

BRUNO BERTONI GIUSTI ROQUE

**SOBRE A ETIOLOGIA DO SINTOMA NEURÓTICO NA OBRA DE FREUD ENTRE
1886 E 1897: DO OLHAR À HISTÓRIA**

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de
Especialização em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carmen Lucia M. Valladares de Oliveira.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
EDUCAÇÃO CONTINUADA**

2022

Eu que me aguento comigo e os amigos de mim.

(Álvaro de Campos)

RESUMO

Sobre a etiologia do sintoma neurótico na obra de Freud entre 1886 e 1897: do olhar à história

Sigmund Freud inicia seu percurso teórico no campo da psicopatologia inserido no contexto da clínica médica clássica em que a neuropatologia e a psiquiatria europeias do século XIX se encontravam em efervescente discussão a respeito da etiologia e formas de tratamento das doenças nervosas. Este trabalho tem por objetivos investigar quais são as perspectivas freudianas ao longo do século XIX, entre 1886 e 1897, sobre a etiologia das neuroses; os momentos em que encontramos aproximações e distanciamentos em relação a clínica médica baseada na anatomopatologia; e, por fim, a ocorrência de viradas teóricas sobre etiologia que o levarão a privilegiar a escuta no tratamento.

Palavras-chave: etiologia da neurose; pré-história da psicanálise; sintoma.

AGRADECIMENTOS

Agradeço muito à Carmen Lucia Montechi Valladares de Oliveira, minha orientadora, pela disponibilidade e pelos sempre enriquecedores diálogos na definição dos percursos a serem seguidos. Agradeço pela generosidade na transmissão do saber e por me apresentar ao campo de estudo e pesquisa em história da psicanálise. Levo comigo não apenas a teoria, mas também o encantamento com a história. Agradeço todo o apoio e incentivo para que eu continue nessa trilha.

Agradeço à Adela Judith Stoppel de Gueller, minha professora neste curso, pelo interesse demonstrado em meu trabalho e pelas diferentes indicações de leituras enriquecedoras e que contribuíram para os caminhos desta pesquisa.

A Arnaldo Domingues de Oliveira, analista e supervisor, agradeço por me apresentar o trabalho de Ola Anderson, fundamental para minha escrita e formação. Agradeço também por me ensinar que o caminho da palavra é longo, mas há de ser percorrido.

Aos professores do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica, agradeço pela disponibilidade na transmissão e pelo acolhimento que também tornaram possível a construção deste escrito.

À Daniela, Guilherme, Leila e Marcella, amigos de caminhada, agradeço a parceria de anos. Agradeço por nosso grupo de estudos Nós Freudianos e pelos sempre agradáveis e divertidos encontros, dentro e fora da universidade.

Agradeço à querida Isis Yume de Oliveira Katae, companheira de aventuras e conversas que a Psicanálise possibilitou encontrar, pelas trocas, leituras e sugestões que me fazem pensar e repensar.

Agradeço à Mayara Ranieri Paschoal, minha amiga na vida e nos assuntos acadêmicos, pelo apoio que sempre encontro em nosso bom encontro.

Agradeço ao Coletivo Escuta Pública de Psicanálise e seus membros, meus colegas, que me ajudam a pensar a prática e a escrita em face das demandas das ruas que ocupamos.

À Sandra, minha mãe, agradeço por me ensinar o valor de aprender.

SUMÁRIO

Introdução	4
Capítulo 1 – Olhar o sintoma: clínica médica clássica na modernidade	6
1.1 – Um grão no olho: a etiologia na clínica psiquiátrica	8
1.2 – Freud no apogeu da clínica médica	11
Capítulo 2 – Da neuropatologia às representações (1886-1892)	15
2.1 – Freud com Charcot: nas cadeiras do <i>La Salpêtrière</i> (1886)	15
2.1.1 – Histeria traumática (Charcot e Freud)	16
2.1.2 – Choque psíquico (Freud e Charcot)	17
2.2 – Uma neurose no sentido estrito da palavra (1888-1892)	18
2.2.1 – Distribuição de excitação no sistema nervoso	18
2.2.2 – Ideia antitética aflitiva	22
Capítulo 3 – À inevitável área da psicologia: ideias e afetos (1893-1894)	25
3.1 – Rumo às representações: um braço é uma palavra (1893)	25
3.2 – Ab-reagir o afeto, sofrer de reminiscências (1893)	29
3.3 – Neurastenia e neurose de angústia: afeto não ligado (1893-1894)	34
3.4 – A noção de defesa (1894)	38
Capítulo 4 – Reminiscências, psicoterapia e defesa (1895-1896)	43
4.1 – Psicoterapia, etiologia e técnica (1895)	43
4.2 – Causas específicas: sexualidade, infância e etiologia (1896)	47
Capítulo 5 – “Não acredito mais em minha <i>Neurotika</i>” (1897)	52
5.1 – Carta à Fliess 69 de 1897: na antessala da Psicanálise (1897)	52
Considerações Finais	56
Referências Bibliográficas	58

Introdução

A presente pesquisa surge de uma inquietação teórico-clínica-histórica. Ao longo de meu percurso de formação, as especificidades do campo psicanalítico diante dos diversos saberes *psi* me convocaram com inquietude, particularmente, a peculiar noção de sintoma na obra de Freud. Parte *sine qua non* do arcabouço teórico e da prática clínica, ela herda elementos da clínica médica clássica e opera viradas importantes já nos escritos iniciais do autor, que levarão ao surgimento da psicanálise. Buscaremos, então, entender quais seriam as originalidades presentes e como se constituíram.

A partir disso emerge a atração que exerce em nós a história do movimento analítico. Sem a ingenuidade de que encontraríamos na história as respostas definitivas, resta-nos, no entanto, a possibilidade de conhecer os contextos de surgimento, os diferentes discursos, suas aproximações e distanciamentos, continuidades e rupturas. Ora, verificar a história dos conceitos que fundamentam o edifício psicanalítico não poderia ser, justamente, uma tentativa de clarificar seu lugar e delimitar seu campo?

Assim, é sobre as produções iniciais de Freud, entre os anos de 1886 e 1897, que nos debruçaremos na busca de fazer uma espécie de pequena arqueologia da noção de etiologia em sua obra nesses anos, buscando dialogar com a concepção de etiologia e clínica na medicina do final do século XIX, uma vez que esta parece se deparar com certa turbulência diante dos fenômenos das doenças nervosas.

Dessa forma, no Capítulo 1, “Olhar o Sintoma”, enfrentaremos a problemática da estrutura da clínica médica clássica fortemente operante no século XIX, vislumbrando seus postulados e organização, passando pelos tensionamentos e dificuldades da psiquiatria em encontrar seu lugar no campo da medicina assim ordenado. Por fim, contextualizamos brevemente a chegada de Freud nessa conversa e sua entrada na psicopatologia a partir da neurologia.

No Capítulo 2, buscamos acompanhar o percurso de pensamento freudiano sobre a etiologia das neuroses, a partir de suas próprias publicações e com a fundamental ajuda de Ola Anderson, importante figura no estudo historiográfico da pré-história da psicanálise. Consideramos o período entre 1886 até 1892, abordado

nesse capítulo, uma passagem feita por Freud: “Da neuropatologia às representações”.

Já o deslocamento dos argumentos do autor em direção “À inevitável área da psicologia”, nosso Capítulo 3, localizamos entre 1893 e 1894, com o destaque dado por Freud à relação entre as representações e os afetos como fatores privilegiados no adoecimento neurótico e a introdução da importante noção de defesa do eu¹ contra certas representações em sua etiologia – surgem as neuropsicoses de defesa.

O Capítulo 4 trata, em especial, de temas geralmente mais abordados nos estudos analíticos pré-psicanálise: “Reminiscências, psicoterapia e defesa”. Além de atacarmos o *Estudos Sobre a Histeria*, verificamos as noções etiológicas que se consolidam nos textos dedicados a este tema em 1896, com a aparição mais robusta dos fatores sexuais e experiências da infância ligados à etiologia da neurose, constituindo suas causas específicas.

O Capítulo 6, “Não acredito mais em minha *Neurotika*”, é dedicado a comentar uma importante virada na trajetória conceitual e clínica de Freud: o reconhecimento das fantasias sexuais infantis e sua ligação com o trauma psíquico causador do adoecimento.

Certamente muitos recortes foram necessários e serão percebidos pelo leitor. Isso se deu em decorrência de uma necessidade de privilegiar no material disponível aquilo que nos pareceu estritamente pertinente à nossa temática, também em função do espaço delimitado à nossa disposição, o que impediu um trabalho exaustivo de conceitos importante, mas tangenciais. Certas repetições existentes na própria obra freudiana também foram evitadas, sendo, sempre que julgamos necessário, sinalizadas em nota de rodapé. Isso ocorreu em especial com os textos *Projeto para uma Psicologia Científica* e *Obsessões e Fobias*, ambos de 1895. Além disso, com exceção de alguns *Rascunhos* e do Capítulo 6, não utilizamos o material da correspondência de Freud pelos mesmos motivos. Não é possível falar tudo. Aqui, no entanto, tentamos manter o que nos pareceu essencial à compreensão.

¹ Optamos, ao longo de todo o trabalho que se seguirá, por grafar “eu” sempre em letra minúscula, uma vez que não se trata ainda do Eu da segunda topologia freudiana e para acompanhar o próprio Freud que, em todos os textos consultados por nós, escreve-o dessa maneira.

Capítulo 1 – Olhar o sintoma: clínica médica clássica na modernidade

É na virada entre os séculos XVIII e XIX que iniciamos nosso percurso, uma vez que é nesse momento que acontece, segundo Michel Foucault (1963/2021), em *O nascimento da Clínica*, o surgimento da clínica médica moderna no ocidente. Na esteira da reflexão de Foucault, Christian Dunker (2011/2021) em seu *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica*, destaca que nesse período uma mudança significativa se opera no campo epistemológico e prático do exercício clínico na Medicina. A saber, trata-se especialmente – mas não apenas – da legitimação teórica e social de uma clínica derivada da “observação controlada e continuada dos doentes” (DUNKER, 2011/2021, p. 325). E é no século XIX também que aparece o nome de Sigmund Freud em meio as discussões sobre a etiologia das patologias nervosas.

Em seu escrito, Foucault (1963/2021) se debruça sobre os elementos que caracterizam a clínica moderna em seu momento de constituição.

A clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma “ciência positiva” (p. XVII).

Nessa articulação com uma linguagem de ciência positiva, são produzidas alterações e reorganizações abrangentes no campo médico. Trata-se de modificações na distribuição de elementos do espaço corporal (com renomeações e especificações dos tecidos orgânicos e suas diferenciações), dos fenômenos patológicos (dos signos, diagnóstica e semiologia), e, especialmente, intervém uma estrita articulação das doenças com o orgânico – algo que não era evidente ou determinante em momentos históricos anteriores². Essa reorganização do campo médico, ainda segundo Foucault (1963/2021), está combinada com o fundamento do olhar como ação privilegiada do fazer clínico. E, se no princípio do movimento filosófico que leva ao positivismo “ver era perceber” (p. XII), no final do século XVIII, escreve-nos o autor:

(...) ver consiste em deixar a experiência em sua maior opacidade corpórea; o sólido, o obscuro, a densidade das coisas encerradas em si próprias têm poderes de verdade que não provêm da luz, mas da

² Para maiores esclarecimentos e uma perspectiva sobre as formas de compreensão do processo mórbido e da definição de saúde ao longo da história, cf. o artigo *História do conceito de saúde* (SCLIAR, 2007).

lentidão do olhar que os percorre, contorna e, pouco a pouco, os penetra, conferindo-lhes apenas sua própria clareza. A permanência da verdade no núcleo sombrio das coisas está, paradoxalmente, ligada a este *poder soberano do olhar empírico que transforma sua noite em dia. Toda luz passou para o lado do delgado fecho do olho que agora gira em torno dos volumes e diz, nesse percurso, seu lugar e sua forma* (p. XII, grifo nosso).

Portanto, parece-nos que a centralização do olhar na clínica médica moderna decorre de uma empreitada na direção da positivação de sua epistemologia, ou seja, dos modos de produção de seu saber. A partir da lógica cartesiana, a reorganização da clínica aparenta deslocar o próprio fundamento de seu objeto, fazendo do olhar aquilo que o funda: *“toda luz passou para o lado do delgado fecho do olho”*.

Para esses autores, a característica marcante da clínica na Medicina a partir de então é, e os acompanhamos nessa descrição, esse privilégio outorgado ao olhar do médico. Foucault (1963/2021) localiza nessa virada paradigmática um marco importante:

Essa nova estrutura se revela, mas certamente não se esgota, na mudança ínfima e decisiva que substituiu a pergunta: “O que é que você tem?”, por onde começava, no século XVIII, o diálogo entre o médico e o doente, com sua gramática e seu estilo próprios, por esta outra em que reconhecemos o jogo da clínica e o princípio de todo o seu discurso: *“Onde lhe dói?”* (p. XVII-XVIII, grifo nosso).

Este “onde lhe dói?”, cuja função é localizar nas superfícies do corpo um lugar para se olhar e apalpar, vem substituir a pergunta que colocava em primeiro plano, parece-nos, uma implicação do sujeito em seu sofrimento, convocando-o: “o que é que você tem?”.

Tudo se passa no campo da informação, da *percepção* do paciente, uma espécie de auto-observação. E aquilo que é relatado terá valor na medida que encontra ressonância na observação anatomopatológica³ realizada pelo clínico. O

³ O preconceito dos patologistas do círculo médico do qual Freud tinha contato, no que se refere a concentração do problema etiológico da histeria no útero e suas possíveis alterações, bem como a suposição de um grande fingimento da mulher histérica sobre seu adoecimento – uma vez que não se encontravam vestígios de lesões ou alterações orgânicas significativas –, não seria justamente um bom exemplo, e que nos diz respeito na história de nossa disciplina, do valor atribuído ao olhar do médico que espera essa ressonância anatomopatológica? Se não vejo, não existe, portanto, finges. Freud aponta tal preconceito, na esteira da denúncia que já havia feito

clínico *ouve o paciente, mas não escuta*. Ainda seguindo os passos da vasta pesquisa de Foucault sobre a estrutura da clínica médica moderna, Dunker (2011/2021) aparenta resumir da seguinte forma:

Clinicar é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre esse corpo determinado olhar e derivar desse olhar um conjunto de operações (p. 331).

A operação da clínica clássica na Medicina se daria, portanto, no encontro com o enfermo, em uma atividade de olhar os sinais ou signos que se apresentam ao olho do médico. Olho este amparado no discurso específico da ordem médica (DUNKER, 2021) que será arcabouço para determinação daquilo que é relevante do ponto de vista sintomatológico, transformando o signo em sintoma no sentido *stricto* do termo. É no olho do clínico que reside o saber.

1.1. Um grão no olho: a etiologia na clínica psiquiátrica

Nessa reorganização promovida pelo estabelecimento da clínica clássica, realiza-se uma busca por classificar e ordenar nos fenômenos os signos que, dessa maneira, podem ser organizados em um conjunto específico e nomeável – o quadro clínico (FOUCAULT, 1963/2021). Forma-se, assim, uma gramática médica que possibilita a antecipação e a previsão segundo regras de formação e transformação das figuras patológicas. Tal gramática é composta por aspectos específicos, como nos escreve Dunker (2011/2021):

A base dessa gramática se divide entre os aspectos morfológicos, fornecidos pela anatomia; os aspectos fisiológicos, fornecidos pela físico-química da matéria viva; e os aspectos funcionais, dados pelas finalidades específicas dos órgãos e tecidos⁴ (p. 334).

Charcot ao demonstrar que a histérica não é uma simuladora, mas alguém que sofre de uma doença psíquica (cf. *Relatório de Meus Estudos em Paris e Berlim*, 1896 e *Histeria*, 1888 de Freud).

⁴ Tal gramática podemos observar a partir de nossa experiência cotidiana: vamos ao médico que nos observa, verifica a disposição anatômica dos órgãos, apalpando ou por exames de imagem – há alterações? Tamanhos inesperados, inchaços, variações? A físico-química fisiológica fica por conta de exames como o de sangue – quais os níveis e taxas de glicose? E suas alterações (denunciadas e vistas *através* do hemograma) estão na média estatística regular? Por fim, a finalidade do órgão – o pâncreas produz a insulina como se espera? Cada elemento

Cada um desses elementos, envolvidos nessa espécie de linguagem aprendida pelo clínico, estão colocados em uma estrutura que constitui a clínica clássica, mas também a prática médica que tem por finalidade um tratamento. Os elementos dessa estrutura são a semiologia⁵, a diagnóstica, a etiologia e a terapêutica (DUNKER, 2011/2021).

No entanto, o ordenamento e a busca pelos fenômenos no campo dos tecidos, funções, fisiologia e físico-química dos órgãos parece trazer dificuldades para o estabelecimento clínico de certos setores da medicina. Isso se dá de forma especial para a psiquiatria nos meados do século XIX, momento em que busca sua legitimidade junto a clínica médica (DUNKER, 2011/2021, COSTA PEREIRA, 2017). Parte dessas dificuldades residem no fato de que, segundo Dunker (2011/2021):

(...) os principais fenômenos que, agrupados, formariam as espécies da loucura são expressos não apenas no corpo, como a dor, nem mesmo definidos como déficits de função (como as afasias para a linguagem), mas essencialmente dependentes do uso intersubjetivo da linguagem. (...) não é a totalidade fechada do corpo, mas o *universo aberto das significações* (p. 351-352, grifo nosso).

Ou seja, o campo dos fenômenos para o qual se volta a psiquiatria – as doenças nervosas ou os transtornos mentais – possui um estatuto ontológico distinto daquele de outras especialidades médicas.

Mesmo uma tentativa de objetivação da semiologia no campo da doença mental, como nos descreve Dunker (2011/2021), com o emprego de categorias como atenção, memória, imaginação, pensamento, volição etc., embora forneçam a possibilidade de fixar espécies clínicas e suas alterações específicas⁶, ainda carrega

está em relação com os demais, compondo não só uma gramática, mas também ligados a estrutura da clínica como veremos a seguir.

⁵ Semiologia refere-se ao estudo dos signos. Originalmente pertencente ao campo dos estudos linguísticos, faz-se presente em diferentes outros campos do saber, sendo a Medicina, Psiquiatria e Psicologia alguns deles. A semiologia médica é o estudo dos sinais das doenças, que permite ao médico identificar as alterações orgânicas ou psíquicas, ordená-las e efetuar, assim, um diagnóstico e empreender uma terapêutica (DALGALARRONDO, 2008). A semiologia é fundamental à clínica moderna, uma vez que está diretamente relacionada ao que deve observar o olhar do clínico (DUNKER, 2011/2021).

⁶ Paulo Dalgalarondo (2008) em *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* indica uma série de complexidades no campo da Psicopatologia desde seu surgimento e ao longo do tempo. O que acabamos de descrever parece se aproximar de um híbrido entre o que o autor nomeia como psicopatologia médico-

consigo uma dificuldade diante do estatuto empírico da clínica médica moderna: não são materiais e observáveis pelo olhar – como os tecidos e suas lesões.

Além do mais, no terreno das doenças nervosas, dos delírios e outras manifestações psiquiátricas, o sofrimento é expresso não por uma alteração perceptível do organismo e sua fisiologia, mas por uma *narrativa*.

O problema não se limita ao fato de que a mente é um objeto ideal e os tecidos, um objeto real, mas em como passar da substância narrativa, na qual se expressa o sofrimento, para a substância descritiva, na qual se define o sintoma (DUNKER, 2011/2021, p. 352).

A substância descritiva é aquela possível de se capturar com o olhar, ordenar e categorizar de modo a possibilitar, na semiologia, definições específicas que tenham significado determinado para o estabelecimento do quadro, em um diagnóstico seguro. No entanto, no campo da loucura, não se apresenta uma sucessão de signos bem definidos no corpo, mas uma narrativa produzida pelo paciente dentro de sua própria história (DUNKER, 2011/2021).

Um dos desafios da psiquiatria no século XIX era justamente manter a homogeneidade entre a semiologia, a etiologia e a terapêutica (DUNKER, 2011/2021). Como considerar uma etiologia orgânica uma vez que a semiologia, como vimos, apresentava-se no campo da narrativa do doente? Mais ainda, como estabelecer uma terapêutica consistente? Sem efetivar tais critérios, não se torna possível à psiquiatria a consolidação de uma clínica robusta que possa se reivindicar como tal.

Dunker (2011/2021) nos lembra de diversas iniciativas para uma clínica psiquiátrica que respondesse ao paradigma anatomopatológico da ciência médica. Mas é com Anton Mesmer e sua proposta, o Magnetismo, que algo novo se introduz no campo psiquiátrico europeu ao longo do final do século XVIII e meados do XIX. Apesar das objeções e desconfianças em relação ao método de Mesmer, seus desdobramentos acabam por se conectar ao hipnotismo e contribuir para ressaltar um importante elemento na clínica psiquiátrica.

naturalista e cognitivista. Como nos interessa apenas uma breve retomada histórica para contextualizar o momento inicial do trabalho de Freud, para maiores detalhes sobre o tema da Psicopatologia, direcionamos o leitor interessado à obra citada.

Ela [a ideia de Mesmer e do magnetismo] explica, de forma material e alegórica, o problema da influência à distância. Fazendo da influência entre duas pessoas um correlato da influência entre correntes elétricas ao mesmo tempo invisíveis e afetáveis. Assim, ele realiza, mesmo que de maneira empiricamente falsa, o passo impossível que seria preciso dar para constituir uma verdadeira clínica psiquiátrica. Ou seja, *as palavras afetam as pessoas da mesma maneira que a eletricidade. (...) Temos, assim, uma espécie de conexão analógica entre a visibilidade do olhar e a escuta das palavras* (DUNKER, 2011/2021, p. 357-358, grifo nosso).

Se a objeção mais comum à psiquiatria é que não se adequa a linguagem própria das ciências naturais e ao elemento central da clínica moderna, o olhar, isso se dá – em grande parte – pelo fato de que no campo das manifestações às quais se dedica, o clínico psiquiatra não pode ser surdo. A semiologia aqui depende – mas não exclusivamente – do relato do paciente que o elabora a partir de si mesmo, de sua própria experiência e história, ou seja, depende de palavras. Isso não quer dizer um abandono do anatômico e fisiológico, mas permite à psiquiatria se debruçar sobre o que está ausente enquanto fato observável pelo olhar, dando-lhe ouvidos.

Outras práticas em psiquiatria, ligadas ao tratamento moral, a teoria da degenerescência e da transmissão dos vícios morais entre as gerações, parecem apontar para o crescimento das propostas psicopatológicas fora do campo orgânico ao longo da história (DUNKER, 2011/2021). Independentemente da força de tais perspectivas, escutar pode reivindicar certo espaço. E nos parece que é nesse contexto que um médico como Sigmund Freud, inserido nas efervescentes discussões no campo das doenças nervosas, pôde fazer contribuições importantes.

1.2 – Freud no apogeu da clínica médica

Como nos conta Dunker (2011/2021), é no momento de apogeu da clínica moderna no campo da neurologia e psiquiatria que Freud desenvolve boa parte de sua obra. E que era um médico e clínico de seu tempo nos parece ser possível verificar em seus textos iniciais, especialmente aquelas cuja argumentação segue a esteira do

pensamento de Charcot⁷ (ANDERSSON, 2000; DUNKER, 2011/2021). No entanto, Freud também opera uma virada:

(...) no espaço fechado dos problemas que a psiquiatria e a neurologia enfrentavam para se constituir como clínicas, Freud introduz uma perspectiva inteiramente nova. (...) Ao converter o método de investigação semiológica de Charcot [hipnose] em método de tratamento, o método catártico, todos os elementos da estrutura foram mutuamente afetados. Esta é ainda uma clínica híbrida entre o olhar e a escuta. Mas o olhar de que se trata na hipnose não foi feito para ver (DUNKER, 2021, p. 362).

A introdução do divã como instrumento do processo terapêutico também realiza simbolicamente – e na prática do tratamento hipnótico – um corte para o olhar. “O paciente se deita, mas *não há uma inclinação do olhar do médico sobre seu corpo*” (DUNKER, 2011/2021, p. 363, grifo nosso). A partir disto é possível destacar que, embora nascida no seio da clínica médica moderna, a proposta clínica freudiana opera importantes mudanças no dispositivo, mesmo antes da Psicanálise.

Eduardo Fraga de Almeida Prado (2017) defende o argumento de que a clínica psicanalítica encontra suas origens no limite do paradigma etiológico biomédico, que tem início nesse momento de estabelecimento da clínica moderna. Isso nos parece especialmente relevante, evidentemente, no campo das *doenças nervosas* – como era designado no final do século XIX o campo que hoje se convencionou chamar de Saúde Mental. No que se refere especificamente ao sintoma na clínica, Maria Cristina Ocariz (2003) em seu livro *O Sintoma e a Clínica Psicanalítica*, faz um apontamento pertinente ao âmbito dessa discussão:

O método psicanalítico gera uma clínica totalmente nova em alguns pontos. O eixo da clínica psicanalítica é o próprio sujeito. O sintoma é aquele que o sujeito reconhece como tal, quer dizer, aquilo que incomoda ele próprio. A doença é aquela que o sujeito *relata*, *não aquela que o médico diz que ele padece* (p. 18, grifo nosso).

⁷ Freud encontra Charcot em sua viagem de estudos para Paris no ano de 1885. Segundo Ola Anderson (2000), suas publicações dos anos seguintes seguirão a esteira do pensamento de seu mestre, caracterizando um percurso de grande proximidade do pensamento entre ambos, até 1892 – quando as primeiras críticas de Freud serão colocadas. Ao longo de nosso percurso neste trabalho, passaremos por esse momento.

Isso que estamos salientando como uma virada, mudança ou corte produzido pelo pensamento de Freud no interior da clínica e seus arredores de debate psiquiátrico – a discussão sobre as doenças nervosas e seu estatuto – não se dá, certamente, de imediato. Freud, como vimos, realiza suas produções dentro e em diálogo com os saberes médicos de sua época. No que se refere às suas produções e reflexões concernentes ao campo da semiologia e etiologia das doenças nervosas, ou seja, da psicopatologia e formas de tratamento clínico, a pesquisa historiográfica de Ola Andersson⁸ (2000) parece nos indicar um momento inicial dos interesses de Freud nesse terreno: a viagem de outubro de 1885 a fevereiro de 1886 para Paris, momento de encontro com o médico neuropatologista Jean-Martin Charcot. Esse período da vida de Freud, diz Andersson:

(...) pode ser considerado como um estágio de transição muito importante em sua atividade científica. Antes dessa viagem, Freud era, antes de mais nada, um neurologista e pesquisador experimental; a seguir, dedicou-se quase exclusivamente à pesquisa clínica, sobretudo em âmbito psicopatológico, e à atividade terapêutica (2000, p. 65).

Portanto, acreditamos lícito considerar que é por meio de seu encontro com Charcot, nas salas de aula do *La Salpêtrière*, que Freud vê despertado seu interesse pela psicopatologia. E, se a princípio Freud é, como destaca Andersson (2000, p. 65), um “comentador das ideias de Charcot”, ainda nesses anos finais do século XIX desenvolverá um percurso teórico de grande importância que, passando tanto pelo afastamento da clínica médica clássica e da neuropatologia orgânica, colocá-lo-á na trilha rumo a uma decisiva virada teórica e clínica: a Psicanálise.

Entre os anos de 1886 e 1900 podemos encontrar um significativo número de publicações que tocam o tema da psicopatologia, etiologia e semiologia das neuroses

⁸ Ola Andersson foi um importante pioneiro da historiografia erudita da Psicanálise, nascido na Suécia e professor do Departamento de Pedagogia de Estocolmo, traduziu para sueco as obras de Freud e dedicou-se às origens do pensamento freudiano. Realizou uma relevante revisão do clássico caso de Freud, Emmy Von N., desmistificando seu lugar na história do movimento e publicou seu *Estudos Sobre a Pré-história da Psicanálise* em 1962, destacando as relações de Freud com seus contemporâneos e evidenciando em especial os diálogos e empréstimos presentes na constituição de seu pensamento. Embora tenha sido considerado uma figura de importância, inspiração e confiança para Henri Ellenberger, suas publicações e relevância no seio da Sociedade Psicanalítica sueca foram deixadas em segundo plano por seus conterrâneos (ROUDINESCO, 2005). Para os interessados nesse curioso autor de significativa contribuição para a historiografia da Psicanálise, direcionamos o leitor ao artigo citado de Élisabeth Roudinesco, *Henri Ellenberger e a descoberta do inconsciente* (2005), e à sua apresentação ao livro *Freud precursor de Freud*, de Ola Andersson (2000).

na pena de Freud. Dos 25 artigos que constam publicados nos três primeiros volumes da *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* da editora Imago (3ª edição de 1990), 16 são dedicados explicitamente à nosografia, semiologia ou etiologia das neuroses, sem considerar os prefácios a livros de outros autores e a correspondência com Wilhelm Fliess, que constituem material em que o autor eventualmente trata direta ou indiretamente de tais temas. Existem, no entanto, outras publicações de Freud durante a metade final do século XIX que não constam na *Edição Standard Brasileira*, frutos de suas pesquisas no campo estritamente neurológico. Mas é em 1886 que surgem pela primeira vez publicações de psicopatologia, como observamos no sumário de artigos organizado pelo próprio autor (FREUD, 1897a/1990). Depreendemos disso que tal período, denominado por Andersson (2000) de pré-história da psicanálise, revela-se rico em produções e desenvolvimentos teóricos no pensamento freudiano, tendo a etiologia e nosografia das doenças nervosas um lugar privilegiado – mais da metade de seus escritos publicados naqueles volumes.

Partimos dessa constatação, considerando a estrutura da clínica moderna na qual Freud se via inserido em seu percurso de formação médica e sobre a qual principalmente Foucault nos dá notícia, para nos debruçarmos sobre a questão da semiologia, etiologia e terapêutica nesses escritos iniciais. Quais são as perspectivas e argumentações do autor, nesse período, sobre esses temas? Quais pontos representam continuidade e quais rupturam com a lógica médica clássica?

Não se trata de perguntas inéditas e encontramos na pesquisa de Ola Andersson uma importante contribuição não só teórica mas, principalmente, historiográfica a respeito do pensamento freudiano pré-psicanalítico. Sendo assim, esse autor nos parece fundamental companheiro na trilha a qual nos propomos a caminhar. E, para nós, sua investigação minuciosa do tema no período histórico que destacamos, parece-nos reforçar a relevância de nossa proposta de investigar os desenvolvimentos teóricos de Freud sobre a etiologia dos sintomas neuróticos em diálogo com a clínica médica fortemente atuante no final do século XIX (e em nossos dias?), suas continuidades e viradas, seus percursos e consequências, até a chegada na Psicanálise, que é, como sabemos, apenas um novo começo. Caminhemos então pelas formulações iniciais de Freud.

Capítulo 2 – Da neuropatologia às representações (1886 -1892)

2.1 – Freud com Charcot: nas cadeiras do *La Salpêtrière* (1886)

A *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*⁹, publicada no Brasil pela editora Imago, abre a vasta obra do autor justamente com o *Relatório de Meus Estudos em Paris e Berlim* (1886a/1990), momento em que Freud narra seu encontro com Charcot e o despertar de seu interesse pela psicopatologia da histeria¹⁰.

O relato de Freud indica seu interesse pelos métodos de trabalho praticados na França no campo da neuropatologia, originais e distintos daqueles existentes na Alemanha e na Áustria (ANDERSSON, 2000). Se naquele momento, como destaca o próprio Freud (1886a/1990), a histeria estava cercada de preconceitos no campo médico, como a suposição de uma irritação genital, impossibilidade de definição de uma sintomatologia específica e, por fim, a suposição de que se tratava de simulação por parte das pacientes, na sala de aula do *La Salpêtrière*, Freud encontra uma outra perspectiva: o esforço descritivo de Charcot para delimitar os sinais somáticos característicos da histeria como patologia legítima. O autor nos escreve a respeito de seu mestre:

Assim, por meio de seu trabalho, a histeria foi retirada do caos das neuroses, diferenciada de outros estados de aparência semelhante, e a ela se atribuiu uma sintomatologia que, embora extremamente multiforme, tornava impossível duvidar de que imperassem nela uma lei e uma ordem (1886a/1990, p. 49).

⁹ A partir desse momento, ao longo do texto e notas de rodapé, usaremos a sigla ESB sempre que abreviarmos a referência a esta edição.

¹⁰ Freud nos conta, também, neste relatório, sobre sua passagem por Berlim. Citado apenas de forma breve, encontramos ao final do relatório o nome de Adolf Baginsky, médico pediatra e professor dedicado ao estudo e tratamento da neurose com enfoque na masturbação infantil. Baginsky, segundo Carlo Bonomi (2021), teria sido um forte defensor da cirurgia genital como tratamento à masturbação infantil, causa – segundo ele – das neuroses. Para maiores informações sobre a formação pediátrica de Freud e seu contato com as chamadas cirurgias de castração, direcionamos o leitor à pesquisa publicada de Bonomi, *Por que ignoramos Freud o “pediatra”?* (2021).

2.1.1 – Histeria traumática (Charcot e Freud)

Outro ponto relevante nesse encontro relatado por Freud diz respeito à forma como Charcot aborda a histeria. Considerando o trabalho da anatomia concluído, dando destaque aos casos de histeria traumática e a elas associando os sinais somáticos observados (como as anestésias, paralisias e zonas histerógenas), a descrição parece um ponto central no trabalho investigativo, com menos destaque, no entanto, às explicações fisiológicas dos fenômenos. Freud (1886a/1990) chega a expressar suas impressões:

(...) a tendência geral de sua mente [Charcot] leva-me a supor que ele não consegue descansar enquanto não descreve e classifica corretamente algum fenômeno que o interesse, mas dorme tranquilamente sem ter chegado à explicação fisiológica do fenômeno em questão (p. 51).

No *Prefácio à Tradução das Conferências Sobre as Doenças do Sistema Nervoso, de Charcot*, Freud (1886b/1990) coloca isso de maneira mais explícita:

(...) constatei que o Professor Charcot (então pelos seus sessenta anos, trabalhando com o vigor da mocidade) se havia afastado do estudo das doenças nervosas que se baseiam em alterações orgânicas e estava-se dedicando exclusivamente à pesquisa das neuroses – e, em especial, da histeria (p. 59).

Sabemos da importância dada por Freud às contribuições e investigações de Charcot, especialmente por sua dedicação na organização de uma semiologia da histeria. Com relação a etiologia dos sintomas descritos Freud (1886a/1990) faz apenas alusão à hipótese do trauma ligado a formação de sintomas histéricos, sem grande aprofundamento.

Porém, ainda em 1886, conta-nos Andersson (2000), em sua primeira aparição pública, em uma conferência sobre histeria masculina, Freud parece fornecer mais elementos a respeito de sua compreensão etiológica daquele período. Na esteira de Charcot, traz novos e importantes elementos que ainda não estavam presentes: um

dos fatores determinantes para o surgimento da histeria é a hereditariedade¹¹. As experiências traumáticas também aparecem como fatores importantes, mas apenas de forma secundária e complementar. Outro ponto relevante é a afirmação de que a histeria poderia se manifestar em decorrência de um choque psíquico. Andersson (2000) afirma que “O que é significativo nessa formulação é que a histeria é ligada a um choque psíquico, e não a um dano orgânico produzido no sistema nervoso em conexão com a experiência traumática” (p. 70).

Assim, acreditamos ser possível observar uma proposta freudiana inicial a respeito da etiologia da histeria, ainda ligada sobremaneira às argumentações de Charcot: a hereditariedade e o choque psíquico intervêm no surgimento dos sintomas histéricos.

2.1.2 – Choque psíquico (Freud e Charcot)

Já na conferência *Observação de um Caso Grave de Hemianestesia em um Homem Histórico* (FREUD, 1886c/1990) podemos notar o interesse do autor pela sintomatologia da histeria. Embora apresente majoritariamente a nosografia do caso, Freud faz menção – sem grande aprofundamento, mais uma vez – à etiologia, dando importância às relações familiares do paciente, em especial àquela que diz respeito a um irmão. Nessa apresentação, lemos: “O segundo filho [dos pais do paciente] tem interesse especial para nós; ele *desempenha um papel na etiologia da doença* de seu irmão [paciente apresentado] e parece que ele próprio era histérico” (FREUD, 1886c/1990, p. 65-66, grifo nosso).

Sabemos, graça a investigação realizada e publicada por Ola Andersson (2000), que a referência à família e as doenças familiares não eram incomuns na psiquiatria da metade final do século XIX, especialmente a francesa sob a rubrica de Charcot, e que se ligavam a uma forma de considerar a hereditariedade uma predisposição à doença.

¹¹ Para maiores esclarecimentos sobre a complexa noção de hereditariedade na Psiquiatria do final do Século XIX e, especialmente, no pensamento de Charcot, cf. nota de rodapé número 21 do cap. 2 do trabalho *Estudos Sobre a Pré-História da Psicanálise* (ANDERSSON, 2000, p. 82).

No entanto, a família parece interessar a Freud também sob um outro ângulo. Continua o autor sobre uma situação familiar que desencadeia o sintoma:

Sua doença atual começou há uns três anos. Nessa época, teve um desentendimento com o irmão [o mesmo citado acima] que levava uma vida desregrada, porque este se recusou a lhe pagar uma soma em dinheiro que o paciente lhe emprestara. O irmão ameaçou apunhalá-lo e avançou contra ele com uma faca. Isso causou ao paciente um *medo indescritível*. (...) Parecia-lhe [após o ocorrido] *alterada a sensibilidade na metade esquerda do corpo* [hemianestesia] (FREUD, 1886c/1990, p.66-67, grifo nosso).

Embora não seja de maneira central, o texto faz referência a reação do paciente diante da ameaça do irmão: um medo indescritível – um choque psíquico. A essa sensação de medo, Freud parece relacionar o aparecimento dos sintomas de hemianestesia que desde então se instalaram no paciente. Nesse texto, no entanto, a etiologia não é aprofundada pelo autor, mas as menções ao medo (de ser morto pelo irmão) e ao adoecimento dos familiares nos parecem condizentes com sua perspectiva etiológica no período, como Andersson (2000) tão bem destacou, ou seja: predisposição hereditária e choque psíquico (decorrente medo indescritível).

2.2. – A histeria é uma neurose no sentido estrito da palavra (1888-1892)

2.2.1 – Distribuição de excitação no sistema nervoso

No verbete sobre Histeria de 1888, cuja autoria é atribuída à Freud¹², este se dedica a apresentação sistemática dos sintomas histéricos. Dando-lhes o estatuto de uma verdadeira neurose, escreve:

A histeria é uma neurose no mais estrito sentido da palavra – quer dizer, não só não foram achadas nessa doença alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a resolver alguma dessas alterações. A histeria baseia-se total e inteiramente em

¹² Na obra original de Villaret, onde se publicou primeiramente o texto, não há o nome dos autores dos verbetes. Ola Andersson (2000) dedica uma longa nota de rodapé a respeito dos indícios documentais e históricos que tornam provável se tratar de Freud o autor do verbete – cf. nota de rodapé número 11 do cap. 1 em Ola Anderson (2000, p. 61-62). A autoria também é discutida pelo editor inglês na ESB – cf. [Nota do Editor Inglês ao referido texto].

modificações fisiológicas do sistema nervoso (1888/1990, p. 85, grifo nosso).

Consideramos interessante perceber, antes de nos debruçarmos sobre os breves apontamentos etiológicos deste escrito, que as manifestações sintomáticas na histeria, estão relacionadas às alterações fisiológicas do sistema nervoso central. Não se trataria de um traumatismo orgânico anatomicamente localizável, mas antes, das “(...) *condições de excitabilidade* nas diferentes partes do sistema nervoso” (FREUD, 1888, p. 85, grifo nosso).

Para sustentar sua argumentação de que não haveria uma lesão localizável no sistema nervoso, ao longo da minuciosa descrição que faz da nosografia da histeria, Freud repetidas vezes destaca a discrepância das manifestações histéricas e orgânicas¹³, apontando que, no caso das primeiras, o sintoma não leva em conta a estrutura anatômica, algo que não pode ser ignorado ao se tratar de paralisias orgânicas. Escreve-nos o autor:

Uma outra característica muito importante dos distúrbios histéricos é que estes de modo algum representam uma cópia das condições anatômicas do sistema nervoso. Pode-se dizer que a histeria é tão ignorante da ciência da estrutura do sistema nervoso como nós o somos antes de tê-la aprendido (FREUD, 1888/1990, p.95).

Portanto, uma característica nosográfica da histeria residiria no fato do desencontro entre o sintoma (uma paralisia, anestesia etc.) e seu correspondente orgânico anatômico – ponto que receberá maior destaque em 1893, como veremos adiante. Mas para além das alterações físicas, alterações psíquicas também são descritas como características na histeria: são alterações no curso da associação de ideias, inibição da volição, alteração na expressão dos sentimentos etc. Em outras palavras, descreve Freud (1888/1990), são “alterações na distribuição normal, no

¹³ Segundo James Strachey (1969a/1990) em sua [Nota do Editor Inglês para *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo*, de Freud (1893e)], Charcot havia solicitado a seu aluno que realizasse uma investigação sobre as diferenças entre as paralisias histéricas e orgânicas em 1886, quando Freud deixou Paris. Ainda segundo a nota do editor, parece que um rascunho da primeira parte daquele artigo, publicado em 1893 já estava escrito em 1888, ano de publicação deste verbete *Histeria*. Assim, podemos supor que Freud já se dedicava à investigação comparativa das paralisias que será publicada apenas cinco anos depois e para a qual parece fazer referência aqui. A semelhança entre os argumentos de 1888 e 1893 nos parece reforçar essa hipótese e a autoria de Freud do verbete.

sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação” (p. 95). Mesmo que não sejam tão constantes quanto os sintomas físicos, Freud nos escreve:

Por outro lado, as modificações psíquicas, *que devem ser assinaladas como fundamento do estado histérico*, ocorrem inteiramente na esfera da atividade cerebral inconsciente, automática¹⁴. Talvez ainda se possa acentuar que na histeria (como *em todas as neuroses*) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, e que os paciente histéricos funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso – excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como irritante, deslocando-se com grande mobilidade dentro do sistema nervoso (p. 96, grifo nosso).

Embora descreva de forma bastante interessante como as modificações psíquicas devem ser tomadas como fundamento do estado histérico, a etiologia, neste escrito, tem a hereditariedade como fator causador em primeiro plano. Os demais fatores ficam em segundo, considerados causas incidentais ou precipitadoras da predisposição. Dentre eles estão fatores relacionais, educacionais, emocionais e traumáticos. Um trauma físico intenso, acompanhado de medo e perda momentânea da consciência pode levar a manifestação da disposição histérica não detectada anteriormente. Também pode se formar uma histeria local em uma parte do corpo afetada pelo trauma: uma contratura na mão, por exemplo (FREUD, 1888/1990).

A respeito de tal descrição etiológica presente neste artigo, Andersson (2000) aponta para a conformidade do pensamento freudiano com as concepções de Charcot até aqui. Mas é na referência às condições funcionalmente relacionadas à vida sexual como possível fator na etiologia da histeria que parece emergir – pela primeira vez – algo de distinto em relação ao mestre francês. A consideração de fatores sexuais como etiológicos se daria, segundo Freud (1888/1990, p. 98), “em virtude da elevada significação psíquica dessa função, especialmente no sexo feminino”.

Por fim, um último ponto que nos chama atenção neste escrito se localiza quando o autor se dedica à apresentação de propostas de tratamento para histeria. Dentre diferentes propostas e recomendações possíveis, mantendo no horizonte o caráter profilático do tratamento – uma vez que a predisposição não poderia ser eliminada –, Freud (1888/1990) distingue um tratamento indireto e um direto. O

¹⁴ Evidentemente a referência ao inconsciente aqui ainda não diz respeito ao conceito de Inconsciente psicanalítico, que será anunciado logo mais em *A interpretação dos sonhos* de 1900.

primeiro visaria uma influência geral sobre o sistema nervoso na tentativa de evitar o aumento das excitações nervosas. Já o segundo, o tratamento direto – e este nos chama atenção – é aquele atribuído a um tal de Joseph Breuer. Freud o descreve:

O tratamento direto consiste na remoção das fontes psíquicas que estimulam os sintomas histéricos, e isso se torna compreensível se buscarmos as causas da histeria na vida ideativa inconsciente. Consiste em dar ao paciente sobre *hipnose* uma *sugestão* que contém a eliminação do distúrbio em causa (1888/1990, p. 104, grifo do autor).

O tratamento, aqui, visa atacar as formações ideativas – aquelas modificações psíquicas, acima referidas – que estão no fundamento do sintoma hístico. Além do emprego da hipnose e sugestão, Freud destaca especificamente a proposta de Breuer nesse campo:

O efeito até se torna maior se adotamos um método posto em prática, pela primeira vez, por Joseph Breuer, em Viena, e fizemos o paciente, sob hipnose, remontar a pré-história psíquica da doença, compelindo-o a reconhecer a ocasião psíquica em que se originou o referido distúrbio (1888/1990, p. 106).

Tal tratamento, de rememoração do momento do surgimento do distúrbio, por meio da hipnose e sugestão, segundo o autor, é capaz de imitar o mecanismo de origem dos sintomas – etiologia e terapêutica estão juntas. Se os conteúdos ideativos inconscientes promovem alteração e excitação no sistema nervoso, a alteração desse conteúdo pode diminuir a excitação causadora dos sintomas¹⁵, ainda que de forma paliativa, vide a principal causa ser de ordem hereditária. Freud (1888/1990) resume:

(...) a histeria é uma anomalia do sistema nervoso que se fundamenta na *distribuição diferente das excitações, provavelmente acompanhada de excesso de estímulos no órgão da mente*. Sua sintomatologia mostra que esse excesso é *distribuído por meio de ideias conscientes e inconscientes*. *Tudo o que modifica a distribuição das excitações no sistema nervoso pode curar os distúrbios histéricos*: esses efeitos são, em parte, de natureza física e, em parte, de natureza diretamente psíquica (p. 106, grifo nosso).

¹⁵ Ao menos nos textos sobre os quais nos debruçamos, é nesta referência ao tratamento atribuído a Breuer que encontramos, pela primeira vez na pena de Freud, a proposta de conteúdos ideativos como causadores de excitação e alteração no funcionamento nervoso.

Portanto, já nesse texto de 1888 podemos verificar o início de uma virada importante na concepção dos sintomas histéricos – a interação dos conteúdos ideativos (representações), mais ou menos carregados de excitação e o sistema nervoso. Sabemos o quão relevante será para a psicanálise essa compreensão que aqui já se faz entrever. Além disso, nos parece relevante notar que Freud não abandona o funcionamento do sistema nervoso como parte do processo mórbido na histeria, mas volta sua atenção para as alterações das excitações ligadas a representações que produzem mudanças na fisiologia desse sistema. Afasta-se da concepção de uma lesão, mas não das modificações fisiológicas. Anderson (2000) ressalta esse ponto, sinalizando em Freud uma perspectiva epifenomênica.

2.2.2 – Ideia antitética aflitiva

Seguindo nas produções do autor relacionadas ao nosso tema, é em *Um Caso de Cura Pelo Hipnotismo*¹⁶ que Freud (1893a/1990) parece nos apresentar seu ponto de vista de forma mais detalhada. O autor nos demonstra uma relação complexa entre afetos e ideias: estas últimas seriam investidas por afetos, na medida do grau de importância e incerteza para o sujeito ligados a determinada intenção ou expectativa. Para as ideias relacionadas à expectativa, um certo grau de incerteza – *contra-expectativa* – se oporia, representada por outro grupo de ideias denominado “ideias antitéticas aflitivas”. Este último estaria relacionado aos pensamentos de não ser capaz de realizar uma determinada intenção ou que certa expectativa não se cumpra como imaginado. Enquanto nas pessoas “normais” estas ideias antitéticas aflitivas estariam retiradas da cadeia associativa do pensamento de tal forma que não se manifestam, nos neuróticos elas estariam provavelmente presentes com mais força, recebendo uma quantidade maior de atenção (investimento, excitação).

¹⁶ Parece-nos importante ressaltar que estamos cientes do salto temporal de quatro anos que aqui operamos, no entanto o período de 1889 a 1892 não são abundantes de produção freudiana naquilo que se refere a etiologia dos sintomas neuróticos (ANDERSSON, 2000). Por outro lado, é em 1891 que Freud publica *A Interpretação das Afasias*. Trata-se de uma obra importante, mas que não abordaremos aqui. Além deste, houve outras publicações de cunho estritamente neurológico.

Considerando especificamente a histeria e nela uma tendência à dissociação da consciência, Freud (1893a/1990) nos demonstra sua hipótese de que a ideia antitética aflitiva é afastada da associação e da intenção, mas continua a existir como ideia desconectada. Nesse quadro seria frequente que, quando chegado o momento da execução da intenção, a ideia antitética se atualize no corpo (nas inervações)¹⁷. Manifesta-se como uma contravontade ao passo que o paciente se apercebe de ter uma vontade (intenção – de amamentar, por exemplo, para citar o caso tratado pelo autor no texto) que é irresoluta, impotente (que se frustra na meta). Na histeria ocorreria uma “perversão” da vontade (a ação efetiva é contrária a intenção), onde o paciente embora consciente de sua intenção e buscando realizá-la, não é capaz de fazê-lo, sem se aperceber do porquê.

Freud, neste mesmo texto (1893a/1990), apresenta-nos duas vinhetas de casos por ele atendidos. No segundo deles¹⁸, a paciente apresentava um estalo peculiar da boca do qual não possuía controle consciente. Tal estalido teria aparecido pela primeira vez quando, após certo esforço, colocara sua filha doente para dormir e gostaria de manter o máximo de silêncio para não a acordar. Em uma segunda cena, quando em uma carruagem e, mais uma vez, imaginando a necessidade de se fazer silêncio, o estalo incontrolável se fez presente. Em ambas as cenas a paciente se concentrava conscientemente no imperativo de fazer silêncio quando irrompeu o estalo. Freud nos apresenta o mesmo mecanismo já descrito anteriormente para analisar essas situações: nas ocasiões em que a paciente pensou ter que fazer silêncio e em que esta era sua intenção, mostrou-se mais forte a ideia antitética de que ela, não obstante, pudesse fazer algum barulho. Tal ideia (investida afetivamente) teve acesso a inervação da língua, levando ao movimento que produziu o barulho.

Diante da exaustão parcial da consciência primária, a ideia antitética separada da cadeia associativa (do eu) se mantém enérgica e, portanto, predomina no momento da disposição para histeria. Nessas situações são grupos de ideias separadas que entram em ação, pela operação da contravontade. Freud aponta, ainda, para a hipótese de que o estado histérico pode ser, possivelmente, *produzido por essa repressão laboriosa* de tais ideias. O receio faria efetuar aquilo que se teme – no tique

¹⁷ Reparemos, de passagem, como os elementos psíquicos, as ideias, representações e afetos, e o sistema nervoso, sua fisiologia, continuam aqui imbricados, na esteira da argumentação de 1888.

¹⁸ Trata-se do caso de Fanny Moses (Emmy Von N.) publicado nos *Estudos Sobre a Histeria* (cf. 1895a, p. 75-154).

histérico, por exemplo, por ação da ideia antitética que toma as vias da inervação do corpo, sobressaindo-se diante da intenção.

Podemos observar, a partir do que Freud nos apresenta nesses relatos (1893a/1990), como observamos acima, o início da elaboração de um mecanismo etiológico para os sintomas histéricos, ligado a divisão da consciência, separação de certos grupos de ideias do fluxo de associações primário – por meio de uma repressão laboriosa – e que estariam em conflito com este último. Trata-se, evidentemente agora, de um sistema de representações o que está ligado a etiologia da histeria, diferenciando-se de uma etiologia exclusivamente orgânica. No verbete de 1888, Freud ainda apresenta como possibilidades de tratamento banhos quentes e intervenções corporais, e parece ainda ligado ao campo explicitamente médico de sua época. Já em 1893, apresenta um tratamento que dá lugar de destaque à hipnose e a sugestão – ilustrando a apresentação feita em 1888 do método terapêutico de Breuer –, a fim de alterar a dinâmica afetiva ligada à vontade consciente e, principalmente, as ideias antitéticas e contravontades presentes na segunda cadeia associativa da paciente¹⁹.

¹⁹ Gostaríamos de destacar que, com exceção do relato do caso de Fanny Moses nos *Estudos*, não encontramos nas demais publicações freudianas que pesquisamos qualquer menção à hipótese das ideias antitéticas aflitivas. Certamente seria interessante uma investigação mais detalhada e atenta a esse respeito: seria uma hipótese deixada em segundo plano e/ou abandonada por Freud?

Capítulo 3 – À inevitável área da psicologia: ideias e afetos²⁰ (1893-1894)

Vimos no capítulo anterior que Freud parte de seu encontro com Charcot em direção às investigações no campo da psicopatologia da histeria. Dizemos que é uma partida no sentido de um ponto inicial, um ponto de partida, uma vez que observamos que ao partilhar de certos aspectos do pensamento de seu mestre francês, rumo para outros caminhos e perspectivas derivadas de suas próprias investigações. Veremos que a noção de trauma ganha nuances sobremaneira diferentes entre os dois autores e a compreensão sobre o mecanismo ligado as formações sintomáticas na histeria se alteram, especialmente depois do encontro de Freud com Breuer, que já tem sua chegada anunciada nos escritos que percorremos até aqui.

3.1 – Rumo às representações: um braço é uma palavra (1893)

Consideramos que há uma ruptura que se apresenta de maneira nítida no texto *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas*, publicado também em 1893. Esse ano parece ser rico em publicações dedicadas à psicopatologia e etiologia dos sintomas histéricos, evidenciando a centralidade dos processos psíquicos na formação patológica com explícita influência das trocas realizadas com Joseph Breuer.

A publicação do *Estudo Comparativo* parte de uma extensa investigação sugerida por seu mestre Charcot, cuja escrita levaria cerca de cinco anos para ser concluída e publicada (de 1888 a 1893), com inúmeros adiamentos. Trata-se, segundo o editor da versão inglesa da Imago, James Strachey, de um texto que ocupa lugar “no divisor de águas entre os escritos neurológicos e psicológicos de Freud” (1969a/1990, p. 227). Strachey destaca essa divisão na própria estrutura do texto: as

²⁰ Embora já citados por Freud em textos anteriores a este período, é a partir daqui que ideia (ou representação) e afeto nos parecem deslocar para a centralidade das discussões freudianas, especialmente no campo etiológico. Laplanche e Pontalis (1982/2001) apontam que a importância desses elementos e sua relação se evidenciam em 1895, no entanto podemos observar como estão presentes ao longo de escritos antecedentes a essa data. Os autores destacam, ainda, que o termo afeto foi retirado da psicologia alemã, referindo-se a qualquer estado afetivo, e em Freud se ligará a expressão qualitativa da quantidade de excitação (cf. o verbete *Afeto* em Laplanche e Pontalis, 1982/2001).

três primeiras partes expressam predominantemente uma discussão no campo da neurologia – partes escritas possivelmente entre 1886 e 1888 –, enquanto a quarta e última parte, apresenta as ideias freudianas evidentemente ligadas ao campo da psicopatologia e processos psíquicos da histeria.

Ao final de extensas comparações entre as paralisias orgânicas e histéricas²¹, Freud (1893e/1990) conclui:

Não existe a mais leve dúvida quanto às condições que regem a sintomatologia da paralisia cerebral [orgânica]. Tais condições são constituídas pelos fatos da anatomia – a estruturação do sistema nervoso e a distribuição de seus vasos – e a relação entre essas duas séries e as circunstâncias da lesão. (...) Seja como for, [nas paralisias orgânicas] sempre se pode encontrar uma explicação baseada na anatomia (p. 237-238).

E mais:

De vez que só pode haver uma única anatomia cerebral verdadeira, de vez que ela se expressa nas características clínicas das paralisias cerebrais, evidentemente é impossível que essa anatomia constitua explicação dos aspectos diferenciais das paralisias histéricas (FREUD, 1893e/1990, p. 238-239).

O autor se aproxima, ao nosso ver, de seu argumento principal neste escrito, aquilo que supomos ser a razão para Strachey considerá-lo relevante no divisor de águas de seu pensamento: as paralisias históricas *não correspondem ao funcionamento anatômico do sistema nervoso diante de uma lesão orgânica* – retomando e reafirmando de forma mais contundente aquilo que já havia expressado no verbete de Villaret em 1888. Nesse ponto, o autor não se afasta apenas da neuropatologia hegemônica de sua época, como reitera de forma mais incisiva sua perspectiva, distanciando-se mais uma vez das expectativas explicativas de seu mestre Jean-Martin Charcot. Discordando deste, que considerava a existência de lesões dinâmicas e transitórias, Freud escreve:

Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, *nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se*

²¹ Como indica Strachey (1969a/1990), são discussões profundamente semiológicas e de cunho fortemente neurológico com ricas descrições dos fenômenos orgânicos em comparação com os histéricos.

comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta (1893e/1990, p. 240, grifo do autor).

Os fenômenos histéricos, portanto, ignoram a distribuição dos nervos e o funcionamento anátomo-fisiológico do sistema nervoso, o que justificaria, ademais, não serem observados fenômenos similares as paralisias periférico-medulares²². Na histeria, o que se coloca em jogo não é a anatomia nervosa, mas o nome – ou melhor, *a representação* – do órgão paralisado. “Ela [histeria] *toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm*: a perna é a perna até sua inserção no quadril. O braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa” (FREUD, 1893e/1990, p. 240, grifo nosso).

Não se tratando de uma lesão orgânica anatomicamente localizável e cujo sintoma dela decorre, será justo nos indagarmos o que será então a causa da paralisia na histeria. Essa questão é o tema da última parte da argumentação do autor neste escrito. Parte essa, como vimos, dedicada à psicologia da histeria, sua psicopatologia, uma virada não só no tom do texto, mas também uma mais clara virada no pensamento freudiano.

O autor pretende sinalizar a possibilidade de haver modificação funcional sem a presença de uma lesão orgânica concomitante. Para isso, pede “*permissão para passar à área da psicologia – que dificilmente se pode evitar, em se tratando de histeria*” (FREUD, 1893e/1990, p. 241, grifo nosso). Assim, toma a percepção como elemento fundamental. Portanto, “na paralisia histérica, a lesão será uma modificação da concepção, da ideia de braço, por exemplo” (FREUD, 1893e/1990, p. 242). Trata-se de uma alteração da ideia, da concepção, gostaríamos de dizer já: da representação do braço. Freud (1893e/1990) continua:

Considerada do ponto de vista psicológico, a paralisia do braço consiste no fato de que a concepção do braço não consegue entrar em associação com as outras ideias constituintes do ego, das quais o corpo da pessoa é parte importante. A lesão, portanto, seria a *abolição da acessibilidade associativa da concepção do braço*. O braço

²² Paralisias periférico-medulares (ou em projeção), se caracterizam em sua manifestação clínica por ser em *détaillée* (individual, em que o músculo se encontra afetado – paralisado – isoladamente). Tratar-se-ia de uma paralisia cuja lesão causadora se dá na periferia do sistema nervoso (FREUD, 1893e/1990). Ou seja, nas ramificações nervosas provenientes da medula espinal, parte caudal do Sistema Nervoso, que transmite impulsos elétricos do SNC para a periferia (membros, por exemplo) e vice-versa.

comporta-se como se não existisse para as operações das associações [de representações] (p. 242, grifo do autor).

Acreditamos valioso destacar, nessa passagem, que o corpo não está fora de jogo. O corpo é parte importante do ego. Não se trata de negá-lo, mas de colocá-lo no campo das representações que cada pessoa faz de seu próprio. O autor busca demonstrar que é possível haver *alterações na concepção do órgão sem estar destruído ou lesado seu substrato material*.

Mas o que poderia levar a essa alteração das concepções de tal modo a separá-la da cadeia associativa do ego? Freud relembra sua argumentação em construção desde 1888: a quantidade de *afeto* a ela ligada. Ou seja, os investimentos e excitações vinculadas a representação do órgão no sistema nervoso pode levar a mudanças funcionais – sem modificação direta de seu substrato material. Uma quantidade de afeto em uma associação da concepção do braço e uma situação vivida, por exemplo, reforça tal associação de tal modo que novas associações dessa concepção se deparam com resistências. A concepção fica inacessível ao jogo associativo. Na esteira do que o autor já nos havia apresentado em *Um caso de cura hipnótica* (1893a), é a relação de investimento e excitabilidade em uma determinada ideia que se coloca como causa de alterações, neste caso, as paralisias histéricas. Freud detalha tal operação:

O braço estará paralisado em proporção com a persistência dessa quantidade de afeto ou com a diminuição através de meios psíquicos apropriados. Esta é a solução do problema que levantamos, pois em todos os casos de paralisia histérica verificamos que o órgão paralisado ou a função abolida estão envolvidos numa associação subconsciente que é revestida de uma grande carga de afeto, e pode ser demonstrado que o braço tem seus movimentos liberados tão logo essa quantidade de afeto seja eliminada. Por conseguinte, a concepção do braço existe no substrato material, mas não está acessível às associações e impulsos conscientes, porque a totalidade de sua afinidade associativa está, por assim dizer, impregnada de uma associação subconsciente com a lembrança do evento, o trauma, que produziu a paralisia (1893e/1990, p. 243, grifo do autor).

Uma certa quantidade de afeto se liga à representação psíquica do órgão na ocasião de um evento – uma ameaça de morte a facada, digamos²³. Sem a possibilidade de destinar esse afeto, eliminar a excitação do sistema, a associação é mantida e a representação do braço resiste, portanto, a novas associações, retirando-se da cadeia associativa consciente do eu, retirando deste a possibilidade de mover o braço, agora paralisado. O sintoma histérico decorre, mais uma vez, da distribuição da excitação – dos afetos – entre as representações psíquicas.

Acreditamos ser possível destacar deste texto a forma contundente como Freud separa a psicopatologia da histeria da neuropatologia orgânica. Ademais, verificamos os elementos centrais da nosologia reunidos: a distribuição psíquica das excitações em diferentes representações, ou seja, no campo ideativo e suas consequências sintomáticas. Freud parece se afastar do campo anatomopatológico no mesmo movimento que adentra um outro campo de compreensão dos fenômenos. Ola Anderson (2000) se refere a esta virada como a busca por uma *fórmula etiológica para histeria*. Freud parece já se aproximar dela.

3.2 – Ab-reagir o afeto, sofrer de reminiscências (1893)

Passemos agora ao texto *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: comunicação preliminar* (1893b/2016) – escrito por Freud junto do já mencionado Joseph Breuer. Publicado originalmente no periódico *Neurologisches Zentralblatt*, os autores buscam demonstrar sobretudo o mecanismo etiológico da histeria traumática, seu funcionamento psíquico e uma proposta de tratamento²⁴.

²³ Recorremos a este exemplo para recordar do paciente apresentado por Freud em sua conferência de 1896, vista anteriormente. Quantas não são as associações possíveis com uma representação de facada? De ser apunhalado? E a isso, quantos afetos não se ligam? Laplanche e Pontalis (1982/2001) sinalizam a importância da relação entre um afeto e uma representação e suas configurações possíveis, sua associação ou desassociação, os destinos do afeto e a etiologia das neuroses. Observamos como já parece presente na discussão freudiana e permanecerá, compondo a Psicanálise sobremaneira.

²⁴ Há, também, no mesmo período, uma conferência realizada por Freud no Clube Médico de Viena, em 11 de janeiro de 1893, transcrita e publicada sob o título *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: uma conferência* (1893c/1994). Esta conferência, segundo James Strachey (1969b/1994), apresenta indícios de ser um trabalho exclusivo de Freud, embora faça referência constante e verse sobre o mesmo assunto de *Comunicação Preliminar* – publicada alguns dias depois, em 15 de janeiro do mesmo ano.

Nessa publicação conjunta, encontramos a exposição dos autores a respeito da histeria traumática a partir de suas observações e investigações clínicas e elaborações teóricas. Tais histerias possuem um caráter análogo ao das neuroses traumáticas e se localizam no campo das formas adquiridas da doença²⁵. De saída, escrevem: “(...) o fator accidental é determinante para a patologia da histeria num grau que vai muito além daquele conhecido e reconhecido” (p. 19). E prosseguem:

Toda vivência que suscita os penosos afetos de pavor, angústia, vergonha, dor psíquica, pode atuar como *trauma psíquico*; se isso de fato acontece depende, compreensivelmente, da sensibilidade da pessoa afetada (...). Não raro se encontram na histeria comum, em vez de um único grande trauma, *vários traumas parciais*, causas agrupadas, que apenas se somando puderam manifestar efeito traumático, e que formam um *conjunto por serem, em parte, componentes de uma única história de sofrimento* (BREUER; FREUD, 1893b/2016, p. 22-23, grifo nosso).

Notemos que, na passagem acima destacada, encontramos uma definição etiológica para os sintomas histéricos – na esteira das argumentações do período – em que se destaca o fator traumático (trauma psíquico), que pode variar de acordo com a sensibilidade de cada sujeito diante de diferentes vivências que causam impressão, gerando penosos afetos. A possibilidade de constituição desse trauma, no entanto, não se atrela a um único evento vivido, mas pode corresponder a uma soma de ocorrências que terá efeito traumático na medida que constituem para o paciente uma *história de sofrimento*. Além disso, os autores destacam que com frequência são *acontecimentos reais da infância* que produzem o fenômeno patológico (BREUER; FREUD, 1893b/2016).

Em que pese as sabidas mudanças que recairão sobre essas hipóteses nos anos seguintes, lembrando a discussão inicial deste trabalho, a título de sinalização, destacamos que uma das problemáticas para a psiquiatria, em sua busca por se afirmar como saber médico positivo no final do século XIX, girou em torno justamente do estatuto da causa material do sintoma e sua observação. É evidente que Freud e Breuer conhecem os autores e produções de sua época (ANDERSON, 2000), mas aqui parecem reafirmar algo que se aproxima do elemento central ao se tratar de

²⁵ Ola Andreson (2000) aponta que ao longo das publicações freudianas é possível notar um movimento em direção ao estudo das formas adquiridas da enfermidade nervosa, deixando a hereditariedade em segundo plano.

psicopatologia: o sintoma, sua etiologia, decorre de traumas psíquicos, não lesões, nem degenerações hereditárias. Esse trauma que leva à patologia se constitui por eventos, uma possível sequência deles, que se enlaçam em uma única história singular de cada sujeito. É uma virada no interior do campo psiquiátrico. Retomaremos, ao final de nosso percurso, à essa discussão.

Seguindo com a argumentação de *Comunicação Preliminar* nos deparamos com maiores detalhes da investigação e hipóteses etiológicas dos autores. Breuer e Freud (1893b/2016) destacam a ação da lembrança da experiência vivenciada e sua permanência na forma de um corpo estranho ao eu: um evento real – possivelmente na infância – levou à experiência de afetos penosos. Estes, por sua vez, não causam *per se* o sintoma, mas uma somatória de situações doloridas dentro da história do sujeito, cujas lembranças se mantêm atuantes no presente na forma de um corpo estranho (dissociado da consciência), poderia, aí sim, levar a tais formações.

Sem embargo, poderíamos nos perguntar: o que leva essas recordações de eventos a permanecerem atuantes mesmo anos depois de sua ocorrência? Ora, o mesmo elemento destacado desde o trabalho de 1888: o afeto. Melhor dizendo, a permanência do afeto da situação traumática que não pôde ser descarregado por vias adequadas de reação.

O que importa, sobretudo, é se ocorreu ou não uma reação enérgica ao evento afetador [que pode tornar-se traumático]. Entendemos aqui por reação toda a série de reflexos voluntários e involuntários em que, como se sabe pela experiência, os afetos se descarregam: do choro até o ato de vingança. Quando essa reação ocorre em grau suficiente, faz desaparecer grande parte do afeto (...). *Se a reação é suprimida, o afeto permanece ligado a lembrança* (BREUER; FREUD, 1893b/2016, p. 25-26, grifo nosso).

Essa reação adequada, segundo os autores, pode se dar, por sua vez, por via de um sucedâneo, um substituto da ação: a palavra – equivalente a ab-reação. Uma ofensa revidada com palavras, sem se concretizar no ato de uma vingança, por exemplo, distingue-se na lembrança daquela que se teve que aguentar em silêncio. Quando, no entanto, não ocorre uma reação, seja pela ação ou pela palavra, de maneira adequada ao ocorrido, a lembrança do episódio conserva seu realce afetivo, o afeto não foi desgastado e a recordação se mantém atuante. “(...) essas lembranças

correspondem a traumas que não foram suficientemente ‘ab-reagidos’ (...)” (BREUER; FREUD, 1893b/2016, p. 28, grifo dos autores).

Três são as hipóteses levantadas por Breuer e Freud (1893b/2016) para a não reação ou ab-reação diante de uma situação penosa: 1) quando as circunstâncias da vida ou da situação traumática ou sociais não permite reação; 2) quando diante de uma situação que o sujeito queira esquecer e intencionalmente a reprimiu²⁶ de seu pensamento consciente e 3) devido a um estado psíquico alterado no momento do ocorrido – estado hipnoide. Diante de tais impedimentos, não apenas a reação adequada estaria comprometida, mas a possibilidade de elaboração por meio de associação – ou seja, a ligação da vivência e sua lembrança a outros conteúdos de memória e pensamento, outras representações que poderiam dar-lhe lugar no eu do sujeito, ficam excluídas²⁷.

Nos casos em que estados hipnoides estão presentes antes da manifestação da doença, os autores designam como histeria por predisposição. Já no grupo das histerias adquiridas, a dissociação é psiquicamente operada. Nos escrevem Breuer e Freud (1893b/2016):

(...) nossas observações mostram que um trauma severo (como o da neurose traumática), uma supressão trabalhosa (por exemplo, do afeto sexual), podem efetuar uma dissociação de grupos de ideias mesmo em pessoas não predispostas, e este seria o mecanismo da histeria psiquicamente adquirida (p. 31-32).

A dissociação da consciência, ou pelo menos de grupos de ideias numa cadeia associativa, continua presente – algo já trabalhado por Freud em *Um Caso de Cura Hipnótica*. No entanto, aqui se expressa o mecanismo pelo qual tal dissociação ocorre.

²⁶ Segundo nota do tradutor da ESB, é neste escrito a primeira vez que o termo *verdrängen* (reprimir ou recalcar) é utilizado por Freud.

²⁷ Será no *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895d/1990), dois anos mais tarde, que encontraremos a tentativa de Freud organizar um aparelho psíquico-neural cujo funcionamento segue o princípio de constância, considerando as quantidades (Q ou Qn) de forma quantitativa e a percepção destas como prazer ou desprazer por parte do eu. As elevadas quantidades de excitação que não encontram descarga, associadas à uma representação percebida levam ao desprazer, o que gera a ação de separá-la da cadeia, impedindo sua entrada no sistema da consciência. O caminho de passagem para à percepção se fecha, mas caminhos substitutivos – como as inervações somáticas relacionadas a representação – tornam-se saídas possíveis, mas inadequadas, formam-se sintomas. O trabalho terapêutico é, portanto, permitir a passagem visando a descarga adequada das quantidades antes impedidas. Para maiores esclarecimentos, direcionamos o leitor interessado ao texto de Freud que, por razões que já expressamos, não será trabalho detalhadamente em nosso percurso.

O sintoma histérico, por sua vez, relaciona-se diretamente com tais mecanismos para o seu aparecimento. Lemos no texto:

Os fenômenos motores do ataque histérico podem ser interpretados, em parte, como formas gerais de reação do afeto que acompanha a lembrança (como o agitar de braços e pernas, de que já se serve o bebê); e, em parte, como movimentos diretos de expressão dessa lembrança. (...) na histeria estão presentes grupos de ideias originados em estados hipnoides que, excluídos do trânsito associativo com os demais, porém associáveis entre si, constituem um rudimento mais ou menos altamente organizado de uma segunda consciência, de uma *condition seconde*²⁸. Assim, um sintoma histérico duradouro corresponde a uma penetração desse segundo estado na inervação corporal habitualmente dominada pela consciência normal (BREUER; FREUD, 1893b/2016, p. 35-36, grifo dos autores).

Ou seja, o sintoma histérico atua também como um substituto da ação, reação ou ab-reação daquele evento doloroso vivenciado pelo sujeito. Por via das inervações somáticas, da excitabilidade do sistema nervoso, o afeto não ab-reagido encontra descarga, pode expressar-se, bem como a lembrança da situação traumática separada da cadeia associativa. Dessa maneira, recuperamos a tão conhecida afirmação dos autores que, nesse ponto, torna-se clara e precisa: “o *histérico sofre sobretudo de reminiscências*” (BREUER; FREUD, 1893b/2016, p. 25, grifo nosso).

Além das considerações etiológicas, vale destacarmos que nesse texto é apresentada a técnica de tratamento de Breuer de maneira mais detalhada do que as breves menções realizadas por Freud em textos anteriores. De maneira bastante alinhada com a explicação etiológica (de histerias adquiridas pela consolidação de um trauma psíquico), o tratamento consiste justamente em, sob hipnose, produzir a ab-reação impedida de se realizar no momento do evento penoso, fazendo assim com que as quantidades de afeto ligadas à lembrança sejam descarregadas. A palavra é um sucedâneo da ação, como vimos, e uma vez expressa junto do montante de afeto revivido na cena atual da recordação no tratamento, dá-se um destino para ambos – corrige-se as associações, que estavam separadas, e provoca uma descarga do afeto a ela ligada, impedido justamente pela separação da cadeia associativa. Realizado tal procedimento, afirmam os autores, elimina-se o fator etiológico de um sintoma,

²⁸ *Condition seconde* é uma expressão usada por Charcot, segundo Freud, e exprime essa segunda consciência composta por ideias dissociadas da consciência normal e associadas entre si. Acreditamos ser possível intuir os alicerces daquilo que posteriormente virá a ser o Inconsciente para a Psicanálise.

diminuindo-o (BREUER; FREUD, 1893b/2016). Este é o tratamento *catártico*, apresentado na *Comunicação Preliminar*. Bastante pertinente com a argumentação dos autores, parece-nos importante notar como a terapêutica anda de mãos dadas com a etiologia – justamente o que se esperaria da estrutura de uma clínica. Uma clínica, diríamos, que começa a se consolidar no campo do psíquico, das recordações e das histórias singulares. A virada etiológica parece promover, concomitantemente, uma virada terapêutica no campo das doenças nervosas.

Ola Anderson (2000) nos lembra que nesse ano de 1893 podemos observar a apresentação de uma nova fórmula etiológica nos escritos de Freud, uma passagem do esforço de descrição fisiológica (como encontramos em 1888) para um modelo teórico explicativo (na esteira deste que acabamos de descrever), embora sem descartar o primeiro. Lemos em Anderson:

A nova fórmula apresentada em 1892 e 1893 estava baseada na ideia que o sistema nervoso estava empenhado em manter uma espécie de equilíbrio energético. Quando o nível da excitação aumenta, o equilíbrio pode ser remetido a um nível ótimo graças a uma descarga de energia. Os distúrbios nesse processo de descarga dão origem aos sintomas histéricos. Freud refere-se a esse princípio em 1892 falando da questão da “constância da soma de excitação” (2000, p. 151).

Tal deslocamento linguístico, da fisiologia para modelos explicativos psicológicos, não se dá exclusivamente na obra de Freud. Este parece seguir uma tendência maior no campo da psiquiatria, um progressivo declínio da anatomia e fisiologia cerebrais de caráter especulativo – a mitologia do cérebro (ANDERSON, 2000) –, que acreditamos ser possível relacionar com a perspectiva de Charcot sobre as “lesões dinâmicas”²⁹, em favor de uma abordagem clínica e psicológica das enfermidades nervosas. Em Freud, temos o princípio da constância.

3.3 – Neurastenia e neurose de angústia: afeto não ligado (1893-1894)

Seguindo em nosso percurso pelos textos freudianos, ainda em 1893, encontramos no *Rascunho B, A Etiologia das Neuroses* (1893d/1990) outras

²⁹ Cf. nossa discussão a esse respeito na p. 26.

afirmações relevantes para o pensamento etiológico de Freud no período. Rascunho dedicado à reflexão sobre a neurastenia adquirida e da neurose de angústia³⁰, apresenta alguns aspectos relevantes que acreditamos valer a pena serem mencionados. O primeiro deles diz respeito a afirmação categórica de Freud sobre a origem sexual dos sintomas neurastênicos:

Pode-se tomar como fato reconhecido que a *neurastenia* é uma consequência frequente da vida sexual anormal. Contudo, a afirmação que quero fazer e comprovar por minhas observações é que a neurastenia é sempre *apenas* uma neurose sexual (1893d/1990, p. 256, grifo do autor).

O reconhecimento do fator sexual da neurastenia, citado pelo autor, diz respeito a concepção corrente no meio médico da época de que tal patologia frequentemente se relaciona com a vida sexual, especialmente dos homens (ANDERSON, 2000). No entanto, o que nos chama atenção é a afirmação freudiana de que “(...) *toda* neurastenia é sexual” (FREUD, 1893d/1990, p. 256, grifo do autor). Deixando de lado a questão da hereditariedade na neurastenia, o autor busca se debruçar sobre as formas adquiridas da doença e apresenta os pontos que perseguirá para tratar da etiologia: “(1) a precondição necessária sem a qual o estado não pode surgir em absoluto e (2) os fatores desencadeantes” (FREUD, 1893d/1990, p. 256). No caso da neurastenia, lemos que:

(...) apenas o esgotamento sexual pode, por si só, provocar neurastenia. Quando não consegue esse resultado por si mesmo, tem um efeito tal sobre a disposição do sistema nervoso que a doença física, os afetos depressivos e o excesso de trabalho (influências tóxicas) não mais podem ser tolerados sem [levar à] neurastenia. Sem o esgotamento sexual, porém, todos esses fatores são incapazes de gerar neurastenia (FREUD, 1893d/1990, p. 257, grifo do autor).

Esta passagem parece deixar claro não apenas a forma como Freud pensa uma fórmula etiológica para as neuroses, considerando uma precondição e fatores desencadeadores, como também nos parece evidenciar a centralidade do sexual na

³⁰ Neurastenia (fraqueza neural), junto com a neurose de angústia, correspondem nesse momento a tipos de neuroses relacionados a processos fisiológicos estritamente ligados a vida atual dos doentes, distinguindo-se, assim, da histeria ligada às reminiscências, ao passado. O primeiro grupo será denominado posteriormente de neuroses atuais, enquanto o segundo – que engloba também a neurose obsessiva – serão as psicose neuroses de defesa ou neuroses de transferência.

etiologia da neurastenia: sem o esgotamento sexual, o quadro não se configura como tal. Além disso, a masturbação excessiva e precoce, bem como o *coitus interruptus*, entram como fatores nocivos de impacto no sistema nervoso por sua estimulação³¹ - e causando, por consequência, seu enfraquecimento: neurastenia.

Esses fatores se ligariam também com a chamada neurose de angústia, cujo mecanismo etiológico será trabalhado mais detidamente em outro escrito, o *Rascunho E – Como se Origina a Angústia*, publicado em junho de 1894. Neste rascunho, Freud (1894a/1990) apresenta um mecanismo completo para o surgimento da angústia em termos da tensão sexual acumulada, tensão esta estritamente somática que não encontraria lugar na esfera psíquica para sua descarga. Nas excitações endógenas, que partem de dentro do corpo do indivíduo, como fome, sede e pulsão sexual, apenas uma reação específica poderia dar conta de aplacá-las, ou seja, promover sua descarga e o retorno homeostático do sistema. De acordo com o autor:

Aqui podemos supor que a tensão endógena cresce contínua ou descontinuamente, mas, de qualquer modo, só é percebida quando atinge um determinado *limiar*. É somente acima desse limiar que a tensão passa a ter significação *psíquica*, que entra em contato com determinados grupos de ideias que, com isso, passam a buscar soluções (FREUD, 1894^a/1990, p. 273, grifo do autor).

Ora, se para as excitações endógenas é preciso buscar ações específicas, como comer, beber água, ou o coito, visando a descarga e diminuição da tensão, Freud esclarece que tal tensão precisa passar de um determinado limiar para ser percebida psiquicamente e levar à busca da ação específica que é a solução para a tensão.

Assim, a tensão sexual física acima de certo nível desperta a libido psíquica, que então induz ao coito, etc. Quando a reação específica deixa de se realizar, a tensão físico-psíquica (*o afeto sexual*) aumenta desmedidamente. Torna-se uma perturbação, mas ainda há espaço para sua transformação (FREUD, 1894a/1990, p. 273, grifo nosso).³²

³¹ O papel do *coitus interruptus* e, principalmente, da masturbação no surgimento das doenças nervosas teve lugar central nas discussões médicas e psicopatológicas na metade final do Séc. XIX, levando a toda sorte de procedimentos cirúrgicos nos órgãos genitais, especialmente de mulheres e crianças. Para um trabalho historiográfico dessa questão e o envolvimento de Freud neste debate, cf. *Por Que Ignoramos Freud o “Pediatra”?* de Carlo Bonomi (2021).

³² Segundo a nota do Editor da ESB (1990) n. 3 da p. 273, nessa passagem é possivelmente a primeira vez que encontramos o termo “libido” em um escrito freudiano e já vinculado ao sexual psíquico.

Já na neurose de angústia estaria em questão um desvirtuamento justamente da ligação psíquica dessa tensão sexual física transformada em libido. A transformação ocorre, passa do limiar da percepção, mas não encontra de forma suficiente uma conexão psíquica. Lemos na sequência que nesse tipo de neurose:

(...) a tensão física aumentada, atinge o nível do limiar em que consegue despertar o afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um *afeto sexual* não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em – angústia (FREUD, 1894a/1990, p. 273, grifo do autor).

Temos, assim, uma construção explicativa para o surgimento da angústia e da neurose de angústia. A tensão sexual física, mesmo transformada em libido psíquica (afeto físico-psíquico sexual), tendo ultrapassado o limiar para sua percepção, não encontraria um grupo de ideias suficientemente fortes para sua ligação, impedindo, por um lado, a realização de uma ação específica para descarga e, por outro, transformando-se em angústia – permanecendo no corpo por meio de seus efeitos perceptíveis, como taquicardia e dispneia, por exemplo.

Vale destacar que a fórmula explicativa lembra demasiado aquela que vimos em relação à histeria nos diferentes momentos da obra freudiana, mas especialmente o que é apresentado em *Comunicação Preliminar*. Há uma tensão que busca descarga, e no caso da angústia, uma tensão endógena sexual. Enquanto na histeria é uma excitação psíquica causada por um evento traumático ligado a uma ideia separada da cadeia associativa que não encontra descarga se não por via das inervações somáticas, na neurose de angústia, uma tensão física interna não encontra expressão psíquica e permanece como afeto no trajeto somático, não ligado a uma ideia. Neurose de angústia e neurastenia se tornarão o conjunto das neuroses atuais, enquanto a histeria, por sua vez, junto com a neurose obsessiva e fobia, enquadrar-se-ão na nosografia dos quadros de neuropsicoses – de defesa.

3.4 – A noção de defesa (1894)

Compreensão que potencialmente altera de maneira significativa e traz grande contribuição para a noção etiológica das neuroses em Freud – ou, ao menos, das psiconeuroses – deparamo-nos com a defesa. Em seu texto *As Neuropsicoses de Defesa* (1894b/1994) o autor busca, segundo Ola Anderson (2000), enfrentar um leque mais abrangente de problemáticas do que aquelas que havia atacado até então. De cunho central nas publicações pré-psicanalíticas, este artigo vai além da etiologia dos sintomas histéricos e busca discutir também as neuroses obsessivas, fobias e psicoses alucinatórias.

Freud abre seu texto lembrando as definições anteriores e as principais teorias de sua época, sinalizando sua percepção de que uma mudança é necessária para a compreensão das enfermidades neuróticas. Em uma breve discussão inicial, reposiciona a questão da divisão da consciência e dos estados hipnóides, característicos dos pensamentos de Janet e Breuer, respectivamente, para sinalizar que em certos casos de histeria – as histerias de defesa – a divisão da consciência é resultado de um ato voluntário do paciente, sua vontade de retirar do pensamento um determinado conteúdo. Afirma, assim, mais uma vez, sua posição no debate das enfermidades adquiridas. Embora admita a possibilidade de uma disposição patológica, insiste que esta não se confunde com degeneração individual ou hereditária. Os casos por ele tratados por meio da “análise psíquica”³³ (FREUD, 1894b/1994, p. 54), caracterizaram-se da seguinte forma:

Esses pacientes que analisei, portanto, gozaram de boa saúde mental até o momento em que *houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa* – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade do pensamento (FREUD, 1894b/1994, p. 55, grifo do autor).

Ou seja, a centralidade da questão etiológica não mais está no campo da hereditariedade, embora possa haver predisposição. O elemento etiológico passa a

³³ Trata-se da primeira vez que este termo é usado, embora “análise” já aparecesse em *Comunicação Preliminar* segundo nota n. 2 do editor da ESB (1969b/1994), p. 54.

ser a retirada de uma representação do campo associativo por ser incompatível com a vida representativa do eu e, como veremos, o destino dado ao afeto a ela ligado inicialmente. Freud acrescenta, ainda, logo adiante, que tais elementos incompatíveis derivam, especialmente, da vida sexual³⁴.

No entanto, a mudança que nos parece mais significativa operada neste artigo – a introdução, justamente, da noção de defesa – é logo apresentada pelo autor, por meio de “abstrações psicológicas correntes” (p. 56), nos seguintes termos:

A tarefa que o eu se impõe, em sua atitude defensiva, em tratar a representação incompatível como “*non-arrivé*”, simplesmente não pode ser realizada por ele. Tanto o traço mnêmico como o afeto ligado à representação lá estão de uma vez por todas e não podem ser erradicados. Mas uma realização aproximada da tarefa se dá quando o eu *transforma essa representação poderosa numa representação fraca*, retirando-lhe o afeto – a soma de excitação – do qual está carregada. A representação fraca não tem então praticamente nenhuma exigência a fazer ao trabalho do pensamento. *Mas a soma de excitação desvinculada dela [da representação] tem que ser utilizada de alguma outra forma* (FREUD, 1894b/1994, p. 56, grifo do autor).

Fica evidente que se trata de uma atitude defensiva do eu contra representações incompatíveis que, não podendo ser ignoradas de imediato – sendo registrados seus traços mnêmicos e seu afeto concomitante –, não resta ao eu senão retirar-lhe a força nas tramas associativas conscientes. O afeto é aquilo que torna poderosa uma representação, faz sobressair dentre as demais, ganhar acesso à consciência e ligar-se as outras representações do eu. Retirando o afeto, a representação não mais participa – ao menos não com a mesma intensidade – dos percursos do pensamento. No entanto, esse afeto separado ainda existe e precisa encontrar um destino para sua descarga, seu uso, seja nas inervações somáticas, seja por associações. Parece-nos aqui, para pegar emprestado um termo bastante usado por Ola Anderson (2000), embora ele não o empregue nesse momento de sua análise, que nos deparamos com uma fórmula bastante robusta para a etiologia das psiconeuroses ou neuroses de transferência – como serão nomeados no futuro a

³⁴ Embora as alusões aos conteúdos sexuais retirados da cadeia associativa principal já estivessem presentes em momentos anteriores da obra freudiana, ficamos com a forte sensação de que aqui aparecem, digamos, com todas as letras no texto, caracterizando elemento importante nas afecções neuróticas para além da neurastenia e neurose de angústia.

neurose obsessiva, a fobia e a histeria. Passo importante no qual já podemos notar elementos que embasarão, logo mais, o edifício psicanalítico³⁵.

Freud (1894b/1994) então fará uma (re)leitura daquelas que considera as principais psiconeuroses, considerando sua nova perspectiva: a defesa do eu e a separação do afeto da representação incompatível. O destino do afeto liberado da representação por meio da operação defensiva se tornará aquilo que diferencia as diversas formações patológicas no campo das neuropsicoses de defesa. Sejam histerias, neuroses obsessivas (e fobias) ou psicoses alucinatórias, o que se distingue entre elas é o destino do afeto, das quantidades de excitação.

Na formação dos sintomas histéricos a consequência do processo defensivo, ou seja, a separação entre afeto e representação, é o direcionamento rumo ao somático daquela quantidade liberada.

Na histeria, a representação incompatível é tonada inócua pela *transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática*. Para isso eu gostaria de propor o nome de conversão. (...) Ela opera ao longo da linha de inervação motora ou sensorial relacionada – intimamente ou mais frouxamente – com a experiência traumática. Desse modo o ego consegue libertar-se da contradição com a qual é confrontado (FREUD, 1894b/1994, p. 56, grifo do autor).

Notemos que o destino do afeto retirado da representação incompatível é o que está colocado em causa no aparecimento dos sintomas somáticos na histeria, sintomas esses para os quais Freud propõe o nome de conversão³⁶. Esta, por sua vez, é elevada ao *status* de fator característico da histeria, e não a dissociação da consciência, como proposto em *Comunicação Preliminar*. Além disso, Freud (1894b/1994) sustenta que poderíamos encontrar como pista da predisposição à histeria essa “(...) aptidão psicofísica para transpor enormes somas de excitação para a inervação somática” (p. 57).

³⁵ Por exemplo, o que é apresentado por Freud em termos da retirada de afeto de uma representação indesejada como defesa do eu, lembra-nos, e muito, do mecanismo que será a Verdrängung (recalque ou repressão) – operação que será reconhecida por Freud em *História do Movimento Psicanalítico* em 1914 e em *Dois Verbetes de Enciclopédia* de 1923, como pedra angular sobre a qual repousa o edifício psicanalítico.

³⁶ Segundo nota do editor da ESB (1994) n. 2 da p. 56 neste artigo é a primeira vez que o termo conversão ocorre no texto freudiano.

Já na formação de sintomas obsessivos, não havendo tal aptidão para a conversão do afeto, este último fica obrigado a permanecer na esfera psíquica e, portanto:

A representação, agora enfraquecida, persiste ainda na consciência, separada de qualquer associação. *Mas seu afeto, tornado livre, liga-se a outras representações que não são incompatíveis em si mesmas e, graças a essa “falsa ligação”, tais representações se transformam em representações obsessivas*³⁷ (FREUD, 1894b/1994, p. 59, grifo do autor).

Novamente, acompanhamos que no pensamento etiológico freudiano deste momento, a defesa é o mecanismo que age nas psiconeuroses e o diferencial entre elas é o destino do afeto que fora separado da representação. No caso das neuroses obsessivas, o destino do afeto não é uma inervação somática, como na histeria, mas sim uma nova representação, desta vez, tolerável para o eu. Nisso se daria a incompreensível persistência e o caráter aflitivo dos pensamentos obsessivos que, à primeira vista, não teriam razão para tamanha foça. Na neurose obsessiva, o que se modifica é a representação, substituída por meio de transposição³⁸ do afeto.

Também no caso de psicoses alucinatórias, Freud (1894b/1994) lança mão de sua perspectiva da defesa para dar-lhe especificidade etiológica. Sobre as confusões alucinatórias, o autor argumenta que o eu rejeita a representação junto *com* o afeto e, por fim, desliga-se, ele próprio, da realidade. Encontramos no texto:

O eu rompe com a representação incompatível; esta, porém, fica inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade, de modo que, à medida que o eu obtém esse resultado, também ele se desliga, total e parcialmente, da realidade. Em minha opinião, este último evento é a condição sob a qual as representações do sujeito recebem a vividez das alucinações (p. 65).

Como observamos até aqui, Freud parece acreditar, neste momento de sua elaboração teórica, que o mecanismo de defesa como fórmula etiológica para as

³⁷ Faz-se preciso comentar que no ano seguinte, 1895, Freud publica *Obsessões e Fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia* (1895c/1994), escrito, aparentemente, em 1894. Trata-se de uma retomada dos mesmos mecanismo aqui apresentado, com a diferença de uma destaque à fobia, que será aproximada das neuroses de angústia.

³⁸ Em outro momento do mesmo artigo Freud se vale da palavra “deslocamento”, mais conhecida no meio psicanalítico.

psiconeuroses pode oferecer explicação para um variado número de fenômenos observados no campo das doenças nervosas. Vale ressaltar que desde *Um Estudo Comparativo* de 1893e, Freud parece ter passado a problemática dos sintomas neuróticos para o campo das representações e dos afetos. Aqui, no entanto, é possível notar o robusto alcance de suas concepções e o final do artigo nos parece marcante nesse sentido:

Gostaria, por fim, de me deter por um momento na hipótese de trabalho que utilizei nesta exposição das neuroses de defesa. Refiro-me ao conceito de que, nas funções mentais, deve-se distinguir algo - uma carga de afeto ou soma de excitação - que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meios de medi-la) passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo (FREUD, 1894b/1994, p. 66).

Assim, as representações e os afetos que por elas podem espalhar-se, se já foram brevemente citados anteriormente na obra do autor, ganham lugar de evidente destaque. E mesmo que o artigo traga uma virada ao introduzir a noção de defesa ou neurose de defesa, uma perspectiva reivindicada por Freud e distinguida daquela construída por e com Breuer, nosso autor se refere ao tratamento catártico ao argumentar a possibilidade de remissão dos sintomas por meio da reintrodução da representação intolerável na cadeia associativa consciente e a realização da descarga da excitação por via da fala. Com a redução da contradição entre representação e eu, portanto, não seria mais necessário se defender. Por fim, destacamos que ao longo de seu escrito, Freud (1894b/1994) sinaliza que a representação incompatível, nos casos em que atendeu, são de natureza sexual.

Portanto, temos a forte impressão de encontrar neste artigo um momento importante da obra freudiana, especialmente no que diz respeito a seus pensamentos etiológicos das neuroses. Aqui, certamente, é a história de cada paciente, suas vivências e impressões, suas representações e afetos que constituem a etiologia da doença e o tratamento, por sua vez, é aquele em que tais elementos são trabalhados terapeuticamente na recuperação da *história* – a análise psíquica – por meio da *palavra*.

Capítulo 4 – Reminiscências, psicoterapia e defesa (1895-1896)

4.1 – Psicoterapia, etiologia e técnica (1895)

Ao avançarmos nas elaborações de Freud a respeito da etiologia da histeria, pudemos notar novas hipóteses sobre o funcionamento psíquico e o método de tratamento. Nos *Estudos Sobre a Histeria* (1895a/2016) – em partes composto por textos de Breuer³⁹ – Freud apresenta uma série de casos em que busca não só demonstrar suas hipóteses sobre a participação do trauma psíquico na etiologia da enfermidade adquirida, como novas considerações a esse respeito e sobre terapêutica. Sendo assim, e considerando o conjunto da publicação, tomaremos a liberdade de fazer uma breve discussão a respeito do tratamento tal como nos é apresentado, em sua relação com a proposta etiológica do período.

Tomemos mais detidamente, a fim de delimitar um recorte do momento de elaboração do pensamento freudiano, o que nos apresenta o autor em seu capítulo *A Psicoterapia da Histeria* (1895b/2016) presente nos *Estudos*. Aqui nos parece possível, de saída, notar significativas contribuições para a teoria da etiologia dos sintomas histéricos. Dentre eles, a necessidade de reconhecer a importância dos fatores sexuais para o desenvolvimento da neurose, reforçando o que já se anunciava em artigos precedentes, especialmente em *Psiconeuroses de Defesa*. Parece-nos possível observar algo a esse respeito no caso de Elisabeth Von R. (pseudônimo de Ilona Weiss), em que a inclinação amorosa pelo cunhado levará à cisão das associações como uma forma de defesa, de oposição do eu a se conciliar com esse tipo de ideia – poderíamos dizer, desejo –, cuja descarga afetiva levará às conversões no corpo (FREUD, 1895b/2016). Ou ainda, no caso Katharina, em que o autor apresenta uma situação experienciada pelo sujeito especificamente em sua infância que se liga à formação de sintomas neuróticos. Este caso nos parece paradigmático – embora o mais curto dos quatro apresentados por Freud – uma vez que converge a participação do fator sexual e uma experiência de sedução sofrida pela jovem quando criança. O seguinte trecho nos parece exemplificar seu pensamento no período e ser digno de citação. Escreve-nos Freud (1895a/2016):

³⁹ São de autoria de Breuer o *Comunicação Preliminar*, escrito com Freud, as *Considerações Teóricas* e o famoso caso de Bertha Pappenheim (a Anna O., como ficou conhecida).

O caso Katharina é típico; constata-se na análise de qualquer histeria fundada em traumas sexuais, que impressões do tempo pré-sexual, que permanecem sem efeito sobre a criança, depois adquirem força traumática como lembranças, quando a compreensão da vida sexual se abre a moça virgem ou a mulher (p. 193).

Pudemos acompanhar até aqui que os fatores sexuais já se avizinhavam do pensamento freudiano no que se refere a etiologia dos sintomas neuróticos. No entanto, há um passo a mais: em Katharina é a vivência de uma cena real de sedução por parte de um adulto que compõe a lembrança do evento que será separada da cadeia associativa. O sentido sexual da lembrança, no entanto, colore-a *a posteriori*, após a puberdade, quando da compreensão de questões sexuais pelo eu, transformando, então, a lembrança da experiência anterior em traumática, da qual o eu deve se defender. Por atuação da defesa, como temos visto, formar-se-ão os sintomas da jovem.

Um outro elemento que nos é apresentado pelo autor é a observação da existência de fortes *resistências* ao reaparecimento da representação originalmente afastada e, conseqüentemente, ao tratamento. Em *Psicoterapia da Histeria*, Freud (1895b/2016) retoma em linhas gerais sua proposta etiológica para a neurose de defesa e a articula com essa nova noção. Lemos em seu escrito:

Aproximou-se do Eu do paciente uma ideia que se revelou intolerável, que despertou da parte do Eu, uma força de repulsão cujo propósito era a defesa contra essa ideia intolerável. Tal defesa foi bem-sucedida, a ideia em questão foi impelida para fora da consciência e da lembrança, e aparentemente seu rastro psíquico não podia ser encontrado. Contudo, esse rastro devia existir. Quando eu me empenhava em dirigir a atenção para ele, sentia como *resistência* a mesma força que, na gênese dos sintomas, havia se mostrado como repulsão (p. 378, grifo do autor).

A partir desse (re)arranjo, podemos notar também reflexões e alterações na técnica do tratamento, que passa a visar o descobrimento da ideia reprimida, afastada da cadeia associativa do eu, com algumas novas considerações. Em primeiro lugar, Freud (1895b/2016), realiza uma breve ponderação a respeito do uso da hipnose e da sugestão como formas de tratamento - características do tratamento catártico de Breuer apresentado em *Comunicação Preliminar*. O autor observa que nem todos os pacientes são facilmente hipnotizáveis – a própria Elisabeth é um exemplo que

podemos memorar e com Katharina a técnica se quer foi utilizada – e que, para os efeitos do tratamento, faz-se importante a consideração das resistências e sua superação por meio do percurso associativo da recordação, o que era excluído no emprego da hipnose. Esta última simplesmente retirava as resistências e desvelava o conteúdo para o médico, sem efeitos duradouros no eu do paciente – o que se mostrou uma importante diferença entre o saber do médico analista e o saber construído pelo paciente, por meio da investigação de seu percurso de pensamento. Vejamos:

(...) *é totalmente inútil penetrar diretamente até o núcleo da organização patogênica.* Ainda que pudéssemos descobri-lo, o paciente não saberia o que fazer com o esclarecimento a ele oferecido e não seria psiquicamente transformado por ele (FREUD, 1895b/2016, p. 409).

Passa a ser, portanto, o percurso de associação de ideias que ocorrem ao paciente e, especialmente, suas interrupções (sinais de resistência) o alvo da atenção do médico. A tarefa consiste em seguir o fio, cujo uma das pontas se apresenta em determinado pensamento, após superada certa resistência para sua comunicação, em direção ao próximo. Assim, seria possível trilhar um determinado caminho – desconhecido no início do percurso – em direção à lembrança reprimida, alojada em camadas mais profundas, da qual o eu busca se defender. Isto, inclusive, para que possa ser preparada, digamos, uma certa trama de associações que permitam a inclusão da ideia apartada mais uma vez na consciência, sem necessidade de defesa por parte do eu. Dizer simplesmente ao paciente que tal acontecimento ou lembrança do acontecimento tem relação com seu sofrimento atual, na melhor das hipóteses, não surtiria efeito. Na pior, poderia levar a interrupção do tratamento ou uma inimizade entre paciente e médico.

Se a hipnose se tratava de uma mescla entre olhar e escutar, como sinaliza Dunker (2011/2021), perguntamo-nos se a proposta terapêutica freudiana, ao abandonar a hipnose e dirigir sua atenção aos pensamentos espontâneos que ocorrem aos pacientes, não se aproximaria já aqui de uma clínica da escuta *in statu nascendi*. O olho dá espaço para um ouvido atento, o paciente deitado no divã não

está ali para ser visto, mas escutado em suas associações⁴⁰. Voltaremos nessa questão em nosso último capítulo.

Percorrer as associações e superar resistências como método mais adequado do que a hipnose se relaciona também com a compreensão apresentada nesse momento de que o material patogênico - eis uma mudança - não se comporta como um corpo estranho, mas como material infiltrado:

Um corpo estranho não entra em nenhuma conexão com as camadas de tecido que o circundam, embora as altere e lhes imponha uma inflamação reativa. Nosso grupo psíquico patogênico, em contrapartida, não se deixa extrair limpamente do Eu; por todos os lados, suas camadas externas passam para o Eu normal; na verdade, pertencem a este último tanto quanto à organização patogênica. (...) A organização patogênica não se comporta realmente como um corpo estranho, mas, isto sim, como um material infiltrado. Nessa imagem, a resistência deve ser tomada como aquilo que está infiltrado (FREUD, 1895b/2016, p. 408).

Observamos, pois, outra mudança em relação a compreensão do material patogênico. Se em 1893, em *Comunicação Preliminar*, as reminiscências separadas da cadeia associativa são tratadas como corpo estranho ao eu, aqui, por sua vez, parecem caracterizadas por uma certa continuidade com ele. No entanto, consistem em caminhos associativos fechados, primeiro pela ação da defesa e, posteriormente, devido às resistências. A tarefa psicoterapêutica, portanto, visa e é capaz, não de remover - extirpar o material patogênico - mas, antes, “dissolver a resistência e, desse modo, abrir à circulação o caminho para uma região até então bloqueada” (FREUD, 1895b/2016, p. 408). Tarefa árdua, uma vez que para chegar a tal região, e ao núcleo patogênico, muitos caminhos associativos hão de ser percorridos até desembocar nos traços mnêmicos patológicos. Podendo não se tratar de uma única experiência, mais uma série de vivências ao longo da história do sujeito, Freud (1895b/2016) argumenta que o sintoma neurótico, frequentemente, é sobredeterminado – não se tratando de uma única causa com seu efeito específico, mas de uma série⁴¹.

⁴⁰ Ver nossa discussão sobre os elementos que caracterizam a clínica clássica no Capítulo 1 deste trabalho.

⁴¹ Isso se relaciona intimamente com a compreensão de uma certa estrutura, digamos, da etiologia das neuroses composta, como destaca Anderson (2000), pelos seguintes tipos de fatores: *condições* (fatores que, se ausentes, não produzem efeito patológico, mas tampouco sozinhos), *causas específicas* (são aquelas necessárias para a ocorrência do efeito patológico ao atingirem certa quantidade havendo presença das condições), *causas contributivas* (que não podem por si só levarem ao efeito patológico, podem estar ausentes, mas quando presentes contribuem para a formação etiológica junto as duas anteriores) e *incidentes desencadeantes*

Freud (1895b/2016) também aponta o caráter profilático e sintomático do tratamento, mas sem considerar essa característica um demérito. Ao contrário, poder se restabelecer do sintoma e recuperar a ligação associativa com a lembrança e seus elementos são, sobretudo, enriquecedores para o eu que então vê-se livre da necessidade de seguir com a defesa ou se defender, no futuro, de maneira mais eficiente. Ao final de seu escrito, lemos o autor responder à uma objeção a respeito das circunstâncias da vida que não podem ser alteradas pelo procedimento psicoterapêutico:

“De fato, não duvido que seria mais fácil para o destino do que para mim eliminar seu sofrimento: mas você se convencerá de que muito se ganha se conseguirmos transformar sua miséria histérica em infelicidade comum. Desta última você poderá se defender melhor com uma vida psíquica restabelecida”⁴² (p. 427).

Aqui é possível notarmos que o pensamento freudiano – em um tensionamento constante entre hipóteses teóricas e experiência clínica na relação com os pacientes – é um pensamento em movimento. A etiologia não diz respeito a uma lesão orgânica ou dificuldades fisiológicas, mas ao campo das representações, dos afetos, da história pregressa singular e da dinâmica psíquica. Os sintomas se caracterizam pela expressão do isolamento, da separação de certas representações reprimidas em relação ao eu, como resume Pedro de Santi em seu texto *Linguagem, História e Desejo* (2017).

4.2 – Causas específicas: sexualidade, infância e etiologia (1896)

Após os *Estudos*, em nosso levantamento dos artigos de Freud, consideramos que são incorporados à sua argumentação etiológica da neurose alguns elementos que, se não são inéditos, ao menos ganham uma centralidade importante em suas publicações no ano de 1896. Quatro são os textos em que verificamos a exposição direta dos fatores etiológicos das “grandes neuroses” nesse período e com destaque

(correspondem ao fator fortuito, que pode levar ao desencadeamento do efeito patológico – podendo corresponder, inclusive aos fatores anteriores –, mas cuja eficácia depende da presença das demais condições).

⁴² As aspas estão no original.

à problemática da etiologia diferencial – ou seja, da escolha da neurose. É a causalidade ligada a experiência primária e seus efeitos na formação de cada sintoma componente das diferentes neuroses que parece ocupar o pensamento freudiano aqui. Vamos às suas argumentações de 1896⁴³.

Anexo à carta para Fliess de 1º de janeiro de 1896, encontramos o *Rascunho K – As Neuroses de Defesa (Um Conto de Fadas Natalino)*. E Freud (1896a/1990) inicia seu rascunho apontando para aquilo que há de comum entre os quadros de neuroses de defesa: a perturbações patológicas dos estados afetivos psíquicos normais. Vemos, de saída, que se consolidou, no campo das neuropsicoses de defesa – histeria, neurose obsessiva, fobia e paranoia – o fator das perturbações do afeto e que tal perturbação leva a “um permanente prejuízo para o ego” (p. 307)⁴⁴. Em que pese que a etiologia seja aquela já discutida desde *As Neuropsicoses de Defesa*, o autor explicita outras duas precondições que se tornarão fundamentais para sua argumentação sobre a causa: que ela “seja de natureza sexual e que ocorra durante o período anterior a maturidade sexual (as precondições de *sexualidade e infantilismo*)” (p. 307, grifo do autor).

No geral, Freud (1896a/1990) recupera elementos que se consolidaram em sua proposta etiológica para as neuroses de defesa, afirmando a existência de uma tendência normal a ela: uma aversão do eu ao investimento de energia psíquica em ideias que de alguma maneira possam resultar em desprazer. Mas a defesa se torna prejudicial e patológica na medida em que recai sobre as ideias que são capazes, como lembranças⁴⁵, de reavivar o desprazer. De forma esquemática, o autor nos apresenta etapas para o adoecimento nas “neuroses de recalçamento” (p. 310):

⁴³ Vale ressaltar que os argumentos do autor nos diferentes textos do período são bastante semelhantes e repetitivos. Sendo assim, caminharemos pelas contribuições ao conjunto da obra que se apresentou no ano de 1896, destacando o que nos parece mais relevante para nosso tema. Parece-nos, de maneira geral, uma retomada das posições dos anos anteriores, o que nos coloca na esteira do que fora apontado também por Ola Anderson (2000).

⁴⁴ Vale destacar que a noção de “ego” sofre uma alteração na concepção freudiana a partir de 1895, com a introdução do processo secundário, conceito por ele desenvolvido em *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895d/1990). Tal processo decorreria da função de obter prazer e evitar a dor pertencente a esta estrutura que, em sua tarefa, também se incumbe de diferenciar aquilo que é da ordem do externo ou interno. Segundo Anderson (2000), um dano no ego, portanto, significa uma incapacidade total ou parcial de garantir o processo secundário.

⁴⁵ Tanto Ola Anderson (2000) como Laplanche e Pontalis (1988) em *Fantasias Originárias* destacam a importância dada a lembrança do evento. Este não sendo traumatogênico em si, torna-se traumático na medida de seu reavivamento – reinvestimento afetivo – a partir da (re)significação que adquire: um certo colorido sexual – após

(...) (1) a experiência sexual (ou a série de experiências), que é traumática e prematura e deve ser recalcada. (2) Seu recalque em alguma ocasião posterior, que desperta a lembrança correspondente; ao mesmo tempo a formação de um sintoma primário. (3) Um estágio de defesa bem-sucedido, que é equivalente a saúde, exceto quanto as exigências do sintoma primário. (4) O estágio em que as ideias recalçadas retornam e em que, durante a luta entre elas e o ego, formam-se novos sintomas, que são os da doença propriamente dita (p. 310).

Havendo isso em comum entre as neuroses de defesa, o mecanismo e o rumo da doença seguindo esse percurso para sua formação, aquilo que caracterizaria as diferenças entre elas fica a cargo de outros fatores. É aqui que intervêm, ao nosso ver, a contribuição significativa das publicações deste ano, especialmente no artigo *A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses* (FREUD, 1896b/1994): a distinção de uma *etiologia específica* (necessária para o aparecimento da neurose). Neste texto também encontramos pela primeira vez o nome “psicanálise” (p. 150) para designar o método de investigação e tratamento proposto por Freud.

Neste escrito, Freud (1896b/1994) se dirige, explicitamente, aos seguidores de Charcot, e busca tratar da causa específica da histeria – e das demais neuropsicoses – de um ponto de vista mais uma vez distinto do de seu antigo mestre. A causa específica da neurose e de cada um de seus tipos não estaria na hereditariedade, mesmo que esta pudesse concorrer como um fator predisponente. A causa imediata dos distúrbios neuróticos reside em outro lugar, e, como para pôr definitivamente à luz do dia, Freud (1896b/1994) diz:

(...) cada uma das grandes neuroses que enumerei tem como causa imediata uma perturbação específica da economia do sistema nervoso, e que essas modificações patológicas funcionais *têm como fonte comum a vida sexual do sujeito, quer residam num distúrbio de sua vida sexual contemporânea* [neuroses atuais], *quer em fatos importante da sua vida passada* [neuropsicoses] (p. 148, grifo do autor).

E conclui apontando para a etiologia diferencial:

O que confere um caráter distintivo a minha linha de abordagem é que elevo essas influências sexuais à categorias de causas específicas, reconheço sua atuação em *todos os casos de neurose* e, finalmente,

a puberdade. É a lembrança em sua nova roupagem sexual que promove o recalque, a ação da defesa patológica e, por consequência, a formação dos sintomas neuróticos.

traço um paralelismo regular, prova de uma relação etiológica especial, entre *a natureza da influência sexual e a espécie patológica da neurose* (p. 149, grifo nosso).

Aqui nos deparamos claramente com a posição a que chega Freud neste momento. Na etiologia de todas as neuroses há, como causa específica, e ligada a espécie de cada tipo delas, o fator da vida sexual. No entanto, ainda nos resta a questão de quais seriam os agentes que provocariam a diferenciação na escolha da neurose. Eis o que nos parece o ponto de virada do ano de 1896: são as sutilezas ligadas à lembrança da vivência, digamos, a posição do sujeito na cena, que tomarão as rédeas do destino do adoecimento.

No caso das histerias, a lembrança se referiria a uma vivência de excitação sexual desprazerosa e *passiva* na tenra infância, antes da maturidade sexual. Já para a neurose obsessiva, tratar-se-ia de uma lembrança de experiência sexual prazerosa e *ativa* após a vivência de uma experiência anterior de desprazer, passiva. Nas obsessões, dois outros componentes entram em jogo: a agressividade na experiência sexual ativa prazerosa e a culpa derivada da recriminação pelo gozo sexual. Explicação etiológica unânime nos textos que levantamos do autor nesse ano (FREUD, 1896a/1990, 1896b/1994, 1896c/1994, 1896d/1994).

No entanto, um ponto a mais deve ser acrescido: que tenham ocorridos tais experiências de sedução e excitação dos órgãos sexuais, não constituem elas em si o trauma psíquico. Escreve Freud em *Observações Adicionais Sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896c/1994): “(...) não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como *lembrança* depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (p. 165, grifo do autor)⁴⁶. A experiência vivida deixa uma marca mnêmica, esta, por sua vez, no momento da puberdade, adquire um outro colorido de significado e é retomada em um renovado desprazer que, aí então, a faz cair alvo do recalçamento, formando o sintoma primário de defesa. O momento seguinte é o da doença propriamente dita: “(...) caracterizado *pelo retorno das*

⁴⁶ Basta lembrarmos do caso Katharina, brevemente discutido por nós na p. 43. E que, já em *A Psicoterapia da Histeria* a lembrança é colocada como fator desencadeante, a depender da singularidade de cada sujeito diante do evento rememorado.

lembranças recalçadas – isto é, pelo fracasso da defesa” (FREUD, 1896c/1994, p. 171, grifo do autor).

Diante do retorno do recalçado⁴⁷ formam-se os sintomas secundários. São, segundo o Freud (1896c/1994), verdadeiras *soluções de compromisso*⁴⁸ entre as *forças recalçadas e recalçadoras* – noção sobremaneira cara à psicanálise vindoura.

Freud conclui, com bastante clareza, seu *Hereditariedade e Etiologia* da seguinte forma:

(...) estou convencido de que a hereditariedade nervosa, por si só, é incapaz de produzir as psicose neuroses se faltar sua etiologia específica, isto é, a experiência sexual precoce. Creio mesmo que a decisão quanto ao desenvolvimento de uma das duas neuroses, histeria ou obsessões, em determinado caso, não provém da hereditariedade, mas de uma característica especial do evento sexual da tenra infância (1896b/1994, p. 155).

Além da característica do evento sexual – decorrente da violência ou da sedução – há, como vimos, um privilégio atribuído a forma como se dá o recalçamento e seu retorno – Freud as nomeia, lembremos, de *neuroses de recalçamento*. Ora Anderson (2000), diante dessa mudança, faz uma observação que nos parece de grande importância teórica e histórica: no ano de 1896 é a noção de recalçamento que passa a ocupar lugar de destaque para a etiologia das neuroses, em detrimento – mas sem excluir (por enquanto) – a noção de defesa apresentada em 1894. Assim, não nos parece exagero afirmar que estamos diante de uma proposta etiológica para as neuroses que, em que pese todo o percurso e as inúmeras referências e contribuições ao pensamento de Freud, é, sobretudo, freudiana. Estamos na antessala da psicanálise.

⁴⁷ É justamente nesse texto que encontramos, possivelmente pela primeira vez numa publicação de Freud, o termo “retorno do recalçado” (p. 170).

⁴⁸ Outra expressão cara à psicanálise que já se encontra aqui. Começamos a sentir familiaridade com os termos. As soluções de compromisso consistem naquilo sobre o que já nos debruçamos ao falar do recalçamento e no destino do afeto nas diferentes neuroses de defesa.

Capítulo 5 – “Não acredito mais em minha *Neurotika*” (1897)

5.1 – Carta à Fliess 69, de 1897: na antessala da Psicanálise (1897)

Lembremos agora que, até o presente momento de nosso percurso sobre suas investigações, Freud considera que a lembrança traumática é uma lembrança de um acontecimento real, factual da infância dos pacientes – uma violência sexual ou sedução cometida por um adulto diante de uma criança. Esses acontecimentos, portanto, (re)significados na puberdade como sexuais e adquirindo grande força afetiva após a puberdade, seriam insuportáveis para o eu, sofrendo assim, a ação do recalque e o posterior retorno do recalque devido ao fracasso da defesa, produzindo os sintomas de compromisso, segundo a fórmula etiológica apresentada por Freud, como pudemos acompanhar em seus escritos.

Um exemplo interessante apresentado por Freud é o caso Katarina (1895a/2016), ainda nos *Estudos*, tratado como caso típico, que agora retomamos como vinheta. A jovem moça, filha da dona da pousada em que o autor passava suas férias, sofrendo de crises de angústia, teria vivenciado a aproximação sexual de seu tio (depois descobrimos que na verdade é seu pai, graças a nota de rodapé acrescentada pelo próprio autor) e que foram significadas como tal após ela presenciar um intercurso sexual desse homem com sua prima. A (re)significação de suas experiências próprias, a partir dessa cena, como sexuais, as teriam afastado de sua consciência, por ocasião do recalque que age sobre a lembrança insuportável. Pelo próprio mecanismo do recalque (ou repressão⁴⁹), o afeto separado de tais representações – lembranças – de uma situação real da qual gostaria de nada saber sobre, gerariam seu sintoma, sua angústia, a visão da cabeça de um homem, seu pai – o retorno do recalque.

Em importante carta à Fliess (número 69, de 21 de setembro de 1897), Freud (1897b) declara a seu amigo e confidente outro expressivo avanço, uma virada, em sua investigação sobre o padecimento neurótico e a etiologia dos sintomas histéricos. A etiologia psíquica, parece-nos, ganha definitivo destaque na teorização freudiana.

⁴⁹ Não ignoramos as discussões existentes a respeito da tradução para o português do termo *verdrangung*, ora traduzido como repressão, ora como recalque. No entanto, aqui optamos por utilizar o termo recalque deliberadamente, uma vez que é dessa maneira que encontramos na ESB e por nos encontrarmos na esteira da argumentação realizada por Lina Schlachter e Waldir Beividas no artigo *Recalque, Rejeição, Denegação* (2010).

As lembranças apartadas sobre as quais influi o recalçamento, e se mantêm separadas pelas resistências, não mais pareciam respaldadas em uma cena factual vivenciada pelos pacientes em suas infâncias, mas se ligariam, antes, ao desejo e as fantasias infantis. Vale a pena nos determos em trechos dessa correspondência:

E agora quero confiar-lhe [Wilhelm], imediatamente, o grande segredo que, nos últimos meses, foi-me lentamente ficando claro. Não acredito mais em minha *neurótica* [Neurotika] (p. 34, grifo nosso).

Não nos parece excessivo recordarmos, tão logo quanto possível, que “minha neurótica” faz referência a teoria sobre a neurose e sua etiologia e não às pacientes neuróticas que eram atendidas por Freud. O autor prossegue e apresenta os questionamentos e reflexões que o levaram a colocar em dúvida sua teoria anterior sobre o fato traumático na infância como causa específica do adoecimento, ou seja, a teoria da sedução. Dentre elas, a necessidade de que *todos* os pais de suas pacientes se inclinassem de forma abusiva e perversa na relação com as filhas pequenas. Nesse grupo de reflexões estaria, portanto:

(...) a surpresa de que, em todos os casos, o *pai* tinha de ser acusado de perversão, sem excluir o meu, a constatação da inesperada frequência da histeria, na qual é sempre a mesma condição que permaneceria mantida, muito embora uma difusão como essa da perversão contra crianças seja pouco provável. (A perversão tem de ser incomensuravelmente mais frequente do que a histeria, pois o adoecimento só aparece quando há um acúmulo de eventos e quando se soma um fator que enfraquece a defesa) (p. 34, grifo do autor).

Freud prossegue em mais uma constatação de importância sobre o funcionamento psíquico que coloca em xeque sua primeira teoria do trauma. A constatação de que:

(...) *não há um signo de realidade no inconsciente*, de forma que não se pode distinguir entre a realidade e a ficção investida com afeto. (Assim, restaria a solução de que a fantasia sexual se apodera regularmente do tema dos pais). Em quarto lugar [nas constatações], a ponderação de que a lembrança inconsciente não vem à tona na psicose mais profunda, de maneira que o segredo das vivências juvenis não pode ser revelado no delírio mais confuso (p. 34, grifo nosso).

E conclui:

Se vemos, então, que o inconsciente jamais supera a resistência do consciente, diminui também a expectativa de que no tratamento possa acontecer o inverso, até a completa domesticação do inconsciente pelo consciente (p. 34).

Se insistimos em retomar as palavras do próprio Freud, é por considerar esse um marco importante para compreensão não apenas dos mecanismos psíquicos e do inconsciente, mas, principalmente, por apresentar o que nos parece uma característica fundamental para o que pouco depois virá caracterizar a psicanálise, e sua especificidade no campo do saber humano e dos tratamentos mentais – em que encontramos também a Psiquiatria e a Psicologia. A especificidade que nos parece estar expressa nos trechos acima é a presença, na vida mental humana, de fantasias sexuais, ou seja, investidas afetivamente e que buscam expressão no mundo, na forma de desejos desconhecidos pelo próprio sujeito. Essa especificidade nos parece fundamental para marcar, como nos aponta Pedro de Santi (2017), o início de uma concepção cara à psicanálise: a de *realidade psíquica*.

A etiologia dos sintomas neuróticos sofre, a partir dessa constatação, uma nova alteração. A cena não mais precisa, necessariamente, ser vivida factualmente na realidade, mas as representações isoladas pela repressão podem ser fantasias ligadas à sexualidade infantil. Não apenas a compreensão teórica sobre a causa dos sintomas neuróticos se altera, mas a própria compreensão daquilo com o qual se lida no tratamento psicanalítico e aquilo que diz respeito ao seu campo ganham maior especificidade. Além disso, se a cena é fantasiada pelo sujeito, como nos lembra De Santi (2017), o sujeito da cena narrada ao longo do tratamento se altera. A ação não vem invariavelmente de um outro, o adulto perverso – embora isso não seja descartado em definitivo –, mas o agente da cena primária passa a ser seu autor, ou seja, aquele que fantasia. Passamos do pré-sexual da criança, para o campo de uma sexualidade infantil, como sinalizam Laplanche e Pontalis (1988). Vemos que Freud constata alguns aspectos que serão apenas depois, no século seguinte, foco de seus escritos, como essa sexualidade infantil, as figuras parentais como objeto das fantasias das crianças e, sobretudo, o *potencial traumático da sexualidade*. Desenvolvimentos ainda por vir, mas cujo alicerce intuímos já presente no pensamento freudiano *fin de siècle*.

Afirmamos que a consideração das cenas reais e seus efeitos não são completamente abandonados pelo autor, embora suas afirmações à Fliess nos pareçam de fato paradigmáticas. Isso se dá, pois não consideramos difícil notar ao longo da obra posterior de Freud, especialmente em seus casos clínicos publicados, a busca pela cena primária – embora ligada, a partir desses argumentos, à fantasia inconsciente infantil. O caso de Ida Bauer, a pequena Dora⁵⁰, nos parece exemplar. Freud (1905b/2016) a todo tempo busca construir e fazer retornar à memória de sua paciente cenas vivenciadas, ao mesmo tempo que interpreta suas fantasias, especialmente a partir dos sonhos relatados pela jovem. A noção de fantasia – a chamada segunda teoria do trauma – ganha destaque em detrimento da sedução, mas nos perguntamos: viria substituí-la em sua totalidade? Seria preciso mais tempo para uma satisfatória discussão a esse respeito. Acreditamos certo de que, seja como for, o reconhecimento da fantasia como componente da sexualidade infantil e da realidade psíquica é uma virada fundamental para concepção etiológica de Freud, uma vez que é uma cena sexual fantasiada que produz a excitação desprazerosa e cairá sob a ação do recalque promovendo os efeitos patológicos que, a essa altura, já conhecemos. Está inaugurado, para De Santi (2017), e seguimos em sua esteira, o campo propriamente psicanalítico.

⁵⁰ Caso ocorrido entre outubro e dezembro de 1900, redigido entre dezembro desse mesmo ano e janeiro de 1901, que fora publicado apenas em 1905.

Considerações Finais

Os objetivos de nosso trabalho eram fazer um levantamento da obra de Freud durante o período de 1886 e 1897, passando entre os principais textos que tratam de forma direta da questão da etiologia das neuroses, com vistas a investigar as concepções do autor e seu percurso de pensamento nos anos da pré-história da psicanálise; com isso, verificar suas aproximações e distanciamentos do campo do qual parte, a neurologia médica, rumo às concepções originais que o direcionam ao campo psicanalítico.

Consideramos ser possível observar, diante de nossa investigação, uma conceituação em movimento e perpassada por diferentes contribuições e tensionamentos. Acompanhamos Freud partir na esteira do pensamento de Charcot, com a noção de histeria traumática e choque psíquico. Avançando em suas hipóteses, chega a afirmar a histeria como uma neurose no sentido estrito da palavra, não sendo decorrente de uma lesão observável no sistema nervoso – afastando-se dos pressupostos clínico-médicos clássicos. O adoecimento seria decorrente, antes, de alterações fisiológicas nesse sistema, causadas pela alteração da distribuição de excitação. Mais adiante, afirma que as excitações se ligam às representações, ou seja, às ideias. A representação ganha definitivo destaque a partir de 1893, em que se associam a elas os afetos. As paralisias histéricas são causadas pela alteração afetiva da representação do membro paralisado, que não pode associar-se no pensamento consciente.

Pouco depois, a importante noção de defesa é introduzida: uma virada conceitual significativa. Se o neurótico sofre de reminiscências é no sentido de que ele se defende da lembrança do evento desprazeroso e não do evento em si. A defesa se caracteriza pela separação entre afeto e a representação, sendo o destino do primeiro o determinante para o tipo de adoecimento. Por fim, já distanciado de Charcot e Breuer, Freud se debruça sobre as causas específicas para a formação dos diferentes sintomas: o fator sexual e a experiência infantil. A fórmula se dá: ocorre uma experiência de sedução na infância cuja significação sexual se dará na puberdade, ou seja, *a posteriori*, com o amadurecimento sexual do eu. Diante da lembrança agora colorida dessa maneira e intolerável, o eu se defende separando da

representação seu afeto. A representação separa-se da cadeia associativa consciente e o afeto deve buscar descarga por vias substitutivas, sejam somáticas (conversão histérica) ou psíquicas (pensamentos obsessivos). No entanto, há em 1897 uma nova virada. Em sua famosa carta à Fliess número 69, o autor parece se deparar com um elemento fundamental para seu pensamento posterior: as fantasias sexuais infantis. O sexual possui um potencial traumático em si.

Nesse percurso, portanto, vemos o desdobramento de um pensamento etiológico, mas também semiológico, diagnóstico e, por consequência, terapêutico no campo das doenças nervosas. Constitui os elementos necessários à uma clínica, como apresentamos no Capítulo 1.

Se considerarmos os caminhos realizados por Freud, acreditamos ser possível defender a hipótese de que, a partir da consideração do traumático como aquilo do qual o eu se defende diante de suas lembranças ou fantasia singulares, num jogo de investimentos de afetos e representações particulares, estamos no campo da história singular de cada paciente. Como vimos, também no Capítulo 1, é justamente este o campo em que Dunker (2011/2021) localiza a problemática da semiologia na clínica psiquiátrica: a história não é possível de ser observada pelos olhos. Assim, parece-nos que Freud não apenas se afasta da concepção da clínica médica clássica e seus postulados, como inaugura, a partir dos diálogos com seus pares, um novo campo e uma nova clínica: a da escuta das fantasias e do infantil, inseridos na história de vida de seus pacientes.

Sabemos que muitas outras questões interessantes se apresentam ao longo de nosso percurso. A questão da relação entre psicanálise e psiquiatria, por exemplo; a questão de possíveis consequências éticas dos desdobramentos aqui tratados; bem como a questão dos sintomas predominantes na contemporaneidade e os mecanismos psíquicos em operação hoje. Sabemos, também, que tocamos apenas superficialmente o contexto histórico e as influências presentes na produção do autor nesse período, bem como que nosso ponto de chegada é também de partida. No entanto, esperamos ter contribuído para situar minimamente o percurso de inauguração do campo psicanalítico e suas particularidades no momento de sua gênese no que se refere a etiologia e clínica nas neuroses. Quanto as questões em aberto, parecem-nos inquietações para desenvolvimentos e investigações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSSON, Ola. *Freud Percursor de Freud*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- BONOMI, Carlo. *Por que ignoramos Freud o “pediatra”? a relevância da formação pediátrica de Freud para a origem da Psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2021.
- BREUER, Joseph; FREUD, Sigmund. Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: comunicação preliminar. In: FREUD, S. *Obras Completas* (Vol. 2). São Paulo: Cia. das Letras, 2016 (original de 1893b).
- _____. Estudos Sobre a Histeria. In: FREUD, S. *Obras Completas* (Vol. 2). São Paulo: Cia. das Letras, 2016 (original de 1895a).
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DE SANTI, Pedro Luiz Ribeiro. Linguagem, História e Desejo. In: KUPERMANN, D. et al. *Por que Freud Hoje?*. São Paulo: Zagodoni, 2017.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Zagodoni, 2021 (original de 2011).
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2021 (original de 1963).
- FREUD, Sigmund. Relatório Sobre Meus Estudos em Paris e Berlim. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1886a).
- _____. Prefácio à Tradução das Conferências Sobre as Doenças do Sistema Nervoso, de Charcot. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1886b).
- _____. Observação de um Caso Grave de Hemianestesia em um Homem Histórico. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1886c).
- _____. Histeria. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1888).

_____. Um Caso de Cura Pelo Hipnotismo. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1892-1893a).

_____. Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: uma conferência. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1994 (original de 1893c).

_____. Rascunho B. A Etiologia das Neuroses. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1893d).

_____. Algumas Considerações para o Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Históricas. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1893e). julho

_____. Rascunho E. Como se Origina a Angústia. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1894a).

_____. As Neuropsicoses de Defesa. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1994 (original de 1894b).

_____. A Psicoterapia da Histeria. In: FREUD, S. *Obras Completas* (Vol. 2). São Paulo: Cia. das Letras, 2016 (original de 1895b).

_____. Obsessões e Fobias: Seu Mecanismo Psíquico e Sua Etiologia. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1994 (original de 1895c).

_____. Projeto para uma Psicologia Científica. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1895d).

_____. Rascunho K. As Neuroses de Defesa (Um Conto de Fadas Natalino). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1896a).

_____. A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1994 (original de 1896b).

_____. Observações Adicionais Sobre as Neuropsicoses de Defesa. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1994 (original de 1896c).

_____. A Etiologia da Histeria. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1994 (original de 1896d).

_____. Sinopses dos Escritos Científicos do Dr. Sigm. Freud. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1996 (original de 1897a).

_____. Carta a Fliess 139 [69]. In: FREUD, S. *Obras Incompletas de Sigmund Freud: Neurose, Psicose, Perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016 (original de 1897b).

_____. Análise Fragmentária de uma Histeria (“O Caso Dora”). *Obras Completas* (Vol. 6). São Paulo: Cia. das Letras, 2016 (original de 1905b).

_____. Contribuições à História do Movimento Psicanalítico. *Obras Completas* (Vol. 11). São Paulo: Cia. das Letras, 2012 (original de 1914).

_____. Dois Verbetes de Enciclopédia. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago, 1996 (original de 1923).

JOHANSSON, Magnus; ROUDINESCO, Elisabeth. Apresentação. In: ANDERSSON, O. *Freud Percursor de Freud*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001 (original de 1982).

_____. *Fantasia Originária, Fantasias das Origens, Origens da Fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

OCARIZ, Maria Cristina. *O sintoma e a clínica psicanalítica: o curável e o que não tem cura*. São Paulo: Via Lettera Editora, 2003.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Pinel – a Mania, o Tratamento Moral e os Inícios da Psiquiatria Contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, p. 113-116, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/rXNVvsX6rzFsX3wpVYdB4Lj/?format=pdf&lang=pt>

PRADO, Eduardo Fraga de Almeida. A Clínica Psicanalítica Winnicottiana Diante da Medicalização da Infância: possíveis conflitos e impasses. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

ROUDINESCO, Elisabeth. Henri Ellenberger e a descoberta do inconsciente. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, p. 587-595, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/5S9xTjjDKMbZMyxCVwQk74R/?format=pdf&lang=pt>

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>

STRACHEY, James. [Nota do Editor Inglês em Algumas Considerações para o Estudo Comparativo da Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas]. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. I). Rio de Janeiro: Imago, 1990 (original de 1969a).

_____. [Nota do Editor Inglês em Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: uma conferência]. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1994 (original de 1969b).