que é injustificado que uma execução mude sua localização no sistema nervoso quando muda da consciência para a inconsciência. Freud propõe que se pense em quantidades de excitação ao invés de deslocamentos espaciais, uma vez que seria mais provável que as zonas de cada estado mental trabalhe com uma magnitude variável de atenção ou de consciência (FREUD, 1888/1981, p. 12).

O que parece acontecer nas publicações dos anos seguintes é um aprofundamento por Freud na possibilidade de interferir nas causas psíquicas. O percurso pelas técnicas da hipnose e sugestão dará espaço para que amplie o entendimento da determinação dos sintomas, além das causalidades correntes, como a hereditária, anatômica, fisiológica, demoníaca.

Assim, a peculiaridade da histeria e das demais neuroses permite pensar em outro tipo de determinação, a qual Freud propõe. Para chegar a essa determinação, que podemos considerar como decorrente do campo das representações, Freud investigará elementos dos sintomas histéricos além das paralisias, cegueiras e demais manifestações fenomênicas. O uso da hipnose e seu posterior abandono à escuta das palavras das pacientes em vigília, parecem ter indicado a Freud um campo de investigação da significação dos sintomas não restrito somente a uma especulação acerca de uma causalidade implicada unicamente em processos fisiológicos, anatômicos ou hereditários.

Em alguns casos e apontamentos teóricos apresentados em publicações anteriores aos *Estudos sobre a histeria*⁴³, é possível notar apontamentos sobre o campo da significação dos sintomas. Mesmo com um aporte teórico menos complexo se comparado com o apresentado na *Interpretação dos sonhos*, observamos primeiros elementos nos apontamentos freudianos que indicariam o alargamento das possibilidades causais. Sendo assim, no próximo capítulo, antes de analisarmos os textos que pretendemos, apresentaremos a partir de comentadores, possibilidades de apreensão do modelo epistemológico freudiano, julgando que assim destacaremos a torção realizada por Freud no entendimento do sintoma histérico.

⁴³ Nos referimos especificamente aos *Estudos comparativos entre paralisias motoras orgânicas e históricas*, a *Um caso de cura por hipnose* e às *Neuropsicoses de defesa*.

4 O ARSENAL DE FREUD EM SUAS PRIMEIRAS MONTAGENS TEÓRICAS

A fim de verificar os dispositivos conceituais e terapêuticos que Freud lançou mão, além de como o andamento de suas pesquisas ganhou um estatuto próprio, distinguindo-se no modelo teórico e técnico da psicanálise, situaremos algumas perspectivas de comentadores sobre a produção freudiana. Feito isso refinaremos nosso olhar não só para análise das montagens teóricas de Freud nos textos deste capítulo, como também nos textos contemplados nos capítulos seguintes.

Em sua trajetória inicial Freud passou pelo laboratório de Ernst Brücke (1819-1892)⁴⁴ no Instituto de Fisiologia, no hospital de Meynert, alguns meses na Salpêtrière com Charcot, fez visitas à clínica de Liébeault e de Bernheim, além da colaboração que durante alguns anos estabeleceu com Breuer. Ao mapear essas influências, alguns comentadores observam a construção por Freud de um espaço epistemológico diferenciado de seus contemporâneos. Sua epistemologia teria possibilitado um alargamento das possibilidades de entendimento do sintoma histérico, ao explorar etiologias além da hereditariedade e degenerescência, e intervenções diversas à hipnose, sugestão e método catártico. Para que as proposições de Freud quanto a uma nova causalidade dos fenômenos sintomáticos fossem possíveis, coube a elaboração de uma nova perspectiva epistemológica, como aponta Assoun:

Neste sentido, podemos muito bem dizer que elabora um discurso epistemológico *sui generis*. Todavia, em momentos-chave, sente a necessidade de formular uma espécie de plataforma epistemológica ao mesmo tempo extraordinariamente explícita [em *O interesse da psicanálise*] e excessivamente concisa [em *Pulsões e os destinos das pulsões*] (ASSOUN, 1983, p. 11).

Para Assoun, haveria uma “[...] epistemologia rigorosamente nativa e imanente à *démarche* de conhecimento pertencente a Freud” (ASSOUN, 1983, p. 10), que não deixou de lado os modelos epistêmicos de seus contemporâneos.

⁴⁴ Famoso fisiologista que compunha o corpo docente de medicina da Universidade de Viena. A pessoa de Brücke teria exercido uma influência reconhecida por Freud (cf. JONES, 1987, p. 54). Segundo Gay (1989, p. 48) era Brücke o representante mais eminente do positivismo em Viena. Com relação a Freud, “[...] sua adesão à concepção básica de ciência de Brücke resistiu à sua passagem das explicações fisiológicas para as explicações psicológicas das ocorrências mentais” (GAY, 1989, p. 49).

Nesse sentido, pretendemos acompanhar no texto freudiano a lógica própria de seu instrumental conceitual, e o diálogo interno de seus conceitos, procurando na textura⁴⁵ do texto as acepções da etiologia do sintoma e seus procedimentos técnicos.

Ernest Jones aponta que os anos nos quais Freud estagiou no Instituto de Fisiologia de Ernest Brücke (entre 1876 e 1882), serviram como uma fonte inspiradora dos ideais científicos de sua época. O interesse de Freud pelo Instituto de Fisiologia se destaca quando notamos que permaneceu no Instituto por um período de 15 meses depois de formado, até receber o conselho de Brücke para deixar a carreira de pesquisador, dadas as frágeis condições financeiras de seu pai, e seguir um trabalho como médico no Hospital Geral de Viena, sob a supervisão de Meynert (JONES, 1987, p. 75). O instituto de Brücke integrava o movimento científico denominado como *Escola de Medicina de Helmholtz*, composto através da colaboração entre Emil Du Bois Reymond⁴⁶ (1818-1896), Ernst Brücke, Hermann Helmholtz⁴⁷ (1821-1894) e Carl Ludwig⁴⁸ (1816-1895).

Quanto a este movimento, em 1842 Du Bois lembrava os seus ideários pensados juntamente com Brücke, os quais parecem aproximar-se com o estatuto de ciência quanto ao aspecto energético e econômico, que Freud constantemente reivindicou à psicanálise:

Nenhumas outras forças, a não ser as físico-químicas comuns acham-se em ação ativa no interior do organismo. Nos casos em que não se possam obter informações através dessas forças, eventualmente, ter-se-á de encontrar um caminho específico ou a forma de sua ação por intermédio do método físico-matemático ou admitir novas forças idênticas em dignidade às forças químico-físicas inerentes à matéria, e que são redutíveis à força de atração e repulsão (DU BOIS, 1842, citado por JONES, 1975, p. 73)

⁴⁵ Acreditamos justificado cunhar o termo textura no sentido que este remete a uma qualidade que permeia todo o texto freudiano, este às voltas com as questões relativas ao sintoma, uma vez que dentro do período delimitado para esta pesquisa, Freud não chega a escrever uma obra específica sobre o “sintoma”, tampouco sobre a técnica.

⁴⁶ Fisiologista, reitor da Universidade de Berlim. Segundo Assoun (1983, p. 78), seu discurso de posse como reitor serviu como modelo para os ideários científicos da época. Foi colega de Ernst Brücke.

⁴⁷ Professor de física em Berlim a partir de 1871, foi também médico militar, lecionando fisiologia e patologia em diferentes universidades. Freud o considera como um ídolo, em carta a Martha Bernays de 1883 (FREUD, 1982, p. 96). É Helmholtz quem transpõe o domínio da teoria da conservação de energia de Mayer para a fisiologia (ASSOUN, 1983, p. 180).

⁴⁸ Colaborador na fundação do Instituto de Fisiologia. Freud trabalhou por um ano em seu laboratório, paralelamente às atividades que desempenhou no laboratório de Brücke. Segundo Jones, Freud considerou este ano de trabalho desperdiçado e infrutífero. (JONES, 1987, p. 75).

Para Gay (1989), Hermann Helmholtz e Emil Du Bois-Reymond teriam fortalecido a concepção materialista de mente, propondo que esta, através dos estudos sobre a velocidade e os percursos dos estímulos nervosos, pudesse ser elucidada “[...] cada vez mais como uma pequena máquina alimentada por forças elétricas e químicas, capazes de ser descobertas, esquematizadas e medidas” (GAY, 1989, p. 126).

A Escola de Helmholtz teria influenciado o pensamento médico por um período de 20 ou 30 anos e, algumas terminologias freudianas, parecem ser tomadas de empréstimo deste modelo epistêmico (JONES, 1975, p. 73-74). Por exemplo, nas *Lições de Fisiologia* de Brücke publicadas em 1874, encontramos princípios que, lembra Jones (1975, p. 74), podem ser vistos em 1926 quando Freud aponta o aspecto dinâmico da psicanálise⁴⁹. Brücke teria recuperado o princípio de conservação de energia, de Robert Mayer (1814-1878), do ano de 1842, princípio que reteria as forças que movem os sistemas de átomos.

A soma das forças (forças motrizes e forças potenciais) permanece constante em qualquer dos casos isolados. As causas reais são simbolizadas na ciência pela palavra ‘força’. Quanto menos conhecermos a seu respeito, tanto maiores serão as espécies de forças que teremos que discriminar: forças mecânicas, magnéticas, elétricas, luz e calor. O progresso no seu conhecimento faz que seja reduzida a duas espécies – atração e repulsão. Tudo isso se aplica por igual ao homem como organismo (JONES, 1975, p. 74).

A noção de força está permeada no aparato conceitual que Freud desenvolve ao longo de sua obra, no entanto esta noção não é simplesmente transposta, deslocada para a psicanálise, senão identificada no corpo da obra com particularidades e relações interconceituais novas.

Como exemplo, observamos um deslocamento de Freud com relação à noção de conservação de energia de Mayer, migrando para uma conceituação sobre

⁴⁹ Quanto ao aspecto dinâmico, na exposição da psicanálise para a Enciclopédia Britânica, em 1926, escreve Freud que desta, “[...] derivam todos os processos psíquicos [...] de um interjogo de forças que se estimulam ou se inibem mutuamente, que se combinam entre si, que estabelecem transações umas com as outras, etc. [...] se caracterizam por possuir uma imensa capacidade de persistência (somática) e uma reserva de poder (*compulsão à repetição*); finalmente, encontra sua representação psíquica em imagens ou ideias carregadas de afeto (*catéxias*)” (FREUD, 1926/1981, p. 2905) “[...] deriva todos los procesos psíquicos [...] de un interjuego de fuerzas que se estimulan o se inhiben mutuamente, que se combinan entre si, que establecen transacciones unas con las otras, etc. [...] se caracterizan por poseer una inmensa capacidad de persistencia (somática) y una reserva de poderío (*compulsión a la repetición*); finalmente, halla su representación psíquica en imágenes o ideas afectivamente cargadas (*catéxias*)”].

o psiquismo que levasse em consideração o conceito de entropia, proposto por R. J. E. Clausius (1822-1888) em 1850. A ideia de que todo sistema caminha para a desordem irreversivelmente viria a corrigir, sem necessariamente excluir, a primeira lei da termodinâmica, a qual permite pensar que um determinado sistema possui uma quantidade total e constante de energia.

Ela [a energia, na teoria freudiana] estabelece uma “passagem” entre dois estados que traduz um *gasto* mecânico, ele mesmo expressão particular (moção) da argumentação geral de desordem que formula o segundo princípio da termodinâmica (Carnot-Clausius) (ASSOUN, 1983, p. 208).

Bocca & Mouammar (2011) estabelecem uma analogia com o aparelho psíquico proposto por Freud, o qual tende a uma complexificação: “[...] o aparelho psíquico e o conflito crescente que apresenta podem igualmente ser pensados como um sistema dessa natureza, ou seja, como uma usina de produção de desordem” (BOCCA; MOUAMMAR, 2011, p. 445). Desta perspectiva entrópica, a exaustão, o escoamento, a descarga de energia como fins últimos da vida, auxiliada pela teorização sobre a sexualidade permitem a Freud a proposição de uma “[...] espécie de teleologia invertida, auxiliada pela sexualidade, que conduz do inorgânico ao inorgânico” (BOCCA; MOUAMMAR, 2011, p. 449).

Teríamos assim uma especificidade epistêmica do pensamento freudiano que, ao propor novas relações interconceituais, como com a concepção de força, energia e de entropia, na investigação do psiquismo considerou:

[...] fenômenos representacionais organizados segundo processos compreendidos a partir de um jogo de representações/forças intencionais segundo princípios entrópicos e isto a partir de uma concepção de força/energia que implica uma circulação e uma transformação aos modos de um gasto, de um escoamento que faz de toda pulsão, pulsão de morte e de todo processo representacional produtor de neurose/desordem, de modo que a doença nervosa e o mal-estar possam ser alçados à condição de funcionamento do aparelho psíquico e, no limite, de sua finalidade (BOCCA, 2013, p. 13).

Haveria ainda outro fator significativo o qual marcaria a identidade epistêmica de Freud. Trata-se da chamada querela dos métodos, uma discussão em torno da cientificidade das ciências do homem, em ascensão no final do século XIX, que culminou na produção do par *Naturwissenschaften versus Geisteswissenschaften*. Essa distinção supunha uma esfera da natureza a qual era suscetível aos métodos

da ciência clássica (galileana) e uma esfera do homem e da história, a qual carecia de um método e, por isso haveria de ser dotada de um. Assoun (1983) explicita que a distinção entre os campos de cada ciência (*wissenschaften*) estava entre o explicar (*erklären*) e o compreender (*verstehen*). A psicanálise se engendra em um momento histórico que pedia a definição de seu campo dentro desse estatuto: ciência da natureza ou do espírito? Assoun (1983, p. 49) localiza aqui uma singularidade freudiana, no fato de Freud apontar a psicanálise como pertencente às ciências da natureza (*naturwissenschaften*) evitando discutir possíveis objeções. O estatuto de cientificidade só haveria nas ciências da natureza, evidenciando o interesse de Freud no caráter científico da psicanálise, especialmente devido a este não se adentrar na referida querela dos métodos: “[...] esta plácida abstenção das paixões metodologistas constitui, no entanto, o anúncio da posição freudiana em seu meio epistêmico” (ASSOUN, 1983, p. 48).

Com seu pensamento derivado da anatomia e fisiologia – decorrentes de seu período de formação – Freud, sustenta Assoun (1983, p. 52), se posicionou ao lado do modelo físico-químico, caracterizando sua concepção do psiquismo situada em um campo epistêmico reducionista e monista. No que se refere à psicanálise, a *Naturwissenschaften* deve ser um requisito a fim de “[...] expulsar os germes de irreducibilidade dos fenômenos ditos ‘inconscientes’ no método físico-químico” (ASSOUN, 1983, p. 55).

Vale lembrar que as publicações de contemporâneos a Freud no final do século XIX, as quais teriam influenciado o pensamento médico da época (cf. GAY, 1989, p.123-126), procuram estabelecer a causalidade das afecções mentais a partir de achados da hereditariedade ou de anormalidades no aparato anatômico. Peter Gay (1989, p. 124), ao retomar uma monografia de Krafft-Ebing publicada no final do século XIX, aponta que nela, as causas da maioria dos casos psicopatológicos seriam decorrentes de afecções congênitas e que, mesmo aqueles considerados adquiridos, resultantes dos “vícios da civilização moderna”, nada mais seriam que “[...] uma questão de alterações físicas, mesmo que extremamente leves no sistema nervoso” (GAY, 1989, p. 124).

Neste período, a causa última das doenças nervosas seria de natureza orgânica e neurológica. Mesmo ao se considerar fatores da história do paciente, como traumas ou até mesmo seus modos de vida na “civilização moderna”, a tendência predominante seria a de colocar a mente como dependente do corpo,

portanto, de alterações fisiológicas no sistema nervoso. Assim, haveria uma primazia do corpo sobre os comandos da mente. Gay (1989, p. 124-126) reforça essa tese ao apontar para alguns eminentes neurologistas e psiquiatras de várias partes do mundo ocidental, quanto às causas orgânicas das patologias mentais. Nos Estados Unidos, Willian Hammond, em 1876, teria dito que a psicologia seria uma ciência da mente que considerava esta última como portadora de uma função física. Já na Inglaterra, o psiquiatra Henry Mandsley afirmava em 1874, que deve-se esperar que as explicações para os “instintos depravados” venham do lado físico, não cabendo explicações psicológicas para o fenômeno mental. Gay cita também o psiquiatra francês J. E. Esquirol, o qual considerou a loucura como uma afecção crônica. Portanto, “[...] praticamente todos os outros neurologistas, psiquiatras encarregados de manicômios operavam a partir do pressuposto de que o impacto do corpo sobre a mente é muito mais significativo do que a mente sobre o corpo” (GAY, 1989, p. 125).

Ainda teríamos as heranças da doutrina frenológica, a qual considerava uma localização precisa e específica para cada aptidão mental, e que foi de certa forma abandonada ao final do século XIX, mas exerceu influência nas hipóteses de que algumas propriedades mentais específicas respondem a localizações cerebrais precisas. Para Gay,

Embora os especialistas em anatomia cerebral, na segunda metade do século XIX, tivessem liquidado com a doutrina frenológica de que cada paixão e cada aptidão mental tem uma localização altamente específica, não rejeitaram inteiramente a idéia fundamental dos frenólogos de que as funções mentais se originam em regiões determinadas do cérebro (GAY, 1989, p. 125).

No contexto de Freud, localizamos estas teses mais especificamente nos trabalhos de Meynert, Wernicke e Brocca. Em 1891, com a publicação da *Monografia sobre as afasias*, por Freud, podemos observar sua crítica a tais teses. Nesta *Monografia*, Freud utiliza tanto dados anatômicos quanto achados clínicos ou cotidianos para justificar os processos psíquicos. Caropreso (2010) aponta que

Esta relativa independência do fator funcional com relação à estrutura anatômica, que resulta do tipo de crítica ao localizacionismo empreendida por Freud, será de fundamental importância para a constituição da metapsicologia freudiana (CAROPRESO, 2010, p. 41).

Podemos pensar que esta independência, citada por Caropreso (2010), permitirá a Freud refutar o pareamento ideal entre funções da linguagem e localizações destas funções. Ao observar um esquema proposto por Lichtheim, o qual prevê uma série de possibilidades de afasia, a partir de supostas lesões em centros específicos do cérebro, argumenta Freud:

[...] cada vez que se tenta fazer entrar nele [no esquema de Lichtheim] um transtorno de linguagem observado, surgem dificuldades porque encontramos perturbadas em diferentes graus as distintas funções da linguagem, e não uma completamente perdidas enquanto outras intactas. (FREUD, 1891, p. 25).⁵⁰

Para contornar o problema da localização das funções, a qual entenderia as diferentes afasias como lesões em lugares específicos do cérebro, Freud argumenta que algumas manifestações esporádicas em pessoas normais (uso errado e distorções de palavras quando as pessoas se apresentam em baixo estado de atenção, cansadas, emocionalmente perturbadas) apresentam as mesmas características de afasias propriamente ditas, o que implica que se deve refutar a ideia de lesão, em detrimento de uma perda de eficácia funcional. Freud cita o caso da parafasia (uso equivocado das palavras), a qual Wernicke situaria como decorrente de uma interrupção de um feixe de fibras entre as áreas sensorial e motora da linguagem: “É tentador considerar a parafasia, em seu sentido mais amplo, como um sintoma puramente funcional, um sinal da perda de eficácia por parte do aparato das associações da linguagem” (FREUD, 1891, p. 29-30).⁵¹

Lembramos que para Assoun (1983, p. 55) Freud permanecerá fiel ao ideário fisicalista durante toda sua obra, mesmo que seu objeto não esteja contemplado entre as matérias ponderáveis ou com causas dedutíveis a partir de seus efeitos materiais, como observamos na *Monografia sobre as afasias*. As concepções às quais Freud estaria exposto prezariam por algum dado concreto, material, o que justificaria uma explicação para o sintoma redutível a uma causalidade hereditária, traumática, anatômica, ou que tomasse o sexual de um ponto de vista puramente somático.

⁵⁰ “[...] cada vez que se intenta hacer entrar en él [no esquema de Lichtheim] un trastorno observado del lenguaje surgen dificultades, porque encontramos perturbadas en distintos grados las distintas funciones del lenguaje, y no algunas completamente perdidas y otras intactas”.

⁵¹ “Es tentador considerar la parafasia en el sentido más amplio como un síntoma puramente funcional, un signo de pérdida de eficacia por parte del aparato de las asociaciones del lenguaje”.

No entanto, na *Monografia Sobre as Afasias* os achados anatômicos considerados por Freud o fizeram considerar dois tipos de processamento das sensações (projeção e representação), os quais de certa forma embasam um pensamento inicial da psicanálise. Se, como é apontado na *Monografia*, o número de fibras que liga a medula ao córtex é menor que o número de fibras que liga a periferia do corpo à medula, deve haver uma mudança no processamento da informação, ficando incabível considerar que há uma projeção topográfica ponto por ponto. Freud explicita essa relação representativa das sensações no córtex, visto que os feixes de fibras que chegam até ele

Contêm a periferia do corpo da mesma maneira que - para ter um exemplo do tema que nos interessa aqui - um poema contém o alfabeto, ou seja, uma disposição completamente diferente que está a serviço de outros propósitos, com múltiplas associações dos elementos individuais, onde alguns podem estar representados várias vezes, enquanto outros estarem totalmente ausentes (FREUD, 1891, p. 68).⁵²

Assim, há da parte de Freud fidelizações à epistemologia de seus contemporâneos, que paralelamente percorrem outras possibilidades determinativas para além da causalidade natural, mensurável ou passível de mensuração. Desse modo, exploraremos as primeiras montagens teóricas de Freud, situando como o sintoma é entendido dentro de uma lógica de produção de sentido a partir do aporte representacional e afetivo de cada paciente.

4.1 TENTATIVAS DE COMPREENSÃO E TRATAMENTO DO SINTOMA HISTÉRICO A PARTIR DA HIPNOSE

Para demonstrar o rumo das investigações de Freud, analisaremos em seguida os dispositivos teóricos que propõe para explicar o sintoma histérico, especialmente a partir do momento em que utiliza a hipnose como um recurso de investigação da origem do sintoma e, ainda que no início de forma indireta, de

⁵² Contienen la periferia del cuerpo de la misma manera que – para tomar un ejemplo del tema que nos interesa aquí – un poema contiene el alfabeto, es decir una disposición completamente diferente que está al servicio de otros propósitos, con múltiples asociaciones de los elementos individuales, en las que algunos pueden estar representados varias veces y otros estar totalmente ausentes (FREUD, 1891, p. 68).

escuta do paciente. Para abarcar essas questões, analisaremos alguns textos anteriores à publicação de *Estudos sobre a histeria*, obra que marca o fim da colaboração entre Breuer e Freud e que permite então visualizar os motivos que levaram a divergências entre os autores. As obras que analisaremos serão o *Estudo comparativo entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas*, *Um caso de cura por hipnose* e por fim, *As neuropsicoses de defesa*. Nosso objetivo será de investigar as primeiras percepções de Freud de uma nova causalidade ou, sobre aqueles fenômenos que obedecem a uma determinação ainda não concebida pelo campo da medicina no qual Freud foi formado.

Em *Um caso de cura por hipnose*, escrito entre 1892 e 1893, Freud apresenta o caso de uma paciente tratada mediante a técnica da hipnose, a qual não conseguia amamentar seu filho. No momento da amamentação, dores, náuseas e falta de apetite surgiam na paciente e, apesar de seus reconhecidos esforços para amamentar, seus sintomas apenas desapareciam quando conseguia uma ama de leite para seu filho.

Nesse caso não haveria uma limitação da mãe de origem orgânica, principalmente pelo fato de que suas dores desapareciam quando algo externo a ela ocorria, como a presença de uma ama de leite. Ademais, Freud relata que faz sugestão hipnótica à paciente com vistas à sua melhora. Com relação à causalidade de suas representações conscientes haveria um impasse, pois ela quer e se esforça para amamentar. A intervenção de Freud com a paciente sob hipnose deixa implícito o reconhecimento de certa organização psíquica não consciente, a qual é explicada através de alguns conceitos que remetem a uma significação pela paciente de suas representações conscientes. Haveria para Freud dois tipos de representações que construímos e dotamos de afeto: os propósitos e as expectativas. Os sintomas da paciente em questão seriam desencadeados pelo que chamou de contraexpectativa, e resultavam em representações contrastantes penosas. No caso de pacientes histéricas (e também das demais neuroses) haveria uma diminuição da consciência do próprio *eu*, dissociando algumas ideias da cadeia associativa. Disso resulta o sintoma perdurando como uma representação isolada. O sintoma histérico se manifesta na inervação somática com o fim de realizar um objetivo da mesma forma que a abolição de uma representação em estado normal da consciência. No entanto “[...] nas neuroses [...] existe *primariamente*, uma tendência à depressão anímica e à diminuição da consciência do próprio *eu*, tal como a encontramos, como sintoma

isolado e altamente desenvolvido, na melancolia” (FREUD, 1892/1981, p. 25. *Grifo Freud*).⁵³

Freud argumenta que para uma ideia contrastante atingir seu objetivo, ela é dissociada de seu propósito, permanecendo inconsciente isoladamente. No entanto, quando chega o momento de realizar seu propósito, o consegue por meio da inervação somática, apesar de todos os esforços conscientes da paciente para cumprir seus objetivos, no caso em questão, de amamentar seu filho. A justificativa para a impossibilidade da mãe em amamentar se deve ao fato de que durante a gestação, uma série de temores e obrigações se apresentam às mães, evidenciando que haveria uma vontade contrária à de ter um filho, amamentar e cuidar deste. A histérica para Freud não tem consciência desses temores, tentando cumprir suas obrigações maternas. No entanto ao não sentir vontade de amamentar seu filho, é acometida por uma série de sintomas subjetivos para evitar a amamentação (falta de apetite e dores no peito). Apesar de parecer uma ideia simuladora, Freud defende as histéricas, com a seguinte constatação: “[...] como a vontade contrária é superior à simulação consciente, naquilo que diz respeito ao domínio do corpo, apresentará a histérica uma série de sintomas objetivos que a simulação não consegue fazer surgir” (FREUD, 1893d/1981, p. 26)⁵⁴. Ora, afirma que um processo consciente não tem o mesmo poder que aquele inconsciente, no que diz respeito ao somático.

Neste texto também cita outros casos, como as blasfêmias de monjas e de uma mãe que estalava a língua perto da filha sempre que esta estava dormindo, apesar de todo seu esforço para não acordá-la com ruídos. Assim, evidencia uma coação moral que é temida e descumprida acidentalmente através do sintoma, este resultante de representações excluídas de uma cadeia de associações do *eu* normal que, apesar de excluídas, não desaparecem⁵⁵.

Observamos nesta obra que a determinação do sintoma não deixa de considerar a hereditariedade, por exemplo, mas que é ampliada ao ponderar uma

⁵³ “[...] en las neurosis [...] existe *primariamente*, una tendencia a la depresión anímica y a la disminución de la conciencia del propio yo, tal u como la encontramos, a título de síntoma aislado y altamente desarrollado, en la melancolía”.

⁵⁴ “[...] como la voluntad contraria es superior a la simulación consciente, en lo que respecta al dominio del cuerpo, presentará la histérica toda una serie de síntomas objetivos que la simulación no consigue hacer surgir”.

⁵⁵ Os propósitos contrastantes sobrevivem “[...] como fantasmas de um reino tenebroso, até o momento em que conseguem emergir e apoderar-se do corpo que até então servia fielmente a consciência do *eu*” (FREUD, 1983d/1981, p. 28). “[...] como fantasmas de un tenebroso reino, hasta el momento en que logran emerger y apoderarse del cuerpo que hasta entonces habría servido fielmente a la conciencia del yo”].

relação com algumas obrigações morais. Assim, a montagem conceitual é construída sobre a noção de contravontade, explicitando que o sintoma está baseado em um conflito de ordem psíquica. As bases do psiquismo que facilitariam tal conflito não são exploradas, mas sim indicadas nas ponderações de Freud quanto a representações morais.

Já no texto que escreve devido a uma solicitação de Charcot, publicado em 1893 e intitulado *Estudo comparativo entre paralisias motoras orgânicas e histéricas*, observamos Freud abrindo espaço para também pensar em uma nova determinação à histeria. Neste texto observa que a histeria não respeita os achados anatomopatológicos, o que significa ausência de correspondência entre as manifestações sintomáticas nos membros e lesões no córtex. Lembra que Charcot afirmava haver uma lesão, no entanto, de caráter dinâmico e funcional. Esses termos não remetem a uma precisão causal e parecem funcionar como conceitos especulativos diante dos impasses na explicação dos sintomas histéricos unicamente com a análise anatômica e hereditária. Como explicar, lembra Freud, o fato de a paciente histérica com afasia preferir uma só palavra, diferentemente do afásico que fica inevitavelmente submetido a um “sim”, “não” e a algumas interjeições? A teoria das neuroses forneceria uma explicação. Diz Freud:

[...] afirmo que a lesão das paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, uma vez que a histeria se comporta em suas paralisias e demais manifestações, como se a anatomia não existisse ou como se não tivesse nenhum conhecimento desta (FREUD, 1893b/1981, p. 19).⁵⁶

Freud transfere a especulação para um lugar fora da anatomia, afirmando um caráter simbólico envolvido, especialmente porque as pacientes histéricas paralisam não o braço em sua estrutura anatômica, mas sim a concepção que tem do mesmo e, assim, a lesão seria uma abolição da acessibilidade associativa da concepção de braço com as demais ideias que constituem o *eu*. Novamente Freud traz a noção de associação de representações como ferramenta para pensar o sintoma. No caso acima, o braço se comportaria como se não existisse para o jogo de associações.

⁵⁶ “[...] afirmo yo que la lesión de las parálisis histéricas debe ser completamente independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y demás manifestaciones como si la anatomía no existiese o como si no tuviese ningún conocimiento de ella”.

Os recursos que Freud utiliza para explicar porque o braço paralisa referem-se à excitabilidade de uma trajetória mental no sistema nervoso e o valor afetivo que uma ideia pode ter. Assim, quando o valor afetivo atribuído à primeira associação de um objeto é significativo, este objeto fica impedido de fazer associação com outros. No caso da histeria, um evento traumático pode isolar a concepção de órgão a uma associação subconsciente, tendo em vista seu valor afetivo.

Por conseguinte, a concepção de braço existe no substrato material, mas não é acessível aos impulsos e associações conscientes porque, toda sua afinidade associativa, se acha integrada em uma associação subconsciente com a lembrança do acontecimento traumático que produziu a paralisia (FREUD, 1893b/1981, p. 20-21).⁵⁷

O valor afetivo do trauma psíquico seria eliminado do inconsciente por meio de uma reação adequada através da psicoterapia hipnótica. Usa-se a hipnose pois muitas vezes a impressão de um evento traumático permanece no subconsciente, sendo a causa da permanência dos sintomas. Uma causa que é interpretada com a teoria que junto com Breuer nomeou como “ab-reação dos incrementos de estímulo” (FREUD, 1893b/1981, p. 21)⁵⁸.

Notamos Freud fiando-se ao entendimento do sintoma como uma manifestação psíquica a qual o paciente não tem acesso senão através da hipnose. O psiquismo apresentaria um subconsciente aqui com uma qualidade de acordo com a intensidade de excitação fisiológica. Haveria uma causalidade natural (excitação fisiológica implica representação relegada ao subconsciente), e, concomitantemente, uma causalidade psíquica naquilo que diz respeito ao valor afetivo que uma pessoa pode carregar em uma ideia a partir de ditames morais, como aquilo que representa uma mãe que amamenta seu filho. No entanto, esta causalidade psíquica ainda não é inconsciente, mas sim subconsciente, ocupando dessa forma um lugar submerso, passível de acesso através da técnica hipnótica.

O último texto que analisaremos deste período anterior à publicação dos *Estudos sobre a histeria*, é *As neuropsicoses de defesa*. Notamos nele um refinamento teórico naquilo que diz respeito a uma causalidade psíquica, ainda que não use este termo. Publicado em 1894, o texto apresenta com maior extensão o

⁵⁷ “En este punto, la concepción del brazo existe en el substrato material, pero no es accesible a los impulsos y asociaciones conscientes porque toda su afinidad asociativa se halla integrada en una asociación subconsciente con el recuerdo del suceso traumático que ha producido la parálisis”.

⁵⁸ “derivación por reacción de los incrementos de estímulo”.

conceito de *eu*, no que diz respeito à causalidade da histeria adquirida, de fobias, representações obsessivas e psicoses alucinatórias. O subtítulo do trabalho, que contém essas três patologias, se propõe também a fornecer uma teoria psicológica destas. Revisando os estudos de Pierre Janet e de Josef Breuer fica inegável a existência de uma dissociação da consciência, bem como a formação de grupos psíquicos separados nos pacientes (FREUD, 1894/1981, p. 169). O que falta à teoria, segundo Freud, é a explicação da origem de tal dissociação. Neste texto Freud se propõe a investigar a histeria de defesa em detrimento das histerias hipnóide⁵⁹ e de retenção⁶⁰.

Explicitamente aponta que a histeria de defesa não é hereditária, tampouco apresenta uma base degenerativa, o que leva Freud a ter que apresentar outra determinação possível para a doença. O que propõe é a ideia de incompatibilidade de determinado evento com o *eu*, no momento

[...] em que chegou a seu *eu* uma experiência, representação ou sensação que, ao despertar um afeto doloroso, moveram o sujeito a decidir esquecê-los, não acreditando-se com forças suficientes para resolver, através de um trabalho mental, a contradição entre seu *eu* e a representação intolerável (FREUD, 1894/1981, p. 170)⁶¹.

A representação e o afeto intoleráveis não podem ser excluídos a partir do momento em que surgem, mas o que o paciente pode fazer é

[...] *enfraquecer* a representação em questão, retirando o afeto a ela inerente; isto é, da soma de excitação que carrega consigo. Enfraquecida, a representação não aspirará mais à associação. *Mas a soma de excitação dela separada acabará por encontrar um novo emprego* (FREUD, 1894/1981, p. 170. Grifo Freud)⁶².

⁵⁹ Oriunda de peculiares estados de consciência semelhantes ao sonho, nos quais a capacidade de associação é diminuída. A divisão da consciência ocorreria porque “[...] as representações que surgem durante os estados hipnóides, se encontram excluídas do comércio associativo com os demais conteúdos da consciência” (FREUD, 1894/1981, p. 169) “[...] las representaciones surgidas en los estados hipnóides se hallan excluidas del comercio asociativo con los restantes contenidos de la conciencia”].

⁶⁰ Acontece nos casos em que a divisão de consciência não se mostra significativa. “São os casos nos quais apenas perdura a reação a estímulos traumáticos, e que podem ser curados através da ab-reação ao trauma” (FREUD, 1894/1981, p. 170) “[Son éstos los casos en los que sólo perdura la reacción a estímulos traumáticos, y que pueden ser curados por derivación del trauma”.]

⁶¹ “[...] que llegó a su yo una experiencia, una representación o una sensación, que al despertar un afecto penosísimo movieron al sujeto a decidir olvidarlos, no juzgándose con fuerzas suficientes para resolver por medio de una labor mental la contradicción entre su yo y la representación intolerable”.

⁶² “[...] *debilitar* la representación de que se trate, despojándola del afecto a ella inherente; esto es, de la magnitud de estímulo que consigo trae. La representación así debilitada no aspirará ya a la asociación. *Mas la magnitud de estímulo de ella separada habría de encontrar un distinto empleo*”.

No caso da histeria, será empregada na inervação motora ou sensorial e, o *eu*, conseguiria ficar livre de contradições, apesar de estabelecer-se no paciente um segundo grupo psíquico responsável pela permanência da conversão como um parasita.

A partir dessas proposições Freud consegue apresentar uma justificativa para a variabilidade e instabilidade dos sintomas histéricos a qual considera o material psíquico do paciente, independente de suas condições fisiológicas e inatas.

Seria o momento traumático que constituiu o nódulo dissociado, e a partir deste, momentos traumáticos auxiliares que contém alguma similitude com o trauma primeiro conseguem carregar de novo afeto a representação debilitada pelo *eu*, fazendo-a ser enlaçada novamente com o grupo psíquico traumático que a originou. Cada vez que isso acontece, a representação que retornou será impulsionada novamente a se separar, estabelecendo uma nova conversão como defesa ou, em caso positivo, uma elaboração associativa. A terapêutica proposta para lidar com essa chave determinativa é o método de Breuer: “O efeito do método catártico de Breuer consiste em criar um retrocesso da excitação do físico ao psíquico e conseguir assim, solucionar a contradição através do trabalho mental da comunicação oral” (FREUD, 1894/1981, p. 171)⁶³. A hipnose aqui, aponta Freud, alargaria a consciência dos histéricos tornando acessível o grupo psíquico separado.

Na segunda parte do texto procura explicar o caso da neurose obsessiva e das fobias. Nesses casos não há facilitação somática para a conversão, assim, para evitar uma representação intolerável, o seu afeto concomitante é deslocado para outras representações não intoleráveis, resultando deste falso enlace representações obsessivas. Como nosso objetivo neste trabalho se delimita em torno do entendimento do sintoma histórico, não exploraremos as elaborações freudianas sobre as demais neuroses apresentadas adiante no texto em questão.

Freud toma de empréstimo a conceituação energética da Escola de Helmholtz para a compreensão do funcionamento psíquico, especialmente quando mapeia magnitudes de afeto intoleráveis ao *eu*, a fim de esclarecer diferentes manifestações sintomáticas (histéricas, fóbicas, obsessivas). A partir de diferentes magnitudes, poderiam as representações e os afetos se realocarem no psiquismo do

⁶³ “El efecto del método catártico de Breuer consiste en crear un retroceso de la excitación desde lo físico a lo psíquico y conseguir luego solucionar la contradicción por medio del trabajo mental de la comunicación oral”

paciente, o que justificaria peculiaridades sintomáticas a partir de vivências específicas. Observamos que sua perspectiva energética notada em suas especulações, é utilizada não para justificar a transmissão hereditária ou certas fraquezas congênitas envolvidas na determinação dos sintomas, mas sim para fundamentar que as representações e os afetos interferem no funcionamento sintomático. O fator energético é utilizado então, para ampliar a possibilidade determinativa da histeria, e não para fundamentar o entendimento então corrente, de uma determinação natural como principal desencadeante.

Notamos ao longo deste capítulo como, para entender um sintoma histérico, Freud procura uma abordagem diversa àquela que mapeia anteriormente sobre a histeria. A causa de um sintoma pode ser outra que não as questões constitucionais e hereditárias. Quando Charcot propõe uma regularidade à histeria, fazendo-a compor o inventário nosográfico, descrevendo as manifestações sintomáticas, a evolução dos quadros de histeria, os tipos histéricos, as etapas dos ataques, chegando a encontrar elementos traumáticos no engendramento dos sintomas, apresenta exclusivamente a hereditariedade como determinação inicial destes. A partir do momento em que os sintomas histéricos se manifestam e sua tipologia é classificada, a evolução do ataque reconhecida, a hipnose estabelecida como tratamento e também como medida diagnóstica (somente pacientes histéricos seriam hipnotizáveis), não haveria uma preocupação em reconhecer outra causa que não a hereditária. Seria possível estabelecer relações do sintoma com o trauma que o desencadeou, como da mãe que bate no filho com o dorso da mão e, após o evento, a mão paralisa, no entanto para Charcot, a disposição hereditária é a causa do sintoma⁶⁴.

O ponto do qual Freud parte para encontrar a etiologia dos sintomas histéricos está na representação das ideias pelos pacientes. Isso é indicado quando para definir ou classificar elementos desencadeantes dos sintomas, usa expressões como “ideia contrastante penosa”, “concepção anatômica diversa da disposição fisiológica”, ou ainda, “valor afetivo do trauma”. Observamos também que a hipnose é utilizada para investigar o início do processo patológico e, a sugestão, como terapêutica para eliminar ideias distorcidas ou recolocar ideias que deixaram de se apresentar às cadeias associativas dos pacientes.

⁶⁴ Cf. CHARCOT, 2003, p. 23.

Além disso, as bases orgânica e hereditária da causa do sintoma histérico são de certa forma suspensas (e não rejeitadas) e se especula então sobre outra base de determinação do sintoma. Gradativamente são apresentados construtos teóricos que não seguem um isomorfismo mente-corpo, ou seja, que determinada disposição fisiológica remeta ao mesmo tipo de sintoma, mas sim, que a singularidade de uma representação em determinado paciente é a causa de certo sintoma. A investigação sobre os arranjos psíquicos leva a uma construção gradual de conceitos teóricos, os quais servirão como dispositivos para o entendimento dos sintomas vistos na clínica. Será em seu trabalho escrito em parceria com Breuer, *Estudos sobre a histeria*, que aparecerão mais explicitamente as questões de “representação” envolvidas na causa da sintomatologia histérica. Esta obra detalha o gradual abandono da hipnose a partir de novas premissas causais com as quais Freud está às voltas. Passemos então aos *Estudos Sobre a Histeria*, a fim de verificar a especificidade da investigação freudiana, bem como seu gradual engendramento de uma nova explicação causal para os sintomas histéricos.

5 NOS ENTORNOS DA CAUSALIDADE A PARTIR DOS *ESTUDOS SOBRE A HISTERIA*

Estudos sobre a histeria é uma obra em cujo interior podemos visualizar importantes mudanças técnicas e teóricas. Vale ressaltar que é um texto escrito a duas mãos, retratando conclusões as quais Breuer e Freud juntos alcançaram, bem como divergências nas concepções teóricas quanto à determinação do sintoma histérico e seu tratamento. Neste capítulo, observaremos como, naquilo que diz respeito à determinação do sintoma, a partir de uma concepção de histeria compartilhada com Breuer na qual estados hipnoides presentes no momento traumático impediriam o desgaste da ideia patologizante na cadeia associativa, Freud gradualmente confere um peso maior à experiência subjetiva das pacientes com relação à cena traumática, em detrimento do *status* de seu aparelho cortical. Além disso, com relação à técnica, procuraremos apresentar a necessidade de que as pacientes sejam tratadas em vigília, a fim de notarem aquilo que esquecem, onde pausam, ou quando trocam as palavras, durante seus relatos ao médico. Pretendemos explicitar alguns pontos do pensamento freudiano nos quais é possível notar as proposições quanto a uma nova causalidade, sublinhando aquilo que esta causalidade implica: inclusão de novas proposições conceituais (muitas vezes relidas, alteradas, tomadas de empréstimo de outros campos do saber), perspectivas diversas sobre a sexualidade e o aprimoramento da técnica terapêutica.

Ao observarmos Freud se referindo à psicanálise retrospectivamente, notamos considerações sobre a importância da colaboração de Breuer para o estabelecimento da psicanálise⁶⁵. No entanto algumas divergências os levaram a interromper a colaboração, caracterizando *Estudos Sobre a Histeria* como o produto final de uma pesquisa que ambos empreenderam juntos. É possível ainda assim, mapear nessa obra as primeiras divergências, ainda que não declaradas explicitamente. Composta por um capítulo escrito conjuntamente, publicado originalmente em 1893 e intitulado *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, a obra é seguida por cinco casos clínicos dos quais um é da autoria de

⁶⁵ (FREUD, 1910/1981, p. 1533; FREUD, 1914b, p. 1895; FREUD, 1925/1981, p. 2768-2769).

Breuer. Além dos cinco casos, ainda apresenta um texto teórico de Breuer e um de Freud, este último versando sobre a psicoterapia da histeria.

O que podemos extrair de *Estudos Sobre a Histeria* sobre a causalidade do sintoma? No interior da própria obra já é possível notar uma elaboração conceitual e aprimoramento da técnica que permite discernir as divergências entre os autores. Basta citar o uso ostensivo que Freud faz do método de Breuer no caso 2, de Frau Emmy Von N., para, no caso 3, utilizar outro meio de tratamento que, embora baseado no método catártico, distingue-se claramente deste. Além dessa evidência, outro fato que marca divergências entre os autores, são os apontamentos de cada um em seus textos teóricos, escritos separadamente.

Dessa forma, *Estudos sobre a histeria* parece marcar o fim da colaboração entre os autores, figurando no texto uma apresentação dos resultados finais da pesquisa empreendida conjuntamente por estes. Passemos então à *Comunicação preliminar* ou, *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*. Em seguida, exploraremos o caso Lucy e Elisabeth e, ao fim, o capítulo teórico de Freud sobre a *Psicoterapia da histeria*.

5.1 QUANTO AO MECANISMO PSÍQUICO DOS FENÔMENOS HISTÉRICOS

Na *Comunicação Preliminar*, conjuntamente Breuer e Freud expõem seus últimos achados sobre o mecanismo psíquico da histeria. O texto é dividido em cinco pequenas seções, publicadas originalmente em 1893, para em 1895 compor a abertura dos *Estudos*. Antes mesmo de adentrarmos no estudo do texto, ressaltamos o prefácio à segunda edição, de 1908, o qual escrito separadamente pelos autores, denotando um afastamento teórico⁶⁶. Além disso, a partir de 1922,

⁶⁶ Breuer aponta que as concepções e métodos expostos na primeira edição foram amplamente modificados, mas “[...] Quanto a mim, desde então não voltei a ocupar-me ativamente do tema, não tive parte alguma em seu importante desenvolvimento e nada poderia agregar ao dito em 1895” (BREUER, 1908/1981, p. 40). “[...] En lo que a mí respecta, desde entonces no he vuelto a ocuparme activamente con el tema, no he tenido parte alguna en su importante desarrollo y nada podría agregar a lo dicho en 1895”].

foram omitidas das edições de *Estudos* as contribuições de Breuer, ou seja, o caso de Anna O. e as *Considerações Teóricas*⁶⁷.

Os autores, na primeira seção do texto, mostram-se impelidos a investigar os motivos do sintoma histérico, procurando elucidar o mecanismo que o fez despertar pela primeira vez. O que Breuer e Freud já sabem é que muitas vezes o mecanismo é despertado por acontecimentos que não agrada ao paciente lembrar, fazendo-o de fato não recordar até mesmo ao ponto de tornar insuspeito ao doente uma conexão lógica entre esse acontecimento causal e a manifestação de seu sintoma. Essa constatação permite que eles pensem que a técnica da sugestão hipnótica figure adequada. Com esta técnica, usualmente é necessário durante a hipnose fazer emergir as lembranças da época em que o sintoma apareceu pela primeira vez (BREUER; FREUD, 1895/1981, p. 41). Breuer e Freud apontam que o fator acidental nessa etiologia da histeria, teria um valor determinante muito mais elevado do que seus contemporâneos argumentam. A técnica, que proporciona um efeito catártico ocasionado ao despertar o paciente da hipnose, se fundamenta na crença por parte dos dois médicos de que haveria um fator causal determinado, sendo os sintomas diversos que os pacientes apresentam, relacionáveis com vivências traumáticas. Nessa conexão trauma-sintoma, haveria uma relação simbólica, pois a carga de afeto envolvida na situação (como o medo, a vergonha, a angústia) ditaria o efeito sintomático da vivência, cuja lembrança atuaria, nas palavras de Freud e Breuer, como um corpo estranho. (BREUER;FREUD, 1895/1981, p. 43)⁶⁸.

Para que se consiga curar o paciente das interferências desse corpo estranho, é preciso recordar o evento traumático com o máximo de detalhes, reproduzindo a carga afetiva de então, uma vez que os histéricos sofrem de reminiscências, ou seja, dos efeitos residuais do trauma excluídos pelos processos conscientes do paciente.

Na segunda seção do texto apontam sobre a forma que opera o afeto, no caso do trauma. Quando a reação a um afeto intenso é reprimida, o afeto concomitante não o é, ficando então ligado à lembrança. Assim, a terapia do método

⁶⁷ Cf. STRACHEY, 1981, n. 24, p. 40. In: FREUD, Sigmund. Obras Completas. Buenos Aires: Biblioteca Nueva, 1981.

⁶⁸ Como veremos adiante, a ideia de o trauma atuando como um corpo estranho será repensada dentro do próprio *Estudos Sobre a Histeria*, no capítulo final de Freud, intitulado *Psicoterapia da Histeria*.

catártico⁶⁹ faria o paciente ab-reagir⁷⁰ à vivência reprimida. Do ponto de vista técnico, a hipnose faria vir à tona os acontecimentos reprimidos que não aparecem na memória consciente do doente e, conseqüentemente, os sintomas desapareceriam devido ao fato de a reação que não aconteceu no momento do trauma, ser veiculada de volta no comércio associativo consciente.

Para os autores haveria dois momentos específicos que poderiam dificultar a reação do paciente aos eventos traumáticos: (1) no caso da perda de uma pessoa amada e; (2) nos estados hipnoides, qualificados como os momentos nos quais o paciente está com sua consciência alterada (como nos sustos, na hipnose ou sonambulismo), ou seja, nesse segundo caso, quando é o estado psíquico do paciente que impede a reação, e não necessariamente a natureza externa do acontecimento. O fato de não existir ampla conexão associativa nos estados hipnoides, nos quais surgiram as representações desgostosas, seria o principal impedimento de uma descarga por elaboração associativa: [...] as representações patógenas se conservam tão frescas e plenas de afeto porque não têm o desgaste normal mediante a descarga por reação ou a reprodução em estados de associação coibida (BREUER; FREUD, 1895/1981, p. 46)⁷¹.

Assim, o estado fundamental da histeria seria uma dissociação que ocorre na consciência, sendo os “estados hipnóides” uma base para seu aparecimento. Nele, as representações intensas de afeto não circulariam pela consciência e uma predisposição da paciente a tais estados poderia, a partir de um trauma grave ou da repressão de algo penoso, como o afeto sexual, a doença se manifestaria. Em *Estudos Sobre a Histeria* a referência ao fator sexual não se dá devido a experiências de sedução sofridas pela paciente, mas sim a questões mais relacionadas com a prática sexual e sua relação com o orgânico (como descargas de tensão defeituosas em atos sexuais, bem como a interrupção do comércio sexual nos casos de viuvez, por exemplo)⁷².

⁶⁹ Despertar o paciente enquanto este relata em hipnose o momento traumático, sugerindo, em hipnose, que lembrará de tudo o que falou quando estiver em estado consciente.

⁷⁰ Para Laplanche & Pontalis, a ab-reação consiste em uma “Descarga emocional pela qual o sujeito se liberta de seu afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo assim que ele não se torne ou não continue sendo patogênico” (LAPLANCHE & PONTALIS, 2008, p.1).

⁷¹ “[...] las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y plenas de afecto porque les está negado el desgaste normal mediante la descarga por reacción o la reproducción en estados de asociación cohibida”.

⁷² Nesse sentido, Freud também se refere em outros textos desta época a algumas nosografias ligadas a fatores de ordem somática ou exterior ao paciente, como aparece em *Obsessões e Fobias* (1894), *A neurastenia e a neurose de angústia* (1984) e *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*

Segundo os autores, não se pode mais dizer que a histeria é uma espécie de psicose e que os indivíduos histéricos não são inteligentes ou não tem força de vontade, afinal, argumentam, o que acontece com os histéricos em vigília é algo que se passa em todos os indivíduos normais em suas manifestações oníricas.

Sabe-se que havia uma crença na fraqueza mental das histéricas para justificar seus estados patológicos. Janet (citado por TRILLAT, 1991, p. 197) defendia um estreitamento da consciência das histéricas o qual impedia sua capacidade de síntese, resultando nos sintomas. As ideias fora da consciência, visualizadas durante a hipnose e sonambulismo que determinariam os acidentes histéricos. “Essa idéia do funcionamento do espírito em duas partes, uma das partes ignorando a existência da outra, era extremamente difundida nos meios que se interessavam pelo magnetismo ou pela hipnose” (TRILLAT, 1991, p. 198). Freud, na redação do Caso Dora relembra essa questão de Janet, desacreditando a consciência segunda como completamente independente. Os estados psíquicos inconscientes interfeririam na vida normal, no psiquismo normal⁷³.

Retornando à *Comunicação preliminar*, notamos que nesta, os estados hipnoides são entendidos como agentes causais que contribuem para a manifestação dos sintomas convertidos no corpo dos pacientes. Segundo os autores, durante estes estados, a inervação somática não se apresentaria submetida aos processos conscientes, mas sim como extensão de um segundo grupo psíquico não acessível à mente da paciente:

Durante o ataque, o domínio sobre a inervação somática aparece transferido à consciência hipnoide. Ainda assim, a consciência normal não fica anulada totalmente enquanto isso, e pode inclusive perceber os

(1896), buscando correlações entre fatores como impotência sexual, ejaculação precoce, abstinência sexual, masturbação, insatisfação sexual no matrimônio e uso de preservativos, com quadros sintomáticos específicos (neurastenia, neurose de angústia, fobia, obsessão, entre outros).

⁷³ “Não podemos nos omitir, ainda, à suspeita de que as excitações baseadas em representações carentes de capacidade de consciência atuam distintamente, seguem um curso diferente e conduzem a manifestações distintas daquelas outras a que denominamos ‘normais’ e cujo conteúdo ideológico nos é consciente. Admitindo isto, nada mais se opõe à compreensão de uma terapia que suprima os sintomas neuróticos ao transformar aquelas primeiras representações em representações normais” (FREUD, 1905a/1981, p. 997). [“No podemos sustraernos, además, a la sospecha de que las excitaciones basadas en representaciones carentes de capacidad de consciencia actúan distintamente, siguen un curso diferente y conducen a manifestaciones distintas que aquellas otras a las que denominamos ‘normales’ y cuyo contenido ideológico se nos hace consciente. Admitiendo esto, nada se opone ya a la comprensión de una terapia que suprima los síntomas neuróticos al transformar aquellas primeras representaciones en representaciones normales”].

fenômenos motores do ataque, ao passo que os processos psíquicos do mesmo escapam a sua percepção (BREUER; FREUD, 1895/1981, p. 48)⁷⁴.

Vale retomar o que apontamos sobre Janet e também sobre os hipnotizadores, os quais comumente se fiavam à consciência segunda como componente da manifestação histérica “[...] o ataque [histérico] pode ser interpretado como a reprodução de uma emoção, de uma ação, de uma idéia antiga numa existência segunda” (TRILLAT, 1991, p. 198). É válido acrescentar que o conceito de inconsciente para Freud terá uma fonte na busca da especificação dos efeitos dessa consciência segunda no funcionamento psíquico do paciente. Nesse sentido, é observável que Freud entende a existência de algo que a paciente percebe (cujo efeito são seus sintomas), mas que funciona de maneira independente de seu psiquismo consciente.

A quinta e última parte da *Comunicação Preliminar* apresenta o mecanismo do método psicoterápico proposto: anulação da eficácia da representação reprimida nos processos inconscientes que resulta no sintoma, realizada através da expressão verbal do afeto referente ao episódio traumático, desgastando-o. A expressão verbal colocaria a representação no comércio associativo normal. Os autores também sugerem que essa representação pode ser corrigida por sugestão médica, especialmente nos casos de sonambulismo ou amnésia.

Na última frase da *Comunicação Preliminar*, a etiologia da histeria é ampliada, uma vez que a hereditariedade perderá sua importância visto que “[...] só pudemos esclarecer, na realidade, as causas das formas adquiridas, ou seja, a importância do fator acidental na neurose” (BREUER;FREUD, 1895/1981, p. 50)⁷⁵. Note-se que a hereditariedade não é negada, mas sim abre-se um campo de intervenção diverso, o qual considera um acontecimento real como gatilho para a neurose. Assim, a partir das vivências que os indivíduos acumulam, bem como de sua relação com estas, que Freud irá estabelecer suas investigações.

O que nos chama a atenção na *Comunicação preliminar* é a atribuição causal entre o evento traumático e o sintoma, donde a investigação em hipnose levaria o paciente a se deparar com um núcleo causador de seu sintoma, podendo

⁷⁴ “Durante el ataque, el dominio sobre la inervación somática aparece transferido a la consciencia hipnoide. Sin embargo, la conciencia normal no queda anulada totalmente mientras tanto, y puede incluso percibir los fenómenos motores del ataque, al paso que los procesos psíquicos del mismo escapan a su percepción”.

⁷⁵ “[...] solo hemos podido aclarar, en realidad, las causas de las formas adquiridas, o sea, la importancia del factor acidental en la neurosis”.

desgastar na fala a ideia reprimida, ab-reagindo-a. O médico operaria nesse núcleo, o qual faz manifestar um sintoma específico. Assim, encontramos nas passagens dos casos clínicos, especialmente no caso de Frau Emmy, uma série de relações entre trauma-sintoma bem estabelecida, sendo cada sintoma decorrente de um trauma específico.

A hipnose alargando a capacidade de acesso aos conteúdos psíquicos, teria seu uso justificado devido à etiologia encontrada, qual seja, a ocorrência de eventos em estados hipnoides ou a retenção da reação do paciente quando esta é impossibilitada (no caso da morte de um ente querido), ou ainda, quando as ideias e acontecimentos custam ao paciente lembrar em decorrência de questões morais. A integração dos conteúdos excluídos da consciência à cadeia associativa, proporcionaria o desgaste dos mesmos, eliminando a atuação destes na manutenção do sintoma.

Além disso, a hipnose permitiu que os autores demonstrassem que é o trauma psíquico que mantém o sintoma, visto que

[...] os distintos sintomas histéricos desapareciam imediata e definitivamente quando se conseguia despertar com toda clareza a lembrança do processo provocador e com ele o afeto concomitante, e o paciente descrevia com mais detalhes possíveis tal processo, dando expressão verbal ao afeto (BREUER; FREUD, 1895/1981, p. 43, grifo Breuer; Freud)⁷⁶.

A relação causa-efeito, demarcando pontualmente a etiologia do sintoma é validada pela técnica terapêutica que o localiza e o elimina em seguida. Vale ressaltar que esse entendimento da etiologia faz os autores tecerem como se dá o funcionamento do psiquismo, o qual precisa descarregar emoções fortes para manter seu funcionamento normal. Na eclosão da histeria não houve descarga, então a hipnose, no método catártico, contribuiria para que posteriormente o trauma seja reagido ou desgastado através das funções de associação da mente consciente. Fato este que impediria os conteúdos de representações reprimidas de se apoderarem da inervação somática, o que explica, no caso dos sintomas histéricos, as manifestações patológicas coexistirem com os processos conscientes, sem que estes últimos as influenciem explicitamente.

⁷⁶ “[...] los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto”.

A última sessão do texto aponta algumas limitações do método, donde supomos que a partir de sua defasagem, Freud irá propor rearranjos no mesmo. O método catártico não curaria a histeria, como disposição, tampouco o surgimento de novos estados hipnoides. Para tanto, Freud terá que rearranjar não só o método, como também a noção de cura e até mesmo de histeria. De qualquer forma, afirmam que o método consegue suprimir sintomas com maior eficácia, se comparado com a sugestão direta (BREUER; FREUD, 1895/1981, p. 49), largamente usada pelos psicoterapeutas.

5.2 A TERAPÊUTICA NOS CASOS CLÍNICOS

Durante a seção anterior procuramos destacar os elementos que chamavam a atenção de Freud quanto à etiologia e tratamento do sintoma, observando suas acepções quanto a uma possível determinação não somente submetida à ideia de degeneração ou hereditariedade. Citaremos a seguir passagens de dois casos, através dos quais procuraremos dar maior visualidade ao percurso de Freud nas especulações sobre os sintomas histéricos e suas determinações.

5.2.1 *Lucy*: causalidade nos grupos psíquicos separados do eu

No caso Lucy de R., encontramos de forma mais incisiva a apresentação de novas questões quanto à técnica de Breuer. A hereditariedade também aparece na reflexão, parecendo o autor se distanciar de uma etiologia que considere exclusivamente questões orgânicas e localizáveis a partir da história dos familiares da paciente. Vale lembrar que Freud não abandona a hereditariedade e os fatores orgânicos na causa, como veremos já no início do texto, quando traça duas qualificações ao sintoma: um objetivo e outro subjetivo. No caso de Lucy, paciente que foi encaminhada por um amigo no final de 1892, tutora dos filhos de um viúvo, o sintoma objetivo seria uma rinite supurativa crônica, devido a uma cárie no osso etmoide. Já o sintoma subjetivo era que, depois de ter perdido o olfato, se via

perseguida por sensações olfativas (farinha queimada) que lhe causavam desagrado. Além desse sintoma, apresentava fadiga e depressão, sendo uma analgesia geral o sintoma propriamente histérico, apesar de conservada a sensibilidade ao tato.

Para iniciar sua investigação, argumenta que o caráter histérico das alucinações olfativas se dava pela sua recorrência⁷⁷. Freud acredita que a depressão é um afeto concomitante ao trauma, e que a alucinação de farinha queimada se relacione com algum evento no qual o cheiro desagradável tenha de fato incomodado a paciente. O autor vasculha então o sintoma, a partir de um evento real, material que, antes de tornar-se subjetivo, tenha sido objetivo:

Sendo talvez a depressão o afeto concomitante ao trauma, devia ser possível encontrar um acontecimento em que tais cheiros, que agora se fizeram subjetivos, foram objetivos, e este acontecimento seria o trauma do qual tais sensações olfativas constituiriam um símbolo que retornava continuamente à memória (FREUD, 1895a/1981, p. 90)⁷⁸.

Notamos Freud preocupado em dar uma característica externa ao sintoma, fato que daria uma materialidade à ideia de símbolo a qual ele se fia na citação acima, afinal “O essencial era que as sensações olfativas de caráter subjetivo mostrassem uma especificidade que pudesse corresponder a sua origem a partir de um objeto real perfeitamente determinado” (FREUD, 1895a/1981, p. 90)⁷⁹.

Além disso, a eleição da alucinação objetiva também pode ser justificada com a afecção nasal orgânica de Lucy, a qual fazia com que a paciente atentasse para toda e qualquer percepção relacionada com seu nariz as percepções dele decorrentes (FREUD, 1895a/1981, p. 90).

Até aqui, a partir dessas especulações, Freud poderia empreender o método catártico como procedimento terapêutico se não fosse uma implicação prática: a paciente não entrava em estado hipnótico. A solução seria trabalhar com a paciente, na análise de seus sintomas, com esta encontrando-se em seu estado psíquico normal.

⁷⁷ O mesmo critério que Freud usa para diagnosticar a histeria de Frau Emmy (cf. FREUD, 1895a/1981, p. 78).

⁷⁸ “Siendo quizá la depresión el afecto concomitante al trauma, debía de ser posible hallar un suceso en el que tales olores, que ahora se habían hecho subjetivos, fueron objetivos, y este suceso había de ser el trauma del cual constituirían dichas sensaciones olfativas un símbolo que retornaba de continuo a la memoria”.

⁷⁹ “Lo esencial era que las sensaciones olfativas de carácter subjetivo mostrasen una especialización que pudiera corresponder a su origen de un objeto real perfectamente determinado”.

Freud fundamenta esta escolha no relato de suas visitas a Liébault e a Bernheim, os quais reconheciam limitações da técnica hipnótica com alguns pacientes, apesar de suas habilidades como hipnotizadores serem proeminentes. Somado a isso, Freud assume não ser um bom hipnotizador, afinal a porcentagem de pacientes que consegue hipnotizar é significativamente menor do que a anunciada por Bernheim.

Há uma extensão de um artifício técnico da hipnose, que Freud considera ser um dos elementos mais importantes para o bom andamento do tratamento: a confiança no médico. Apresentando essa confiança depositada pelo paciente, o médico pode exigir a concentração do paciente, eximindo-o da hipnose, e solicitando que se deite em um divã e feche seus olhos antes de relatar suas lembranças. Dessa forma, com Lucy, observamos Freud empregando uma técnica sem hipnose e com esta deitada sobre um divã⁸⁰.

Podemos vislumbrar nesta modificação técnica, novos apontamentos teóricos sobre o psiquismo dos pacientes acometidos por manifestações histéricas:

[...] ao renunciar o sonambulismo, renunciei talvez também a uma condição prévia, sem a qual parecia inutilizável o procedimento catártico, fundado na circunstância de que, em estado de ampliação da consciência, os doentes dispunham de certas lembranças e reconheciam certas conexões, inexistentes, aparentemente, em seu estado normal de consciência. Assim, então, faltando a ampliação da memória, dependente do estado de sonambulismo, faltaria também a possibilidade de estabelecer uma determinação causal, que o doente não podia comunicar ao médico por lhe ser desconhecida, uma vez que as lembranças patógenas são precisamente “as que faltam na memória do paciente em seu estado psíquico habitual, ou só nela se encontram muito sumariamente” (FREUD, 1895a/1981, p. 91)⁸¹.

Diante da impossibilidade de que os pensamentos se achem disponíveis à mente consciente do paciente, Freud lembra a ideia de Bernheim, de que mesmo as recordações esquecidas apenas o são aparentemente. Através de ligeira intervenção pode-se fazê-las emergir. Freud parte de uma suspeita como premissa:

⁸⁰ Curiosamente divã é o assento que Emmy (paciente apresentada no caso anterior de *Estudos sobre a histeria*) encontrava-se deitada quando Freud a visitava.

⁸¹ “[...] al renunciar al somnambulismo, renuncié quizá también a una condición previa, sin la cual parecía inutilizable el procedimiento catártico, fundado en la circunstancia de que en el estado de ampliación de la conciencia disponían los enfermos de ciertos recuerdos y reconocían ciertas conexiones, inexistentes, al parecer, en su estado normal de conciencia. Así, pues, faltando la ampliación de la memoria, dependiente del estado de somnambulismo, tenía que faltar también la posibilidad de establecer una determinación causal, que el enfermo no podía comunicar al médico por serle desconocida, pues los recuerdos patógenos son precisamente ‘los que faltan en la memoria del paciente en su estado psíquico habitual, o sólo se hallan contenidos en ella muy sumariamente’”.

a de que as ideias já se fazem presentes na mente do paciente: “[...] decidi adotar como ponto de partida a hipótese de que minha paciente sabia tudo o que poderia ter uma importância patógena, tratando-se somente de obrigá-la a contar” (FREUD, 1895a/1981, p. 92)⁸².

Amparado por uma possível sugestionabilidade, Freud coloca a mão na testa da paciente, fazendo pressão, e afirmando em seguida que, quando tirar sua mão, Lucy se recordará do evento em questão. Afirma, com isso, que é possível levar ao fim uma análise sem utilizar o sonambulismo.

Para Freud a paciente tinha certo conhecimento do acontecimento que era buscado na terapia, no entanto, o rechaçara de tal forma que não o reconhecia como tal. Era preciso que colocasse em repouso suas faculdades críticas quanto à lembrança traumática. Por isso, muitas vezes, as recordações vinham à mente, mas os pacientes não as falavam por considerá-las sem relação com o tema tratado. Mas, assim que relatavam, notavam sim relações com o sintoma e sua causa. Para reforçar o argumento de que a hipnose é dispensável, diz Freud: “Algumas vezes, quando a comunicação se dava na terceira ou quarta tentativa, o paciente manifestava que aquilo lhe havia ocorrido na primera vez, mas que não quiz dizer” (FREUD, 1895a/1981, p. 92)⁸³.

O autor confere atenção ao esquecimento da recordação, considerando-o de certa forma voluntário. A técnica sem a hipnose é considerada um procedimento difícil, mas é capaz de fazer o paciente contemplar o esquecimento: “[...] me permitia penetrar um tanto nos motivos, dos que depende muitas vezes o ‘esquecimento’ de lembranças. Posso afirmar que o ‘esquecimento’ é, com frequência, voluntário, mas que nunca se consegue senão *aparentemente*” (FREUD, 1895a/1981, p. 92, *grifo Freud*)⁸⁴.

Chamamos a atenção para o tratamento que Freud confere aos fenômenos durante o uso de sua técnica. A partir de seu relato, o notamos conduzindo as associações da paciente ao fazer perguntas a partir do material relatado por ela. Aquilo que a paciente fala é confrontado por Freud com as suas especulações

⁸² “[...] decidí adoptar como punto de partida la hipótesis de que mi paciente sabía todo lo que había podido poseer una importancia patógena, tratándose tan sólo de obligarla a comunicarlo”.

⁸³ “Algumas veces, cuando la comunicación tenía efecto a la tercera o cuarta tentativa, manifestaba el sujeto que aquello se le había ya ocurrido la primera vez, pero que no había querido decirlo”.

⁸⁴ “[...] me permitía penetrar un tanto en los motivos, de los que depende muchas veces el ‘olvido’ de recuerdos. Puedo afirmar que el ‘olvido’ es, con frecuencia, voluntario, pero que nunca se consigue sino *aparentemente*”.

teóricas. A assertividade na condução pelo médico, tem como objetivo final despertar no paciente, muitas vezes cético e em vigília, os detalhes de um acontecimento aparentemente esquecido, o qual aconteceu há muitos anos (FREUD, 1895a/1981, p. 94).

No caso de Lucy, pergunta o que aconteceu pela primeira vez. Ela conta que uma vez, brincando com as crianças as quais era responsável, recebeu uma carta de sua mãe. As crianças disseram que era para ler depois, demonstrando apreço pela tutora. Ela ficou agraciada com a reação das crianças e nisso, a farinha de uma receita que estavam fazendo queimou. Freud diz não entender porque os sintomas surgiram desse trauma, mas prossegue a análise e faz a paciente encontrar ideias contrárias, que aí sim, caracterizariam o trauma: Lucy estava em um conflito quanto a deixar esta casa que trabalhava para cuidar de sua mãe (sofria pressão das outras criadas, com intrigas, fofocas, etc.) No entanto, a falecida mãe das crianças pediu a Lucy, em seu leito de morte, que cuidasse delas como suas filhas. Ao mesmo tempo Lucy vai se sentindo atraída pelo pai das crianças, apresentando um desejo de ser colocada no lugar da mãe das mesmas.

Assim, Freud relaciona um caráter objetivo (a sensação olfativa) a um caráter subjetivo dessa mesma sensação.

Esta sensação havia sido, pois, em princípio, objetiva, como eu havia suposto, estando intimamente enlaçada com um acontecimento, uma pequena cena em que haviam entrado em conflito afetos contrários, o sentimento de abandonar as meninas e os desgostos que a impulsionavam a partir [...] O conflito dos afetos havia elevado o acontecimento à categoria de trauma, e a sensação olfativa com ele enlaçada havia perdurado como símbolo de tal trauma (FREUD, 1895a/1981, p. 95)⁸⁵.

No entanto, ele ainda acha que estes não são motivos suficientes para os sintomas histéricos. Esta paciente não manifestaria a histeria por esses motivos, então, inicia algumas considerações teóricas sobre a histeria que levam em conta questões como a aquisição e o ato voluntário de expulsar a representação desagradável da consciência.

⁸⁵ “Esta sensación había sido, pues, en un principio, objetiva, como yo había supuesto, hallándose íntimamente enlazada con un suceso, una pequeña escena en la cual habían entrado en conflicto afectos contrarios, el sentimiento de abandonar a las niñas y los disgustos que a ello la impulsaban [...] El conflicto de los afectos había elevado el momento a la categoría de trauma, y la sensación olfativa con él enlazada había perdurado como símbolo de dicho trauma”.

A análise de casos análogos o faz crer que deve haver uma condição prévia para o aparecimento da histeria, nos casos em que é adquirida (como sugere o caso de Lucy). Esta condição seria o fato de uma representação ser reprimida de forma voluntária da consciência a assim, excluída da elaboração associativa (FREUD, 1895a/1981, grifo do autor. p. 95). Segue o texto alegando que agora faz sentido o local da conversão. Cito:

Nesta representação voluntária vejo também o fundamento da conversão da magnitude de excitação, seja parcial ou total tal conversão. A magnitude de excitação que não pode entrar em associação psíquica encontra, com tão maior facilidade, o caminho equivocado, que conduz a uma inervação somática. O motivo da repressão mesma não podia ser senão uma sensação desprazerosa, a incompatibilidade de uma ideia destinada à repressão com o acervo de representações dominantes no *eu*. Mas a representação reprimida se vinga tornando-se patógena (FREUD, 1895a/1981, p. 95-96)⁸⁶.

A inervação somática aparece como um lugar facilitado para a realização de uma vontade moralmente não aceita. Freud explora essa questão em *Um caso de cura por hipnose*, de 1893.

É característico da histeria o feito de que esta representação restringida se objetifica logo, por inervação limitada, quando chega o momento de realizar o propósito, com igual facilidade e na mesma forma que em estado normal a representação da abolição positiva (FREUD, 1893d, p. 25)⁸⁷.

Lembramos aqui uma divergência com Breuer no interior da obra. Breuer justifica a conversão focando uma abordagem fisiológica. Haveria nas histéricas uma condição congênita que facilitaria as conversões. Nos termos de Breuer, problemas nas resistências, que seriam os mecanismos que evitam a interferência de cargas de tensão nos diferentes sistemas do corpo (digestório, circulatório, respiratório, nervoso). As lembranças de alguma vivência desencadeariam, no caso de falha nessas resistências, uma alteração no sistema motor ou digestório, por exemplo. Breuer aponta que para haver uma conversão histérica, teríamos que ter (1) um

⁸⁶ “En esta representación voluntaria veo también el fundamento de la conversión de la magnitud de excitación, sea parcial o total dicha conversión. La magnitud de excitación que no puede entrar en asociación psíquica encuentra con tanto mayor facilidad, el camino equivocado, que conduce a una inervación somática. El motivo de la represión misma no podía ser sino una sensación displaciente, la incompatibilidad de una idea destinada a la represión con el acervo de representaciones dominantes en el yo. Pero la representación reprimida se venga haciéndose patógena”.

⁸⁷ “Es característico de la histeria el hecho de que esta representación coartada se objetiviza luego, por inervación somática, cuando llega el momento de realizar el propósito, con igual facilidad y en la misma forma que en estado normal la representación de la abolición positiva”.

aumento da excitação intracerebral, seguido de (2) uma fraqueza anormal das resistências. Fraqueza que pode manifestar-se a partir de disposição inata, decorrente da puberdade ou, devida a estados de exaustão. Seguindo seu argumento, Breuer afirma que as manifestações histéricas não são ideogênicas, porque “[...] a ideia que lhes deu origem não é mais colorida de emoção, nem destacada de outras ideias e lembranças. Surgem como manifestações puramente somáticas, aparentemente sem raízes psíquicas” (BREUER, 1895/1977, p. 261). Ou seja, a histeria é decorrente de uma doença somática já existente, quando não há resistência em algum órgão enfraquecido. Por isso Breuer observa que em Anna O. há uma “[...] facilitação de reflexos anormais de acordo com as leis gerais da associação” (BREUER, 1895/1977, p. 262).

O posicionamento teórico de Breuer, apresentado em capítulo de sua autoria nos *Estudos sobre a histeria*, segue a linha de uma causalidade natural, factível a partir de resistências componentes do sistema intracerebral. Nesse sentido, a puberdade cabe na justificativa para a manifestação da histeria, justamente pela doença se manifestar depois de um amadurecimento orgânico do aparelho reprodutor.

Freud, no caso de Lucy, aponta o caráter simbólico ou ideogênico da conversão. Não se trata apenas de descrever onde esta a paralisia, mas sim, o que esta significa nesse lugar que, no caso de Lucy, é o nariz. Apesar de descobrir tais caminhos nas representações de Lucy, bem como o porquê da manifestação em certas zonas do corpo, como o nariz, o resultado esperado por Freud não foi atingido, afinal Lucy continuava com mau humor e depressão, bem como com a sensação olfativa de farinha queimada. Ele nota que o tratamento hidroterápico que receitou à paciente pelas manhãs, a deixa revigorada apenas na primeira metade do dia.

Atribuiu a alucinação olfativa de farinha queimada não ter desaparecido por completo devido a traumas secundários, o que o fez investigar todas as relações possíveis com a cena da farinha queimada. Durante tal investigação nota que, gradativamente o cheiro de farinha, de caráter subjetivo, vai desaparecendo. No entanto, após essa melhora, a paciente é acometida por outra sensação olfativa, que seria a fumaça do tabaco. Freud frisa uma limitação da terapia sintomática, como esta que empregava com Lucy: “Tropeçava com aquele inconveniente que sempre

se atribui a toda terapia puramente sintomática, ou seja, o de não fazer desaparecer um sintoma senão para que outro ocupe seu lugar” (FREUD, 1895a/1981, p. 97)⁸⁸.

Em sua técnica, insiste para que ela lembre de onde provém essa nova sensação, do tabaco. Ela diz que fumam todos os dias em sua casa, não havendo um motivo específico. Diante disso, Freud recorre à pressão na testa e a paciente relata uma cena que ocorre durante um jantar no qual os homens estavam fumando, quando, ao se despedir das crianças, o contador que estava visitando a família quis beijá-las e, o pai destas, o reprimiu grosseiramente a ponto de Lucy sentir-se ferida. Freud vai questionando porque isso a machucaria tanto, e ela relata que simplesmente achou grosseiro falar assim com um ancião amigo da família a tanto tempo. Não convencido, Freud pergunta se não passou pela cabeça de Lucy que, se o pai tratava assim um amigo, o que não faria com ela caso fosse sua mulher. A paciente imediatamente diz que não e Freud alega que ao menos o que a impressionou foi a violência do pai. Afirmação que Lucy concordou. Ao prosseguir a análise, é descoberta uma cena efetivamente traumática, segundo Freud, anterior a esse dia relatado. Tratava-se de uma situação parecida, na qual uma senhora beijou as crianças na boca ao se despedir. No momento do ocorrido o pai não falou nada, mas ficou extremamente irritado e descontou sua raiva em Lucy, responsabilizando-a. Tal fato ocorreu logo depois que o pai havia depositado sua confiança em Lucy, conversando com ela de modo amável, fazendo-a sentir-se bem quista por este. Não esperava dessa forma, tamanha aspereza de sua pessoa.

Quatro dias depois de tais cenas reveladas, voltou ao consultório sentindo-se melhor. Diz para Freud que ainda gosta do pai das crianças, mas não fica mais atormentada com isso. O tratamento durou 9 meses e, 4 meses depois do fim, Freud a encontrou constatando que estava bem e sem recaídas.

Durante a discussão do caso, Freud se coloca de forma ambígua quanto à hereditariedade. Aponta que o caso de Lucy pode ser uma histeria adquirida, apesar de que

Entenda-se bem que não falo de uma histeria independente de toda disposição, pois o mais provável é que não exista tal histeria; mas deste gênero de disposição só falamos quando o sujeito mostra já encontrar-se

⁸⁸ “Tropezaba con aquel inconveniente que siempre se atribuye a toda terapia puramente sintomática, o sea el de no hacer desaparecer un síntoma sino para que otro ocupe su lugar”.

histérico, sem que antes se tenha revelado nele indício nenhum de disposição (FREUD, 1895a/1981, p. 99)⁸⁹.

Somos impelidos a pensar que este problema caracteriza um dos motivos de Freud buscar outras causas associadas à histeria, pois trazendo apenas a hereditariedade e, esta só podendo ser percebida depois que o paciente sofre o ataque histérico, as possibilidades de detecção antes do ataque mostram-se escassas. Lembramos que no ano seguinte à publicação de *Estudos sobre a histeria*, em *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*, Freud retoma a discussão sobre a causalidade hereditária. Para ele é necessário uma etiologia específica que, somada à hereditariedade, presidiria a eleição da patologia neurótica (FREUD, 1896a/1981, p. 279). A mesma ideia também figura alguns anos antes, no chamado *Manuscrito B*, enviado a Fliess em 1893: “Assim, me é impossível decidir se existem realmente formas hereditárias sem causas sexuais, se cabe incriminar unicamente o coito interrompido, ou se é lícito prescindir em qualquer caso da predisposição hereditária” (FREUD, 1893c/1981, p. 3481)⁹⁰.

No caso de Lucy, Freud localiza aspectos de histeria adquirida, apesar de apontar que sua aquisição está de certa forma submetida a uma capacidade para tal, cujas características até o momento pouco se sabe (FREUD, 1895a/1981, p. 99).

Vemos Freud apontando a ignorância quanto à forma que se dá a aquisição da histeria, para em seguida, talvez como um mote para elucidá-la, começar a especular, no texto, a partir de conceitos não baseados em achados materiais, tampouco em dados da experiência vivenciada pela paciente: “Condição indispensável para a aquisição da histeria é que entre o *eu* e uma representação ao este afluente, surja uma relação de incompatibilidade” (FREUD, 1895a/1981, p. 99)⁹¹.

⁸⁹ “Entiéndase bien que no hablo de una histeria independiente de toda disposición, pues lo más probable es que no exista tal histeria; pero de este género de disposición sólo hablamos cuando el sujeto muestra ya hallarse histérico, sin que antes se haya revelado en él indicio ninguno de disposición”.

⁹⁰ “Así, me es imposible decidir si existen realmente formas hereditarias sin causas sexuales, si cabe incriminar únicamente el coito interrumpido, o si es lícito prescindir en cualquier caso de la predisposición hereditaria”.

⁹¹ “Condición indispensable para la adquisición de la histeria es que entre el *yo* y una representación a el afluente surja una relación de incompatibilidad”.

A assertiva anterior é interessante, pois havia Freud acabado de assumir a ignorância quanto à condição de aquisição das manifestações histéricas, para tal “condição indispensável”⁹².

Ademais, frisa que a histeria de defesa exige uma certa capacidade do indivíduo, e que sua manifestação consiste em uma

[...] *conversão* da excitação em uma inervação somática, conseguindo-se assim que a representação insuportável se mantenha fora da consciência do *eu*, a qual acolhe, em seu lugar, a reminiscência somática nascida por conversão - em nosso caso, as sensações olfativas de carácter subjetivo - e padece sob o domínio do afeto, enlaçado com maior ou menor clareza a tais reminiscências [...] Deste modo, o mecanismo que cria a histeria constitui, por um lado, um ato de vacilação moral e, por outro, um dispositivo de proteção posto ao alcance do *eu* (FREUD, 1895a/1981, p. 99-100. Grifo Freud)⁹³.

É destacado por Freud que a inervação somática recebe certa excitação remanescente de uma representação posta em outro lugar do psiquismo, que não a consciência. É o que notamos em *Um caso de cura por hipnose*, onde assim como no *Caso Lucy*, as questões morais e a importância da quantidade de excitação para o desencadeamento da histeria, além da noção de conversão na inervação somática para a proteção do *eu* aparecem. Quando no *Caso de cura por hipnose* a paciente quer levar ao cabo sua tarefa de amamentar seu filho,

[...] se comporta como se abrigasse a firme vontade de não amamentar o menino, e esta vontade provoca nela todos aqueles sintomas subjetivos que uma simuladora pretenderia experimentar para escapar ao cumprimento de suas obrigações maternas (FREUD, 1893d, p. 26)⁹⁴.

A falta de apetite e as dores no peito seriam justificativas para essa mãe não amamentar.

⁹² Inclusive Freud comenta que irá demonstrar, em outro trabalho, as diferentes manifestações neuróticas a partir das diferentes formas que o *eu* põe em prática para libertar-se de incompatibilidades entre as representações.

⁹³ “*conversión* de la excitación en una inervación somática, consiguiéndose así que la representación insoportable quede expulsada de la conciencia del *yo*, la cual acoge, en su lugar, la reminiscencia somática nacida por conversión - en nuestro caso, las sensaciones olfativas de carácter subjetivo - y padece bajo el dominio del afecto, enlazado con mayor o menor claridad a tales reminiscencias [...] De este modo, el mecanismo que crea la histeria constituye, por un lado, un acto de vacilación moral y, por otro, un dispositivo protector puesto al alcance del *yo*”.

⁹⁴ “[...] se comporta como si abrigase la firme voluntad de no amamentar al niño, y esta voluntad provoca en ella todos aquellos síntomas subjetivos que una simuladora pretendería experimentar para eludir el cumplimiento de sus obligaciones maternas”.

No caso de Lucy, os sintomas histéricos parecem mais aceitáveis do que a vontade de casar-se com o patrão. Assim, a defesa histérica seria o recurso mais apropriado contra uma representação conflitante, segundo o próprio Freud. O momento traumático estaria determinado mais pelo entendimento do paciente sobre determinado evento (seus valores morais) do que pela qualidade do evento em si.

Para justificar as características dos sintomas da paciente investigadas durante o processo terapêutico, especialmente o fato de Lucy não relatar de imediato o trauma primeiro e principal, haveria um mecanismo que agiria depois da representação ser tirada da consciência do indivíduo. O trauma inicial constituiria o nódulo contendo o grupo psíquico das representações afastadas, ao redor do qual se formariam outros grupos psíquicos a partir dos acontecimentos que, de alguma forma, estariam relacionados com este nódulo principal.

A repressão das ideias seria de certa forma voluntária e intencional. Ao menos na vez primeira se daria por um ato de vontade, devido à necessidade de o indivíduo suprimir uma representação como se nunca tivesse aparecido a ele. No entanto, o máximo de sucesso que consegue nessa ação, é isolá-la das outras representações.

Ao final da discussão Freud aponta que chegando ao nódulo central, composto de uma vivência traumática reprimida intencionalmente, pode-se cessar por completo o sintoma, apesar de ser trabalhoso chegar até este nódulo, especialmente porque vários grupos psíquicos secundários o encobririam. Resumidamente, no último parágrafo aponta que sua terapia consistiu na união de um grupo psíquico dissociado com a consciência do *eu* (FREUD, 1895a/1981, p. 101).

Como apresentado na *Comunicação* preliminar, para o caso de Lucy, fez-se necessário encontrar a causa desencadeante e ab-reagi-la, a partir do nexos estabelecido entre esta e a manifestação sintomática. Notamos então um nexos causal que não conta necessariamente com uma causalidade orgânica ou hereditária, tampouco que dependa dos pensamentos conscientes da doente (o que demonstraria falta de vontade desta para a cessação de seus sintomas), mas com determinações que dependem de processos psíquicos, conforme a investigação freudiana demonstrou.

5.2.2 A especificidade de sua disciplina na discussão do *Caso Elisabeth*

Elisabeth era uma paciente que apresentava uma doença de natureza mista (neurose e reumatismo). Isso leva Freud a empregar duas frentes de abordagem terapêutica: uma consiste em faradizações e massagens para os músculos doloridos, a outra é a análise psíquica. Quanto à última, lembra as recomendações técnicas: esclarecer, antes de iniciar o tratamento psíquico, a eficácia da análise psíquica, perguntando primeiramente se a paciente conhece a origem e o motivo de sua enfermidade. Em caso afirmativo, basta que o paciente relate sua história patológica. Enquanto a paciente relata “O interesse que devemos demonstrar, a compreensão que a permite supor e as esperanças de cura que lhes damos, fazem com que a doente nos entregue seu segredo” (FREUD, 1895a/1981, p. 110⁹⁵).

Nesta paciente, a justificativa para abdicar do método catártico, é a suspeita de Freud (embora mais tarde reconheça que estava errado) que a paciente guarda um segredo, e não uma representação estranha a seus processos conscientes. Apesar disso alega que poderá recorrer ao método catártico caso precise alargar suas conexões associativas, as quais sucumbem a partir do momento traumático.

Não obstante, eleva o procedimento que empreendeu com esta paciente à categoria de método, o qual consiste em descobrir e suprimir as camadas sucessivas sobre o material patógeno. Notamos Freud insistindo em chegar a um ponto nodal que se relaciona com o sintoma, chegando a comparar seu procedimento à técnica para escavar uma antiga cidade sepultada. A premissa, diz Freud, é que seja possível descobrir uma causa determinante suficiente. A paciente durante seu relato não se achava sob hipnose, mas sim sobre um divã com os olhos fechados (apesar de Freud dizer que não se importava quando por vezes, ela abrisse os olhos, mudasse de postura ou levantasse e andasse pela sala).

No início do tratamento Freud não entende porque a perna de Elizabeth paralisa e, alega que para as explicações correntes, diriam tratar-se de uma histeria por constituição e nada mais,

⁹⁵ “El interés que le demostramos, la comprensión que le hacemos suponer y las esperanzas de curación que le damos, deciden al enfermo a entregarnos su secreto”

[...] ficavam na obscuridade o motivo que teria a paciente para fazer tal substituição e o momento em que ocorreria. Evidentemente que se tratavam de questões que os médicos nunca formulavam, uma vez que o habitual seria considerar como explicação suficiente o fato de que a enferma era uma histérica por constituição e poderia assim, desenvolver sintomas histéricos sob a influência de excitações de uma *natureza qualquer* (FREUD, 1895a/1981, p. 113. *grifo Freud*)⁹⁶.

Assim, insiste na análise acreditando na possibilidade de ampliar as possibilidades determinativas dos sintomas de Elisabeth, além de uma explicação hereditária. Freud diz estar convicto de que em camadas mais profundas de sua consciência encontraria as circunstâncias que motivaram seus sintomas histéricos (FREUD, 1895a/1981, p. 114). Ao iniciar essa investigação, nota que a paciente resiste à hipnose. Recorre à pressão na testa, e a convida-a comunicar, sem restrições, tudo o que surgir em imagens ou passar pela sua memória no momento em que pressiona sua testa (FREUD, 1895a/1981, p. 114).

Em seus relatos Freud descreve contradições de sentimentos amorosos, os quais são trazidos pela paciente na sua fala, como quando ficou com vontade de conversar e ficar mais tempo com um jovem que estava gostando, enquanto sentia-se na obrigação de cuidar de seu amado pai, doente. Além disso, Freud atenta para especificidades na fala da paciente, observando que a dor que desaparece quando confessada, aparece quando figura alguma recordação importante no relato. O aparecimento destas dores é utilizado por Freud como uma bússola, uma vez que quando a paciente se calava, mas continuava sentindo dores, tinha segurança de que não havia dito tudo, devendo assim continuar insistindo em suas confissões. (FREUD, 1895a/1981, p. 116). Freud também nota relações simbólicas com cada perna dolorida⁹⁷, além de mapear dores como as relacionadas a ficar em pé,

⁹⁶ “[...] quedaban en la oscuridad el motivo que la paciente había podido tener para tal sustitución y el momento en que la misma tuvo efecto. Claro es que se trataba de problemas que los médicos no se habían planteado nunca, antes, pues, lo habitual era considerar como explicación suficiente la de que la enferma era una histérica por constitución, y podía desarrollar síntomas histéricos bajo la influencia de excitaciones de *un orden cualquiera*”.

⁹⁷ Na perna direita estavam as relações simbólicas com o pai e o jovem pelo qual se apaixonou, já na esquerda os motivos psíquicos das dores se relacionavam com sua irmã morta e com os desagradados que passou com seus cunhados. “Assim, pois, não se podia falar de um *único sintoma somático* enlaçado com múltiplos complexos mnêmicos de ordem psíquica, mas sim de uma multiplicidade de sintomas análogos que, superficialmente considerados, pareciam fundidos em um só” (FREUD, 1895a/1981, p. 117). [“Así, pues, no podía hablarse, en rigor, de un *único sintoma* somático enlazado con múltiples complejos mnémicos de orden psíquico, sino de una multiplicidad de síntomas análogos, que, superficialmente considerados, parecían fundidos en uno solo”].

sentada ou encostada⁹⁸. Também as pausas, interrupções e reflexões que a paciente realizava antes de responder a alguma pergunta são detalhadamente observadas.

Há uma certeza de Freud quanto à eficácia de seu método, fazendo com que haja sentido as pausas da paciente através de uma especulação, qual seja, de que

[...] a paciente exercia sobre o que ocorresse em seus pensamentos uma crítica indevida, julgando-os carentes de significação e importância, ou sem relação alguma com a pergunta correspondente, ou ainda que se tratava de algo que a ela era desagradável comunicar (FREUD, 1895a, 1981, p. 119)⁹⁹.

A partir destes achados e correlações, Freud aponta que são ideias intoleráveis que vem à tona e, a defesa contra elas, caracteriza a gênese dos sintomas histéricos por conversão da excitação psíquica na inervação somática, seguido da formação de um grupo psíquico separado, pela mesma volição que resultou na defesa¹⁰⁰. Assim, a força da resistência para recordar ou relatar as experiências traumáticas corresponde com a energia utilizada para expulsar a representação desagradável da consciência.

É na discussão do caso que encontramos algumas considerações epistemológicas que cabem a este trabalho. Nela, argumenta que apesar de parecerem literatura, mais que ciência, seus trabalhos o são assim devido à natureza do objeto.

⁹⁸ Cada qual enlaçada com um motivo específico, no qual há intensa carga afetiva em jogo. Tanto que Freud estabelece uma relação metafórica entre as dificuldades físicas e os motivos psíquicos: "o quão sozinha *estava*" (*Stehen* em alemão serve para estar ou estar em pé); que o mais doloroso era o sentimento de impotência; a sensação de que "não conseguia avançar um só passo", nos seus propósitos. A paciente "[...] buscou diretamente uma expressão *simbólica* de seus pensamentos penosos, encontrando-a na intensificação de seus sofrimentos" (FREUD, 1895a/1981, p. 119). ["[...] había buscado directamente una expresión *simbólica* de sus pensamientos dolorosos, hallándola en la intensificación de sus padecimientos"]. Haveria então para Freud uma paralisia associativa psíquica da função (como ficar em pé, a abasia) e também uma paralisia funcional simbólica.

⁹⁹ "[...] la sujeto ejercía sobre la ocurrencia una crítica indebida, encontrándola carente de toda significación e importancia o sin relación alguna con la pregunta correspondiente, o a que se trataba de algo que le era desagradable comunicar".

¹⁰⁰ No caso de Elisabeth, "Para conseguir se poupar da dolorosa certeza de amar o marido de sua irmã, criou em seu lugar um sofrimento físico, nascendo suas dores como resultado de uma conversão do psíquico em somáticos, especialmente naqueles momentos nos quais tal certeza ameaçava se impor" (FREUD, 1895a/1981, p. 121). [Para lograr ahorrarse la dolorosa certidumbre de amar al marido de su hermana creó en su lugar un sufrimiento físico, naciendo sus dolores como resultado de una conversión de lo psíquico en somático, en aquellos momentos en los que dicha certidumbre amenazaba imponérsele"].

Nem sempre fui psicoterapeuta. Pelo contrário, pratiquei no início, como outros neurologistas, o diagnóstico local e as reações elétricas e, a mim mesmo, causa singular impressão constatar que meus casos clínicos carecem de um rigoroso selo científico, e apresentam assim um aspecto literário. Mas me consolo pensando que este resultado depende por completo da natureza do objeto e não de minhas preferências pessoais. O diagnóstico local e as reações elétricas carecem de toda eficácia no caso da histeria, enquanto que uma detalhada exposição dos processos psíquicos, tal como estamos habituados a encontrar na literatura, me permite chegar, através de certas fórmulas psicológicas, a algum conhecimento da origem de uma histeria (FREUD, 1895a/1981, p. 124)¹⁰¹.

Haveria uma necessidade de explorar os fenômenos além dos sintomas específicos, localizáveis na inervação motora, por exemplo, cabendo aos médicos explorarem os processos psíquicos que estariam atrelados aos fenômenos sintomáticos. Em seu trabalho de pesquisa, Freud intenta estreitar a relação entre a história do doente e os sintomas que exterioriza. Nesse caminho retira gradualmente o peso da hereditariedade e da degeneração congênita nas causas. Sem negar totalmente questões inatas para o aparecimento da histeria, comenta que traços recorrentes em histéricos não devem ser atribuídos unicamente a uma degeneração. (FREUD, 1895a/1981, p. 124).

Como o próprio caso de Elisabeth confirma, não há nenhum sinal de hereditariedade figurando na história de seus familiares. A histeria de retenção foi decorrente dos cuidados de enfermeira que despendeu a seu pai, deixando de cuidar de si mesma¹⁰². Há um estreitamento da colaboração com Breuer, pois em seu capítulo teórico, este defende uma correlação que encontra na clínica com o ato de cuidar de doentes¹⁰³. De qualquer forma, Freud alega que a disposição pessoal não é suficiente para responder à pergunta de por que em alguns pacientes que cuidam de doentes a histeria se manifesta, enquanto em outros não?

Deixar de prestar atenção em suas próprias funções fisiológicas não seria suficiente, então, sem se restringir à hereditariedade no entendimento dos sintomas

¹⁰¹ "No siempre he sido psicoterapeuta. Por el contrario, he practicado al principio, como otros neurólogos, el diagnóstico local y las reacciones eléctricas, y a mí mismo me causa singular impresión el comprobar que mis historiales clínicos carecen, por decirlo así, del severo sello científico, y presentan más bien un aspecto literario. Pero me consuelo pensando que este resultado depende por completo de la naturaleza del objeto y no de mis preferencias personales. El diagnóstico local y las reacciones eléctricas carecen de toda eficacia en la histeria, mientras que una detallada exposición de los procesos psíquicos, tal y como estamos habituados a hallarlas en la literatura, me permite llegar, por medio de contadas fórmulas psicológicas, a cierto conocimiento del origen de una histeria".

¹⁰² Uma ideia que será explorada em 1915 com *Luto e Melancolia* é apresentada aqui: as energias investidas nos cuidados perdem o direcionamento quando o ente morre e, o cuidador, gradativamente ab-reage o evento traumático no contar e falar sobre o falecido.

¹⁰³ Cf. BREUER, 1895/1977, pp. 273, 274, 290, 305, 306.

da paciente, Freud introduz a noção de que haveria um conflito de representações que contribuiria para a manifestação histérica de Elisabeth: os deveres filiais *versus* os desejos eróticos. Eis o mecanismo: “a paciente expulsou de sua consciência a representação erótica e transformou seu quantum de afeto em sensações somáticas dolorosas” (FREUD, 1895a/1981, p. 126)¹⁰⁴. Onde Freud entrará em um ponto importante a ser justificado: se a paciente tem ou não consciência do conflito de representações, ou seja, se ela notou seus desejos pelo cunhado figurando em seus pensamentos. Para Freud, Elisabeth não tinha consciência desse desejo pelo cunhado, figurando essa representação como um corpo estranho:

Tanto nesta época [nas férias que passou em família na presença do cunhado] como durante a análise, o amor por seu cunhado se achava enquistado em sua consciência à maneira de um corpo estranho, sem estabelecer relação alguma com o restante de sua vida mental. Assim, o estado da paciente com este amor era de conhecê-lo e ignorá-lo ao mesmo tempo. Estado característico sempre que se trata de um grupo psíquico separado (FREUD, 1895a/1981, p. 127)¹⁰⁵.

O *status* de conhecer e ignorar ao mesmo tempo o amor que sentia pelo cunhado, como grupo psíquico separado, permite pensar em um processo que não passa pela consciência, mas tem um arranjo específico de funcionamento: “[...] não queremos indicar em tais termos uma qualidade inferior a um grau menor de consciência, mas sim uma exclusão do livre comércio mental associativo com o restante do acervo de representações” (FREUD, 1895a/1981, p. 127)¹⁰⁶. Como vimos a partir de Charcot e de Janet, o estatuto da condição segunda da consciência não era atrelado por estes aos processos psíquicos conscientes. Com Freud a concepção se alarga, e ganha novos contornos, afinal o paciente ao mesmo tempo conhece e ignora certas representações.

Ao levantar como um grupo de representações tão cheio de afeto possa ficar isolado, Freud justifica com duas acepções que elaborou a partir da observação clínica. Há um *motivo* e um *mecanismo* específico no isolamento da representação

¹⁰⁴ “la sujeto expulsó de su conciencia la representación erótica y transformó su magnitud de afecto en sanciones somáticas dolorosas”.

¹⁰⁵ “Tanto en esta época [nas férias que passou em família na presença do cunhado] como todavía en la del análisis, el amor de su cuñado se hallaba enquistado en su conciencia de manera de un cuerpo extraño, sin haber entrado en relación alguna con el resto de su vida mental. Así, pues, el estado de la sujeto con respecto a dicho amor era el de conocerlo e ignorarlo al mismo tiempo, estado característico siempre que se trata de un grupo psíquico separado”.

¹⁰⁶ “[...] no queremos indicar en tales términos una cualidad inferior a un grado menos de conciencia, sino una exclusión del libre comercio mental asociativo con el restante acervo de representaciones”

do comércio associativo. O motivo seria a incompatibilidade do *eu* com certo grupo de representações, já o mecanismo seria o fenômeno da conversão:

[...] no lugar dos sofrimentos anímicos que a paciente havia se poupado, apareceram dores físicas, iniciando-se assim uma transformação cujo resultado positivo foi que a paciente se esquivou de um insuportável estado psíquico, mesmo que às custas de uma anomalia psíquica, a dissociação da consciência, e de um padecimento físico, as dores que constituíram o ponto de partida de uma astasia-abasia (FREUD, 1895a/1981, p. 127)¹⁰⁷.

Há então uma primazia do psíquico, uma vez que se mostra mais custoso para o paciente arcar com uma dor psíquica do que com um padecimento físico. De qualquer forma, não se trata de uma ação necessariamente voluntária do indivíduo, mas sim um processo que se desenvolve neste sob o motivo da defesa. O que converte em dor física nada mais é do que aquilo que caracterizaria uma dor psíquica: “[...] podemos atribuir ao complexo de representações da inclinação relegada ao inconsciente, certa carga de afeto, e consideraremos esta carga como o objeto da conversão” (FREUD, 1895a/1981, p. 128)¹⁰⁸. A representação penosa de Elisabeth (o amor pelo cunhado) perde sua intensidade tornando possível sua existência enquanto grupo psíquico separado. Elisabeth chegava a ter consciência de seu amor pelo cunhado, mas de forma bastante fugidia. A representação contrastante seria traumática, antes de ser reprimida pelo ato da defesa.

Chegar no evento traumático reprimido torna o trabalho dificultoso, devido a uma peculiaridade na instalação do sintoma: novas associações vão sendo realizadas a partir do trauma que faz emergir o sintoma, através da analogia de certos acontecimentos posteriores com o trauma inicial (representações contrastantes). Esses acontecimentos análogos

[...] levam ao grupo psíquico separado nova excitação e anulam assim, passageiramente, o resultado da conversão. O *eu* se vê obrigado a se ocupar desta representação repentinamente surgida e a reestabelecer

¹⁰⁷ “[...] en lugar de los sufrimientos anímicos que la sujeto se había ahorrado, aparecieron dolores físicos, iniciándose así una transformación cuyo resultado positivo fue que la paciente eludió un insoportable estado psíquico, si bien a costa de una anomalía psíquica, la disociación de la conciencia, y de un padecimiento físico, los dolores que constituyeron el punto de partida de una astasia-abasia”.

¹⁰⁸ “[...] adscribiremos al complejo de representaciones de la inclinación relegada a lo inconsciente cierto montante de afecto, y consideraremos esta magnitud como el objeto de la conversión”.

através de uma nova conversão, o estado anterior. (FREUD, 1895a/1981, p. 128)¹⁰⁹.

Os acontecimentos proporcionariam novas cargas de excitação e a terapia é focada em cada um destes, a partir de seus sintomas correspondentes. Freud nota que a paciente intensifica suas dores quando relata o momento traumático, mesmo se no momento do trauma não as tivesse sentido. Ora, reforça-se a hipótese de que não é o evento mesmo que causa a dor psíquica, mas sim a recordação deste, quando ressignificado na vida adulta¹¹⁰.

Um acontecimento vai despertando recordações de fatos análogos, válidos para todo um grupo de lembranças. Esta seria a regra geral da gênese dos sintomas histéricos:

[...] na grande maioria dos casos resultou que os primeiros traumas não deixaram nenhum sintoma, ao passo que um trauma posterior do mesmo gênero acabou por provocar um sintoma, para cuja origem era imprescindível a colaboração dos motivos anteriores, e cuja solução exigia levar em conta todos os existentes. [...] A conversão pode recair tanto sobre o afeto recente quanto sobre a recordação, e esta hipótese resolve a contradição aparentemente dada no caso de Elisabeth entre a história de sua doença e a análise (FREUD, 1895a/1981, p. 132)¹¹¹.

A formação dos sintomas histéricos teria relação com a tensão afetiva que a organização psíquica pode suportar. Temos um fator quantitativo figurando na teorização sobre o sintoma.

Depois de dissertar sobre o motivo e sobre o mecanismo, apresentará a localização dos sintomas, ou seja, porque o sintoma se manifesta em determinados pontos do corpo e em outros não. No caso de Elisabeth, os sintomas somáticos se concentravam nas pernas e, para Freud, as circunstâncias indicariam que referidos

¹⁰⁹ “[...] llevan al grupo psíquico separado nueva excitación y anulan así pasajeramente el resultado de la conversión. El yo se ve obligado a ocuparse de esta representación repentinamente surgida y a restablecer por medio de una nueva conversión el estado anterior”.

¹¹⁰ Essa ideia é mais explorada por Freud quando este redimensiona a teoria da sedução para a da fantasia (principalmente em obras posteriores a 1897). Apesar de a criança não ter noção do caráter sexual dos abusos, quando chega à adolescência confere significado à cena sofrida. Masson (1984), argumenta que Freud já trazia essa ideia quando escreveu *Estudos Sobre a Histeria*, mas devido às resistências de Breuer, seu parceiro na obra, retificou e atenuou umas série de evidências em favor da teoria da sedução.

¹¹¹ “[...] en una gran mayoría de casos resultó que los primeros traumas no dejaron tras de sí ningún síntoma, mientras que un trauma ulterior del mismo género hubo de provocar un síntoma, para cuya génesis era, sin embargo imprescindible la colaboración de los motivos anteriores, y cuya solución exigía tener en cuenta todos los existentes. [...] La conversión puede recaer tanto sobre el afecto reciente como sobre el recordado, y esta hipótesis resuelve la contradicción aparentemente dada en el caso de Isabel de R. entre el historial patológico y el análisis”

sintomas não foram criados pela histeria, mas sim intensificados por esta, uma vez que Elisabeth padecia de reumatismo de natureza orgânica nas pernas. Procurando a causa psíquica e não encontrando-a, argumenta confiabilidade a seu método para dar diagnóstico diferencial entre causas orgânicas e psíquicas.

Haveria nos sintomas da paciente uma intensificação por simbolismo, onde certas dificuldades físicas corresponderiam analogamente a dificuldades psíquicas.

[...] sua perturbação funcional, que encontrou na abasia-astasia uma expressão somática de grande importância para modificar as circunstâncias, e que suas manifestações de 'não conseguir avançar um só passo em seus propósitos', ou, 'carecer de todo apoio', constituíam a ponte que conduzia a este novo ato da conversão (FREUD, 1895a/1981, p. 133)¹¹².

Tanto a sensação pode evocar uma representação, quanto uma representação pode fazer surgir uma sensação sintomática. Cita Freud o caso de Cécile, no qual sua conversão se caracterizava como sinal de determinada excitação psíquica (FREUD, 1895a/1981, p. 135). Mas, lembra Freud, que esse ato de converter por meio da simbolização na expressão somática não é pessoal e voluntário.

As palavras usadas pelos pacientes que indicam uma vinculação subjetiva com seus sintomas, segundo Freud, dão nova vida à sensação a qual deu gênese à expressão verbal correspondente. Uma certa elaboração associativa a partir da expressão das emoções e sensações.

[...] a histeria trabalha de modo justificado ao reestabelecer para suas inervações mais intensas o sentido verbal primitivo. Chego a crer que seja errado afirmar que a histeria cria por simbolização tais sensações, pois talvez não tome como modelo os usos da linguagem, mas que tanto a histeria quanto os usos da língua extraíam seus materiais de uma mesma fonte (FREUD, 1895a/1981, p. 136)¹¹³.

Portanto, não há uma criação mentirosa das sensações, falsa em manifestações, mas sim uma fonte comum que proporciona tanto as manifestações

¹¹² “[...] su perturbación funcional, que había hallado en la abasia-astasia una expresión somática de suma importancia para modificar las circunstancias y que sus manifestaciones de “no lograr avanzar un paso en sus propósitos” o “carecer de todo apoyo” constituían el puente que conducía a este nuevo acto de la conversión”.

¹¹³ “[...] la histeria obra con plena justificación al restablecer para sus inervaciones más intensas el sentido verbal primitivo. Llego incluso a creer que es equivocado afirmar que la histeria crea por simbolización tales sensaciones, pues quizá no tome como modelo los usos de la lenguaje, sino que extraiga con él sus materiales de una misma fuente”.

somáticas quanto o uso da linguagem. Nesse sentido, observamos um entendimento da manifestação sintomática histérica que a coloca determinada por relações de sentido a partir do repertório do paciente. O *lócus*, ou o aparelho que fomenta tais relações, neste momento da obra, ainda não está publicamente apresentado.

5.3 A TERAPÊUTICA DAS CAUSAS PSÍQUICAS E SEU NOVO ACHADO: A RESISTÊNCIA

A partir de todo o material apresentado nos cinco casos de *Estudos sobre a histeria*, Freud procura estabelecer no último capítulo da obra algumas considerações sobre a psicoterapia da histeria.

A necessidade de repensar o método catártico é oriunda da falha deste sobre as condições causais. Freud pensa na possibilidade de tratar a histeria através de ação terapêutica na causa. Se pensarmos que para alguns de seus contemporâneos não se age na causa, uma vez que esta é enquadrada como anatômica, fisiológica ou hereditária, portanto sem possibilidade de intervenção, é necessário que Freud admita outras causas, as quais sejam passíveis de intervenção por seu método.

Para abordar estas causas, Freud suspenderá o uso da hipnose (visto as dificuldades como, habilidade técnica do hipnotizador e o fato de uma parcela muito pequena de pacientes ser hipnotizável), e utilizará da autoridade transmitida pela figura do médico, conforme viu com Bernheim, para assegurar ao paciente que seu esforço e concentração o fará lembrar-se de ocorrências traumáticas. A situação impelia os pacientes a recuperarem lembranças distantes. Assim, ao demandar para seus pacientes que se lembrassem de eventos em estado consciente, não poderia mais argumentar de dificuldades em submetê-los à hipnose, no entanto notou outra dificuldade de submissão ao método terapêutico: os pacientes apresentavam uma resistência. Freud concentra seus esforços em vencer esta força psíquica oposta à rememoração consciente (FREUD, 1895a/1981, p. 146). A energia psíquica contida na resistência seria a mesma que esmaeceu da consciência dos doentes a gênese de seus sintomas. Algo semelhante com a noção de contravontade, a qual Freud mapeia no caso da mãe que não conseguia amamentar, publicado em 1893. Tanto

neste caso, quanto nos apresentados nos *Estudos sobre a histeria*, há uma força oposta a qual impede que eventos ou vontades dos pacientes venham à consciência, dificultando que se estabeleça o evento traumático que deu início às manifestações dos sintomas histéricos.

Assim, no capítulo sobre a terapêutica da histeria, Freud delineia novos argumentos sobre o evento traumático, retomando questões apresentadas em capítulos anteriores, para afirmar que a força contra as representações esquecidas se deva à natureza penosa destas, como situações de vergonha, remorso, indignidade e dor psíquica. A defesa nasceria destas representações que queremos esquecer o quanto antes. (FREUD, 1895a/1981, p. 146).

A determinação do sintoma apresentada por Freud conta com uma moralidade nos pacientes, afinal, a causa estaria ligada às representações reunidas no *eu* do paciente. Afluiria assim no *eu* uma representação intolerável, a qual despertaria uma energia de repulsa, tirando dita representação da consciência.

Há no texto então, a indicação de um mecanismo que não depende de condições hereditárias, de degenerescência em alterações anatômicas ou fisiológicas, ou de estados psíquicos específicos (como os estados hipnoides de Breuer), mas sim dependente dos conteúdos psíquicos que dizem respeito apenas àquele indivíduo doente. A história do paciente passaria a ser considerada a partir de sua percepção subjetiva de eventos traumáticos e não mais, por exemplo, unicamente a partir das afecções que acometeram seus antepassados ou de alterações orgânicas em seu cérebro. O paciente teria parte no sintoma, dado suas representações psíquicas. Ao considerar os conteúdos do *eu*, mantém a histeria dentro dos quadros nosográficos em seu estatuto de doença, como o fez Charcot, mas reduz a importância de causas alheias à experimentação subjetiva destes eventos pelo doente.

Freud demonstra não ter ainda critérios e conceitos precisos para justificar a exclusão das representações da consciência do indivíduo, usando terminologias distantes da possibilidade de verificação factual, especialmente quanto à qualificação de processos conscientes e inconscientes: “A ignorância do hístico depende, portanto, de uma volição mais ou menos consciente, e a tarefa do terapeuta consiste em vencer, por meio de um trabalho psíquico, *esta resistência à*

associação”¹¹⁴ (FREUD, 1895a/1981, p. 147, *grifo Freud*)¹¹⁵. Para exercer sua tarefa enquanto terapeuta, Freud parece se basear no que observou acontecer na clínica de Bernheim, alegando que era necessária uma coerção psíquica que oriente a atenção do doente aos rastros de representações buscadas (FREUD, 1895a/1981, p. 91-92).

A representação causa do sintoma estaria supostamente esquecida, figurando na verdade sem uma associação acessível, aparecendo aos olhos de Freud como um obstáculo imposto aparentemente pela própria vontade do paciente. (FREUD, 1895a/1981, p. 147). Assim fica justificado que na fala dos pacientes apareçam interrupções em momentos específicos, respostas rápidas como “não sei”, pausas e reflexões antes de responderem alguma pergunta. Em parte essa resistência seria consciente e, como vimos em capítulo anterior, não havia uma brecha epistemológica entre consciente e inconsciente, como nos lembra Assoun (1978), nos termos entendidos pela medicina de então. Gradativamente observamos uma ênfase dada sobre os processos psíquicos em detrimento dos orgânicos, talvez como forma de pensar as atribuições de representações psíquicas pelos pacientes, visto o comportamento destes na clínica, apresentando consciência e ao mesmo tempo não sabendo o que se passa ou se passou. Notamos que a técnica da pressão na testa operou no sentido de lidar com este intermediário entre a consciência do paciente e aqueles eventos que este aparentemente desconhecia. A partir das descrições e imagens de eventos relatados, pode-se encontrar o ponto nodal da patologia, mesmo que paralelamente a resistência se apresente de forma constante. Assim, a pressão na testa é um artifício para suprimir a defesa, mesmo que de forma breve, uma vez que o *eu* não estará esperando tal imposição. Apesar do artifício, o *eu*, não deixa de em seguida, retomar a defesa. (FREUD, 1895a/1981, p. 152).

¹¹⁴ Lembramos o trabalho de Fulgêncio (2006), intitulado *O Método analógico de Freud*. Nele, justifica o uso deste e demais termos significativamente recorrentes na obra de Freud. Trata-se de uma ferramenta heurística cuja fonte parte de Kant e é representado, no final do século XIX por Ernest Mach, o qual parece ter influenciado o modelo de trabalho teórico de Freud (FULGÊNCIO, 2006, p. 205). Segundo o autor, as analogias “[...] servem tanto como uma maneira de fornecer conteúdos intuitivos (sensíveis) para melhor aprender determinado processo, fenômeno e dinâmica entre fenômenos, quanto como um esquema para descobrir relações ou elementos até então não conhecidos; um guia para procurar ambos os aspectos considerando que o homem, no que se refere à sua psicologia, deve ser tomado como um objeto tal como qualquer outro objeto da natureza.” (FULGÊNCIO, 2006, p. 205).

¹¹⁵ “La ignorancia del histérico depende, por tanto, de una volición más o menos conciente, y el cometido del terapeuta consiste en vencer, por medio de una labor psíquica, *esta resistencia a la asociación*”.

Assim, a partir de seu artifício técnico, Freud aponta o que entende pela determinação da histeria, indicando que a atenção às sutilezas do processo de análise se justifica pelo próprio mecanismo causal da histeria:

[...] a histeria nasce pela repressão de uma representação intolerável, impulsionada pelos motivos da defesa, perdurando a representação como rastro mnêmico pouco intenso, e o afeto que o arrebatou sendo utilizado para uma inervação somática (FREUD, 1895a/1981, p. 156)¹¹⁶.

Representação, repressão, defesa, afeto e inervação somática, são os conceitos a partir dos quais apresentará nas páginas seguintes de forma mais esmiuçada a tripla estratificação da histeria. Haveria um primeiro nódulo composto de lembranças pertencentes ao fator traumático. Neste lugar a ideia patogênica encontra-se em seu mais amplo desenvolvimento. Ao redor desse nódulo está um material mnêmico distinto, no qual deve penetrar a análise, seguindo uma ordenação linear em cada tema. Nos termos de Freud, seriam inventários de lembranças, nos quais o acontecimento mais recente emerge primeiro e, conseqüentemente, encobre os anteriores, sendo o acontecimento final, o qual fomentou a série de recordações (FREUD, 1895a/1981, p. 158). Esses temas, linearmente dispostos evidenciam uma segunda ordenação, na qual estariam estratificados de forma concêntrica ao nódulo patogênico (FREUD, 1895a/1981, p. 158). São extratos de uma mesma resistência que cresce quando nos aproximamos do dito nódulo. É essa estratificação concêntrica que caracteriza os traços da análise. Assim, os estratos periféricos mais distantes do nódulo estão disponíveis à consciência do paciente, enquanto que os mais profundos ou próximos ao nódulo são constituídos por lembranças que são mais trabalhosas para que o doente reconheça como suas. Por fim, a terceira classe de ordenação, a qual parece evidenciar sentidos associativos aos quais deve-se atentar:

Esta é a ordenação conforme o conteúdo ideológico, o enlace por meio dos fios lógicos que chegam até o nódulo; enlace ao que em cada caso pode corresponder um caminho especial, irregular e com múltiplas mudanças de direção. Esta ordem possui um caráter dinâmico, em contraposição ao morfológico das outras duas estratificações antes mencionadas [...] o enlace lógico constituiria um sistema de linhas convergentes e apresentaria focos em que iriam reunir-se dois ou mais fios independentes uns de outros ou

¹¹⁶ [...] la histeria nace por la represión de una representación intolerable, realizada a impulso de los motivos de la defensa, perdurando la representación como huella mnémica poco intensa y siendo utilizado el afecto que se le ha arrebatado para una inervación somática “.

unidos, desembocando no nódulo vários fios independentes uns dos outros ou unidos por caminhos laterais. Resulta o feito singular de que cada sintoma aparece com grande *frequência múltiplemente determinado ou sobredeterminado* (FREUD, 1895a/1981, p. 159. *Grifo Freud*)¹¹⁷.

Nesta estratificação Freud parece tecer mais uma constituição psíquica que apresenta um funcionamento específico, sujeito a apresentar uma sintomatologia, do que a explanação sobre um agente causal natural da doença. O material patógeno pode ter mais de um nódulo, e não se trata de retirá-lo como um corpo estranho, afinal para Freud, o grupo psíquico patógeno não se deixa extrair do *eu*, pois essa organização psíquica patógena ao invés de um corpo estranho, se apresentaria como uma infiltração, sendo o agente infiltrante a resistência. A terapia aqui consiste em fundir a resistência para que se possa abrir caminho até uma área antes vedada à consciência do *eu* (FREUD, 1895a/1981, p. 159).

Para tal trabalho, o médico deve reconstruir, como um quebra-cabeças, a organização do material psíquico e não encontrar necessariamente o nódulo da patologia. (FREUD, 1895a/1981, p. 160, *grifo Freud*). Não haveria melhor solução que limitar-se à periferia do produto psíquico-patógeno, por isso deve-se deixar o doente relatar tudo o que vem à cabeça, orientando sua atenção e vencendo sua resistência através da pressão na testa. Surgiria com o tempo uma força colaborativa no paciente a qual o faria falar de suas reminiscências, sem que o terapeuta tenha que ficar interrogando-o. No entanto, Freud lembra que não se pode confiar na inteligência inconsciente do paciente. Às vezes a exposição do paciente, que aparenta não ter resistências, apresenta lacunas e defeitos. Deve-se desconfiar, portanto, pois o doente não quer reconhecer essas lacunas quando o médico se refere a elas.

Por isso, o autor adverte que descobrindo as lacunas da primeira exposição dos histéricos, dissimulada por falsos enlaces, tem-se uma parte do fio lógico a partir da periferia, bastando conduzir o caminho até o interior. Nesse sentido, deve-se perseguir esse fio, retomando quando o perder ou quando determinado caminho

¹¹⁷ “Es esta la ordenación conforme al contenido ideológico, el enlace por medio de los hilos lógicos que llegan hasta el nódulo; enlace al que en cada caso puede corresponder un camino especial, irregular y con múltiples cambios de dirección. Esta ordenación posee un carácter dinámico, en contraposición del morfológico de las otras dos estratificaciones antes mencionadas [...] el enlace lógico constituiría un sistema de líneas convergentes y presentaría focos en los que irían a reunirse dos o más hilos independientes unos de otros o unidos, desembocando en el nódulo varios hilos independientes unos de otros o unidos por caminos laterales. Resulta el hecho singular de que cada síntoma aparece con gran *frecuencia múltiplemente determinado o sobredeterminado*”.

estiver incorreto, observando que, do ponto de vista técnico, não se deve impor ao doente aquilo que este ignora, tampouco influenciá-lo no percurso da análise para determinado fim esperado, uma vez que, para Freud, durante a análise não surge uma só reminiscência carente de significação (FREUD, 1895a/1981, p. 172, *grifo Freud*), fato que reforça sua confiança no método e teoria que apresenta no texto.

Assim, o sintoma histérico passou a ser concebido como um *símbolo mnêmico* dos *restos mnêmicos* do paciente. Uma das formas de acompanhar o curso do tratamento é observar a distância que a lembrança está da consciência (o que significa seu alto valor patógeno). É preciso trazê-lo à consciência a fim de esgotá-los na fala, através do relato do paciente. Se é preciso trazê-lo à consciência para esgotá-lo, Freud terá que construir uma teoria que fundamente esse afastamento da consciência e a possibilidade de seu retorno. O estado de algo que é excluído do comércio associativo, mas que causa efeitos neste, pede construtos teóricos que o fundamentem e, a *Interpretação dos sonhos*, de 1900, demonstra, como veremos, uma fundamentação teórica para o entendimento deste estatuto das representações, da pertinência de pensamentos conscientes e inconscientes, bem como das cargas afetivas e morais que Freud observou no atendimento clínico de seus pacientes, mesmo sem ter tecido esquematicamente sua tópica do aparelho psíquico. A noção de continuidade no pensamento freudiano aparece reforçada aqui, como intenta demonstrar nossa chave de leitura a partir do acolhimento do movimento do pensamento, conforme Monzani (1989).

Nos últimos momentos do texto Freud apresenta o conceito de transferência, referindo-se assim a outra forma de aparecimento da resistência. A transferência estaria relacionada com a relação do médico com o paciente que, quando perturbada, caracteriza um difícil obstáculo ao trabalho de análise psíquica (FREUD, 1895a/1981, p. 166). A relação com o médico apareceria comprometida quando (1) o doente acredita-se menosprezado pelo médico, (2) fica com medo de sentir-se ligado ao extremo a este, a ponto de depender totalmente de sua figura e, finalmente (3)

Quando a doente se atemoriza ao ver que transfere¹¹⁸ à pessoa do médico representações deslocadas, emergidas durante a análise, caso muito frequente e inclusive regular em certas análises. A transferência ao médico

¹¹⁸ Esta seria a primeira aparição do termo no sentido psicanalítico, segundo o editor das *Obras Completas* que utilizamos para este trabalho.

se leva a cabo por meio de uma *falsa conexão* (FREUD, 1895a/1981, p. 166-167)¹¹⁹.

Encontramos um movimento que parece característico na elaboração conceitual de Freud. A cada achado que aparece na clínica, decorrente de novas condutas técnicas – como aqui com o método catártico de Breuer –, o autor propõe novas especulações para justificar sua teoria e também sua técnica. Com relação a essas resistências Freud comenta

No início não me satisfazia nada este incremento em minha prática, até que comprovei que se tratava de um fenômeno regular e constante, e então observei também que tal transferência não impunha, na realidade, um maior trabalho (FREUD, 1895a/1981, p. 167)¹²⁰.

Para tal trabalho, a conduta do terapeuta precisa tornar conscientes as resistências que a doente apresenta, uma vez que, antes disso, não se tem uma análise psíquica terminada, tampouco a supressão do sintoma, no entendimento de sua causa.

Note-se que a transferência é tida como um aliado ao trabalho do médico, especialmente porque devido a esta, o paciente se deixaria ser conduzido pelas sugestões do médico quando em hipnose (Breuer), ou quando consciente, confiando no médico (Bernheim). No entanto, ao final de sua contribuição aos *Estudos sobre a histeria*, aquilo que o paciente transfere ao médico passa a atuar como uma forma de resistência. Isso só permitiu ser notado com a mudança técnica, a qual ofereceu maior espaço para a palavra do paciente, em seu livre associar. Por não ser consciente tal manifestação, tampouco as relações sintoma-evento traumático-representações, que Freud notou nas palavras de seus pacientes. Sua esquematização do aparelho psíquico formalizou uma causalidade nova para os sintomas histéricos. Essa formalização aparece de forma explícita na *Interpretação dos sonhos*. Cabe então, neste momento, abriremos o próximo e último capítulo desta dissertação, para nos dedicarmos ao estudo da referida obra.

¹¹⁹ “Cuando la enferma se atemoriza al ver que transfiere a la persona del médico representaciones displacientes emergidas durante el análisis, caso muy frecuente e incluso regular en ciertos análisis. La transferencia al médico se lleva a cabo por medio de una *fa/lsa*”.

¹²⁰ “Al principio no me satisfacía nada este incremento de mi labor psíquica, hasta que comprobé que se trataba de un fenómeno regular y constante, y entonces observé también que tal transferencia no imponía, en realidad un mayor trabajo”.

6 O ESTABELECIMENTO DA TERCEIRA CAUSALIDADE DO SINTOMA: A INTERPRETAÇÃO DOS SONHOS

Conforme procuramos apresentar nos capítulos anteriores, o percurso de elaborações freudianas, desde seus primeiros textos no campo da histeria, indicou uma incessante especulação teórica, bem como tentativas práticas para o acolhimento compreensivo dos sintomas histéricos. O que notamos foi um gradual engendramento de dispositivos conceituais, os quais visariam apreender o mecanismo dos sintomas histéricos. Um elemento unânime em todos os casos que analisamos, foi a percepção por Freud de que, aqueles sintomas indecifráveis pela medicina de seu tempo, poderiam ser literalmente decifrados. Notamos em suas tentativas de compreensão que, gradualmente, engendra uma nova possibilidade para pensar as causas de um sintoma. A nova causalidade, a qual diz respeito ao inconsciente psíquico, é decalcada a partir da interpretação dos sintomas, uma vez que o inconsciente apresenta um funcionamento digno de linguagem própria e, os sintomas, seriam uma das formas pelas quais os processos inconscientes se manifestariam. Desse modo, pretendemos apontar neste capítulo o texto de Freud o qual esquematiza o inconsciente psíquico, nódulo causal dos sintomas histéricos. Julgamos que assim, poderemos demonstrar que o apontamento de um Inconsciente não acrescenta apenas um novo elemento desencadeante das neuroses (como descobertas de vírus, bactérias ou substâncias químicas, desencadeantes de sintomas específicos), mas sim amplia o escopo dos registros determinativos do sintoma. A *Interpretação dos sonhos* observa que o sintoma histórico faz parte de um jogo de representações, e de um mecanismo específico, o qual fomenta também os comportamentos normais. Além disso, observaremos como a *Interpretação dos sonhos* formaliza a série de construções teóricas que Freud lançou durante o período entre 1888 e 1900 para, desse modo, situar como o sintoma histórico serviu de eixo para a caracterização do aparelho psíquico dentro do entendimento freudiano.

Na *Interpretação dos sonhos* Freud não trabalha especificamente com o sintoma histórico, e não demonstra se preocupar, como faz mais constantemente nas obras anteriormente publicadas, em desvendar ou refutar as atribuições hereditárias e fisiológicas que seus contemporâneos costumavam se apropriar para

estabelecer a determinação dos sintomas neuróticos. O interesse do texto é pelo mecanismo envolvido na formação do sonho e na sua especificidade, sendo utilizado como material de pesquisa para a investigação deste mecanismo, o material onírico tanto de pacientes neuróticos¹²¹, quanto os sonhos do próprio Freud. No prefácio antecipa que o uso de sonhos dessas fontes (próprios e de pacientes), e não da literatura ou recolhidos por pessoas desconhecidas, se mostrará justificado ao longo do trabalho. Entendemos que Freud se refere a fatores inerentes à especificidade de sua teoria e ao seu modelo de interpretação onírica, como a experiência individual, o detalhado conhecimento das circunstâncias vividas pelo paciente e, especialmente, a forma que este relata seus sonhos ao terapeuta.

Publicada em outubro de 1899, a obra em questão é considerada uma das mais destacadas de Sigmund Freud, sendo o capítulo VII aquele que mais constantemente é mencionado pela literatura. Neste, é apresentada a estrutura de funcionamento de um aparelho psíquico, na qual podemos visualizar o autor amarrando os seus achados clínicos e teóricos levantados nos últimos anos, no trabalho com as manifestações sintomáticas das neuroses¹²². Para Monzani

[...] o que faz de *A Interpretação dos sonhos* uma obra ímpar e um marco capital no desenvolvimento do discurso psicanalítico é sobretudo seu trabalho de sistematização, de síntese e de articulação onde, de forma inédita, os contornos de um objeto e de uma problemática são delineados claramente. Pela primeira vez Freud conseguiu reunir um conjunto de noções esparsas, organizar e dar forma a um conjunto de teses e construir um edifício harmonioso, onde todas as peças têm um lugar certo (MONZANI, 1989, p. 140).

Partindo da análise de conteúdos oníricos próprios e de seus pacientes, Freud argumenta que o aparelho psíquico trabalha a partir de duas instâncias, as quais através de mecanismos específicos confeririam a fenômenos oníricos e sintomas neuróticos as peculiaridades que lhes são inerentes. Para acolher tais

¹²¹ Metodologia que teria sido criticada por H. Ellis, como indicou Freud em uma adição de 1914, apontando que “[...] a investigação psicanalítica não conhece diferenças de princípios, e sim unicamente quantitativas entre a vida anímica normal e a neurótica, e, a análise dos sonhos, seja de um paciente neurótico ou de uma pessoa normal, complexos reprimidos atuam de um mesmo modo, e mostram a completa identidade, tanto dos mecanismos como do simbolismo” (FREUD, 1900/1981, p. 573). “[...] la investigación psicoanalítica no conoce diferencias de principio y si únicamente cuantitativas entre la vida anímica normal y la neurótica, y el análisis de los sueños, en los que sea normal o neurótico el sujeto, actúan del mismo modo los complejos reprimidos, muestran la completa identidad, tanto de los mecanismos como del simbolismo”].

¹²² Também sabemos que a autoanálise de Freud, que é mencionada na correspondência com Fliess, pode ser situada como um material no qual Freud se apoiou para fundamentar sua *Interpretação dos sonhos*.

fenômenos em sua teoria, o autor engendra uma maquinaria psíquica, organizando-a detalhadamente através de um instrumental teórico não mais circunscrito unicamente no terreno da neurologia (como acontece com o *Projeto para uma psicologia científica*). Blum (1998) aponta que a *Interpretação dos sonhos* representa uma emancipação de Freud com relação à neurofisiologia.

Neste texto, o uso de metáforas torna-se mais profuso, pois qualquer analogia é bem vinda, desde que atenda a exigência de representar adequada e completamente as relações entre os fatos clínicos observados. Como o critério de adequação das metáforas é seu poder de visualização das relações significativas dos processos psíquicos, nada impede que a energia seja antropomorfizada e as representações energetizadas (BLUM, 1998, p. 13-14).

Na *Interpretação dos sonhos* é apresentada a noção de inconsciente psíquico, a qual parece amparar fenômenos os quais através da inspeção dos processos psíquicos da consciência, não são passíveis de entendimento. Nesse sentido, Blum lembra que o conceito de inconsciente é utilizado por Freud com o fim de avançar na pesquisa psicológica. “O conceito é necessário porque os dados da consciência são insuficientes para preencher as lacunas de classes de manifestações psíquicas, tais como os sonhos, sintomas neuróticos e atos falhos” (BLUM, 1998, p. 129-139).

O primeiro sinal que Freud dá em seu texto sobre processos velados à consciência aparece depois que faz, no primeiro capítulo, uma inspeção na literatura científica sobre os sonhos¹²³, e apresenta em seguida um problema nestas pesquisas o qual impediu que se avançasse¹²⁴ na compreensão dos fenômenos oníricos:

Todas as tentativas realizadas até agora para solucionar os problemas oníricos se enlaçavam diretamente ao conteúdo manifesto, esforçando-se por extrair dele a interpretação ou fundamentar nele, quando renunciavam a

¹²³ Onde Freud vasculha as considerações sobre os sonhos desde suas fontes, objetivos, relações com a vida em vigília, com o material mnêmico, até os processos de seleção do material sonhado, da questão do esquecimento do sonho com o passar do dia, das leis de associação diversas às que ocorrem em vigília e também, sobre os sentimentos éticos e morais que aparecem ou não nos sonhos.

¹²⁴ Para Freud, “A compreensão científica dos sonhos não realizou em mais de dez séculos senão escassíssimos progressos” (FREUD, 1900/1981, p. 349). [“La comprensión científica de los sueños no ha realizado en más de diez siglos sino escasísimos progresos”]. Mesmo em 1909, em um apêndice colocado por Freud nesta revisão de literatura sobre os processos oníricos, o autor justifica não tê-la atualizado pois, até aquele momento, não haveria surgido nenhum ponto de vista novo e valioso para o entendimento dos sonhos (FREUD, 1900/1981, p. 404).

encontrar algum sentido interpretável, seu juízo sobre o fenômeno objeto de nosso estudo (FREUD, 1900/1981, p. 516)¹²⁵.

O que Freud propõe é que se olhe para um material psíquico que ainda não recebeu a devida atenção na literatura científica sobre os sonhos, o qual o procedimento analítico leva a descobrir: as ideias latentes (FREUD, 1900/1981, p. 516). É preciso que se compreendam as relações entre esses dois materiais (conteúdo manifesto e latente), especialmente como do conteúdo latente resulta o manifesto.

Para empreender esta perspectiva sobre tal conteúdo latente, será necessário supor outra organização psíquica que dê sustentação a este conteúdo para que assim, conhecendo os mecanismos dessa organização, se possa compreender seu sentido e significado. O estabelecimento da técnica da interpretação dependerá da compreensão do mecanismo que torna oculto o sentido dos sonhos.

No percurso estabelecido ao longo dos próximos capítulos, Freud familiariza o leitor com sua hipótese de que os sonhos são realizações de desejos, especialmente desejos relacionados com vivências de caráter sexual que ocorreram na infância. O método para a interpretação desses desejos será apresentado a partir de um sonho de Freud, o *Sonho da Injeção de Irma*. Este sonho é apresentado no capítulo dois, onde Freud procura estabelecer em cada cena onírica relações com ocorrências diurnas, estados de ânimo e desejos conscientes, ressaltando o papel de seu sonho no cumprimento de desejos. Seu procedimento será fragmentar cada elemento do sonho e procurar entender um sentido oculto que este revelaria. Depois de vários exemplos a partir de seu sonho, caracteriza os conteúdos dos processos oníricos como uma realização de desejos, sendo o motivo de um sonho, o próprio desejo (FREUD, 1900/1981, p. 420). Este é um argumento que contraria a literatura científica levantada por Freud quando esta os considera como resultantes de uma atividade cerebral fragmentária.

No terceiro capítulo Freud apresenta mais enfaticamente as relações das cenas oníricas com as representações psíquicas, observando que a realização de desejos que compete aos sonhos pode reconfigurar certos significados:

¹²⁵ “Todas las tentativas realizadas hasta el día para solucionar los problemas oníricos se enlazaban directamente al contenido manifiesto, esforzándose por extraer de él la interpretación o fundamentar en él, cuando renunciaban a hallar sentido alguno interpretable, su juicio sobre el fenómeno objeto de nuestro estudio”.

O sonho substitui a ação, como acontece também na vida em vigília. Desafortunadamente, minha necessidade de água para acalmar minha sede não pode ser satisfeita por meio de um sonho, como minha sede de vingança contra meu amigo Otto e contra o doutor M. Mas em ambos os casos, existe uma idêntica boa vontade oriunda do fenômeno onírico (FREUD, 1900/1981, p. 423)¹²⁶.

Freud está apresentando uma determinação que perpassa o valor das representações para cada sonhador. Isto reforça a especificidade de seu método e de seu entendimento da significação dos processos oníricos pois, comparando sua metodologia com a de Artemidoro de Dalcis, a qual conta também com a indicação de um significado aos elementos oníricos, lembra que a sua, exposta no livro, se diferencia por “[...] confiar ao próprio sujeito do sonho o trabalho de interpretação, não atendendo senão ao que a ele mesmo ocorre sobre cada elemento onírico e não ao que ao intérprete pudesse ocorrer” (FREUD, 1900/1981, p. 407)¹²⁷.

A ideia de interpretar um sonho é justificada no argumento de que existiriam duas instâncias psíquicas que divergem quanto a uma representação ser prazerosa ou não, assim, aquilo que é penoso para a segunda instância, não o é para a primeira, uma vez que está cumprindo um desejo proveniente desta (FREUD, 1900/1981, p. 436). A realização de desejos, que é o objetivo dos sonhos, se pauta em desejos reprimidos e, devido a este estatuto, só pode ser cumprida de forma disfarçada, donde a máxima de Freud: “O sonho é a realização (disfarçada) de um desejo reprimido (FREUD, 1900/1981, p. 445)¹²⁸.

Todo elemento presente no sonho é passível de ser interpretado, alegando Freud que não se trata de um conjunto de imagens arbitrárias, decorrentes de descargas de processos fisiológicos sem nenhuma relação de sentido e significado. A especificidade do sonho não está apenas em um material proveniente de vivências do dia anterior, lembranças da infância, fontes somáticas, sonhos típicos (como nudez em público, morte de pessoas queridas, exames acadêmicos), como Freud apresenta detalhadamente no capítulo cinco, mas sim na utilização destes elementos (especialmente dos eventos recentes) para a realização de um desejo da

¹²⁶ “El sueño se sustituye a la acción, como sucede también en la vida despierta. Desgraciadamente, mi necesidad de agua para calmar mi sed no puede ser satisfecha por medio de un sueño, como mi sed de venganza contra mi amigo Otto y contra el doctor M., pero en ambos casos existe una idéntica buena voluntad por arte del fenómeno onírico”.

¹²⁷ “[...] confiar al propio sujeto del sueño el trabajo de interpretación, no atendiendo sino a lo que al mismo se le ocurre sobre cada elemento onírico y no a lo que al intérprete pudiera ocurrírsele”.

¹²⁸ “El sueño es la realización (disfrazada) de un deseo reprimido”.

primeira instância psíquica. Este desejo é deformado por uma censura onírica imposta pela segunda instância, e seu acesso à consciência se apoia nos eventos do dia anterior. O método de interpretação onírica agiria no desmantelamento da censura onírica.

A partir da *Interpretação dos sonhos* o entendimento do sintoma histérico dependeria de uma perspectiva causal amparada em um aparelho (o aparelho psíquico), que justificasse seus sintomas e a forma com que estes se estabelecem. O significado psíquico do sintoma passará a ter destaque nas especulações freudianas. Como vimos, isso é notável em textos do início da década de 1890. Na *Monografia sobre as afasias* Freud indica que, de alguma forma, a causa dos sintomas histéricos se refere à ordem de representações, visto a histérica, diferentemente do afásico restrito a um “sim”, “não” ou a algumas interjeições, prefere algumas palavras a emitir ou omitir. Em *Um caso de cura por hipnose* (1893), quanto à situação da mãe que interrompe a produção de leite apenas enquanto não tem uma ama de leite disponível, a causa do sintoma seria decorrente de uma ideia contrastante penosa. Lembramos também nos *Estudos sobre a histeria*, de 1895, quando a paciente que não anda porque “não consegue avançar um só passo na vida”, (Elisabeth) ou aquela que sente náuseas nas lembranças de cenas de conteúdo sexual (Catalina). Haveria um deslizamento de representações em jogo na causa dos sintomas, ampliando, por exemplo, a uma determinação destes que não esteja unicamente fiada a contextos sociais, causas naturais ou pensamentos conscientes considerados patologizantes. A condição para uma histérica paralisar o braço direito está subordinada a um conjunto de atribuições que somente esta histérica estabeleceu com certos eventos traumáticos ou representações psíquicas. A determinação do sintoma (assim como do fenômeno onírico) passará por processos psíquicos que Freud, neste texto, apresenta da forma mais esquematizada até então em seus textos publicados¹²⁹. Com vistas a observar o estabelecimento de uma nova causalidade no entendimento do sintoma na *Interpretação dos sonhos*, delimitaremos nossa análise nos capítulos VI e VII da obra, os quais apresentam com maior expressão as características próprias do

¹²⁹ Monzani (1989) aponta que Freud, em determinados pontos do *Projeto para uma psicologia científica* os quais também são apresentados na *Interpretação dos sonhos*, nunca mais conseguiu tanta clareza como no texto não publicado de 1895.

aparelho psíquico e, em certos momentos, apontam reflexões sobre a relação dos sintomas neuróticos com tal aparelho.

6. 1 A PECULIARIDADE DOS SONHOS RESULTANTE DA ELABORAÇÃO ONÍRICA

É no capítulo VI no qual são nomeados mecanismos que, em suas especificidades, atuam no jogo das representações, especialmente na transposição de um conteúdo latente para o conteúdo manifesto do sonho. Freud apresenta essa relação entre os conteúdos com uma metáfora do campo da linguística, da tradução, das regras de sentido e significado:

As ideias latentes e o conteúdo manifesto se mostram como duas versões do mesmo conteúdo, em dois idiomas distintos ou, melhor dito, o conteúdo manifesto nos aparece como uma versão das ideias latentes em uma distinta forma de expressão, cujos signos e regras de construção vamos aprender pela comparação do original com a tradução. As ideias latentes nos resultam perfeitamente compreensíveis quando as descobrimos. Entretanto, o conteúdo manifesto nos é dado como um hieroglífico, para cuja solução devemos traduzir cada um de seus signos à linguagem das ideias latentes. Incurriríamos, desde logo, em erro se quiséssemos ler tais signos dando-lhes o valor de imagens pictóricas e não de caracteres de uma escritura hieroglífica (FREUD, 1900/1981, p. 516)¹³⁰.

Para o entendimento da linguagem onírica, o trabalho de condensação é apresentado como aquele que confere pontos de convergência entre conteúdos latentes no conteúdo manifesto, assim os elementos do conteúdo manifesto seriam sobredeterminados (FREUD, 1900/1981, p. 520), o mesmo ocorrendo de modo contrário, quando cada ideia latente se acha representada por vários elementos do sonho (FREUD, 1900/1981, p. 520). Os exemplos que Freud se detém são a

¹³⁰ “Las ideas latentes y el contenido manifiesto se nos muestran como dos versiones del mismo contenido, en dos idiomas distintos, o, mejor dicho, el contenido manifiesto se nos aparece como una versión de las ideas latentes a una distinta forma expresiva, cuyos signos y reglas de construcción hemos de aprender por la comparación del original con la traducción. Las ideas latentes nos resultan perfectamente comprensibles en cuanto las descubrimos. En cambio, el contenido manifiesto nos es dado como un jeroglífico, para cuya solución habremos de traducir cada uno de sus signos al lenguaje de las ideas latentes. Incurriríamos, desde luego, en error si quisiéramos leer tales signos dándoles el valor de imágenes pictóricas y no de caracteres de una escritura jeroglífica”.

condensação de várias pessoas em uma só, além daqueles relacionados a palavras e nomes:

As palavras são tratadas com frequência pelo sonho como se fossem coisas, e sofrem então uniões, deslocamentos, substituições e condensações como as representações de coisas. Resultado destes sonhos é a criação de formações verbais singularíssimas e às vezes muito cômicas (FREUD, 1900/1981, p. 527)¹³¹.

Os produtos verbais dos sonhos são relacionados com patologias como a paranoia, a histeria e as representações obsessivas, assim como a formação de jogos verbais, novos idiomas e composições de palavras encontrados no material onírico, constituem a fonte comum tanto para os sonhos como para as psiconeuroses (FREUD, 1900/1981, p. 531). Novamente, o que notamos é uma indicação de uma determinação, ainda que de forma pontual e sem a apresentação de um mecanismo psíquico para tal, relacionada com as representações psíquicas.

Outro mecanismo anunciado por Freud para a compreensão da linguagem onírica seria o deslocamento, processo que, no trabalho de transposição das ideias latentes para as manifestas, é descoberto na análise quando se encontram certas ideias manifestas distantes significativamente do nódulo do sonho, mas que se apresentam através de interpolações artificiais encaminhadas a um fim. Neste mecanismo seriam despojados de intensidade elementos de alto valor psíquico em detrimento de elementos menos valiosos, por sua vez endossados com a intensidade de representações de alto valor psíquico que, desse modo, não aparecem explicitamente no material onírico. Haveria no sonho um deslocamento de intensidades psíquicas, o que justificaria as diferenças entre o que é conteúdo manifesto e aquilo que está latente (FREUD, 1900/1981, p. 534).

Estes processos surgem da censura que uma instância psíquica da vida mental exerce sobre a outra. O deslocamento, a condensação e também a sobredeterminação constituem o fenômeno onírico nas tentativas de levar ao conteúdo manifesto ideias que estejam livres da censura da resistência (FREUD, 1900/1981, p. 535).

¹³¹ “Las palabras son tratadas con frecuencia por el sueño como si fueran cosas, y sufren entonces iguales uniones, desplazamientos, sustituciones y condensaciones que las representaciones de cosas. Resultado de estos sueños es la creación de formaciones verbales singularísimas y a veces muy cómicas”

Segundo Freud, as ideias latentes são oriundas de diversos centros psíquicos, o que justificaria a peculiaridade de ordenação das representações sonhadas. Além disso, Freud procura defender que não há pura arbitrariedade na ordenação e eleição de conteúdos oníricos, mas sim que estes são determinados por ideias latentes, as quais apresentam, como enuncia no início da *Interpretação dos sonhos*, significância ímpar no estudo dos sonhos (FREUD, 1900/1981, p. 343). Neste momento, Freud lembra que também as relações estabelecidas durante o sonho entre representações, devem ser concebidas como material onírico e, por conta disso, não se deveria buscar uma alternativa entre algumas opções (ou era um jardim ou uma casa o lugar onde se passa o sonho, por exemplo), mas acolher a justaposição que, ao menos durante o sonho, não se mostra contraditória. A regra de interpretação consistiria “[...] em situar em um mesmo plano os diversos membros da aparente alternativa e uni-los com a conjunção copulativa ‘e’” (FREUD, 1900/1981, p. 539)¹³². O mesmo processo aconteceria com a antítese e contradição, as quais aparecem no sonho como se neste não existisse o “não”, reunindo em uma unidade o contraditório (FREUD, 1900/1981, p. 540). Relações lógicas como de analogia (identificação), coincidência (formações mistas) e contato são também abordadas por Freud como manifestações peculiares no processo de elaboração onírica. Já a inversão ou transformação no contrário seria um dos meios de representação no sonho empregados com maior frequência, pela utilidade ao dar corpo à realização de desejos contrária a um elemento das ideias latentes (FREUD, 1900/1981, p. 547). Haveria uma transmutação de todos os valores psíquicos (FREUD, 1900/1981, p. 547), a qual a análise faz notar quando um elemento aparentemente sem valor é descoberto como dominante no campo das ideias latentes. Os elementos oníricos constituiriam o ponto de partida para rotas mentais que levariam ao nóculo das ideias do sonho, uma vez que o sonho é uma representação de conteúdos encobertos (FREUD, 1900/1981, p. 548).

Nesse sentido, a palavra funcionaria como elemento privilegiado para a manifestação da condensação onírica, por proporcionar a expressão de mais de uma ideia latente, inclusive devido à sua possibilidade de ambiguidade, sendo útil também na manifestação patológica:

¹³² “[...] en situar en un mismo plano los diversos miembros de la aparente alternativa y unirlos con la conjunción copulativa ‘y’” (FREUD, 1900/1981, p. 539).

A palavra como ponto de convergência de múltiplas representações, é, por assim dizer, um equívoco predestinado, e as neuroses (fobias, representações obsessivas) aproveitam, com a mesma boa vontade que o sonho, das vantagens que ela oferece para a condensação e o disfarce (FREUD, 1900/1981, p. 553-554)¹³³.

A elaboração onírica contaria ainda, no uso de palavras, com uma série de representações já estabelecidas no inconsciente. É o que acontece nas representações sobre o próprio corpo¹³⁴ ou em certos temores relacionados com elementos da natureza¹³⁵.

Freud aproxima a relação da sintomatologia histérica com o sexual, uma vez que esta “[...] se torna não interpretável se esquecermos que o simbolismo sexual pode ocultar-se, melhor que em nenhum outro lugar, atrás do cotidiano e insignificante” (FREUD, 1900/1981, p. 557)¹³⁶.

O caráter sexual dos sonhos, o qual aparece de forma disfarçada, é lembrado como uma herança de vivências infantis, citando Freud exemplos de sonhos que revelam a constatação da diferença sexual anatômica (FREUD, 1900/1981, p. 561). No entanto o autor adverte que o entendimento dessas lembranças e sua identificação nos sonhos, onde estariam representadas através de um simbolismo, não deve ser feito sem considerar as vivências do paciente:

[...] quero advertir expressamente que também não é possível limitar a tradução dos sonhos à dos símbolos, prescindindo da técnica do aproveitamento das ideias do sujeito. [...] tanto prática como teoricamente, pertence o lugar principal ao procedimento primeiramente descrito, o qual

¹³³ “La palabra como punto de convergencia de múltiples representaciones, es, por decirlo así, un equívoco predestinado, y las neurosis (fobias, representaciones obsesivas) aprovechan, con igual buena voluntad que el sueño, las ventajas que la misma ofrece para la condensación y el disfraz”.

¹³⁴ As fantasias sobre o próprio corpo “[...] constituem um processo geral do pensamento inconsciente dos neuróticos e se derivam da curiosidade sexual, cujo objeto são para o jovem ou a jovem, os órgãos genitais, tanto os do próprio sexo quanto os do contrário” (FREUD, 1900/1981, p. 557) “[...] constituyen un proceso general del pensamiento inconsciente de los neuróticos y se derivan de la curiosidad sexual, cuyo objeto son para el joven o la muchacha los órganos genitales, tanto los del propio sexo como los del contrario”].

¹³⁵ Estes temores seriam disfarces os quais possuiriam um conteúdo de sentido sexual “[...] e ao se servir de tais disfarces não faz a neurose mais do que seguir os caminhos trilhados por toda a humanidade em antigos períodos da civilização, sob uma pequena camada de terra acumulada ao longo dos séculos, continuam ainda existindo, como provam os usos da linguagem, as superstições e os costumes” (FREUD, 1900/1981, p. 557). “[...] y al servirse de tales disfraces no hace la neurosis más que seguir los caminos hollados por la humanidad entera en antiguos períodos de civilización, caminos que, bajo una ligera capa de tierra acumulada por los siglos, continúan aún existiendo hoy día, como lo prueban los usos del lenguaje, las supersticiones y las costumbres”].

¹³⁶ “[...] se hace ininterpretable si olvidamos que el simbolismo sexual puede ocultarse, mejor que en ningún otro lado, detrás de lo cotidiano e insignificante”.

atribui a importância decisiva às manifestações do sujeito, servindo-se da tradução dos símbolos como meio auxiliar (FREUD, 1900/1981, p.564)¹³⁷.

Notamos que aqui Freud toma o conteúdo onírico a partir das atribuições do paciente, não devendo, portanto, este conteúdo ser pensado de forma independente daquilo que o paciente traz em suas associações e vivências infantis. Tomando as obras da década anterior há uma continuidade no entendimento daquilo que é da singularidade do paciente, parecendo assumir aqui, na *Interpretação dos sonhos*, uma maior importância causal no que se refere ao material onírico.

Uma peculiaridade dos sonhos que notamos ser importante para a compreensão do sintoma se dá com relação ao afeto. Este, segundo Freud, aparece no sonho em forma pura, sem nenhum disfarce, sendo apenas falso o conteúdo a ele vinculado: “A análise nos ensina que *os conteúdos de representações passaram por deslocamentos e substituições, enquanto os afetos permaneceram intactos*” (FREUD, 1900/1981, p. 626. Grifo Freud¹³⁸). Por esse motivo acham-se mais livres da pressão da censura e assim, servem como guias no trabalho interpretativo. No caso das neuroses, o deslocamento do afeto é observável no exagero do histérico em sensações de medo ante objetos inofensivos e no neurótico obsessivo que não consegue explicar por que certos atos se convertem em fortes reprovações. Para Freud estes dois tipos de pacientes combatem inutilmente seus sintomas por refletirem a partir do conteúdo explícito, consciente de suas representações, como o objeto inofensivo na histeria ou o ato insignificante na neurose obsessiva. Situação análoga ao erro, apontado por Freud nos primeiros capítulos, de investigar os sonhos através do conteúdo manifesto, e não do latente.

É apresentada então uma especificidade da psicanálise no trato dessas manifestações, visto apontar para o caminho que leva ao seu tratamento no reconhecimento do afeto como legítimo e na procura da representação reprimida a qual este afeto inicialmente correspondeu.

¹³⁷ “[...] quiero advertir expresamente que no es tampoco posible limitar la traducción de los sueños a de los símbolos, prescindiendo de la técnica del aprovechamiento de las ocurrencias del sujeto. [...] tanto práctica como teóricamente pertenece el lugar principal al procedimiento primeramente descrito que atribuye la importancia decisiva a las manifestaciones del sujeto, sirviéndose de la traducción de los símbolos como medio auxiliar”.

¹³⁸ “El análisis nos enseña que *los contenidos de representaciones han pasado por desplazamientos y sustituciones, mientras que los afectos han permanecido intactos*”.

Pressupomos ao agir assim que o desenvolvimento de afeto e o conteúdo de representações não constituem, contra o que estamos acostumados a admitir, uma unidade orgânica inseparável, mas sim que se encontram simplesmente soldados entre si e podem ser isolados por meio da análise. A interpretação dos sonhos nos demonstra que assim sucede, efetivamente (FREUD, 1900/1981, p. 627)¹³⁹.

Freud sublinha que o afeto não apresenta, no conteúdo manifesto, a mesma riqueza do que aquela que continha no material de onde surgiu. Isso se daria devido a uma segunda consequência da censura onírica além da deformação dos sonhos, ou seja, a coerção dos afetos. A repressão afetiva deve ser considerada como consequência desta coerção de elementos antitéticos uns sobre os outros (FREUD, 1900/1981, p. 631).

Assim, os processos envolvidos na elaboração onírica teriam como fim a realização de desejos e a transformação de um afeto em seu contrário. Essa inversão dos afetos seria devido tanto à censura imposta pela segunda instância psíquica, quanto à necessidade de satisfação de desejos imposta pela primeira instância. (FREUD, 1900/1981, p. 633). Os afetos são elementos de destaque na caracterização do comportamento neurótico e, deste modo, Freud parece já ter um caminho que ampara o entendimento de reações quantitativamente desmesuradas a certos estímulos, uma vez que o excesso seria procedente de fontes afetivas inconscientes e reprimidas, as quais conseguiram se enlaçar associativamente com algum motivo externo, deixando assim a fonte de afetos reprimidos livre de qualquer objeção (FREUD, 1900/1981, p. 639). O processo de elaboração onírica faria com que o material no qual o desejo está ligado seja trabalhado até ser utilizável na realização deste desejo inicial.

Haveria ainda um processo de julgamento do conteúdo sonhado que, para Freud, reforça a tendência a desacreditar o conteúdo latente importante. Seria na observação “isso não é mais que um sonho”, que comumente aparece nos sonhos diante de certa situação que pode parecer penosa a uma das instâncias psíquicas. Desse modo, atende-se às duas instâncias: uma por continuar a manifestar seu desejo reprimido e, a outra, por desacreditar no elemento penoso manifestado no sonho (FREUD, 1900/1981, p. 644-645).

¹³⁹ “Presuponemos al obrar así que el desarrollo de afecto y el contenido de representaciones no constituyen, contra lo que estamos acostumbrados a admitir, una unidad orgánica inseparable, sino que se hallan simplemente soldados entre sí y pueden ser aislados por medio del análisis. La interpretación de los sueños nos demuestra que así sucede, en efecto”.

Freud compara as características das fantasias diurnas com os sonhos, destacando que no estudo das psiconeuroses estas fantasias apresentam importante papel preliminar nos sintomas histéricos, uma vez que

Estes sintomas não dependem diretamente das lembranças, mas sim das fantasias edificadas sobre elas [...] Como os sonhos, estas fantasias são realizações de desejos: têm em grande parte como base as impressões provocadas por acontecimentos infantis e suas criações gozam de certa benevolência da censura (FREUD, 1900/1981, p. 646)¹⁴⁰.

No último parágrafo do capítulo VI Freud retoma as características da elaboração onírica que apresentou (como a passagem de um conteúdo manifesto a um latente, censura, e suas consequências na deformação onírica) e aponta que os sonhos não são um apanhado de processos mentais desconexos e sem sentido, mas que possuem um estatuto próprio na vida mental. Quanto à função psíquica no sonho,

Não é que seja negligente, incorreta, esquecida e incompleta em comparação com o pensamento em vigília; o que sucede é que constitui algo qualitativamente distinto e, por tanto, nada comparável a ele. Não pensa, calcula nem julga; se limita a transformar. Pode descrevê-la por inteiro, considerando as condições a que seu produto tem que satisfazer (FREUD, 1900/1981, p. 655)¹⁴¹.

O sonho, sendo o produto dos processos de elaboração (condensação, deslocamento, sobredeterminação, representatividade) pode, por meio da interpretação, ser entendido em sua perspectiva de realização de desejos, desde que se observe sua organização particular das representações psíquicas e dos afetos: “As relações lógicas do material de ideias latentes são pouco atendidas, mas encontram ao fim uma oculta representação em particularidades *formais* dos sonhos” (FREUD, 1900/1981, p. 655. *Grifo Freud*)¹⁴². Há uma instrumentalização neste capítulo que apresentamos da *Interpretação dos sonhos*, que indica elementos

¹⁴⁰ “Estos síntomas no dependen directamente de los recuerdos, sino de las fantasías edificadas sobre ellos [...] Como los sueños, son estas ensoñaciones realizaciones de deseos: tienen en gran parte como base las impresiones provocadas por sucesos infantiles y sus creaciones gozan de cierta benevolencia de la censura”.

¹⁴¹ “No es que sea negligente, incorrecta, olvidadiza e incompleta en comparación con el pensamiento despierto; lo que sucede es que constituye algo cualitativamente distinto y, por tanto, nada comparable a él. No piensa, calcula ni juzga; se limita a transformar. Puede describirla por entero, teniendo en cuenta las condiciones a las que su producto tiene que satisfacer”.

¹⁴² “Las relaciones lógicas del material de ideas latentes son poco atendidas, pero encuentran al fin una oculta representación en particularidades *formales* de los sueños”.

os quais devem ser observados na análise de um sonho. Freud procura demonstrar ao seu leitor que as aparentes arbitrariedades de um sonho apresentam um jogo próprio de organização de sentido. O processo elaborativo do sonho, observável na condensação, deslocamento, sobredeterminação e representatividade, apresenta características semelhantes aos sintomas histéricos, conforme vimos em publicações anteriores. O que parece é que Freud está endossado por casos clínicos cujos sintomas muito se assemelham com aquilo que todos os indivíduos, normais ou não, manifestam: os sonhos. Desse modo, a causa de um sintoma histérico poderá ser redimensionada a partir do momento em que o mecanismo psíquico dos sonhos e dos sintomas, for entendido dentro de certas particularidades formais. O entendimento destas é o que Freud apresentará no último e mais célebre capítulo da obra. Passemos a este.

6.2 MECÂNICA DO INCONSCIENTE NA DETERMINAÇÃO DO SINTOMA

Ao longo do texto da *Interpretação dos sonhos*, o entendimento de sintoma não aparece especificamente sistematizado. Freud recorre à sintomatologia neurótica em momentos específicos para exemplificar ou evidenciar sua teorização. Não obstante, cumpre no texto o que adiantou no prefácio à primeira edição, ou seja, evidenciar que os processos oníricos estão em estreita relação com os psicopatológicos¹⁴³. Assim, neste subcapítulo, nos apoiaremos nesta perspectiva de Freud, de que os sonhos e os processos sintomáticos se dão a partir da mesma instância determinante, para apresentarmos o que entendemos como a formalização de determinações psíquicas inconscientes na causa da histeria. Desse modo,

¹⁴³ “Ao me propor à exposição da interpretação dos sonhos, não creio ter transcendido os âmbitos do interesse neuropatológico, uma vez que o exame psicológico nos apresenta o sonho como primeiro elo de uma série de fenômenos psíquicos anormais, cujos elementos como as fobias histéricas e as formações obsessivas e delirantes, concernem ao médico por motivos práticos. [...] quem não procura explicar a origem das imagens oníricas, se esforçará em vão na compreensão das fobias, ideias obsessivas e delírios, bem como no exercício sobre estes fenômenos de um trabalho terapêutico” (FREUD, 1900/1981, p. 343) [“Al proponerme exponer la interpretación de los sueños no creo haber transcendido los ámbitos del interés neuropatológico, pues, el examen psicológico nos presenta el sueño como primer eslabón de una serie de fenómenos psíquicos anormales, entre cuyos elementos subsiguientes, las fobias histéricas y las formaciones obsesivas y delirantes, conciernen al médico por motivos prácticos. [...] quien no logre explicarse la génesis de las imágenes oníricas, se esforzará en vano por comprender las fobias, las ideas obsesivas, los delirios, y por ejercer sobre estos fenómenos un posible influjo terapéutico”].

pretendemos apontar que a terceira causalidade, cuja noção anunciamos no início desta dissertação, é claramente definida por Freud no capítulo VII da *Interpretação dos sonhos*. A utilização de exemplos, por Freud, a partir de sintomas e nosografias, será especialmente considerada em nossa análise, tendo em vista que nosso objeto de trabalho é o entendimento do sintoma histérico. Almejamos que assim, poderemos encerrar este trabalho fazendo notar o movimento do pensamento freudiano com sua consequente ampliação das perspectivas causais, especialmente a partir de seu trabalho com o sintoma histérico.

Com seu leitor instrumentalizado para o entendimento dos recursos simbólicos que o processo elaborativo do sonho apresenta, na primeira seção do capítulo VII, Freud argumenta que o esquecimento dos sonhos, suas deformações, imagens obscuras e as situações difíceis de entender, não devem ser tomados como motivos para o médico ignorá-los como campo de pesquisa, uma vez que a própria deformação das ideias latentes faz parte do processo de elaboração, consequente da censura (FREUD, 1900/1981, p. 659). O entendimento de que a tradução do sonho pelo paciente em palavras é passível de inúmeros erros, trata-se de um desconhecimento da forte determinação que há no psíquico, não havendo nenhuma arbitrariedade nas modificações que o paciente comete ao relatar seus sonhos (FREUD, 1900/1981, p. 659).

A dúvida sobre certas representações psíquicas no sonho, pode ser relacionada com algumas situações de tratamento citadas nos *Estudos sobre a histeria*. No texto de 1895 o autor alerta que o médico se atenha às interrupções, esquecimentos, momentos de reflexão que o paciente demonstra antes de responder a determinada pergunta, como também aos julgamentos que o paciente faz de certos pensamentos como de pouca importância.

Na *Interpretação dos sonhos* estas situações são pensadas com relação ao sonho:

A dúvida da exata reprodução do sonho ou de dados isolados do mesmo, é novamente uma derivação da censura da resistência que se opõe ao acesso das ideias latentes à consciência, resistência que não se esgota sempre com os deslocamentos e substituições por ela provocados, e recai então, em forma de dúvida, sobre o que deixou passar (FREUD, 1900/1981, p. 660)¹⁴⁴.

¹⁴⁴ “La duda de la exacta reproducción del sueño o de datos aislados del mismo es nuevamente una derivación de la censura de la resistencia que se opone al acceso de las ideas latentes a la

Donde Freud conclui que “*Tudo aquilo que interrompe o progresso do trabalho analítico é uma resistência*” (FREUD, 1900/1981, p. 661. *Grifo Freud*)¹⁴⁵.

Freud entenderá que não é possível chegar a um ponto inicial, nodal, motivo primeiro e disparador de um sonho, mesmo que extensivamente interpretado:

Nos sonhos melhor interpretados costumamos ver-nos obrigados a deixar na sombra determinado ponto, pois advertimos que constitui um foco de convergência das ideias latentes, um nó impossível de desatar, mas que quando de todo modo, não contribuiu com outros elementos ao conteúdo manifesto. [...] As ideias latentes descobertas em análise não chegam nunca a um limite e temos que deixá-las perder-se por todos os lados no tecido reticular de nosso mundo intelectual. De uma parte mais densa deste tecido se eleva logo o desejo do sonho (FREUD, 1900/1981, p. 666)¹⁴⁶.

Entendemos esta passagem como uma medida tomada por Freud a fim de amparar os processos inconscientes que, mais a frente do capítulo, detalhará dentro de uma perspectiva que não dependa da delimitação de um achado material como causa primeira das manifestações psíquicas. O desejo se irromperia deste nó impossível de desatar e assim, cumprindo uma função de utilidade, sua esquematização orientaria o entendimento teórico dos fenômenos oníricos e patológicos que Freud vem estudando.

A deformação e a dificuldade no entendimento do material onírico se daria devido à resistência e à censura que uma segunda instância regeria. No entanto, é durante o sono que se faz possível a formação dos sonhos, visto a diminuição da censura endopsíquica.

Tanto os sonhos como os sintomas histéricos apresentariam um sentido preexistente, já estabelecido. Mesmo nos estados patológicos não haveria um pensamento sem uma representação final. O mesmo vale para o chiste e associações absurdas que fazemos no cotidiano. O sentido das representações finais conscientes é suprimido em detrimento de representações finais ocultas, e assim as associações superficiais que o paciente faz seriam um efeito do

conciencia, resistencia que no queda siempre agotada con los desplazamientos y sustituciones por ella provocados y recae entonces, en forma de duda, sobre aquello cuyo paso ha permitido”.

¹⁴⁵ “*Todo aquello que interrumpe el progreso de la labor analítica es una resistencia*”.

¹⁴⁶ “En los sueños mejor interpretados solemos vernos obligados a dejar en tinieblas determinado punto, pues advertimos que constituye un foco de convergencia de las ideas latentes, un nudo imposible de desatar, pero que por lo demás no ha aportado otros elementos al contenido manifiesto. [...] Las ideas latentes descubiertas en el análisis no llegan nunca a un límite y tenemos que dejarlas perderse por todos lados en el tejido reticular de nuestro mundo intelectual. De una parte más densa de este tejido se eleva luego el deseo del sueño”.

deslocamento que substitui associações reprimidas mais profundas. Estas premissas são utilizadas pela psicanálise nas neuroses e Freud as considera como pontos de apoio de sua técnica:

Quando solicito a um paciente que suprima toda reflexão e me comunique aquilo que surja em seu cérebro, pressuponho que não pode prescindir das representações finais relativas ao tratamento, e me creio autorizado a concluir que tudo o que pode comunicar-me, por inocente ou arbitrário que pareça, tem conexão com seu estado patológico (FREUD, 1900/1981, p. 669)¹⁴⁷.

Novamente, retomamos os *Estudos sobre a histeria* onde, de forma semelhante, Freud solicita ao paciente que relate tudo o que lhe ocorrer. Neste texto nota, por uma série de razões como interrupções, reflexões e titubeios pelo paciente, que neste falar espontâneo há um sentido oculto a ser descoberto.

Para apresentar um entendimento causal destas manifestações, que, como notamos em suas publicações anteriores, se apresentam aos olhos de Freud desde que inicia seu trabalho na clínica das neuroses, aponta no início da seção B do capítulo VII, intitulada *A Regressão*, seu objetivo ao investigar as funções anímicas: entender o psiquismo a partir de seus efeitos, em detrimento de uma compreensão fisiológica ou anatômica do mecanismo que impele as formações oníricas. A partir desta delimitação, compara a localização psíquica dos processos oníricos com a localização dos pontos ideais de aparelhos como o microscópio e o telescópio. Nestes, o ponto onde a imagem se processa não apresenta um elemento concreto, no entanto se sabe que é dele que a formação de imagens depende. A função da comparação do aparelho psíquico com estes instrumentos ópticos “[...] não tem outro objetivo se não o de auxiliar-nos em uma tentativa de chegar à compreensão da complicada função psíquica total, dividindo-a e adscrivendo cada uma de suas funções isoladas a um dos elementos do aparelho” (FREUD, 1900/1981, p. 672)¹⁴⁸.

Em uma tentativa de organização serial dos componentes do aparelho psíquico, o modelo do arco-reflexo é utilizado para exprimir que os estímulos que percorrem tal aparelho possuem uma direção específica. Do sistema perceptivo (*P*)

¹⁴⁷ “Cuando solicito de un paciente que suprima toda reflexión y me comunique aquello que surja en su cerebro, presupongo que no puede prescindir de las representaciones finales relativas al tratamiento y me creo autorizado a concluir que todo lo que puede comunicarme, por inocente o arbitrario que parezca, se halla en conexión con su estado”.

¹⁴⁸ “[...] no tienes otro objeto que el de auxiliarnos en una tentativa de llegar a la comprensión de la complicada función psíquica total, dividiéndola y adscribiendo cada una de sus funciones aisladas a uno de los elementos del aparato”.

ao sistema motor (*M*), o estímulo deixaria registros formando a memória. O sistema possuiria traços mnêmicos (*Mm*) com modificações permanentes, o que justifica a distinção de um sistema perceptivo o qual ocupado em receber constantemente estímulos, e outro que transformaria a excitação do primeiro em traços duradouros (FREUD, 1900/1981, p. 673).

As percepções, neste aparelho psíquico, além de captar certos conteúdos, enlaçam entre si outros conteúdos na memória, conforme a coincidência temporal. Fato que Freud chama de associação. A base da associação estaria nos traços mnêmicos deixados e, devido a uma facilitação, a excitação seguiria por estes traços consecutivamente.

Como o sistema *P*, que aporta à nossa consciência uma variedade de sensações, não possui memória, nossas lembranças seriam inconscientes entre si. Estas podem se tornar conscientes, apesar de causarem efeitos no psiquismo, mesmo em estado inconsciente (FREUD, 1900/1981, p. 674). A causa de certos atos se justificaria a partir desta ordenação hipotética que envolve o sistema perceptivo, os traços mnêmicos e o aparato motor.

Aquilo que denominamos nosso carácter repousa sobre as marcas mnêmicas de nossas impressões, e precisamente aquelas impressões que atuaram mais intensamente sobre nós, ou seja, as de nossa primeira juventude, são as que não se fazem conscientes quase nunca (FREUD, 1900/1981, p. 674)¹⁴⁹.

Freud lembra o leitor que apontou a dificuldade em entender a formação dos sonhos sem a suposição da existência de duas instâncias psíquicas. Considerando que a instância crítica se relaciona mais intimamente com a consciência em detrimento da instância criticada, supõe Freud que a primeira se localiza próximo à extremidade do aparato motor. Estas instâncias serão nomeadas de acordo com sua relação com a consciência. Pré-consciente (*Prec.*) será a nomeação da instância crítica próxima à extremidade motora e Inconsciente (*Inc.*) aquela situada atrás do *Prec.*, a qual só se comunica com a consciência através de determinadas transformações que o sistema *Prec.* impõe à excitação inconsciente (FREUD, 1900/1981, p. 675).

¹⁴⁹ “Aquello que denominamos nuestro carácter repousa sobre las huellas mnémicas de nuestras impresiones, y precisamente aquellas impresiones que han actuado más intensamente sobre nosotros, o sea, las de nuestra primera juventud, son las que no se hacen conscientes casi”.

No caso dos processos oníricos e em algumas outras situações (recordações de eventos e fantasias em vigília), a direção do estímulo estaria voltada para o lado oposto, ou seja, em direção ao sistema perceptivo. Esta proposição permite entender a aparente arbitrariedade dos processos oníricos, já que as relações entre as ideias desaparecem na elaboração dos sonhos (FREUD, 1900/1981, p. 676).

À pergunta de por que este tipo de formação não ocorre durante o dia, Freud especula que seja devido a “[...] modificações das cargas de energia de cada um dos sistemas; modificações que os fazem mais ou menos transitáveis ou intransitáveis para o curso da excitação” (FREUD, 1900/1981, p. 676)¹⁵⁰.

Será o mesmo mecanismo que, na teoria freudiana, passará a engendrar tanto o processo patológico quanto a formação dos sonhos. Assim como os sonhos, os sintomas correspondem a regressões a ideias que estão em conexão com lembranças reprimidas ou inconscientes (FREUD, 1900/1981, p. 677), na maioria dos casos provenientes da infância. Por ser reprimida, a lembrança “[...] arrasta consigo a regressão; isto é, a forma de representação, na qual o elemento representado se encontra dado psiquicamente às ideias com ele enlaçadas e privadas de expressão pela censura” (FREUD, 1900/1981, p. 677)¹⁵¹. Uma manifestação alucinatória seria composta por cenas vistas ou vividas na infância, que conseguem se fazer conscientes.

No sonho a cena infantil se apoiaria nas experiências do dia anterior, visto as representações privadas de consciência encontrarem nas experiências recentes um modo de tornarem-se conscientes, mesmo que às custas de uma modificação, para que seja liberada pela censura (FREUD, 1900/1981, p. 678). A alucinação se caracteriza por uma completa carga de energia nos sistemas da percepção, correspondendo ao fenômeno da representatividade na elaboração onírica, através da atração de cenas visualmente lembradas às ideias latentes.

A terceira seção do capítulo VII, *A realização de desejos*, procura apontar a origem de tais desejos que figuram nos sonhos e, baseando-se no que entende como indícios da psicanálise das neuroses, aponta que os desejos inconscientes se acham sempre em atividade e prontos para conseguir uma expressão nos

¹⁵⁰ “[...] modificaciones de las cargas de energía de cada uno de los sistemas; modificaciones que los hacen más o menos transitables o intransitables para el curso de la excitación”.

¹⁵¹ “[...] arrastra consigo la regresión; esto es, la forma de representación, en la que el mismo se halla dado psíquicamente, a las ideas con él enlazadas y probadas de expresión por la censura”.

pensamentos conscientes, afirmando categoricamente que “*O desejo representado no sonho é necessariamente um desejo infantil*” (FREUD, 1900/1981, p. 682. *Grifo Freud*)¹⁵². Para fundamentar o período da infância como significativo na realização dos desejos, Freud retorna o esquema do aparelho psíquico apresentado na seção anterior de seu texto. A partir da noção de arco-reflexo que o fundamenta, aponta que a tendência do aparelho sempre foi manter-se livre dos estímulos. Assim, ao receber certo estímulo, o aparelho psíquico o descarrega na inervação motora. Uma vez que os primeiros estímulos que chegaram ao primitivo aparelho proposto por Freud foram necessidades físicas, a excitação de um estímulo como a fome, buscará uma derivação motora a qual Freud qualificará como modificação interna ou expressão de emoções, caracterizando o choro que um bebê manifesta quando está com fome. Ao ser atendida esta necessidade física que desencadeou uma excitação interior e sua posterior expressão de emoções, o bebê vivencia uma experiência de satisfação. O traço mnêmico deste alimento que suprimiu a excitação interior, será posteriormente carregado pelo impulso psíquico da fome em uma tentativa de reconstruir a primeira experiência de satisfação. Este impulso, diz Freud, é o que em sua teoria chama de desejo.

A reaparição da percepção é a realização do desejo, e a carga psíquica completa da percepção, pela excitação emanada da necessidade, é o caminho mais curto para chegar a tal realização. Nada existe que nos impeça de aceitar um estado primitivo do aparelho psíquico cujo caminho seja percorrido de tal maneira que o desejo termine em uma alucinação. Esta primeira atividade psíquica tende, por tanto, a uma *identidade de percepção*, ou seja, à repetição daquela percepção que se encontre enlaçada com a satisfação da necessidade (FREUD, 1900/1981, p. 689. *Grifo Freud*)¹⁵³.

No entanto, tal atividade de satisfação é convertida em uma atividade mental secundária, uma vez que o traço mnêmico que faz o bebê alucinar a experiência de satisfação não supre efetivamente a necessidade física, deixando-a perdurar. A atividade secundária contribuiria para uma adequação da energia psíquica, ao deter a regressão até o traço mnêmico de satisfação para, em seguida, buscar a partir

¹⁵² “*El deseo representado en el sueño tiene que ser un deseo infantil*”

¹⁵³ La reaparición de la percepción es la realización del deseo, y la carga psíquica completa de la percepción, por la excitación emanada de la necesidad, es el camino más corto para llegar a dicha realización. Nada hay que nos impida de aceptar un estado primitivo del aparato psíquico en el que este camino quede recorrido de tal manera que el deseo termine en una alucinación. Esta primera actividad psíquica tiende, por tanto, a una *identidad de percepción*, o sea a la repetición de aquella percepción que se halla enlazada con la satisfacción de la necesidad (FREUD, 1900/1981, p. 689. *Grifo Freud*).

deste traço outras vias que a conduzam ao estabelecimento da identidade desejada no mundo exterior (FREUD, 1900/1981, p. 690).

A motilidade voluntária surgiria deste movimento do aparelho em direção ao mundo exterior, buscando nele a identidade perceptiva da experiência de satisfação. Este movimento nada mais seria que “[...] um rodeio *que a experiência tem demonstrado necessária para chegar à realização de desejos*. O ato de pensar não é outra coisa que a substituição do desejo alucinatório” (FREUD, 1900/1981, p. 690. *Grifo Freud*)¹⁵⁴.

Em seu funcionamento primário, o sonho conservaria uma mostra de nosso aparelho psíquico primitivo, o qual teria sido posto de lado visto não ser adequado seu modo de atingir a satisfação da necessidade física. Assim, no caso dos processos patológicos, a censura situada entre o Inconsciente e o Pré-consciente seria a responsável pela nossa saúde mental. Durante o repouso o acesso à motilidade é fechado pela censura impedindo que se exerçam alterações no mundo exterior, como acontece em certos sintomas das psicoses. Neste caso há uma debilitação patológica da censura ou um fortalecimento também patológico das excitações inconscientes, situações que o pré-consciente não as consegue dominar. Seriam as excitações inconscientes que

[...] dominam dali nossas palavras e nossos atos, ou conquistam a regressão alucinatória e dirigem o aparelho psíquico, não incumbido a estas, por meio da atração que as percepções exercem sobre a distribuição de nossa energia psíquica (FREUD, 1900/1981, p. 691)¹⁵⁵.

Conforme vimos observando o percurso de Freud no entendimento causal do sintoma, notamos em seu método investigativo uma gradual ampliação das metáforas utilizadas para a compreensão da determinação do sintoma. Nos textos anteriores à *Interpretação dos sonhos*, há constante preocupação com os fatores orgânicos e hereditários que estejam possivelmente envolvidos na manifestação sintomática. Sem negar explicitamente tais causas (e isso não significa que posteriormente o faça), de forma paralela, Freud oferece outras possibilidades explicativas. Nestas, a ideia de representação é cada vez mais refinada. Basta

¹⁵⁴ “[...] un rodeo *que la experiencia ha demostrado necesario para llegar a la realización de deseos*. El acto de pensar no es otra cosa que la sustitución del deseo alucinatorio”.

¹⁵⁵ “[...] dominan desde allí nuestras palabras y nuestros actos o conquistam la regresión alucinatoria y dirigen el aparato psíquico, no destinado a ellas, por medio de la atracción que las percepciones ejercen sobre la distribución de nuestra energía psíquica”.

citarmos o desconhecimento anatômico dos pacientes histéricos analisado na publicação de 1893, e a explicação de uma instalação do sintoma devido à impossibilidade associativa da ideia de braço. A concepção do órgão pelo paciente contribuiria na regulação do sintoma. O mesmo vale para as ideias antitéticas, visualizadas por contradições entre o que se espera dos deveres de uma mãe e, como esta mãe não consegue cumprir tais deveres devido à ansiedade de imaginar que não os possa cumprir.

O aparelho psíquico da *Interpretação dos sonhos* parece funcionar como um dispositivo de referência, organizador teórico da experiência clínica e da análise dos próprios sonhos que Freud vem registrando. Conforme vimos com Blum (1998), há neste texto a emancipação das metáforas neurofisiológicas e também uma preocupação menos presente de situar o sintoma de dentro da causalidade natural, mesmo que esboce as causalidades psíquicas inconscientes, como aparece em textos anteriores.

O sintoma ganhará um aporte em seu entendimento e será entendido agora a partir das relações entre instâncias e propriedades específicas do aparelho psíquico que Freud apresentou. Desse modo, seria determinado por um processo inconsciente: “Assim é, efetivamente, pois a teoria de todos os sintomas psiconeuróticos culmina no princípio de que também estes produtos têm que ser considerados como realizações de desejos do inconsciente” (FREUD, 1900/1981, p. 691)¹⁵⁶.

Haveria uma especificidade na determinação do sintoma histérico, visto este ser composto não só por ação de um desejo inconsciente, como também por outros decorrentes da vida anímica:

A determinação que não procede do inconsciente é, julgo eu, sempre um processo de reação contra o desejo inconsciente; por exemplo, um autoflagelo. [...] *o sintoma histérico nasce quando duas realizações de desejos, contrárias e procedentes cada uma de um sistema psíquico distinto, podem coincidir em uma expressão* (FREUD, 1900/1981, p. 691. *Grifo Freud*)¹⁵⁷.

¹⁵⁶ “Así es, en efecto, pues la teoría de todos los síntomas psiconeuróticos culmina en el principio de que también estos productos tienen que ser considerados como realizaciones de deseos de lo inconsciente”.

¹⁵⁷ La determinación que no procede de lo inconsciente es, a mi juicio, siempre un proceso de reacción contra el deseo inconsciente; por ejemplo, un autocastigo. [...] *el síntoma histérico no nace sino cuando dos realizaciones de deseos, contrarias y procedentes cada una de un sistema psíquico distinto, pueden coincidir de una expresión* (FREUD, 1900/1981, p. 691. *Grifo Freud*).

Neste modelo explicativo, seria justificada a peculiaridade do sintoma histérico, visto ter que responder a dois sistemas distintos, cada qual com sua demanda específica. Freud parece encontrar um *lócus* teórico para explicar o sintoma o qual não dispunha nos textos anteriores à *Interpretação dos sonhos*.

O sonho, assim como os sintomas neuróticos, é um efeito de uma regressão dos estímulos no aparelho psíquico que, compara Freud, é análogo a uma representação obsessiva, na qual uma ideia é reforçada e deformada em sua expressão pelo mecanismo de censura (FREUD, 1900/1981, p. 694).

Como os sintomas, especialmente os histéricos, podem se manifestar apenas anos depois de certas impressões, Freud entende que são relações de energia que conferem a qualidade e o momento em que os desejos inconscientes irrompem à consciência. O caminho mental que produz um ataque facilita vias mentais para uma nova ocorrência, a qual se dá sempre que se acumula uma nova carga de energia, especialmente após evocada alguma lembrança que se derivará na inervação motora, como é típico dos ataques histéricos (FREUD, 1900/1981, p. 696). A psicoterapia atuaria nas lembranças que parecem desgastadas com o tempo e fracas afetivamente, uma vez que estas lembranças resultam de transformações secundárias realizadas pelo Pré-consciente. Diante desta situação, a psicoterapia consistiria em submeter o *Inc.* ao domínio do *Prec* (FREUD, 1900/1981, p. 697. *Grifo Freud*).

Para situar a manutenção das formações do inconsciente, como os sonhos e os sintomas, Freud observa que há uma formação de compromisso entre os dois sistemas, a qual procura realizar os desejos de ambos (FREUD, 1900/1981, p. 697). Nesse sentido, uma medida para a saúde psíquica observada por Freud é o grau de subordinação do *Inc.* ao *Prec.*:

A aparição de sintomas neuróticos constitui uma indicação de que ambos os sistemas se encontram em conflito, pois tais sintomas constituem a formação de compromisso que de momento o resolve. Por um lado, dão ao *Inc.* um meio de descarregar sua excitação, servindo a ela de comporta, e por outro, proporcionam ao *Prec.* a possibilidade de dominar, de certo modo, o *Inc.* (FREUD, 1900/1981, p. 698)¹⁵⁸.

¹⁵⁸ “La aparición de síntomas neuróticos constituye una indicación de que ambos sistemas se hallan en conflicto, pues dichos síntomas constituyen la transacción que de momento lo resuelve. Por una parte, dan al *Inc.* un medio de descargar su excitación, sirviéndola de compuerta, y por otra, proporcionan al *Prec.* la posibilidad de dominar, en cierto modo, al *Inc.*”.

O sintoma seria engendrado com o objetivo de evitar, por sua vez, uma angústia que determinado ato causa no paciente. Freud apresenta uma comparação entre o estatuto das causas do sintoma histérico que propõe com aquilo que chama de mitologia médica. Ao citar um caso apresentado por outro autor médico (Debacker) sobre um rapaz de 13 anos com ataques de angústia e alucinações, Freud entende seus sintomas como decorrentes das interdições de masturbações nos primeiros anos do paciente, bem como do retorno da tentação de se masturbar na puberdade, além do desenvolvimento de uma repressão da libido, que acabou por transformá-la em angústia (FREUD, 1900/1981, p. 701). Já o autor citado por Freud localiza a causa em uma anemia cerebral que modifica o caráter e gera alucinações demoníacas e estados de angústia noturnos. Além disso, este situa a influência da educação religiosa recebida e a hereditariedade, como fatores causais importantes para o aparecimento dos sintomas no paciente em questão. O tratamento favorável com exercícios físicos e afastamento para uma estância no campo seriam as vias terapêuticas propostas. Ora, o próprio Freud aponta o exemplo, indicando a diferença determinativa de sua teoria para a de Debacker. Desse modo, ao entender os sintomas como decorrentes de fatores representacionais e afetivos, Freud se afasta do que chamou de mitologia médica, abrindo espaço para apresentar sua própria especulação sobre a determinação de sintomas.

Na concepção de Freud, qualquer análise de um histérico ou de um neurótico obsessivo mostra que ideias procedentes da vida diurna podem continuar em atividade sem que a consciência observe. Estas ideias o são inconscientes devido a uma crítica que o paciente estabeleceu, rechaçando-as de seus processos conscientes. Primeiramente, as ideias rechaçadas seriam abandonadas ao pré-consciente, no entanto, no pré-consciente se encontram representações oriundas de outra instância psíquica, ou seja, do inconsciente. Assim, a carga psíquica pré-consciente enlaçaria a uma carga inconsciente, procedente de um desejo. Os produtos psicopatológicos seriam compostos por variações neste processo, as quais contemplariam os mecanismos que estão igualmente envolvidos na elaboração onírica apresentada anteriormente por Freud, como a condensação, as justaposições de pensamentos, a livre transferência de intensidades visando as formações de compromisso, bem como o estabelecimento de relações que

permanecem distantes no pensamento manifesto ou que são lidas pelo indivíduo acordado, através do chiste.

No caso da histeria “Temos visto nela que estes mesmos processos psíquicos incorretos – e outros muitos – regem a produção dos sintomas histéricos” (FREUD, 1900/1981, p. p. 707)¹⁵⁹.

No entanto, na histeria são notadas ideias corretas e equivalentes às conscientes e, é na análise do sintoma que se observa que tais ideias passaram por um processo anormal, o qual as leva “[...] a constituir o sintoma por meio da *condensação, da formação de compromisso, por associações superficiais sob o encobrimento das contradições e, eventualmente, pelo caminho da regressão*” (FREUD, 1900/1981, p. 707. *Grifo Freud*)¹⁶⁰. Assim como no sonho, prossegue Freud, a histeria se apresenta como o resultado de uma elaboração psíquica anormal de um processo mental oriundo da transferência de um desejo inconsciente reprimido, procedente do infantil (FREUD, 1900/1981, p. 707).

A base para o entendimento deste processo mental, o qual resulta em sintoma, está no modelo do aparelho psíquico cuja estrutura tende a funcionar de acordo com o esquema do arco-reflexo e assim, em sua tendência de evitar a acumulação de excitações, as escoar sempre que possível. Uma excitação interna (como fome ou sede) é sentida com desprazer:

Tal corrente, que parte do desprazer e tende ao prazer, é o que denominamos um desejo, e dissemos que somente um desejo podia ser suscetível de colocar em movimento o aparelho e que a derivação da excitação era regulada automaticamente nele pelas percepções de prazer e desprazer (FREUD, 1900/1981, p. 708)¹⁶¹.

Como a evocação alucinatória da experiência de satisfação da necessidade interna não suprime efetivamente tal necessidade, um segundo sistema evita que a carga mnêmica da satisfação tome conta da percepção e, através de diferentes intentos, modifica o mundo exterior voluntariamente por meio da motilidade. Este

¹⁵⁹ “Hemos visto en ella que estos mismos procesos psíquicos incorrectos – y otros muchos – presiden la producción de los síntomas histéricos”.

¹⁶⁰ “[...] a constituir el síntoma por medio de *la condensación, la formación de transacciones, el paso por asociaciones superficiales bajo el encubrimiento de las contradicciones y, eventualmente, por el camino de la regresión*”.

¹⁶¹ “Tal corriente, que parte del displacer y tiende hacia el placer, es lo que denominamos un deseo, y hemos dicho que sólo un deseo podía ser susceptible de poner en movimiento el aparato y que la derivación de la excitación era regulada automáticamente en él por las percepciones de placer y displacer”.

subterfúgio tornaria possível a percepção em sua realidade, do objeto de satisfação (FREUD, 1900/1981, p. 708).

O primeiro sistema tenderá a evitar o desprazer, assim excluirá a sensação penosa do processo psíquico da memória, caracterizando o que Freud chama de repressão psíquica. A consequência é o fato do primeiro sistema não ser capaz de incluir em seu processo psíquico algo desagradável, uma vez que a única atribuição deste sistema é desejar (FREUD, 1900/1981, p. 709).

Freud nota que o primeiro sistema exerce uma constante interferência sobre o segundo. A fórmula para os sonhos e os sintomas histéricos é apresentada na ideia de que os processos secundários sucumbem aos primários. No entanto, o que causa o processo patológico é influenciado por fatores que procedem da vida infantil. O autor se refere às transformações que o aparato anímico e somático sofrem desde a infância, constituído gradualmente através de processos secundários, em sua coerção e domínio dos primários. O objetivo final deste processo gradual seria indicar os caminhos mais adequados aos impulsos procedentes do inconsciente (FREUD, 1900/1981, p. 711).

Quando o *Prec.* faz uma forte oposição às ideias do *Inc.*, através da formação de sintomas é realizada uma formação de compromisso (FREUD, 1900/1981, p. 711). Esta caracteriza uma faceta do sintoma por, justamente, ser útil aos dois sistemas do aparelho psíquico proposto por Freud.

No entanto, Freud faz uma aceção sobre os processos oníricos e os sintomas, que retira a ideia de uma anormalidade exclusiva dos pacientes neuróticos:

Quando do estudo destes fenômenos [sonhos] deduzimos suas forças impulsoras, reconhecemos que o mecanismo psíquico de que se serve a neurose não é criado por uma perturbação patológica que ataca a vida anímica, mas sim que já existe na estrutura normal do aparato anímico [...] o sonho nos demonstra que o *reprimido perdura também nos homens normais e pode desenvolver funções psíquicas* (FREUD, 1900/1981, p. 713. *Grifo Freud*)¹⁶².

¹⁶² “Cuando del estudio de estos fenómenos [sonhos] deducimos sus fuerzas impulsoras, reconocemos que el mecanismo psíquico de que se sirve la neurosis no es creado por una perturbación patológica que ataca a la vida anímica, sino que existe ya en la estructura normal del aparato anímico [...] el sueño nos demuestra que lo *reprimido perdura también en los hombres normales y puede desarrollar funciones psíquicas*”.

O processo sintomático estaria sob o mesmo aparelho que fomenta os processos normais, fato que confere outra dimensão à concepção de doença, uma vez que não se pensará nesta como decorrente de um processo congênito, ou exclusivamente orgânico, sem que a experiência subjetiva do paciente a partir de suas lembranças infantis seja considerada. Seria tal experiência que gradualmente, através do processo secundário, complexifica o psiquismo do indivíduo. Dirá Freud que a enfermidade deveria ser explicada através de modificações dinâmicas das energias psíquicas e não de uma suposta ruína do aparato psíquico. (FREUD, 1900/1981, p. 713).

Assim, o processo sintomático é notado como um desdobramento do processo secundário, inerente à constituição psíquica dos indivíduos. A noção de inconsciente psíquico, cuja especificidade em sua teoria é apresentada na última seção do capítulo VII, funciona como um organizador inicial para o entendimento teórico das funções psíquicas. Para Freud, os objetos de nossa percepção interior são virtuais, impossíveis, portanto, de apreensão em uma materialidade, como exemplifica apontando a relação dos raios luminosos com aparelhos oculares, no caso da luz que atravessa suas lentes (FREUD, 1900/1981, p. 714).

Uma vez constatando a impossibilidade de acessar tais processos psíquicos diretamente, cumpre observar seus efeitos para deles intervir:

O médico tem que reservar-se o direito de penetrar indutivamente desde os efeitos na consciência até o processo psíquico inconsciente. Procedendo assim descobrirá que o efeito de consciência não é mais que um distante efeito psíquico do processo inconsciente e que, este último, não foi consciente como tal, tendo existido e atuado sem delatar-se de modo algum à consciência (FREUD, 1900/1981, p. 715)¹⁶³.

Freud afirma que todo o consciente está sob o efeito do inconsciente psíquico, cuja natureza é tão desconhecida como a realidade do mundo exterior (FREUD, 1900/1981, p. 715).

Ao citar Lipps como o único filósofo que considera a importância do inconsciente na vida anímica, diferencia seus achados, obtidos através do estudo dos processos psicopatológicos e dos sonhos, por se organizarem a partir de dois

¹⁶³ “El médico tiene que reservarse el derecho de penetrar inductivamente desde el efecto de la conciencia hasta el proceso psíquico inconsciente. Obrando así descubrirá que el efecto de conciencia no es más que un lejano efecto psíquico del proceso inconsciente y que este último no ha devenido consciente como tal, habiendo existido y actuado sin delatarse en modo alguno a la conciencia”.

sistemas separados: o *Inc.* e o *Prec.* As excitações que percorrem os diferentes sistemas do aparelho psíquico seriam sentidas como prazer ou desprazer de acordo com seus processos quantitativos: “Através da percepção de prazer e desprazer influi sobre o curso das cargas dentro do aparelho psíquico, que exceto isso se mantém inconsciente e trabalha por meio de deslocamentos de quantidade” (FREUD, 1900/1981, p. 717)¹⁶⁴.

A interrupção dos processos primários automáticos por uma elaboração segunda, gradualmente engendra a complexificação dos processos psíquicos a qual, se por um lado evita que o bebê alucine sua experiência primeira de satisfação não atentando para suas necessidades biológicas, por outro, tal repressão dos processos primários determina uma renúncia ao completo domínio dos processos psíquicos (FREUD, 1900/1981, p. 718).

Os quadros neuróticos se constituiriam a partir de desdobramentos deste processo e, como observa Freud, o uso das palavras pode indicar tal constituição. Fato que aponta no exemplo de uma paciente com sintomas histéricos que, através de suas palavras, Freud observa efeitos da censura sobre o inconsciente. Diz Freud referindo-se à paciente: “Esta não tem nenhuma ideia do alcance de suas palavras pois, se as tivesse, não as pronunciaria” (FREUD, 1900/1981, p. 718).¹⁶⁵

Notamos que os sintomas passam a ser apresentados com Freud como intercorrências na relação entre as duas instâncias psíquicas, resultantes das restrições que os processos secundários impuseram aos primários. O que resulta então, é a formação de compromisso a qual atende às duas instâncias, figurando o sintoma como seu produto, especificamente por realizar o desejo desdobrado das representações psíquicas inconscientes.

A partir da *Interpretação dos sonhos* é possível visualizar a instrumentalização de Freud para a compreensão dos processos psíquicos. A recorrência de comparações no texto dos sonhos com os estados psicopatológicos, evidencia que a peculiaridade manifestação sintomática histérica, forneceu a Freud bases para ampliar o entendimento causal dos sintomas neuróticos. Esta ampliação não aparece repentinamente na *Interpretação dos sonhos*, mas sim é construída a partir de indagações e de observações por Freud a sutilezas nos processos de

¹⁶⁴ “Por medio de la percepción de placer y displacer influye sobre el curso de las cargas dentro del aparato psíquico, que fuera de esto se mantiene inconsciente y labora por medio de desplazamientos de cantidad”.

¹⁶⁵ “Esta no tiene idea ninguna del alcance de sus palabras, pues si la tuviera no las pronunciaria”.

análise psíquica de pacientes histéricas. Na *Interpretação dos sonhos* se formaliza o entendimento da determinação dos sintomas. Determinação que parecia o sintoma hístico a manifestações de linguagem, na qual há sentido, significado e portanto, interpretação. As chaves para interpretar, publicadas em 1900, se engendram a partir de dificuldades teóricas e práticas que Freud recorrentemente citou em suas publicações.

Os problemas decorrentes de representações ampliarão o entendimento causal da histeria, especialmente na incorporação dos conceitos metapsicológicos, estes funcionando de uma forma diversa às especulações propostas por médicos próximos ao círculo de Freud, como Charcot e Breuer. A metapsicologia parece se mostrar como uma ferramenta para o acolhimento dos achados clínicos que se mantinham fora do campo de entendimento da histeria. Apesar de Freud se referir publicamente à metapsicologia apenas em 1915, este termo, já aparece na correspondência a Fliess, especialmente durante o período de elaboração da *Interpretação dos sonhos*. Em 13 de Fevereiro de 1896, Freud se refere pela primeira vez à metapsicologia, apontando que tem se ocupado continuamente desta (FREUD, 1896b/1981, p. 3541). A outra referência é de 02 de Abril do mesmo ano. Nesta afirma que apontará pessoalmente a Fliess algumas questões metapsicológicas. Outro detalhe interessante é a afirmação de que tem migrado para o terreno da psicologia, em detrimento da medicina (FREUD, 1896c/1981, p. 3543). Já na última referência nas correspondências publicadas, que se dá após dois anos, em 10 de Março de 1898, coloca a metapsicologia em um lugar entre o biológico e o psíquico:

Parece-me que com a teoria da realização do desejo só estaria dada a solução psicológica, e não a biológica ou, melhor dito, a metapsicológica. (A propósito, queria perguntar-te seriamente se crês que posso adotar o nome 'metapsicologia' para minha psicologia que penetra por detrás da consciência) (FREUD, 1898a/1981, p. 3598)¹⁶⁶.

Assim, apesar do termo não figurar esquematicamente apresentado na obra de Freud antes de 1915, a metapsicologia aparece especialmente no capítulo 7 da *Interpretação dos sonhos*, bem como nos dispositivos conceituais que figuram ao

¹⁶⁶ “Paréceme que con la teoría de la realización del deseo sólo estaría dada la solución psicológica, pero no la biológica o, mejor dicho, la metapsicológica. (A propósito, quería preguntarte seriamente si crees que puedo adoptar el nombre 'metapsicología' para mi psicología que penetra tras la conciencia)”.

longo da obra com vistas a acolher os achados clínicos ou avançar em especulações teóricas.

Segundo Simanke (2011), a recusa da teoria das localizações cerebrais, assim como a do paralelismo psicofísico, observável em 1891 na *Monografia sobre as afasias*, já pode ser considerada como um primeiro movimento rumo à metapsicologia: “Esta se definiria assim como um trabalho conceitual direcionado para a construção de modelos *não-isomórficos da relação mente-cérebro*, ainda que formulados em linguagem predominantemente psicológica” (SIMANKE, 2011, p. 72, *grifo do autor*). A matéria-prima para este trabalho, prossegue Simanke, seria obtida pela observação clínica e psicológica (SIMANKE, 2011, p. 72).

Vale ressaltar que apesar de Freud evidenciar que o método psicanalítico, através da interpretação dos sonhos e da análise psíquica, é capaz de operar mudanças no paciente, a prática clínica psicanalítica não trabalha com a possibilidade de tocar nos operadores fisiológicos explicitamente, alterando-os em sua materialidade, mas sim, toca nos operadores psíquicos segundo suas determinações causais, apesar destas serem compreendidas em boa parte enquanto construtos imateriais metapsicológicos. Perez comenta que “[...] toda a importância da metapsicologia consiste em estar ao serviço da análise dos sonhos através dos seus significantes, dos chistes, dos equívocos, das lembranças e dos esquecimentos” (PEREZ, 2012, p. 158).

O trabalho clínico de Freud, aliado a seus construtos teóricos, permitiu o engendramento de uma teoria e técnica que fez visível os arranjos dos processos psíquicos, dentro de uma causalidade psíquica inconsciente. Ao deixar de lado a possibilidade de abordar a histeria a partir de explicações anatômicas ou hereditárias, construiu uma teoria que, através de uma sustentação e perspectiva metapsicológica, podia estabelecer uma terapêutica e tornar visíveis fenômenos reconhecidos e atribuídos como do Inconsciente. Dessa forma é interessante observar o abandono por Freud de uma conceituação essencialmente neurológica de pensar o funcionamento psíquico, como o que vemos no *Projeto para uma psicologia científica*, sem, no entanto, abandonar parte das ideias que lá estão:

A “Psicologia” [Projeto] não constituiu propriamente um primeiro esboço da teoria psicanalítica, mas as ideias de Freud sobre as pulsões, a repressão e a defesa, a economia mental com suas forças energéticas em conflito, o animal humano como animal desejante, todas elas aí estão prefiguradas (GAY, 1989, p. 87-88).

Ou ainda com Monzani:

É sempre com espanto que lemos e relemos o *Projeto...* e a correspondência com Fliess. Tudo já está lá, quase somos obrigados a exclamar. Sim, de uma certa maneira, quase tudo já está lá. Mas serão necessários mais de 40 anos para Freud colocar tudo no seu devido lugar, repensar e retificar pacientemente essas ideias (MONZANI, 1989, p. 304).

Assim, notamos que no desenvolvimento da psicanálise freudiana como um campo de investigação e intervenção no paciente, seu estatuto científico não se dá através de uma abordagem de correlação empírico-conceitual, mas sim através de um caráter diverso, no qual conceitos são engendrados como recursos para ordenar a peculiaridade dos fenômenos observáveis, dentro de sua lógica causal específica.

Não necessitando necessariamente de um achado anatômico, fisiológico, ou essencialmente nosográfico, como o fez Charcot com os tipos histéricos, Freud, dentro de sua diretriz epistemológica, e a partir da busca de um entendimento do sintoma histérico, teceu uma nova causalidade a este, e procurou, deste modo, reivindicar seus achados como psicanalíticos, provar seu método em sua eficácia terapêutica e conferir à sua teoria uma confiabilidade quanto ao entendimento da etiologia do sintoma, dentro do campo médico-científico.

7 CONCLUSÃO

Ao sistematizar o percurso das elaborações freudianas, detalhando seu trabalho especificamente sobre a manifestação sintomática histérica, notamos que a partir da situação desta doença no momento em que inicia sua carreira como médico, Freud observa um campo de trabalho que pede uma regulação causal diversa para seu entendimento dentro das explicações médico-científicas. A histeria sempre foi objeto de especulações e sobre ela, em cada tempo histórico, foram construídas verdades sobre suas manifestações. Nesse sentido, Freud entrou na galeria daqueles que se debruçaram para seu entendimento, tecendo especulações singulares no trato de tal nosografia. Sabemos que partindo da histeria as especulações freudianas se estenderam não só às demais neuroses, mas também a outros campos, como a vida cotidiana e a cultura. Nos trabalhos publicados até 1900 apenas indicações são dadas quanto a estes últimos pontos. De qualquer forma é notável como o pensamento freudiano demonstra uma constante elaboração, impulsionada por novas especulações e tentativas técnicas ou por apropriações que faz de outros autores e disciplinas.

Desde o trabalho de 1888 (*Histeria*) notamos Freud problematizando as acepções correntes sobre a histeria e, paralelamente, se instrumentalizando conceitualmente para o seu entendimento até, em 1900, com a *Interpretação dos sonhos*, apresentar com um maior refinamento conceitual, a estrutura do aparelho psíquico cujo inconsciente figura como importante elemento causal dos sintomas. O mesmo vale para a direção terapêutica na cura destes, uma vez que em 1900 a técnica da interpretação aparece fundamentada de acordo com a esquematização do aparelho psíquico proposta por Freud. Inicialmente em suas publicações delimitado nos sintomas neuróticos e na cessação destes, a partir do engendramento de um aparelho psíquico, o qual apresenta um importante aporte inconsciente interferindo de forma subliminar nos pensamentos conscientes, se dedica ao entendimento deste inconsciente, o qual entendemos como um dispositivo conceitual que permitiu estabelecer a determinação dos sintomas.

Procuramos apresentar no presente trabalho, após delimitados os possíveis entendimentos de sintoma, o referencial epistêmico corrente no círculo acadêmico e científico de Freud, especialmente durante sua formação e início de carreira, para

em seguida detalhar a especificidade de sua epistemologia, a qual ofereceu recursos para a ampliação das determinações dos sintomas histéricos. Além disso, apresentamos as acepções levantadas por Freud sobre a histeria em textos anteriores aos *Estudos sobre a histeria*, nos quais notamos um movimento gradual, na especulação sobre o sintoma, em direção à causalidade psíquica inconsciente. Ao final do trabalho apontamos que a *Interpretação dos sonhos* é a obra que apresenta esquematicamente a determinação psíquica inconsciente e seu percurso na manifestação do sintoma.

Observamos que o entendimento da regulação causal do sintoma não apresenta, no período que analisamos da obra de Freud, uma ruptura com as causalidades dos sintomas neuróticos que este observa em suas acepções iniciais sobre a histeria. Os fatores hereditários e fisiológicos, por receberem menor destaque na *Interpretação dos sonhos*, não necessariamente são excluídos por Freud como possibilidades de investigação. O modelo teórico de Freud para o entendimento e tratamento do sintoma apresenta um estatuto particular, que não demanda uma mensuração através de grandezas, ou ainda através de uma comparação de sua eficácia em relação a outros métodos de tratamento. Por estar em um regime causal diverso, base tanto para os processos patológicos quanto para os fenômenos normais do psiquismo, o entendimento de sua eficácia terapêutica se mostra intransponível para outras metodologias de tratamento. Da dificuldade em acolher os sintomas histéricos que Freud mapeia no início de sua carreira, surge uma nova perspectiva teórica e, como teoria, precisa apresentar também novos dispositivos conceituais, bem como os mecanismos que regulam as relações destes conceitos com os fenômenos clínicos. Não haveria uma remoção de certo elemento neurofisiológico defeituoso, tampouco uma persuasão do paciente para que não se atenha a pensamentos patologizantes. Freud propõe um trabalho sobre as representações, sendo estas, efeitos de articulações inconscientes. Daí entendemos que o engendramento do arcabouço conceitual propriamente psicanalítico, se justifica justamente para acolher e organizar fenômenos sem uma causa apreensível, dentro das perspectivas para o entendimento do sintoma nas quais Freud foi formado.

A chave explicativa para a compreensão causal do sintoma é detalhada por Freud no último capítulo da *Interpretação dos sonhos*. O *inconsciente* e o desejo que o impele, aparecem como conceitos organizadores das manifestações oníricas e

sintomáticas e, seu estabelecimento dentro do aparelho psíquico proposto por Freud, permite apreender uma lógica causal que ampare a irregularidade do sintoma histérico, bem como a aleatoriedade dos sonhos.

A teoria freudiana indica no entendimento do sintoma uma compreensão de seu engendramento não a partir de um elemento material ou uma substância primeira acessível à verificação factual, mas sim, a partir de uma técnica de interpretação a qual conta com a colaboração tanto do terapeuta quanto do paciente. A identificação de um liame entre as palavras dos pacientes e aquilo que o corpo destes demonstra (nas afonias, cegueiras, paralisias, anestésias, entre muitos outros), não exclui uma plataforma fisiológica e orgânica que os sustenta, mas estende uma possibilidade de entendimento de algo não palpável. Mesmo que seja situado o local do cérebro e qual alteração neurofisiológica ocorre com determinados processos mentais, não é possível apreender a representação que o paciente tem de determinada situação.

Definir uma representação psíquica inconsciente como reguladora causal de um sintoma, foi uma construção paralela aos intentos terapêuticos de Freud. Do ponto de vista terapêutico, a interpretação de representações e o caminho que o paciente percorre em direção ao nódulo destas, se correlaciona ao próprio método especulativo de Freud. Sua investigação o levou ao engendramento da noção de inconsciente psíquico, a um modo de investigação, por cada paciente através da técnica da associação-livre, de seus conteúdos psíquicos reprimidos, dos quais sentiria seus efeitos em sintomas. Haveria um organizador psíquico impossível de ser apreendido em todas as suas dimensões, mas que se faz notar em fenômenos sintomáticos e da vida cotidiana. Este organizador psíquico é tanto o resultado da investigação teórica de Freud sobre o sintoma, quanto a bússola para a condução terapêutica. Situa-lo como organizador de certas manifestações e dotá-lo de um regimento e linguagem própria, foram vias tomadas por Freud para direcionar sua terapêutica e compreensão da regulação dos sintomas.

Assim, um desdobramento da hipótese do inconsciente é o que acaba se transmitindo ao paciente, quando este, na interpretação de seus sonhos e de suas associações livres, é levado a tomar conhecimento de si. Ao dar foco à elaboração em palavras pelo paciente, no tratamento do sintoma, o agente determinante, definido na teoria, acaba sendo moldado de acordo com os processos psíquicos singulares de cada paciente. Do ponto de vista teórico, tanto o normal quanto o

patológico são montados a partir de um aparelho psíquico dotado de uma linguagem própria e com regras específicas de ordenação e funcionamento. Não obstante, do ponto de vista terapêutico ao paciente é dada a possibilidade de rever, retificar, recolocar, substituir, engendrar, novas significações sobre seu sintoma, sem poder, no entanto, dissociar-se de um nódulo inacessível situado em seu passado, do qual só percebe seus efeitos. A esquematização do aparelho psíquico mostrou uma utilidade por permitir visualizar como se monta um sintoma e também os processos normais a toda pessoa, bem como o emprego de uma terapêutica que permite ao paciente a possibilidade revisitar e resignificar suas representações psíquicas.

Sabemos que depois da *Interpretação dos Sonhos* Freud segue engendrando novos conceitos, bem como novas relações causais a partir de sua chave determinativa. Uma vez que nesta pesquisa observamos o sintoma como um eixo a partir do qual se desdobraram suas especulações, a necessidade de seguir acompanhando o movimento do pensamento freudiano parece pertinente. Freud ainda escreverá artigos sobre sua técnica, observará novas manifestações sintomáticas consequentes da Primeira Guerra Mundial, enfrentará questionamentos quanto ao tempo da análise bem como sua finitude e, o que é interessante, é que o sintoma histérico, não será suprimido com seu trabalho teórico e prático. Desse modo, cabe aprofundar esta pesquisa em um momento futuro justamente para demonstrar que no interior da psicanálise freudiana, a noção de doença, tratamento e cura é redimensionada ao ponto de não caberem comparações com outras metodologias de tratamento, quando estas estabelecerem seus princípios dentro da lógica causal natural.

A observação dos sintomas parece ter se deslocado, na gradual construção teórica de Freud, para a observação dos efeitos de um dispositivo hipotético, ordenador inicial de uma série de desdobramentos causais. A pesquisa de Freud sobre os quadros patológicos visando sua cessação em uma terapêutica, demonstrou direcionar a atenção do médico para as palavras, destacando que os conteúdos que estas carregam são ditados por cada paciente. O mesmo se daria com as especificidades dos sintomas, regulados por vivências particulares e engendrados meticulosamente de acordo com suas cargas de excitação psíquica. Freud não busca mapear extensivamente uma causa a partir de agentes externos às representações dos pacientes, como a hereditariedade ou as questões orgânicas. Apesar de não excluir estas causas, não visualiza possibilidades de intervenção

terapêutica nestas, voltando-se para um espaço que julgou possível intervir, especialmente a partir do momento em que estabeleceu um ordenamento causal a partir de determinações psíquicas inconscientes: a relação e a construção pelo paciente de seu próprio sintoma.

Assim, há na obra freudiana uma torção no entendimento da histeria, a qual coloca o paciente reflexivizado em sua fala. Uma vez que a psicanálise é uma teoria que compreende o psiquismo a partir de um funcionamento específico, as nomenclaturas que determinado sintoma recebe na semiologia médica, não indicam necessariamente a composição de um quadro nosográfico como os previstos nos manuais diagnósticos. Assim, independente das nomeações de um sintoma, uma neurose (composta por uma especificidade de sintomas) se refere à forma como determinado paciente se relaciona com as imposições culturais. Nesse sentido, abre-se outro campo para futuras investigações, uma vez que na contemporaneidade, uma série de sintomas e quadros nosográficos os quais sustentados por pacientes que circulam pelos consultórios médicos, psicológicos e de demais terapeutas, de maneira similar aos pedidos de ajuda para a cura da histeria no final do século XIX, não recebem acolhimento compreensivo de suas causas dentro de uma perspectiva que considere as representações psíquicas inconscientes. Um quadro de fibromialgia, anorexia, depressão, muitas vezes é justificado dentro de uma causa genética ou de uma falha fisiológica nos processos cerebrais. O uso de técnicas medicamentosas, massagens paliativas, terapêuticas alternativas, métodos hipnóticos, indicam que há um entendimento causal dentro de uma perspectiva natural ou livre: trata-se de um processo químico, físico, genético, orgânico, ideogênico, previsível dentro de uma regularidade que se enquadra nos fenômenos da natureza. No entanto, o que Freud propôs foi justamente entender certas manifestações sintomáticas como decorrentes de outra ordem causal. O psiquismo inconsciente foi objeto o qual mereceu intervenções e estudos especulativos, uma vez que Freud mapeou nestes o início de desdobramentos de cadeias causais. O uso na contemporaneidade de intervenções técnicas para o tratamento de quadros histéricos, as quais abandonadas por Freud no curso de sua pesquisa, indica uma possibilidade de investigação quanto ao *status* epistemológico da pesquisa sobre os fenômenos histéricos, cuja compreensão parece se delimitar exclusivamente no campo da causalidade natural. Nesse sentido, ao chegar ao final de nossa pesquisa, novas problematizações sobre o sintoma histérico nos

permitimos enunciar, não só com relação a suas novas roupagens, na contemporaneidade¹⁶⁷, como também quanto à relação que o paciente estabelece com seus sintomas, bem como quanto às modalidades de compreensão e tratamento de suas manifestações. Além de uma causalidade natural ou livre, a ampliação das possibilidades determinativas por Freud (ao propor uma causalidade psíquica inconsciente) abriu um campo epistemológico novo para a investigação dos processos sintomáticos e, dessa forma, cabe estabelecer o ponto de ancoragem no uso de intervenções antes abandonadas por Freud para o tratamento do sintoma histérico, nas abordagens contemporâneas. É possível dizer que há um ponto causal do sintoma no qual a técnica psicanalítica não alcança, justificando o uso de outros meios de tratamento? E por que um sintoma histérico modifica suas manifestações ao longo das décadas? Devido ao avanço das pesquisas sobre seu tratamento e consequente supressão dos fenômenos sintomáticos, ou por que este sintoma, por ser decorrente de questões que envolvem a representação, deve também ser contemplado a partir da relação que estabelece com as próprias tentativas de entendimento? Haveria um fracasso na psicanálise freudiana por, mesmo tendo apresentado outro regime de determinação do sintoma histérico, não tê-lo eliminado da civilização?

Tentativas de intervenção através de medicamentos, de abordagens corporais ou ainda através da ideia de autoconhecimento veiculada em livros de autoajuda, quando aplicadas para o tratamento de uma sintomatologia histérica, chamam a atenção por repetirem, no tratamento destes sintomas, métodos que aos olhos de Freud fracassaram. Mesmo assim, a procura mais frequente para tratamento de sintomas histéricos está em tais técnicas. Seria devido ao paciente não ter informação sobre modalidades de tratamento com outra perspectiva causal, ou por esta procura fazer parte do próprio sintoma, enquanto constituinte de um sujeito doente? É possível estabelecer uma posição subjetiva do paciente, a qual se retroalimenta a partir das tentativas contemporâneas para o entendimento de seus sintomas? Cabe então investigar não só a base epistemológica que implementa terapêuticas contemporâneas para tratar os sintomas histéricos, como também suas ressonâncias no posicionamento subjetivo do paciente enquanto acometido por determinados sintomas, uma vez que, como observou Freud, há um jogo de

¹⁶⁷ Como alguns autores, a partir de diferentes chaves de leitura, vem apontando (KEHL, 1996, 2002, 2009; LEBRUN, 2004, 2008a, 2008b; MELMAN, 1994, 2000 2003).

representações psíquicas inconscientes que determina as manifestações sintomáticas.

O abandono de técnicas invasivas, entendidas aqui como procedimentos para entrada no corpo, morada do sintoma, e realização de intervenções na matéria, no núcleo causal, é colocado de lado por Freud quando entende que o processo psicopatológico tem como sustentação o que já está dentro do aparelho psíquico do paciente. A *Interpretação dos sonhos* é clara quando aponta que estão no mesmo lugar, as manifestações patológicas e não-patológicas do psiquismo. Do mesmo modo podemos lembrar que o agente patógeno, nos *Estudos sobre a histeria*, é metaforizado por Freud como uma infiltração, sendo assim constituinte da organização psíquica, diferentemente de um corpo estranho que em algum momento foi externo ao corpo do doente.

A técnica de associação livre permite que os sintomas, os acontecimentos cotidianos, ou as crenças pessoais dos pacientes, fossem correlacionadas, repensadas, resignificadas, implicadas para o entendimento de efeitos resultantes de processos velados à consciência. A localidade destes processos, em termos materiais, não atraiu o interesse de Freud. Para ele não pareceu funcional ou útil abordar a matéria, pois a representação das ideias se dá em paralelo ao substrato. Uma ideia, seria percebida e encadeada com outras representações, podendo ser alterada, tratada e reposicionada com relação às outras no trabalho com palavras. Acreditamos que a crença de que uma palavra ou trabalho com uma ideia possa alterar uma manifestação somática, consiste em uma torção no entendimento da relação mente x corpo por Freud. Certo é que para os contemporâneos de Freud a tendência estava em entender que os processos fisiológicos se colocavam de forma hierarquicamente superior aos mentais. Assim, as representações sempre estariam submetidas à disposição do substrato anatômico. A questão, para Freud, não seria a materialidade de um processo psíquico, mas sim seu aporte subjetivo carregado de afeto. Com o manejo deste afeto seria possível, de alguma forma, tocar em um processo material, como na cessação de uma dor física, ou na possibilidade de produzir leite para amamentar. Uma hierarquia é quebrada e é posta no mesmo nível: as interferências mente x corpo. O congênito, a degenerescência, o hereditário, a alteração anatômica e fisiológica podem sim alterar um comportamento, mas Freud aponta como uma ideia ou uma representação também tem esse poder. Para fundamentar sua ideia necessita de uma teoria ou, uma

metapsicologia que ampara seu olhar técnico. O inconsciente, a sexualidade, a noção de complexo de Édipo viabilizariam entender essa outra relação.

No entanto, apesar desta torção no entendimento do sintoma histérico, a qual implicou novos dispositivos conceituais para seu entendimento, a retomada de técnicas na contemporaneidade, as quais foram abandonadas criteriosamente por Freud, nos permite perguntar sobre que perspectiva determinativa se tem especulado sobre o sintoma no corpo? Uma resposta apressada indicaria que atualmente se especula estritamente dentro da lógica causal natural. No entanto, se considerarmos que os pacientes acometidos por estes sintomas estão submetidos também a uma lógica psíquica inconsciente, a própria escolha por parte destes de determinadas técnicas para a supressão de seus sintomas históricos, compõe o conjunto de representações em jogo, constituintes de seus processos psíquicos. Este fato usualmente acabaria interferindo na determinação natural, o que se mostra justificado quando para alguns sintomas a medicina não oferece explicação. Se o sintoma histérico é decorrente de um processo representacional, nada mais esperável que se molde de acordo com os ditames de cada tempo da cultura. Assim, outra questão se coloca: é possível aliar as diferentes perspectivas causais quando no tratamento do sintoma histérico, ou estes registros (natural, livre e inconsciente) são estritamente independentes e excludentes? Por outro lado, é possível que os achados de cada campo, como da psicanálise e das ciências do cérebro, acrescentem efetividades terapêuticas entre si? Nesse sentido, vale apontar Žižek (2008), quando observa reações correntes por parte da psicanálise quanto aos avanços no entendimento dos processos fisiológicos do cérebro: por um lado a ideia de que por mais que as ciências objetivem efetivamente um sintoma, o paciente sempre terá que adotar uma postura subjetiva com relação à objetividade que se coloca diante dele, e por outro a possibilidade de ver efetivos paralelos entre as ciências do cérebro e a psicanálise, na qual espera-se que tais ciências legitimem a psicanálise enquanto ciência. O autor propõe que se encontre um lugar para a psicanálise nas neurociências onde estas últimas mostram silêncios e impossibilidades inerentes (ŽIŽEK, 2008, p. 239). A partir disso, uma investigação sobre possibilidades de amarrar as possibilidades causais fica indicada.

O fato de o sintoma histérico gerar uma dificuldade na demonstração de sua causa a partir da perspectiva natural ou livre, dificultando uma pertinência das relações causa-efeito correntemente utilizadas pelas ciências do cérebro, abre um

campo de investigação para as elaborações teóricas que, depois dos achados freudianos, seguem investigando cada vez com maior detalhe e aproximação os microprocessos fisiológicos que possam estar envolvidos com manifestações sintomáticas históricas.

No entanto, podemos considerar que o trabalho de debruçar-se sobre a patologia para entendê-la, com a psicanálise, migrou do clínico para o paciente, gerando uma espécie de processo colaborativo entre os dois indivíduos que compõem o *setting* para o tratamento de certos sintomas. Assim, não haveria mais uma palavra externa ao paciente, tampouco uma intervenção alheia a seu próprio corpo, a partir de um achado neurofisiológico. Em diferentes períodos de sua obra, Freud considera que o saber do paciente sobre acontecimentos que vivenciou, caracteriza um importante passo rumo à cura.

Na contemporaneidade, percebemos certa tendência à primazia das ciências com perspectiva causal focada na ordenação natural dos fenômenos, ofuscando as interferências que um saber sobre si, por parte dos pacientes, poderiam reverberar nas ordenações causais naturais. Recentemente¹⁶⁸, neurocientistas apoiados nos intentos científicos de Freud procuraram estabelecer relações causais entre alguns conceitos da metapsicologia com a atividade de zonas cerebrais. O experimento procura localizar o ponto no qual um mecanismo de defesa se manifesta. Se não entendêssemos que a psicanálise considera estes mecanismos mais como um elemento constitutivo do indivíduo, do que um processo patológico, poderíamos afirmar que os avanços da farmacologia, neste caso poderiam suprimir certos mecanismos, agindo no ponto neurológico exato, proporcionando por fim que o paciente tome posse de seu inconsciente.

As interfaces entre a psicanálise e a ciência contemporânea também abrem um campo de investigação para a apreensão que os indivíduos fazem do discurso científico. Certamente há uma diferença, por conta das novas configurações sociais, entre a relação que o doente estabelece com a doença hoje, se comparada com o momento no qual Freud passa a clinicar. Hoje, o discurso psicanalítico se imiscui nas técnicas terapêuticas e nos saberes sobre a doença. Dessa maneira, acreditamos que há uma retorção no entendimento do sintoma histórico, o qual se

¹⁶⁸ Cf. BERLIN and KOCH. Defense Mechanisms: neuroscience meets psychoanalysis. In: Scientific American, 13/04/2009. Disponível em: <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=neuroscience-meets-psychoanalysis>. Acesso: 20/10/2013.

manifesta não sem se implicar com a teoria que o fundamenta¹⁶⁹. Uma vez que o sintoma histórico, para Freud, se compõe a partir de representações psíquicas, sendo estas fortemente influenciadas pelo contexto cultural, é inevitável que as noções psicanalíticas e científicas se imiscuem na cultura a ponto de servirem como justificativas para determinados sintomas, fundamentados teoricamente pelos próprios pacientes¹⁷⁰.

Esta apropriação do sintoma, a qual pode ser lida como um modo de satisfação, abre também um campo para refletir sobre as concepções causais contemporâneas. Em que medida, o entendimento dos sintomas na contemporaneidade abre espaço para considerar este posicionamento subjetivo do paciente diante de seus próprios sintomas? Talvez, de alguma forma as especulações e as terapêuticas da ciência contemporânea formam compromisso com o modo de satisfação do paciente.

¹⁶⁹ Nesse ponto, nos apoiamos em Žižek (2008, p. 397): “Hoje, as formações do Inconsciente [...] perderam de vez a inocência e são inteiramente reflexivizadas: as “associações livres” de um analisando instruído típico consistem, na maior parte, de tentativas de apresentar uma explicação psicanalítica dos distúrbios, e há bastante razão em dizer que temos não só interpretações junguianas, kleinianas, lacanianas etc. dos sintomas, como também sintomas propriamente ditos que são junguianos, kleinianos, lacanianos, etc.”

¹⁷⁰ Novamente, utilizamos alguns apontamentos de Žižek (2008, p. 397) como apoio para nosso argumento: “O que acontece no tratamento psicanalítico é estritamente análogo à reação do *skinhead* neonazista que, quando realmente pressionado a explicar as razões da violência, começa de repente a falar como os assistentes sociais, sociólogos e psicólogos, citando a pouca mobilidade social, o aumento da insegurança, a desintegração da autoridade paterna, a falta de amor materno na primeira infância”

REFERÊNCIAS

ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ARLOW, Jacob A. **Conceitos psicanalíticos e a teoria estrutural**. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

ASSOUN, Paul Laurent. **Freud, a filosofia e os filósofos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978

_____. (1983) **Introdução à Epistemologia Freudiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

BLUM, Vera Lucia. **O estatuto das entidades metapsicológicas à luz da teoria kantiana das ideias**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1994.

BOCCA, Francisco Verardi. Cuidado com a Cura!!! In: PEREZ, Daniel Omar (Org.) **A eficácia da cura em Psicanálise**. Curitiba: CRV, 2009.

_____. **Contribuição para o debate acerca de “uso compartilhado” em psicanálise**. Texto não publicado. 2013

BOCCA, Francisco Verardi; MOUAMMAR, Christiane Carrijo Eckhardt. Civilização, sexualidade e entropia no pensamento de Freud. **Rev. Filos., Aurora**. Curitiba: v. 23, n. 33, p. 441-452, jul./dez. 2011.

BREUER, Josef. (1895) Considerações Teóricas. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1908). Prólogos de la segunda edición. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund (1893). El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar). In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

CABAS, Antonio Godino. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 2010.

CALAZANS, Roberto; SANTOS, Jorge Luís Gonçalves dos. A pré-história d anoção de causa em Freud. **Paidéia**. Ribeirão Preto: v. 17, n. 36, pp 69-78, 2007.

CAROPRESO, Fátima. **Freud e a natureza do psíquico**. São Paulo: Annablume, 2010.

CHARCOT, Jean-Martin. **Grande Histeria**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Rios Ambiciosos, 2003.

DIAS, Maria das Graças Leite Villela. O sintoma: de Freud a Lacan. **Psicologia em Estudo**. Maringá, mai/ago, 2006. vol 11, n. 2, pp. 399-405.

DOSTOIÉVSKI, Feódor. **O jogador** (do diário de um jovem). Porto Alegre: L&PM, 2007.

FREUD, Sigmund. **Correspondência de amor e outras cartas, 1873-1939**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982

_____. (1886a) Prefácio à tradução das *Conferências sobre as doenças do sistema nervoso*, de Charcot. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1886b) Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1887) Resenha de *Die Behandlung Gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie*, de Wier Mitchell. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1888) Histeria. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1888) Prologo y notas al libro de Bernheim. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1891). Hipnose. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1891) **Las Afasias**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1987

_____. (1893a) Charcot. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1893b) Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1893c) Manuscrito B. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1893d) Un Caso de curación hipnótica. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1894) Las neuropsicosis de defensa. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1895a) Estudios Sobre la Histeria. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1895b) Proyecto de una psicología para neurólogos. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1896a) La herencia y la etiología de las neurosis. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1896b) Carta a Fliess n. 41. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1896c) Carta a Fliess n. 44. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1898a) Carta a Fliess n. 84. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1898b) Carta a Fliess n. 98. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1900) La Interpretación de los sueños. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1905a) Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora). In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1905b) Tres ensayos para una teoría sexual. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1910) Psicoanálisis. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1911) El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1912) Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1912-3) Totem y Tabu. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1913a) La iniciación del tratamiento. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1913b) Experiencia y ejemplos de la practica analítica. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1914a) Recuerdo, repetición y elaboración. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1914b) Historia del Movimiento Psicoanalítico. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1915a) Observaciones sobre el “amor de transferencia”. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1915b) Los instintos y sus destinos. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1915c) La represión. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1915d) Lo inconsciente. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1917a) Adición metapsicológica a la teoría de los sueños. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1917b) Duelo y melancolía. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1917c). Psicoanálisis. Lección XVI: Psicoanálisis y psiquiatría In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1917d). Psicoanálisis. Lección XVII: El sentido de los síntomas In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1917e). Psicoanálisis. Lección XXIII: Vías de formación de síntomas. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1920) Más allá del Principio del Placer In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1925a) Autobiografía. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1925b) Las resistencias contra el psicoanálisis. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1926a) Inhibición, síntoma y angustia. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1926) Psicoanálisis: escuela freudiana. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1930) El malestar en la cultura. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1937) *Análisis terminable e interminable*. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

_____. (1939) *Moisés y la religión monoteísta: tres ensayos*. In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

FULGÊNCIO, Leopoldo. O método analógico em Freud. **Estilos da Clínica**. Vol. XI, n. 21, p. 204-223, p. 2006.

GAY, Peter. **Freud: uma vida para nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GIANESI, A. P. L. **Causalidade e desencadeamento na clínica psicanalítica**. São Paulo: Annablume, 2008.

JEANNEAU, Augustin. Verbete "Sintoma". In: MIJOLLA, Alain de. **Dicionário Internacional de Psicanálise**. Cidade: Imago, 2005.

JONES, Ernest. **Life and Work of Sigmund Freud**. Auckland: Penguin Books, 1987.

KEHL, Maria Rita. **A mínima diferença: masculino e feminino na cultura**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

_____. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LEBRUM, J. P. **A Perversão Comum: viver juntos sem o outro**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

_____. **O Futuro do Ódio**. São Paulo: CMC, 2008.

_____. **Um Mundo Sem Limite: Ensaio para uma clínica psicanalítica do social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

LIMA, Isabel Castello Branco. **A construção freudiana do conceito de sexualidade e a etiologia das neuroses: 1886-1905**. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

LORENZER, A. **Arqueologia da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

MACHADO, O. O sintoma freudiano e o gozo. **Cadernos de Psicanálise**. 2003, vol. 19, n. 22, pp. 157-178.

MAIA, Aline Borba; MEDEIROS, Cynthia Pereira de; FONTES, Flávio. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos da clínica**. 2012, vol.17, n.1, pp. 44-61.

MANIAKAS, Georgina Carolina O. Faneco. **Elementos para a formulação de uma psicossomática psicanalítica**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Filosofia e Metodologia das Ciências, da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

MASSON, J. Moussaieff. **Atentado à verdade**: a supressão da teoria da sedução por Freud. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1984.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência e toxicomania**: uma outra forma de gozar. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. **Novas formas clínicas no início do terceiro milênio**. Porto Alegre: CMC Ed., 2003.

_____. **Novos estudos sobre o inconsciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MEZAN, Renato. **Freud**: a trama dos conceitos. São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. **Freud**: pensador da cultura. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1990

MONZANI, L. R. **Freud**: o movimento de um pensamento. Campinas: Editora da Unicamp, 1989.

_____. Prefácio. In: CAROPRESO, Fátima. **Freud e a natureza do psíquico**. São Paulo: Annablume, 2010.

NAKASU, Maria Vilela Pinto. **O sentido e o lugar da interpretação na clínica freudiana**. São Paulo: Via Lettera: FAFESP, 2008.

PEREZ, Daniel Omar. **O inconsciente**: onde mora o desejo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

PORCHAT, Patrícia. **Freud e o teste de realidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2005.

RUBIN, Claudio Eduardo. **A fórmula etiológica da histeria em Freud**: da hereditariedade à teoria sexual. 2007. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

SANTOS, Diana. **Metapsicologia: uma abordagem heurística**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1999.

SCANDELARI, Bianca. **O movimento de Freud para a elaboração de um campo psíquico**. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

_____. **Transitoriedade e permanência na construção dos conceitos psicanalíticos**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006.

SIMANKE, Richard Theisen; CAROPRESO, Fatima. A metáfora psicológica de Sigmund Freud: neurologia, psicologia e metapsicologia na fundamentação da psicanálise. **Scientiae Studia**. São Paulo, v. 9, n.1, pp. 51-78, 2011.

TRILLAT, Etienne. **História da Histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

ZIZEK, S. **A visão em paralaxe**. São Paulo: Boitempo, 2008.