

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Sandra Cristina Girardi

**AS ELABORAÇÕES FREUDIANAS EM TORNO DA HISTERIA:
ELEMENTOS PARA A CONSTITUIÇÃO DO CONCEITO DE INCONSCIENTE**

FLORIANÓPOLIS

2008

SANDRA CRISTINA GIRARDI

**AS ELABORAÇÕES FREUDIANAS EM TORNO DA HISTERIA:
ELEMENTOS PARA A CONSTITUIÇÃO DO CONCEITO DE INCONSCIENTE.**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro
de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade
Federal de Santa Catarina.**

Orientador: Prof. Fernando Aguiar Brito de Sousa Dr.

FLORIANÓPOLIS

2008

Sandra Cristina Girardi

As elaborações freudianas em torno da histeria: Elementos para a constituição
do conceito de inconsciente

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de Dezembro de 2008.

Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFSC

Prof. Dr. Carlos Monguilhott Remor
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dra. Meriti de Souza
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFSC

Prof. Dr. Sérgio Scotti
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFSC

Dedico ao Rogério, por acreditar
em mim.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa, pela dedicação no trabalho de orientar.

Ao Rogerio por entender a necessidade que tive de dedicar-me ao trabalho dissertativo.

Ao ISSBLU, pelo tempo cedido.

À Augusto Massoquetti Jr., analista.

À Professora Marcilda, pelo seu profissionalismo e empenho.

À Helena, pela pelo suporte profissional.

Quando uma ciência progride rapidamente, idéias que a princípio foram expressas por indivíduos isolados logo se tornam de domínio público. Assim, ninguém que hoje procure expor suas concepções sobre a histeria e seu fundamento psíquico pode evitar expressar e repetir uma porção de idéias dos outros, idéias que deixaram de ser patrimônio pessoal para passar ao patrimônio público. É quase impossível citar sempre quem as expressou pela primeira vez e, além disso, corre-se o risco de imaginar ser produção própria aquilo que foi dito por outros. Assim, peço que desculpem se aqui houver poucas citações, e se não for rigorosamente diferenciado o que é meu e de outros. Pouco do que será dito nas próximas páginas pode ter pretensões de originalidade.

(HANS 1996 *apud* BREUER, 1895, Tradução livre [ESB 2,195]).

GIRARDI, Sandra Cristina. **As Elaborações freudianas em torno da histeria: elementos para a constituição do conceito de inconsciente**. Florianópolis, 2008. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Fernando Aguiar Brito de Sousa

Defesa: 17/12/08

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de refazer a trajetória inicial percorrida por Freud na construção da teoria sobre o inconsciente. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, de caráter histórico-conceitual, centrada, sobretudo, nos textos anteriores a *A interpretação dos sonhos*, incluindo ele próprio. Foram percorridas as formulações e decisões teórico-clínicas de Freud, desde quando sob influência de Charcot, passando pela colaboração com Breuer, pela teoria da sedução, pelo papel da fantasia na constituição da sintomática histérica, até o aparecimento deste livro fundador de sua vasta obra. Como resultado desta pesquisa, obteve-se o percurso inicial de Freud, por meio do qual ele construiu, conforme a lógica de suas observações clínicas e sua auto-análise, a teoria inédita do funcionamento do psiquismo humano, centrado no conceito de inconsciente, tendo como cenário principal a manifestação histérica. Identificou-se igualmente, na edificação da Psicanálise, o ponto de vista freudiano, segundo o qual a formação psicopatológica segue os mesmos trâmites envolvidos na constituição do psiquismo, considerado comum e estendido às demais pessoas.

Palavras-chave: histeria. psicanálise. inconsciente.

RESUMÉ

Cette recherche a été réalisée avec le but de refaire la trajectoire initiale parcourue par Freud dans la construction de la théorie sur l'inconscient. Pour cela, nous avons réalisé une recherche bibliographique de caractère historique – conceptuel, centré surtout dans les textes antérieurs à « L'interprétation des rêves ». Lui aussi y est inclus. Ont été parcourus les formulations et décisions théoriques – cliniques de Freud, depuis que, sur l'influence de Charcot, en passant par la collaboration avec Breuer, par la théorie de la séduction, par le rôle de la fantasme dans la constitution de la symptomatique hystérique jusqu'au surgissement de ce livre, fondateur de sa vaste œuvre. Comme résultat de cette recherche, on a obtenu le parcours initial de Freud par le moyen duquel il a construit, selon la logique de ses observations cliniques et sa auto-analyse, la théorie inédite du fonctionnement du psychisme humain, centré dans le concept de l'inconscient, ayant comme décor principal la manifestation hystérique. Nous avons également identifié dans l'édification de la psychanalyse, le point de vue freudien, selon lequel la formation psychopathologique suit les mêmes procédures impliqués dans la constitution du psychisme considéré fréquent et s'éteint aux autres personnes.

Mots-clés: hysteria. psychanalyse. inconscient.

SUMÁRIO

RESUMO	6
RESUMÉ.....	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 O FENÔMENO HISTÉRICO COMO MANIFESTAÇÃO DO PSÍQUICO.....	18
2.1 A HISTERIA EM TODOS OS TEMPOS – DOS GREGOS ANTIGOS À MODERNIDADE.....	18
2.2 A HISTERIA NA CONTEMPORANEIDADE	24
2.3 FREUD E BREUER: ATO FUNDADOR NOS PRIMÓDIOS DA PSICANÁLISE	34
3 HISTERIA E A HIPÓTESE DO INCONSCIENTE	42
3.1 A SUGESTÃO HIPNÓTICA E A MANIFESTAÇÃO INCONSCIENTE.....	45
3.2 A TENTATIVA DE ELABORAR UMA ETIOLOGIA SEXUAL DAS NEUROSES	53
4 A ETIOLOGIA DA HISTERIA E A TEORIA DA FANTASIA	56
4.1 OS CASOS CLÍNICOS: PRINCIPAIS ELEMENTOS DE CONSTRUÇÃO DA TEORIA DO INCONSCIENTE	60
5 A DEFESA COMO CAUSA ETIOLÓGICA DA HISTERIA.....	71
5.1 A TENTATIVA DE ELABORAR UM MODELO CIENTÍFICO PARA O INCONSCIENTE	75
6 SONHOS: FUNÇÃO PRIVILEGIADA DA MANIFESTAÇÃO INCONSCIENTE	81
6.1 O PRIMEIRO MODELO DE APARELHO PSÍQUICO.....	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS	98

1 INTRODUÇÃO

Menções ao conceito de inconsciente são anteriores ao desenvolvimento da teoria psicanalítica. Místicos, poetas e filósofos referiram-se ao aspecto desconhecido da *psyqué* e o chamaram de “impulsos irracionais”, ao “aspecto desejanter” da alma humana em suas mais variadas vertentes. Foi Sigmund Freud que tomou este conceito e fez dele um objeto de estudo aprofundado (ROCHA, 2002).

Os grandes filósofos da humanidade observaram que, além da parte racional da *psyché* humana, existiam tendências, características que inicialmente chamaram de irracionais e que interferiam diretamente nos laços sociais. Esse aspecto irracional poderia ser chamado de afetos, instintos, impulsos e desejos. Nesses primórdios do pensamento humano, o inconsciente não aparece como um conceito sistematizado, operativo e dinâmico, tampouco é definido como um sistema da vida psíquica, embora Rocha (2002) aponte que seja possível fazer alguma analogia com o que Freud desenvolveria posteriormente como conceito de inconsciente.

Na Antiguidade, sob o domínio do pensamento mítico, as chamadas “forças irracionais” da *psyché* eram atribuídas a uma intercessão especial dos deuses. Ajax, por exemplo, que Sófocles imortalizou em uma de suas tragédias, teve a razão transtornada pela deusa Atena, a fim de não cometer um grande desatino. Isto porque, pelo fato de ter perdido para Ulisses a tão sonhada condecoração das armas de Aquiles, quis destruir o exército de seu rival. Porém, com a intercessão da deusa, o que Ajax destruiu foi um pacato rebanho de carneiros. Ao recobrar a razão, Ajax envergonhou-se de sua insensatez, ficou sem objetivo ou causa por que lutar. Em outras palavras, sua vida perdeu o sentido e se transformou em uma vida sem brilho. Quase sempre as influências divinas eram feitas para castigar a desmedida da *hybris*, ou seja, a transgressão do desejo sem medida (ROCHA, 2002).

Nos poemas homéricos, um equivalente analógico do inconsciente freudiano poderia ser a noção de *thymós* provavelmente. *Thymós* – termo grego que poderia ser traduzido como coração valente, ou simplesmente como coragem –, era considerado, pelo homem grego, como a sede da afetividade. Nos poemas homéricos, indicava a força, o impulso e a coragem que faziam do guerreiro um verdadeiro herói nos campos de batalha. Assim, o herói era movido pelo seu *thymós*, o que significa dizer que nem sempre a razão comandava os impulsos, os atos, como frutos de um pensar consciente (ROCHA, 2002).

Da filosofia da Grécia Clássica, bastaria recordar a concepção tripartida da alma que Platão apresenta em sua obra *A República*. Para Platão, os três princípios estruturantes da *psyché* humana são: o racional, localizado na mente; o irascível, cravado no peito; e o concupiscível, ligado aos desejos sensíveis sediados no ventre. Segundo o filósofo, esses três

princípios poderiam entrar em contradição entre si, e daí necessariamente se originaria a noção de conflito (PEÑA, 2008).

Platão, para descrever a *psyché* humana, se vale do apólogo do cocheiro que dirige um carro puxado por dois cavalos: um dócil e outro rebelde às ordens da razão. Embora não empregue a palavra “inconsciente”, poder-se-ia pensar que sua referência encontra-se muito próxima a esse conceito.

Outro aspecto a ser ressaltado é o que Aristóteles afirma sobre a “parte desejante da alma”. O filósofo destaca a racionalidade e a irracionalidade desta, tanto podendo se coadunar como se opor à razão. Não se pode esquecer de que, para Aristóteles, o desejo tem um lugar de destaque na dinâmica do ato humano, sendo que nenhuma decisão se faz sem desejo. A decisão é fruto do trabalho de um intelecto impulsionado pelo desejo e de um desejo esclarecido pela razão (PEÑA, 2008).

Na Idade Medieval, novas perspectivas surgem, porém, pela mensagem bíblica e pela doutrina dos padres e dos doutores da fé cristã. O equivalente analógico do inconsciente encontra-se, não mais no aquém, mas no além da razão. Para os místicos, o inconsciente poderia ser um dos nomes de Deus. Para os teólogos, o inconsciente seria uma espécie de “não conhecimento”, aquilo que estava além do conhecimento humano. Nenhum nome poderia traduzir o mistério inefável de Deus, e Ele estaria além de qualquer saber e conhecimento. Os teólogos lançam mão de expressões as mais variadas para nomear o inominável. Para os místicos e os teólogos, o psiquismo não se identificava com a consciência (ROCHA, 2002).

No Renascimento, período de transição que liga a Idade Média à Idade Moderna, alguns nomes se destacam na filosofia e na literatura e cujos pensamentos sondaram regiões da alma humana que poderiam ser comparadas, de alguma forma, ao inconsciente freudiano. Entre eles, encontra-se um dos poetas e dramaturgos preferidos de Freud – Willian Shakespeare –, em cujas peças, não todas, mas em muitas delas, havia referências ao que, depois, seria conceituado como um inconsciente dinâmico (ROCHA, 2002).

Na Idade Moderna, particularmente no Romantismo alemão, o inconsciente figura em lugar de destaque no discurso dos grandes mestres. Embora o inconsciente romântico não possa ser identificado com o inconsciente freudiano, não se pode negar que a visão romântica exerceu grande influência sobre a formação do pensamento de Freud. Este é um herdeiro do romantismo alemão. Inserida na sua visão psicanalítica de homem, a herança do romantismo tomou uma nova dimensão e adquiriu um novo sentido (ROCHA, 2002).

Como visto, desde a Antiguidade, a idéia da existência de uma atividade do

funcionamento da consciência sempre foi objeto de múltiplas reflexões. Entretanto, foi Descartes, na Idade Moderna, quem postulou o princípio de um dualismo entre o corpo e a mente e que fez da consciência e do cogito o lugar da razão, em contraste ao universo da desrazão. Descartes identificou o psiquismo como o lugar da consciência e o pensamento inconsciente integrado à razão. Em sua teoria, apresentou a concepção de dois grandes mundos: o mundo da extensão, que chamou de *res extensa*, e o mundo do pensamento, *res cogitans*. Descartes praticamente excluiu qualquer possibilidade de se falar de uma realidade outra que não a consciente, pois o mundo da *res cogitans*, em que se situaria a realidade psíquica, era por ele identificado com o mundo da consciência, do pensamento: “*Cogito ergo sum*”, ou seja, penso, logo existo.

Na filosofia cartesiana, o eu apresenta-se como o cerne do psiquismo. É a única coisa de cuja existência não se pode duvidar, pois, mesmo quando se duvida, o eu não pode duvidar que pensa. O eu cartesiano fundamenta todo e qualquer saber, é auto-suficiente e apresenta-se como uma certeza inabalável de si. Com Descartes, estavam lançadas as bases filosóficas da subjetividade moderna, calcadas na racionalidade (ROCHA, 2002).

Pode-se constatar que o conceito de inconsciente, enquanto parte ou aspecto do psíquico, não era completamente estranho na cultura europeia do século XIX. Em outras palavras, Freud não foi, de modo algum, o inventor ou descobridor direto do conceito de inconsciente. Ao contrário, a atmosfera intelectual da época, que imediatamente precedeu o surgimento da Psicanálise, permitia uma leitura das inúmeras atividades que ocorriam sem a consciência do sujeito, pelo menos em um sentido direto. Isto é possível exemplificar com a conhecida metáfora que compara a mente a um *iceberg*: a consciência consistiria na parte que fica acima da superfície, e um componente inconsciente, na parte submersa, constituída por conteúdos escondidos, porém, atuantes na vida consciente. No entanto, não havia uma abordagem coerente para explicar a estrutura, o papel funcional ou a operação do inconsciente ou, mesmo, a modalidade de sua relação com a consciência no esquema geral da vida psíquica de uma pessoa. Não havia consenso na comunidade intelectual com respeito à natureza do inconsciente nem ao seu lugar em relação à consciência. Freud formulou uma estrutura teórica pertinente a essa situação, por meio da qual, pela primeira vez, tornou-se possível a construção de hipóteses para responder a cada uma dessas questões. Este é o sentido que permite afirmar que Freud foi o pioneiro da sistematização do conceito de inconsciente.

O interesse de Freud pela hipótese da existência do inconsciente não era um interesse filosófico, e sim, prático. Ele considerava que, sem essa suposição, seria impossível explicar ou, mesmo, descrever a grande variedade de fenômenos com os quais se defrontava no

cotidiano de sua clínica. O desenvolvimento teórico e clínico do conceito de inconsciente freudiano perpassa os estudos de Freud com Charcot, em que a hereditariedade e o aspecto anatomo-funcional da mente tinham importância considerável na etiologia das neuroses. O aporte inestimável dos estudos e pesquisas de Breuer e de sua paciente Ana O., profundamente insatisfeita, inquieta e sonhadora, contribuíram de modo incomensurável para o nascimento da teoria psicanalítica, assim como o fizeram outras tantas pacientes escutadas por Freud.

Essas mulheres consideradas “passivas” em razão de circunstâncias de época, história e sociedade, eram obrigadas a se conformar com regras sociais alheias à verdade de seu desejo, o que a elas causava profundo mal-estar. Essas inadequações entre o desejo dessas mulheres e a situação concreta da vida cotidiana eram denunciadas por meio de dores insuportáveis, paralisias, repuxamentos e cegueiras, que não encontravam substrato na anatomia. Podiam ser confinadas, impedidas de falar, de realizar seus desejos, mas seus corpos denunciavam essa intensa insatisfação. Era por meio dessa forma teatral, espetacular, que o corpo denunciava a queixa: eram verdades impedidas de serem ditas, e o corpo clamando por “escuta”.

Breuer, inicialmente, e depois Freud se propuseram a fazer com as histéricas o que até então não havia sido considerado: escutá-las. Escutá-las para além da sintomática, do fenômeno e do comportamento apresentado. A partir deste ato, a Psicanálise pôde configurar-se como corpo teórico. Tal escuta lançou as bases clínicas da Psicanálise e propiciou a qualificação e a constituição do psiquismo humano, introduzindo, de modo muito particular e com a importância devida, o conceito de inconsciente.

A constituição histérica é o ponto de referência da Psicanálise, o ponto de origem da teoria, a partir do qual são construídas as grandes linhas do modelo geral do funcionamento psíquico. Foi, também, o ponto de interlocução com o qual se desenvolveu este trabalho dissertativo, resultado de uma pesquisa bibliográfica.

Uma pesquisa bibliográfica é um trabalho escrito que resulta de um processo de leitura, elaboração e articulação de idéias. Em Psicanálise, a pesquisa faz parte da atividade clínica do psicanalista, ou melhor, a clínica psicanalítica, em sua particularidade, constitui uma intensa atividade de pesquisa em que se engajam paciente e psicanalista. Entretanto, esta atividade de pesquisa não termina quando o profissional encerra suas atividades clínicas cotidianas. Ela compõe a própria formação do psicanalista que se sustenta em sua análise pessoal, em sua atividade de supervisão e nos estudos que empreende. Esses estudos vêm ocorrendo também no âmbito da universidade e, nessa instituição, a atividade de pesquisa

adquire outros significados relacionados à trajetória científica. O objeto de pesquisa deste trabalho centra-se no exame bibliográfico acerca da evolução e articulação conceitual que empreendeu Freud para teorizar o conceito de inconsciente, na primeira tópica, tendo como cenário, a histeria. Ao contrário do que ocorre no âmbito da clínica, em que o psicanalista não explicita nada além de que ele é um psicanalista, no âmbito universitário, é necessário que ele acrescente especificidade e clareza em sua atividade de pesquisa, delimitando o objeto de pesquisa, elegendo um determinado método, tratamento dos dados e conclusões do processo (NOGUEIRA, 2004).

Outro aspecto relevante é a exigência da universidade que prima pela exatidão e clareza da pesquisa, muito diferente do que ocorre na clínica, onde a transferência é o “motor” da investigação. Entretanto, existe uma diferença radical entre a atividade clínica e a pesquisa. Na clínica, o analisando é convidado a associar livremente, nas instituições universitárias, a “regra de ouro” sugerida é a concisão e a exatidão intelectual (MEZAN, 2001).

A elaboração de um trabalho acadêmico de pesquisa em Psicanálise está vinculada à leitura da atividade clínica, podendo ser um prolongamento desta. Freud construiu seu arcabouço teórico a partir dos atendimentos clínicos que empreendeu juntamente com as históricas, sua auto-análise pessoal e sua pesquisa constante na esfera do psiquismo (MEZAN, 2001).

Ainda segundo Figueiredo (2004), ora as teorias da Psicanálise tornam-se objeto de estudos sistemáticos, ora de estudos históricos, ora de reflexões epistemológicas. Outras vezes, alguns conceitos psicanalíticos são mobilizados como instrumentos para a investigação e compreensão de variados fenômenos sociais e subjetivos.

Nogueira (2004) define pesquisa como um conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento que pode manter relações muito diferentes com a psicanálise propriamente dita – em alusão aos rigores científicos da academia. De acordo com Mezan (2001, p. 126), “pesquisa significa aqui identificar um problema, armá-lo com os instrumentos conceituais adequados, trabalhar com a literatura pertinente, e procurar resolvê-lo ou, ao menos avançar na sua formulação”.

Outro momento para que um trabalho de pesquisa se constitua refere-se ao estabelecimento de uma teia de relações entre a situação problemática e a produção literária já existente a respeito da questão formulada. Uma situação problemática encontra na matriz cultural a sua filiação e especificação. Isso se traduz na formulação do trabalho de pesquisa, num levantamento bibliográfico que situe e especifique ainda mais a situação problemática (NOGUEIRA, 2004).

Além da pesquisa a partir da clínica, existem possibilidades de outros dois tipos de pesquisa em psicanálise: a aplicada e a histórico-conceitual. A pesquisa aplicada utiliza os referenciais da psicanálise para abordar as produções culturais em um âmbito geral. Parte-se aqui do ponto de vista (do próprio Freud, inclusive) de que a Psicanálise, além de ser um instrumento de escuta do paciente, é também uma concepção de funcionamento psicológico, não se restringindo somente à clínica no sentido *stricto*. A outra possibilidade de pesquisa – histórico-conceitual – visa à articulação e desenvolvimento dos conceitos, buscando a contextualização teórica em que surgem na obra freudiana, suas rupturas e sua importância para a construção do arcabouço teórico. Este trabalho de pesquisa inscreve-se nesta última modalidade de trabalho acadêmico (NOGUEIRA, 2004).

Limitou-se esta pesquisa à maneira pela qual Freud edificou as bases para a construção do conceito de inconsciente, que, por sua vez, resultou na elaboração da primeira tópica. Isso significa que se centrou este trabalho, sobretudo, nos textos anteriores à *A interpretação dos sonhos*, incluindo este. Para isso, utilizou-se a Edição *Standard das Obras Psicológicas* de Sigmund Freud como referência principal, bem como a edição Amorrotu, quando se fez necessário para comparações de tradução.

Esta pesquisa – que trata da formulação e descoberta de um dos conceitos essenciais da teoria psicanalítica, o qual produziu um corte epistemológico na forma de pensar a *psyché*, percorreu o direcionamento tomado por Freud para construir as bases do conceito de inconsciente no âmbito do que chamou de primeira tópica, concomitantemente com o desenvolvimento da idéia do trauma desencadeador de sintomas, tendo como cenário a manifestação histérica. Pretendeu-se investigar este lugar que foi paulatinamente delineado por Freud, com a contribuição inicial de Breuer com a sua experiência com as histéricas. Para tanto, se apresenta a descoberta fundamental de Freud: o conflito psíquico, a sua manifestação e a importância das construções teóricas iniciais que marcariam a ferro e fogo os desenvolvimentos posteriores da teoria psicanalítica. Segundo Thá (2007, p. 26), “essa noção é tão fundamental e norteadora do pensamento freudiano que se poderia chamá-la de axioma básico da psicanálise”.

Foi sobre os textos anteriores à *A interpretação dos sonhos*, incluindo este, que se ateve esta pesquisa, nos quais se identificaram o “embrião” da formalização do conceito de inconsciente. Neste estudo, apontam-se as diversas articulações que contribuíram para a formulação do conceito freudiano de inconsciente, tendo como ponto de partida a teorização dos atendimentos dos inúmeros casos clínicos de Freud, no período que vai do início dos anos de 1800 até os anos de 1900.

Assim, percorreram-se os escritos de Freud da chamada pré-história da Psicanálise, em especial aqueles que tratam da histeria e de suas relações com a constituição do psiquismo humano. Teve-se a intenção de apontar as formulações a que chegou Freud sob a orientação de Charcot, até meados de 1900, com a descoberta da sexualidade infantil na composição da etiologia histérica, bem como as formulações sobre o papel da fantasia na constituição da sintomática histérica, e, por fim, mencionar que a histeria permitiu elaborar a constituição psicológica do ser humano. Sob o ponto de vista freudiano, a formação psicopatológica segue os mesmos trâmites envolvidos na constituição do psiquismo, não existindo constituição normal ou patológica, mas formas de subjetividade que independem do caráter hereditário.

Cabe apontar que este trabalho faz parte de um percurso teórico necessário à formação de todo aquele que se propõe analista. A escolha deste tema está relacionada diretamente com a proposta de leitura dos textos freudianos iniciais, com o objetivo de acompanhar e pesquisar os desenvolvimentos posteriores da escrita freudiana. Embora seja um tema bastante recorrido, se faz novo e essencial para aquele que pretende uma formação coerente e ética dentro do percurso da escrita freudiana.

No primeiro capítulo, realiza-se um percurso histórico sobre as manifestações do psíquico ao longo de períodos importantes da história humana, assim como a terapêutica utilizada para aliviar e tratar o sofrimento. Apontam-se os vários momentos em que poderíamos chamar as manifestações psíquicas de inconsciente, embora este conceito não pudesse ainda ser formulado como tal; também se procede à discussão sobre a contribuição do grande mestre de Freud – Charcot –, e sua concepção acerca do sofrimento psíquico, bem como a terapêutica empreendida, além das influências charcotianas sofridas por Freud na elaboração de sua teoria psicanalítica. Ainda neste capítulo, descreve-se a inestimável contribuição de Breuer para o desenvolvimento da teoria psicanalítica.

No segundo capítulo, segue-se com as relações empreendidas por Freud e seu colaborador Breuer para o alívio do sofrimento de suas pacientes histéricas, bem como para o desenvolvimento da teoria psicanalítica. Apontam-se, igualmente, as terapêuticas utilizadas e as “pistas” proporcionadas pelas pacientes de Freud e por ele seguidas para a elaboração da teoria do inconsciente.

No terceiro capítulo, discorre-se sobre as hipóteses desenvolvidas por Breuer e Freud acerca da etiologia da histeria, assim como sobre a idéia de trauma como desencadeador do fenômeno histérico. Da mesma forma, apontam-se as conseqüências da “virada teórica”, quando Freud abandona a teoria da sedução pela idéia de fantasia, e se discutem os principais casos clínicos e a evolução do pensamento freudiano no que se refere à

técnica e à etiologia da histeria. Por fim, expõe-se a grande descoberta freudiana – os sonhos –, em que Freud aponta a relação existente entre os processos oníricos e a histeria, como estratégia comum da vida inconsciente.

Cabe ressaltar que o foco do estudo ora apresentado, como já mencionado, foram os textos freudianos, mas que, como em toda pesquisa, quando se fez necessário, se estabeleceu um diálogo com comentadores e estudiosos da Psicanálise, bem como se fez uso da versão espanhola das obras psicológicas de Freud para a comparação da tradução de texto.

2 O FENÔMENO HISTÉRICO COMO MANIFESTAÇÃO DO PSÍQUICO

2.1 A HISTERIA EM TODOS OS TEMPOS – DOS GREGOS ANTIGOS À MODERNIDADE

Ao longo da História, o homem buscou compreender os fenômenos psíquicos que vez ou outra o acometiam, bem como desenvolveu terapêuticas capazes de aliviar seu sofrimento. A compreensão do fenômeno e a forma de tratamento estavam intrinsecamente relacionadas com o contexto histórico, social e religioso de cada período.

Recuando no tempo, constata-se que a teoria demonológica foi uma das formas de os povos ancestrais explicarem as diversas enfermidades. Essa compreensão estendeu-se até a época greco-romana, embora seu resquício, como ocorre com outras teorias, jamais tenha deixado de existir, ainda que rebatizado. De acordo com esse pensamento, o homem poderia sofrer a ação de forças sobrenaturais e de agentes da natureza. Existia a crença de que forças externas e alheias à vontade das pessoas possuíam o seu corpo. A terapêutica empregada era o exorcismo: o sacerdote, xamã ou feiticeiro afugentava os maus espíritos do corpo do doente.

Os primeiros modelos de cura de que se tem notícia falam de uma prática sem caráter científico, que, embasada unicamente na experiência, envolvia o uso de farmacoterápicos, ervas e outras substâncias, cuja descoberta da eficácia se dava por tentativa e erro. Rituais, práticas de feitiçaria e mágicas faziam parte do arsenal utilizado para o tratamento dos acometimentos do corpo (CALDERONI *et al.*, 2006).

No Antigo Egito, o fenômeno histérico era tido como uma consequência do deslocamento do útero. O tratamento era à base de medicação, como também por meio da intercessão do deus Thot, que intercedia com modificações no órgão genital feminino (QUINET, 2005).

A história documental da histeria teve início nos primeiros escritos médicos e filosóficos, incluindo a medicina em seus domínios. Com Hipócrates (460-377a C.), as terapêuticas empírico-supersticiosas cederam espaço para a medicina científica, e esta, com o objetivo de usar a razão para construir um modelo de cura, mantinha-se fiel ao que era da ordem do visível, mensurável e objetivo. Hipócrates foi o primeiro a tentar explicar tais manifestações de um modo natural, vinculando-as a um deslocamento do útero. Para este estudioso, tratava-se de uma anomalia de tipo ginecológico, concepção que, com algumas variantes, dominou a clínica e a terapêutica da histeria até o século XIX. Hipócrates foi

destaque nesse período por ter classificado os principais acometimentos psíquicos, como mania e melancolia. A noção de histeria como doença é muito antiga, visto que remonta a Hipócrates (QUINET, 2005). “Sua delimitação acompanhou as metamorfoses da história da medicina” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p.211).

A maior importância de Hipócrates situa-se no repúdio à teoria demonológica, considerada responsável pelas enfermidades mentais. Respeitado como pai da medicina, Hipócrates estabeleceu relações entre a doença e o cérebro, afirmando não serem os espíritos os causadores do mal, mas uma desordem ou disfunção na mente. Estabeleceu-se, com isso, uma nova versão: de espírito, entidades exteriores que se apossam do doente, provocando um distúrbio em seu cérebro, para uma fatalidade individual e interior, de precisa localização na mente. Nessa época, já se encontravam descritas e classificadas a epilepsia, a histeria, a psicose pós-parto e as manifestações delirantes (ABUCHAEM, 1989).

Hipócrates considerava que a verdadeira importância residia no homem que apresentava determinada doença, e não na doença que esse homem carregava consigo. Enfatizava a necessidade de escutar o paciente, sua história de vida, para, então, conhecer a enfermidade. Este médico acreditava que a histeria era decorrente do deslocamento da matriz uterina, que acometia principalmente mulheres jovens, sem vida sexual, e mulheres com idade avançada. Além disso, fazia relações desse deslocamento com os órgãos internos e seus possíveis sintomas. O tratamento era bastante simples e incisivo: o coito (QUINET, 2005).

Platão (428 a.C. - 347 a.C. *apud* QUINET, 2005, p. 91), contemporâneo de Hipócrates, sustentava essa mesma teoria em seu tratado intitulado *Timeu*, onde comparava a matriz ou o útero da mulher a um ser vivo que possuía o desejo de gerar crianças. Essa teoria de Platão sustentava que se o útero da mulher permanecesse estéril por muito tempo, se irritava. Isso o fazia agitar-se para todos os sentidos do corpo, fechar passagens de ar, impedir a respiração, deixar o corpo angustiado e provocar doenças de todos os tipos.

A teoria de Platão antecipa, em certa medida, o aforismo ainda presente nos dias atuais de que uma vida sexual insatisfatória pode desencadear uma neurose. Essa afirmação fez com que se acreditasse que o casamento era uma possibilidade de cura para a histeria e que, se a histérica fosse casada, teria grande possibilidade de evolução em seu quadro, caso tivesse um filho.

Galeno (séc. II d.C.), anatomista e médico oficial dos imperadores romanos, que sucedeu Hipócrates, contribuiu de forma significativa com os estudos da anatomia e fisiologia cerebral. Defendia a idéia de que os sintomas não estavam relacionados, necessariamente, ao órgão ou parte do corpo que os manifestava. Toda doença psíquica teria sua causa primeira no

corpo (genética, neurofisiologia), sendo o somático subordinado às manifestações do anímico. O corpo era visto como a base material utilizada pela alma para alcançar seus objetivos, uma espécie de invólucro, sendo que, dependendo de onde fosse a lesão, o paciente poderia padecer de acometimentos psíquicos (QUINET, 2005).

Galeno qualificou de inverossímil a teoria de Hipócrates e Platão. Seus conhecimentos mais profundos de anatomia demonstraram-lhe que o útero não poderia se deslocar constantemente até o baixo ventre. Em contrapartida, suspeitava que a histeria fosse provocada pela retenção do sangue menstrual ou do sêmen feminino, pois, nessa época, se acreditava que a mulher ejaculasse sêmen assim como o homem.

A partir de Galeno, a doença assumiu um *status* de sintoma corporal restrito, necessitando de uma formação específica, pois a doença não era vista como algo que fazia parte do conjunto orgânico. A medicina tornou-se a ciência responsável pela cura do corpo, e os males da alma foram inicialmente destinados aos campos da Filosofia e, em seguida, da Religião.

No que tange à histeria, foi abandonada a idéia de deslocamento uterino e proposta a teoria da retenção da “semente feminina”. O fenômeno histórico estaria relacionado com o “armazenamento” deste fluido em decorrência da privação do coito (QUINET, 2005).

A partir do século III, segundo Quinet (2005, p. 92-93), por mil anos, não se falaria da histeria. A cristandade assumiu o lugar de “médico supremo das almas e dos corpos, e o poder médico é subsumido pelo poder religioso”. Foi somente a partir dos séculos XII e XIII que o clero foi interdito de exercer a medicina, facultando a esta sua secularização.

Entretanto, na Idade Média (476 a 1453), o conceito de histeria inspirou-se na medicina antiga, ora sendo atribuída a um deslocamento da matriz, ora à ação de vapores tóxicos de origem genital, mas sempre tendo como fator causal dominante as intervenções demoníacas.

Na Idade Média e no mundo cristão – quando inúmeras pessoas foram objeto de exorcismo e, segundo a crença da época, tiveram suas almas purificadas na fogueira – não era utilizado o conceito de psicopatologia para definir alguém com sofrimento psíquico. Para Freud (1977a, p. 77), na Idade Média, as neuroses exerceram um papel expressivo, sendo que surgiam como epidemias, em decorrência de contágio psíquico. Estavam ainda segundo Freud, (1977a), “na origem do que era factual na história da possessão e da feitiçaria”.

Havia o entendimento de que um espírito invasor tomava o corpo do outro e que o exorcismo era a técnica utilizada para “espantar” os “maus espíritos” do corpo do doente. Nesse caso, o feiticeiro reconduzia a alma atormentada pelo demônio ao seu *locus* original, extirpando o mal e fazendo com que esta regressasse ao corpo (ABUCHAEM, 1989).

A prática do exorcismo dirigia-se essencialmente à suposta força maligna, relacionada ao fenômeno de possessão do doente. Portanto, era considerada uma forma de psicoterapia, pois, por meio dela, o doente era incitado para que falasse de seus atos e sensações de culpabilidade (ABUCHAEM, 1989). Além do exorcismo, o ensalmo – palavra ou dito, pronunciada ou cantada com tons de “mágica” diante do doente para conquistar a cura –, foi também uma terapêutica utilizada em tempos passados. Sob a ótica de Freud (1977b) o ensalmo com suas fórmulas, banhos purificadores, suscitação dos sonhos oraculares que faziam o paciente dormir no templo, exercia efeito terapêutico por via psíquica. Ainda para Freud (1977b), neste sentido, o médico usufruía prestígio, advindo do poder divino, e a origem da arte de curar se encontrava nas mãos dos sacerdotes.

Freud (1977b) cita que, desde a Antiguidade, os médicos utilizavam o tratamento anímico como recurso para enfrentar as mais diversas enfermidades. Isso lembra que os ancestrais do homem sempre reforçaram a eficácia de poções, ervas e cantorias como forma de terapia, tornando-se esta um intenso tratamento anímico.

As convulsões e os retraimentos musculares eram vistos como prazer sexual e, portanto, como pecado. “Os pobres histéricos”, segundo Freud (1977a, p. 77), “que em séculos anteriores tinham sido lançados à fogueira ou exorcizados, em épocas recentes e esclarecidas, estavam sujeitos à maldição do ridículo; seu estado era tido como indigno de observação clínica [...]”. Assim, a manifestação histérica passou a ser a investidura de forças sobrenaturais. Na Idade Média, era a religião que tinha a “chave” para a terapêutica dos acometimentos psíquicos¹. A moral cristã acreditava que o sofrimento relacionava-se com a perda do que distinguia o homem dos animais e o aproximava de Deus.

Quinet (2005, p. 93) esclarece que “a Inquisição tinha no *Malleus maleficarum* (Martelo das feiticeiras, de 1487) seu manual oficial de identificação” de quem deveria ir para a fogueira e que, juntamente com a peste, eclodiram “‘epidemias’ de possessão demoníaca em Aix (1610-11); Loudun (1632-34); Louviers (1643-47)”. Ainda de acordo com Quinet (2005, p. 93), tais fenômenos considerados demoníacos seriam, “[...] no final do século XIX, interpretados (principalmente) por Charcot e a Escola de Salpêtrière como histéricos”. O mesmo autor ainda relata que isso seria [...] a prova histórica para Charcot de que a histeria não estava sendo inventada no século XIX em seu serviço, mas de que ela sempre existiu” e de que sempre existiria. É o conceito de um homem submetido às suas paixões e apetites

¹ Freud considerava que a palavra *Seele* era uma boa tradução germânica para o termo grego *psyché*. Em alemão, conforme o contexto, *Seele* pode ter o sentido de “espírito”, “alma”, “psique” ou “mente” (HANNIS, 1999, p. 332)

inferiores, instituindo um olhar demonológico acerca do sofrimento psíquico e contribuindo para que muitas históricas fossem “purificadas” na fogueira.

Mezan (2002) relata sobre a existência de farta documentação a respeito da perseguição que as mulheres, consideradas bruxas, sofreram no período da Inquisição Católica. Cita que a França do século XVII vivenciou um momento bastante similar ao da Alemanha, no período em que viveram os autores do *Malleus maleficarum*. Essas mulheres eram acusadas de terem feito um pacto com o demônio. Mas quem seriam essas mulheres que portavam tal poder? Onde viviam? Que mecanismos lançavam para conseguir seus objetivos?

Mezan (2002) ainda menciona que, na maioria das vezes, eram sempre mulheres que tiravam seu sustento do campo e que conviviam em sintonia com as regras da natureza, exercendo o curandeirismo. Por não possuírem estudo formal e acadêmico, apresentavam resistência à autoridade do Estado centralizador, assim como à cultura dominante, uma vez que possuíam conhecimentos baseados na intuição e na tradição oral de seus ancestrais. Preparavam remédios, eram parteiras, praticavam abortos e cuidavam dos animais domésticos. Eram conhecedoras daquilo que perpassava as gerações de sua família em oposição ao conhecimento “científico” e oficial do Estado, algo inaceitável até então.

Nesse período, os médicos eram convocados a proceder a “caça às bruxas” e tinham como missão diagnosticar os fenômenos de possessão. O poder diabólico exerceria um poder de atração frente aos entristecidos, tomando seus corpos como morada. As bruxas, por desejo próprio, estabeleciam um pacto com o demônio. A caça às bruxas teria iniciado “[...] no momento de decadência da aliança entre o sistema feudal e a Igreja, com a crítica dos humanistas ao poder clerical” (QUINET, 2005, p. 93).

A incumbência de fazer um diagnóstico diferencial sobre uma doença comum, uma simulação ou um caso de possessão da doente, era uma tarefa bastante delicada e de muita responsabilidade, pois, frente aos espasmos corporais, podiam ser diagnosticadas tanto crises epiléticas, como histeria ou possessão demoníaca (CAMPOS, 2002). Sobre isso, Mezan (2002) afirma que a idéia corrente de possessão demoníaca divergia dos novos dados da questão, pois, dessa maneira, a idéia de pacto caía por terra. O alvo deixaria de ser somente a figura da camponesa, curandeira, para se estender a uma freira indefesa, de origem burguesa ou aristocrática, tomada pelas forças demoníacas contra a vontade dela. A mulher apresentava-se como uma pobre criatura, invadida contra a sua vontade por um ente masculino e maléfico, que a induzia a blasfemar, a denegrir a imagem de Deus e da Igreja e a cuspir na cruz.

Somente com a Renascença, a histeria deixou de ser um tema teológico para retornar

ao campo da medicina. No Renascimento, o sofrimento psíquico deveria ser extirpado da mente. Foi o período em que surgiram as primeiras tentativas de cura, que consistiam em tratamentos bizarros, tais como extrações de partes do crânio, transfusões sanguíneas de animais para as pessoas que sofriam de acometimento psíquico, “banhos-surpresa”, dispositivos de contenção corporal, como camisas-de-força, e, se necessário fosse, o cárcere privado (LIMA, 2007).

A terapêutica a que as pessoas recorriam durante o Renascimento para a cura do mal era bastante folclórica. Fundamentadas no conceito de que o útero se deslocava, deduziram que, para atrair a matriz para o lugar que acreditavam ser o dela, a receita era estimular o doente a aspirar odores fétidos, tais como o de chifre queimado, substâncias pútridas, amoníaco, urina e fezes humanas, além de colocar-lhe, na região genital, odores agradáveis, tais como âmbar, tomilho, láudano ou noz-moscada, fervidos em vinho. Acreditavam que, por esse meio, obrigariam a matriz a abandonar as partes superiores malcheirosas e a descer, a fim de aspirar os requintados aromas que se encontravam mais abaixo.

Em finais do século XVI e início do século XVII, além das causas físicas, começaram a ser considerados os fatores emocionais como causa desencadeante, num espaço que vinculava a manifestação histérica ao deslocamento ou a vapores tóxicos e fétidos desprendidos pela matriz uterina, em virtude da decomposição do sangue menstrual ou do suposto sêmen feminino.

Calderoni *et al.* (2006) afirmam que, até o século XVII, os alienados, entre eles os histéricos, vagavam pela Europa sem um comprometimento aparente com o social tampouco da sociedade em relação a eles. Não eram perturbados em suas andanças nem despertavam atenção da sociedade. Nesse período, não existia qualquer proposta terapêutica que incluísse essas pessoas no discurso social, pois não eram consideradas doentes ou portadoras de ameaças. “O século XVII foi o responsável por compartilhar a razão da desrazão; foi o momento de manifestação da loucura, ou melhor, foi o momento em que a loucura foi produzida pelo racional” (GARCIA-ROZA, 2005).

Durante o extenso período que se estende da pré-história humana até o nascimento da ciência psiquiátrica, no século XVIII, o enlouquecimento não se distinguiu do conjunto do adoecer humano. Não havia uma especificidade médica que descrevesse o conjunto de manifestações da subjetividade. A medicina deu pouca importância ao sofrimento psíquico e, quando o fez, não o considerou separado do conjunto de manifestações das enfermidades em geral. Foi a partir do século XVIII que os alienados, em toda a Europa, passaram a ser recolhidos em hospícios, como forma de segregação daqueles que eram portadores da razão.

A queda do antigo regime na França, no século XVIII, além da passagem da sociedade rural para a urbana, acarretou grandes mudanças sociais. Entre elas, a crescente hegemonia da medicina moderna, assentada na patologia anatômica como padrão alternativo para lidar com a loucura e com os comportamentos ditos “anormais”, ou fora do comum que afrontava a moral e os costumes da sociedade européia (LIMA, 2007).

No início do século XIX, Philippe Pinel realizou a mais importante revolução no estudo do sofrimento psíquico: modificou a concepção dominante de loucura por meio da reforma do hospício de Paris. Em outras palavras, liberou os alienados das grades que os aprisionavam e os segregavam da vida em sociedade e lhes ofereceu assistência médica. Quinet (2005, p. 96) descreve Pinel como um alienista pioneiro, em razão de ter sido o primeiro a tratar os loucos pela medicina, não levando em consideração a teoria da sede cerebral. Pinel, sob a ótica de Quinet (2005), atribuiu a histeria a uma continência austera, recomendou o matrimônio como tratamento e distinguiu a histeria da ninfomania ou furor uterino, embora a tenha classificado como neurose.

A partir do ato de Pinel, ocorreu a primeira intervenção propriamente psicopatológica, a qual foi além da psiquiátrica, já que os alienados foram tomados como doentes que requerem cuidados e tratamento, e não mais como uma ameaça às sociedades ditas “normais”. Até então, os que sofriam eram vistos como enfermos e acusados de endemonização e, por conseguinte, portadores de uma ameaça à sociedade vigente (BERLINK *apud* QUEIROZ, 2004).

2.2 A HISTERIA NA CONTEMPORANEIDADE

A Idade Moderna chega ao fim, e a busca do conhecimento social por meio do positivismo influenciou as ciências humanas e, particularmente, a psicologia da época. Wilhelm Wundt foi quem estabeleceu formalmente a psicologia como ciência independente e organizada. O positivismo fundou princípios para a ordem social, propondo uma compreensão das atitudes e problemas humanos, diversos daqueles difundidos pela doutrina teológica e pelos axiomas da Igreja.

O interesse científico atualizou-se a partir das classificações nosográficas e sistemáticas das afecções mentais. “Com a constituição do campo das doenças mentais, porém, e com a anexação a ele dos delírios e das visões, ao longo do século XIX, tornou-se impossível acreditar que a histeria se devesse à possessão demoníaca” (MEZAN, 2002, p. 446). Bem de acordo com os pressupostos da anatomia patológica, a forma de pensar dominante pressupunha como orgânica hereditária a causa dessas manifestações e obtinha na lesão anatômica a comprovação do acometimento. “No campo da medicina científica, a histeria foi inicialmente assunto de neurologistas, classificada como ‘doença cerebral primitiva’, idiopática e não simpática. [...] disfunção cerebral provocada por distúrbios uterinos” (POLLO, 2003, p. 14).

Porém, eram desconhecidas as causas de uma série de afecções, em especial, as psíquicas, o que impossibilitava um diagnóstico preciso a partir do que já estava catalogado. Entre tais afecções, a histeria² ocupava lugar de destaque. Era considerada “[...] a mais enigmática das enfermidades nervosas [...]” (FREUD, 1977a, p. 79). Por apresentarem causas desconhecidas e em virtude das características de seu quadro, as manifestações históricas eram consideradas, por muitos médicos e pesquisadores, simulação, capricho ou exagero do doente, já que não havia evidências clínicas que comprovassem o acometimento. Dessa forma, não mereciam ocupar o tempo de pesquisa e trabalho de um médico sério e respeitável, pois o olhar da medicina permanecia restrito à fenomenologia da manifestação sintomática. “A não existência de uma lesão anatômica que correspondesse a determinados sintomas, constituía para a psiquiatria do século XIX um fator de extrema relevância e importância” (GARCIA-ROZA, 2005).

² Classe de neuroses que apresentam quadros clínicos muito variados. As outras formas sintomáticas mais bem identificadas são as histerias de conversão em que o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos, paroxísticos (exemplo: crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (exemplo: anestésias, paralisias históricas, sensação de bola faríngea, etc.) e a histeria de angústia, em que a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior (fobias). (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 211)

Em meados do século XIX, Emil Kraepelin, na Alemanha, consolidou a psiquiatria como prática médica, introduzindo a pesquisa empírica e dando início à observação sistemática e descritiva de doentes como técnica terapêutica. Sua obra é considerada o apogeu da psiquiatria organicista, descartando quaisquer influências psicológicas na descrição do sofrimento psíquico. Fez classificações sistemáticas, descritivas e globais dos chamados transtornos psíquicos e, embora houvesse um desconhecimento acerca da etiologia e patogenia desses casos, esse estudo alcançou lugar de destaque na medicina moderna. A idéia predominante era de que a etiologia provinha de fatores orgânicos e de que a hereditariedade exercia peso considerável sobre tais acontecimentos. Poder-se-ia registrar que muitos fatores físicos produzidos até então foram encontrados em grande número de afecções mentais e que, porém, uma série considerável de doenças permanecia com causas desconhecidas, impossibilitando um diagnóstico do até então catalogado.

Sobre o acontecimento mencionado, Mezan (2002) comenta que, no século XIX, com o advento da psiquiatria, a grande questão que ocupava os cientistas era o fenômeno da perversão. O parâmetro principal para definir saúde, em voga na medicina da época, era a anatomia patológica. A teoria científica que sustentava esse paradigma afirmava que a doença se origina num determinado órgão, o qual passaria a apresentar lesões que poderiam ser detectadas no exame *post mortem*. Como a perversão era considerada uma doença, com relação direta com a sexualidade, a dedução lógica dos médicos oitocentistas foi atrelá-la às malformações da genitália. Como esta tese não era passível de comprovação, a sede das perversões passou a ser o cérebro. Assim, o foco de pesquisa passou a ser a descoberta de partes lesionadas e que seriam correspondentes aos casos de homossexualidade, de ninfomania, de sadismo e das demais perversões.

A única maneira de a psiquiatria ser incluída no campo das ciências exatas, no século XIX, seria fundamentar suas investigações clínicas no acompanhamento de provas anatomopatológicas: uma relação entre os distúrbios psíquicos observados e a lesão verificada no corpo. Sem esclarecimento maior acerca de tais enfermidades, estas foram rotuladas de “doenças degenerativas”, que se manifestavam por meio de uma disfunção do sistema nervoso. Entre essas afecções, a histeria ocupava lugar de destaque. Como eram desconhecidas as causas dessa doença, e dadas as características de seu quadro, eram consideradas simulação e exagero, capricho ou, no melhor dos casos, imaginação do doente. O estudo dos fenômenos psíquicos, até então, permanecia restrito ao fenômeno. A medicina do final do século XIX positivou a histeria, concedendo-lhe o estatuto de patologia, com nosografia, etiologia e tratamento específico.

Originou-se, assim, a psiquiatria descritiva, com rica e complexa produção escrita baseada na cuidadosa e sistemática observação dos chamados doentes mentais. Havia a idéia de que a degenerescência seria uma lesão cerebral generalizada, uma alteração qualitativa na massa cerebral, o que contribuía para desencadear a loucura. Ainda nesse mesmo período – final do século XIX –, a psiquiatria concebia o cérebro como o órgão responsável pelo comando dos pensamentos, das ações e das sensações corporais, sendo que, neste órgão, localizar-se-iam as lesões que desencadeavam as chamadas doenças mentais (BERLINK *apud* QUEIROZ, 2004).

A ciência psicopatológica nasceu no século XIX, como um dos ramos da medicina, que, por sua vez, toma a lesão fisiológica e anatômica como um signo da doença no paciente. Este entendimento alude a uma oposição entre o que era considerado normal e patológico nos idos do século XIX. A partir da fundação desta teoria, a clínica centrou seu olhar na observação do fenômeno, uma vez que a formação do clínico dependia da dissecação de cadáveres. Porém, uma categoria de doentes – os alienados –, não se enquadravam nesta patologia, o que não impedia de serem classificados como doentes (BERLINK *apud* QUEIROZ, 2004).

Bastante difundida no fim do século XIX, a histeria era uma afecção cuja origem dava motivos a muitos questionamentos: seria orgânica ou psíquica sua etiologia? A medicina achava-se desconcertada diante da impossibilidade de encontrar uma lesão a ela associada. Dito de outra maneira, os fenômenos de conversão histérica representavam um desafio para a ciência médica, pois os sintomas não correspondiam a uma lesão anatômica localizável. A impossibilidade de compreender esses sintomas, quase sempre espetaculares, irritava os médicos, que acabavam por rejeitar esses doentes, impermeáveis ao tratamento pelas técnicas clássicas da medicina. Foi a partir desse quadro que os sintomas histéricos começaram a ser estudados cientificamente.

A histeria foi apresentada à comunidade científica pelas mãos de Jean-Martin Charcot³ (1825-1893), célebre neurologista francês. É curioso pensar que, paralelo ao período em que assumiu a direção clínica do Hospital da Salpêtrière, situado em Paris, uma nova técnica de observação de pacientes surgiu – a fotografia – por meio da qual é possível eternizar a espetacularidade da manifestação histérica, constituindo uma clínica em que o olhar firmava o diagnóstico (BERLINK *apud* QUEIROZ, 2004). A histeria, até então, vinha

³ O nome de Jean Martin Charcot é inseparável da história da histeria, da hipnose e das origens da psicanálise, e também daquelas mulheres loucas, expostas, tratadas e fotografadas no Hospital da Salpêtrière, em suas atitudes passionais [...] Charcot nasceu em Paris. Seu pai era fabricante de carruagens e lhe transmitiu seus talentos de desenhista. Orientou-se para a medicina com a ajuda de Pierre Rayer, médico pessoal do imperador Napoleão III. Médico dos hospitais e depois professor de medicina, foi nomeado, em 1862, chefe de serviço na Salpêtrière, onde estudou, com Alfred Vulpian, as doenças neurológicas. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 109)

sendo considerada parte de um grupo confuso, que compreendia as mais diversas doenças nervosas. A medicina desse período ocupava-se da histeria por meio da sua descrição fenomenológica: buscava sua etiologia precisa e classificação nosológica do quadro.

Charcot foi o responsável por tornar a histeria uma entidade clínica digna de respeito no meio científico. Como pesquisador dos fenômenos que acometiam seus pacientes, acreditava na localização cerebral dos transtornos neurológicos, insistindo na necessidade de encontrar uma lesão, no caso da histeria, para tratá-la seriamente como uma doença digna de interesse do corpo médico. Como não encontrava, a definia como “lesão dinâmica”. Como técnica terapêutica, utilizava, para alvoroço de sua classe médica, o hipnotismo como diagnóstico diferencial da histeria. Dessa forma, a histeria foi vinculada à noção de idéias que podem ser despertadas (QUINET, 2005).

No princípio, por influência do Mestre Charcot, a abordagem do fenômeno histérico consistia essencialmente na descrição fenomenológica do quadro. A hereditariedade incidia na causa de maior evidência, e a terapêutica utilizada era o hipnotismo, embora, para esse neurologista, tal procedimento servia, sobretudo, para demonstrar a validade do fundamento de suas hipóteses. Esta concepção sobre a histeria levou em conta que há um correlativo orgânico das manifestações históricas (GARCIA-ROZA, 1988). Só posteriormente tal apreciação foi modificada, indicando uma falta de referencial na anatomia.

Esta posição de Charcot encontra-se integralmente presente no artigo *Handwörterbuch der gesamtem Medizin* que Freud (1977a) escreveu, em 1888, para a Enciclopédia Villaret. Nesse artigo, Freud recomendava dois tipos de tratamento para a neurose histérica. O primeiro consistia no afastamento do paciente de seu ambiente familiar, considerado por ele como gerador de crises, e, após, internação em uma instituição hospitalar. A internação teria como objetivo principal uma mudança de ambiente, afastando dessa maneira a possibilidade de as crises serem deflagradas pela expectativa ansiosa dos familiares, sendo que a internação criaria condições ideais de observação e controle das crises. O segundo tipo de tratamento consistia na remoção das causas psíquicas dos sintomas histéricos. Como essas causas eram consideradas inconscientes para o paciente, o método para eliminar os sintomas consistia em dar a ele, sob hipnose⁴, uma sugestão que removesse o sintoma (GARCIA-ROZA, 2005).

⁴ Termo derivado do Grego *hupnos* (sono) e sistematizado, entre 1870 e 1878, para designar um estado alterado de consciência (sonambulismo ou estado hipnóide), provocado pela sugestão de outra pessoa. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 335).

Ao apresentar os pacientes na Salpêtrière, Charcot os induzia de modo experimental a sintomas histéricos, com o objetivo de liquidar esses sintomas imediatamente e demonstrar o caráter neurótico da doença, comprovando a qualidade traumática dos mesmos. Utilizando esse método, produzia sintomas histéricos artificiais que coincidiam com os fenômenos naturais. Charcot empregava a técnica hipnótica para originar e eliminar sintomas histéricos, mas sem intenção terapêutica. Atribuía à hereditariedade a causa etiológica das afecções neuróticas, sendo as outras influências apenas *agents provocateurs*.

Charcot, em seus estudos, concluiu que havia dois grupos de doenças. O primeiro incluía os transtornos que apresentavam uma sintomatologia regular, constante, relacionada a lesões orgânicas; o segundo, perturbações sem lesão aparente e sem regularidade sintomática. Neste último grupo, Charcot distinguia a histeria como uma síndrome clínica específica e digna de atenção, tendo, inclusive, mostrado que os casos de possessão demoníaca, as convulsões, as paralisias e as anestésias eram inteiramente comparáveis às síndromes de seus pacientes psiquiátricos (FREUD, 1977a). Sobretudo em sua modalidade de conversão somática, que então atingia de forma significativa homens e mulheres de todas as classes sociais, a histeria constituiu, também, a referência da psicanálise, a gênese da teoria psicanalítica, a partir da qual foi construída uma das grandes abordagens do modelo geral do funcionamento psíquico (CAMPOS, 2002).

Segundo o neurologista francês Charcot, as histéricas apresentavam manifestações somáticas sem correspondentes lesões cerebrais. A manifestação histérica retratava uma doença multiforme e disfarçada, com sintomatologia polimorfa, imprevisível, suscetível de afetar as mais diversas partes do corpo (BERLINK *apud* QUEIROZ, 2004). Esse quadro clínico sempre escapou à nosografia existente, tendo transitado, durante séculos, entre as mais diversas searas, entre elas a filosofia, a medicina e a religião. Charcot contrapunha-se aos conceitos médicos do final do século XIX, que acreditavam ser a histeria apenas o fruto da imaginação fértil dos doentes ou, ainda pior, de distúrbios funcionais do útero, que afirmavam a impossibilidade de indicar uma sintomatologia precisa para a manifestação histérica. Esse pesquisador demonstrou, igualmente, a ocorrência da histeria em indivíduos masculinos, o que fez cair por terra a crença, manifesta, até mesmo no nome, desde os tempos antigos, segundo a qual a histeria era uma doença eminentemente feminina. Para comprovar sua tese, utilizou a regularidade dos fenômenos histéricos, causando nos pacientes sintomas histéricos artificiais e demonstrando a existência, nessa manifestação artificial, das mesmas

características do material que, freqüentemente, produz o trauma⁵.

Laplanche e Pontalis (2001) apontam que Charcot, no que se refere à histeria, estudou, entre 1880 e 1890, determinadas paralisias histéricas ocorridas após traumatismos físicos suficientemente graves, no sentido de fazerem com que o sujeito sentisse a sua vida ameaçada, sem, contudo, levarem à perda de consciência. Para Charcot, tais traumatismos não poderiam, do ponto de vista neurológico, explicar a paralisia, a qual se instalava “após um período mais ou menos longo de ‘incubação’, de elaboração psíquica” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 216).

No entanto, a preocupação maior de Charcot não era a terapêutica, mas demonstrar a característica psicogênica da histeria, comprovando que o sexo masculino também poderia desenvolver essa sintomática; logo, ela não estava atrelada a causas uterinas.

Estudioso dos fenômenos psíquicos, Charcot demonstrou que era possível desencadear sintomas histéricos usando a técnica hipnótica em pessoas predispostas, o que o levou a concluir que, independente do aspecto neurológico, a sintomática poderia ser tratada pela hipnose. Também não deixou de avançar teoricamente, contribuindo para a compreensão do fenômeno histérico, num período em que o paciente deveria se ajustar ao diagnóstico médico. A terapêutica utilizada para o tratamento da manifestação histérica dava-se por meio da sugestão hipnótica: o paciente, em estado sonambúlico, obedecia aos comandos do médico. Era o médico quem tinha o saber sobre o paciente, devendo este aceitar o parecer daquele.

Para Charcot, a histeria apresentava uma nosologia que compreendia manifestações sintomáticas variadas, composta por ataques convulsivos, antecedidos, de forma parcial ou total, por um aperto na garganta, um pulsar nas têmporas e zoeira nos ouvidos, bem como por uma pressão no epigástrico. O corpo também poderia apresentar determinadas áreas supersensíveis, chamadas “zonas histerógenas”, localizadas na pele, nos ossos, nas membranas, nas mucosas do corpo e em órgãos responsáveis pelos sentidos. Essas regiões, ao leve toque, manifestavam sensações desagradáveis de dor. Esses sintomas podiam ocorrer de forma interdependente ou autônoma, podendo apresentar-se de maneira modificada e alterada.

Os distúrbios da sensibilidade, comuns nas histéricas, podiam ser diagnosticados como anestesia ou hiperestesia e afetavam, principalmente, a mucosa da pele, os ossos, a musculatura, os nervos, os órgãos dos sentidos e a porção intestinal. Os distúrbios da atividade sensorial afetavam a visão, a audição, o paladar e o olfato. Essas regiões da pele e da mucosa podiam encontrar-se anestesiadas ou com as funções exacerbadas. A paralisia

⁵ Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 522).

histérica era menos comum que a anestesia, podendo vir conjugadas no corpo do paciente, e aconteciam independentemente da estrutura anatômica cerebral, isto é, sem precisar da presença de uma lesão para se manifestar. A perna paralisada não se movimentava de forma natural, mas manquejava como se fosse uma parte não essencial do corpo.

A paralisia poderia, também, em vez de afetar um membro, atingir somente partes dele. A afasia histórica caracterizava-se pela dificuldade de articular os movimentos necessários à fala, sempre acompanhada de afonia, também podendo se apresentar de forma independente. As paralisias históricas costumavam limitar-se a uma determinada parte do corpo, mesmo ao apresentar quadro grave, em contraste com as de fundo orgânico, que se estendiam por uma região corporal maior. No quadro grave da histeria, os músculos poderiam reagir bruscamente por meio de simples estímulos. Nem o sono era suficiente para que o histórico relaxasse; a sintomática cedia somente com uso de narcóticos, porém o efeito era passageiro. Após o paciente despertar, as contraturas voltavam a se manifestar.

O exposto permite inferir que, no princípio da clínica da histeria, por influência do mestre Charcot, a abordagem consistia essencialmente na descrição fenomenológica da caracterização de seu quadro.

No início de sua clínica com as históricas, Freud também se apoiava nas manifestações sintomáticas. Tratava-se de uma clínica eminentemente direcionada ao fenômeno histórico, isto é, uma clínica voltada ao olhar, e não à escuta do médico.

Como já referido, a histeria (pré-charcotiana) fazia parte de um grupo confuso, compreendido entre as mais diversas doenças nervosas. A medicina desse período ocupava-se dela, assim como de todas as outras doenças, por meio de sua descrição fenomenológica: buscava sua etiologia precisa e classificação nosológica. A demonstração de que a histeria apresentava um quadro clínico com características bem definidas e únicas fez surgir a possibilidade de afastar o preconceito acerca de “simulação” e “exagero” por parte do doente. Assim, a contribuição de Charcot foi valorosa no sentido de devolver à histeria a dignidade de um acometimento que causava sofrimento aos pacientes, enquanto outras áreas da medicina só conseguiam enxergar manifestações de capricho e mentiras femininas.

As repercussões heurísticas do trabalho de Charcot, do qual Freud partiu para inventar a Psicanálise e sua importância epistemológica são assim destacadas por Fulgêncio (1998), segundo o qual ocorreu na relação teórica entre Charcot e Freud, uma mudança no modo como eram concebidas a gênese sintomática e a terapêutica da neurose. A introdução de uma modificação na técnica psicanalítica representa uma mudança epistemológica e metodológica que não foi elaborada ao acaso, mas a partir da observação e escuta clínica que culminou com a reformulação do modo de compreender os fenômenos psíquicos e o

sofrimento humano. A via que se deu de Charcot a Freud foi a mudança do aspecto visível, observável do sintoma: de sua fenomenologia para a escuta. A teoria advinda daí – a metapsicologia – pode ser sistematizada como uma psicopatologia original.

Foi no contexto exposto, no qual a lesão fisiológica e a anatômica já não serviam para explicar a doença, que entrou em cena o neurólogo vienense, Sigmund Freud. Jovem médico, neurologista da escola alemã, interessado pelos fenômenos psíquicos, assistiu às apresentações de pacientes histéricos de Jean Martin Charcot, com quem havia estudado em Paris, durante seis meses, entre os anos de 1885 e 1886.

Antes disso, porém, o abrir seu consultório, imediatamente após seu retorno a Viena, deparou-se com pacientes que, já examinados por outros médicos, apresentavam um quadro de graves alterações psíquicas. Assim, a forte proporção de sintomas e manifestações históricas foi o material com o qual se defrontou Freud no final do século XIX (MEZAN, 2002). Esses pacientes, em sua maioria, eram mulheres que expressavam grande insatisfação pessoal e queixas freqüentes, bem como manifestações sintomáticas relacionadas ao corpo, como contraturas, paralisias, distúrbios da visão e alucinações, com as quais conviviam por longos períodos sem encontrarem alívio para sua sintomática. Embora atuasse como médico neurologista no início de sua prática clínica, estava imbuído de espírito científico, inovador para sua época, interessado por novas formas de tratamento para seus pacientes, além dos métodos tradicionais, a seu ver, inoperantes.

Segundo Mezan (2002), Freud concluiu que a fenomenologia histórica não é um capricho condenável de mulheres sem ocupação importante por fazer, muito menos possessão demoníaca. A determinação de considerar a histeria uma doença só se deu a partir da segunda metade do século XIX, uma vez que seria impossível, dado o ambiente religioso onde era praticado o exorcismo, tal qual imperou na Europa até meados do século XVIII. Freud se interessou pelo que era dito sobre as feiticeiras e escreveu a Fliess que estava lendo *O martelo das bruxas* e que descobrira semelhanças entre os sintomas com os quais se deparava no consultório. Completou afirmando que a fenomenologia não era tão divergente daquelas que os padres viam nas mulheres possuídas alguns séculos atrás. (MEZAN, 2002).

Original para sua época, Freud ousou lançar um olhar sobre além do aspecto orgânico da fenomenologia histórica. “[...], entretanto, não se afasta da teoria da lesão. Só que, agora, essa não é fisiológica e anatômica, mas psíquica” (BERLINK *apud* QUEIROZ, 2004, p.12). A psicopatologia freudiana permaneceu vinculada à noção de corpo lesionado, só que, a partir desse momento, o conhecimento foi ampliado e enriquecido, o que o colocou no campo do psiquismo, o qual mantém pontos de contato com o corpo, que se expressa de forma

significativa, constituindo a subjetividade. A histeria, tão pouco compreendida e confundida com a etiologia de inúmeras outras psicopatologias, foi alvo da atenção de Freud.

Insatisfeito com os procedimentos utilizados na época para tratar as “doenças nervosas”, que praticamente se limitavam à hidroterapia, eletroterapia, massagens e faradização, terapia de repouso e isolamento dos pacientes de seu meio familiar, além da autoridade moral do médico, Freud decidiu abandonar os métodos tradicionais para tratamento da histeria, centrado, inicialmente, na ampliação da rememoração (sem hipnose), como forma de revelar o mecanismo desencadeador do complexo sintomático, objetivando sempre sua dissolução. Freud também fez uso da chamada terapia de repouso, de Weir Mitchell, que consistia na combinação de repouso absoluto com massagens. O método era recomendado para o tratamento de histerias agudas e consistia no isolamento do histérico de seu círculo social e familiar por meio do encaminhamento temporário a um estabelecimento clínico ou hospitalar. Para Fulgêncio (1998), esse ato poderia ser qualificado como simples e audacioso, tendo em vista que apresentava um novo método para o tratamento da neurose, ou seja, possuía como pedra angular as mudanças epistemológicas profundas na compreensão do sintoma.

O que Freud percebeu, em seus primeiros trabalhos com os pacientes histéricos, foi o exagero das reações: as paralisias, para as quais não era encontrada explicação na anatomia, e as idéias excessivamente carregadas de afeto. A partir dessas observações, suas teorizações sobre o inconsciente, o recalque, o deslocamento, entre outras, derivam-se diretamente do estudo sobre a histeria. Foi a histeria, por meio de seus sintomas espetaculares e dramáticos, que mostrou a Freud a possibilidade do deslocamento, da condensação, do curso da energia psíquica e da instabilidade dessas representações (MEZAN, 1998).

Aos poucos, a influência teórica de Charcot se dissipou, e Freud, que inicialmente valorizava a hereditariedade como pré-condição importante ao desencadeamento do fenômeno histérico, priorizou as causas específicas das neuroses, em particular, a história sexual do paciente, sendo a introdução desse elemento a marca da originalidade da concepção freudiana sobre a etiologia das neuroses.

Com Charcot, a manifestação do sintoma era o produto final de uma lesão funcional que provocava uma cisão na consciência. Charcot deu visibilidade ao sintoma; no entanto, o paciente que o portava ficava relegado. O mais importante do paciente eram os signos que caracterizavam a sua doença; a histérica só estava presente enquanto encarnava a histeria. À parte disso, não despertava interesse. Para Freud, a situação era completamente diferenciada. O sintoma era, para ele, um ato psíquico, uma formação, mensagem inconsciente, e não mais

um conjunto de signos desconectados sem relação com o psiquismo (FULGÊNCIO, 1998).

Na origem da teoria, a histeria foi concebida por Freud como resultante de uma experiência sexual passiva e, conseqüentemente, traumática para o sujeito; e a manifestação do ataque histérico, como o produto final de um conflito de idéias (representações) patogênicas que não encontraram ab-reação adequada.

Fulgêncio (1998) afirma que Freud se serviu em referência à hipnose e à histeria, da contribuição teórica de diversos autores. De Charcot, Freud se apropriou da compreensão do mecanismo de funcionamento da histeria traumática como decorrência de uma cisão da consciência; de Liebéault e Bernheim, da compreensão do fenômeno hipnótico e de seu alicerce na sugestão; de Janet, da afirmação da existência de processos mentais inconscientes; e de Breuer, do procedimento catártico como técnica e modo de pesquisa da etiologia e do tratamento das neuroses.

No princípio da elaboração da teoria freudiana, o inconsciente apresentava-se como um segundo estado, ou estado anormal da consciência, no qual se localizavam representações conflituosas e às quais o paciente não teria acesso, pois foram rechaçadas. Essas representações, de fundo sexual, eram extirpadas para uma segunda consciência, por não terem ab-reagido ao afeto por meio do falar, do pensar associativo ou do impulso motor. “Nos primórdios da conceituação histérica, Freud vai descobrir o que desse sexual vai escapar à representação, ao que é próprio do sujeito” (CAMPOS, 2002).

O inconsciente apresentava-se, ainda nesse momento, como uma noção parcamente delineada, valorizada em seu aspecto descritivo e apresentada como o avesso da consciência, aquilo que está fora, que não está presente. Mas o trabalho e as revelações da clínica lhe possibilitaram compor um alicerce para sua proposta de um inconsciente dinâmico voltado à sua positividade, ou seja, uma instância com leis próprias de funcionamento e que se sobressai em relação à consciência e ao domínio do psiquismo.

Em seus primórdios vienenses, a prática terapêutica freudiana consistia em prover instrumentos ao paciente para que este pudesse rememorar uma determinada cena infantil que tivesse valor traumático, a fim de provocar a ab-reação do afeto a ela relacionado e se livrar do efeito sintomático. Estas constatações freudianas, como já citadas, foram fruto de sua prática clínica, da escuta das histéricas e da elaboração teórica que adveio a partir deste ato.

2.3 FREUD E BREUER: ATO FUNDADOR NOS PRIMÓRDIOS DA PSICANÁLISE

Freud conheceu o vienense Joseph Breuer⁶ no Instituto de Fisiologia de Brücke, nos anos finais de 1870, e ambos mantinham afinidades profissionais e de amizade, o que contribuiu para que colaborassem profissionalmente. Breuer, especialista em doenças dos órgãos internos, era um intelectual renomado, dono de espírito investigativo, que vinha atuando e pesquisando sobre o tratamento da histeria. Foi no tratamento de Anna O., pseudônimo de Bertha Pappenheim, que Breuer desenvolveu os princípios da terapêutica catártica. Descobriu fatos surpreendentes sobre a psicogênese dos sintomas histéricos, usando o método catártico⁷. Esses acontecimentos clínicos vividos por Breuer, que Freud acompanhou desde quando era estudante, foram retomados mais tarde pelo fundador da Psicanálise, depois de ter sido aluno de Charcot: a colaboração científica entre os dois homens, como vimos, resultaria nos *Estudos sobre a histeria*.

Anna O. tinha 21 anos quando adoeceu. Na época em questão, dispensava cuidados de enfermeira ao seu pai, quando passou a apresentar uma gama de sintomas. Seu quadro inicial constituía-se por uma anemia e uma tosse persistente, que evoluíram para distúrbios visuais e paralisias por contratura das extremidades superiores e inferiores, paresias, estados de ausência, confusão mental, anestésias, amnésia, alucinações, distúrbios da visão, impossibilidade de comunicação na língua materna, oscilações de humor (ora depressiva, ora falante) e agitação motora.

Breuer foi para Anna O., entre 1881 e 1882, um médico de família; logo, fazia parte do ritual, sobretudo quando a paciente apresentava estados confusionais ou de *absence*, fazia uma investigação clínica entre os familiares. Em tese, o próprio Freud só poderia deixar de agir assim depois de incluir, em sua clínica, a noção de “verdade psíquica”, por sua vez fruto da queda, por volta de 1897, da teoria da sedução real. Breuer interessou-se por Anna O., embora tivesse dúvidas em como assisti-la. Baseado em um método inteiramente empírico, Breuer comprovou que os sintomas histéricos desapareciam quando a paciente era incitada à

⁶ Como Wilhelm Fliess, Josef Breuer desempenhou um papel considerável na vida de Sigmund Freud, entre 1882 e 1895. De certa forma, foi uma figura paterna para o jovem sábio. Ajudou-o financeiramente, inventou o método catártico para o tratamento da histeria, redigiu com ele a obra inaugural da história da psicanálise, *Estudos sobre a Histeria*, e foi médico de Bertha Pappenheim que, sob o nome de Anna O., se tornaria o caso *princeps* das origens do freudismo (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 93).

⁷ Palavra de origem grega, *Catharsis* foi utilizada por Aristóteles para designar o processo de purgação ou eliminação das paixões que se produz no espectador quando, no teatro, ele assiste à representação de uma tragédia. O termo foi retomado por Sigmund Freud e Josef Breuer, que, nos *Estudos sobre a histeria*, chamava de método catártico o procedimento terapêutico pelo qual um sujeito consegue eliminar seus afetos patogênicos e então ab-reagi-los, revivendo os acontecimentos traumáticos a que eles estão ligados (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 107).

rememoração exaustiva de eventos traumáticos, ampliando a consciência possibilitada pela hipnose, sempre acompanhada por intensas descargas emocionais. Essa conclusão foi elaborada quando observou o efeito que o falar espontâneo provocava em sua paciente.

Conforme descrito nos *Estudos sobre a Histeria*, Anna O. era uma pessoa muito inteligente e de grande capacidade criativa, apesar de seu contexto social e familiar não lhe permitir extravasar suas potencialidades. Embora fosse uma jovem cheia de vitalidade, sua vida cotidiana apresentava-se excessivamente monótona, reclusa, com excesso de recato, tal como convinha a uma mulher dos anos de 1880. Possuía grande capacidade intelectual e energia mental não utilizada e vivia em constante devaneio, o que facilitou sua dissociação mental. Breuer acreditava que seus devaneios particulares, sua rica imaginação, contribuíram em muito para que seu sofrimento psíquico se instalasse. O trauma pode ter ocorrido em um dos estados de abstração mental, cunhado por Breuer com o termo genérico “hipnóide” (JONES, 1970).

Breuer observara estados alterados de consciência em Anna, nos quais, em um momento, apresentava-se de maneira triste, angustiada, e, em outro, extremamente arredia, agressiva e indelicada com as pessoas. Segundo Jones (1970, p. 236), “Era um caso de personalidade dupla”, no que se referia às mudanças repentinas de personalidade da paciente e sem uma explicação prévia satisfatória. Paralela a esse quadro sintomático, surgiu uma profunda desorganização funcional da linguagem, a ponto de a paciente não mais conseguir se expressar em sua língua materna, o alemão. Num primeiro momento, lhe faltavam palavras para expressar; após, se esqueceu das regras gramaticais, da sintaxe, da conjugação das formas verbais. Essa parafasia cedeu em março de 1891. No entanto, não readquiriu sua língua materna prontamente, vindo a se comunicar, quando sofria de angústia, na língua inglesa ou, então, em uma mistura de outros idiomas.

Anna O. apresentava diversos pensamentos, desejos, que logo se tornavam auto-recriminações, por não ser o que era esperado que ela pensasse ou fizesse, em uma dada situação. Apresentou vários sintomas histéricos de situações traumáticas, diferentes e variadas, e “[...] cada sintoma desaparecia depois de ela haver descrito sua primeira ocorrência.” (BREUER; FREUD, 1893-95, p. 88).

Anna O. tinha o hábito de, ao final da tarde, relatar uma história ou uma dada situação, cujo enredo era, na maioria das vezes, quase sempre muito criativo, tendo em geral o tema de uma jovem angustiada no leito de uma pessoa enferma, embora houvesse outras construções ficcionais. Após a sua contação de histórias, Anna despertava tranqüila e, caso não pudesse relatar seus produtos imaginativos do dia, ficava angustiada; no dia seguinte, era

preciso contar duas histórias. Esse bem-estar, porém, desaparecia no dia seguinte, sendo necessário a paciente fazer nova sessão de relato de histórias.

Breuer, como mencionado, tinha dúvidas em como ajudar a sua paciente. Conduzido pela própria paciente, descobriu uma forma de aliviá-la e de tratar seu sofrimento. A “cura pela palavra” desfazia os sintomas sempre que, sob hipnose, a paciente podia retornar à cena que dera origem a esses sintomas e ab-reagir os afetos que haviam sido represados. A ab-reação possibilitava que os afetos fossem articulados às palavras.

Foi a partir de uma observação praticamente casual que Breuer foi direcionado a desenvolver um procedimento terapêutico, o que permitiu tratar sua paciente dos produtos imaginativos produzidos durante seu estado hipnótico. Breuer percebeu que este procedimento terapêutico, que chamaria de catártico, apresentava utilidade, além de uma eliminação dos sintomas de forma temporária. Notou que a *catarsis* possibilitava a eliminação da sintomática histérica, por meio da rememoração durante a hipnose. Em certa ocasião, Breuer ficou bastante surpreso quando um sintoma histérico de Anna O. cedeu (impossibilidade de beber água, mesmo estando com muita sede), a partir de uma colocação espontânea durante a hipnose. Breuer fez questão de afirmar que apenas sistematizou a técnica terapêutica e que a paciente a desenvolveu espontaneamente.

Tratada pelo método catártico, Anna O. foi diagnosticada como portadora de dois estados de consciência, a partir de um processo de cisão psíquica de oposição e do antagonismo de representações, separados em duas consciências incompatíveis entre si. Breuer, inicialmente mais psicanalista que Freud, passivamente deixava Anna falar, enquanto Freud, em seus primeiros casos, dirigia, sugestionava, punha a mão na testa, induzindo recordações. Anna O. foi a paciente ideal e a única de Breuer tratada por esta técnica original.

O método catártico, mediante o hipnotismo, com o paciente em estado consciente, procurava encontrar a causa desencadeante do sintoma e o percebido era que esta estava relacionada a um acontecimento marcante na vida do paciente. O objetivo do tratamento catártico visava à rememoração do acontecimento, passado juntamente com o afeto correspondente. Desta maneira, era possível a ab-reação; o quadro de sintomas arrefecia e, ato seguinte, o quadro histérico cedia. Esta visão originou uma idéia bastante rudimentar, mas não menos importante, de inconsciente como representações ignoradas pelo sujeito, mas que se mostravam eficazes ao serem reconhecidas conscientemente. No entanto, com o desenrolar dos fatos, esse método mostrou-se ineficaz, pois a sintomática só era tratada de forma aparente, podendo o sofrimento retornar a qualquer momento ou transformar-se em outros sintomas.

A partir do método catártico, ocorreu uma mudança na forma de pensar a sintomatologia histérica: a pré-história psíquica do paciente passou a ser levada em conta. Breuer e, depois, Freud perceberam que os acontecimentos e as experiências jamais são realmente esquecidos, embora a amnésia seja uma característica marcante do histérico. A rememoração propunha-se a preencher lacunas na memória e possibilitar que elementos esquecidos fossem resgatados. O esquecimento era intencional e desejado, já que a rememoração dos fatos seria insuportável para o paciente. “Em pessoas com uma disposição histérica, qualquer afeto pode dar origem a uma divisão (*splitting*) desse tipo; e uma impressão recebida durante a vigência do afeto se tornaria, assim, um trauma [...]” (FREUD, 1977d, p. 211, grifo no original).

É importante destacar que, nesse período, a “fala” não era livre (de fato nunca é, se for levado em conta o determinismo psíquico), ou seja, associada livremente, como foi desenvolvido posteriormente. Era um falar dirigido, sugerido, sem implicação subjetiva do paciente, pois Anna O. afinal, encontrava-se em estado sonambúlico ou *hipnóide*. Após a sessão catártica, ou “limpeza de chaminé”, como batizara Anna O. em alusão aos efeitos do falar, esta se sentia bem disposta, e o sintoma desaparecia. Não havia sugestão. Pelo contrário, por isso se diz que Breuer foi mais “psicanalista” do que Freud, no início da Psicanálise, e que Anna O. teria sido a paciente ideal para a Psicanálise, se a sexualidade não aparecesse senão de maneira alusiva ou alucinatoriamente, com a gravidez histérica. A utilização da técnica hipnótica, mesmo a serviço da catarse, não possibilitava que certos fenômenos se manifestassem, entre eles a “transferência” (*Übertragung*). O que se destaca, nesse caso, é o processo de cisão psíquica, de oposição, de antagonismo entre idéias que, por serem incompatíveis, precisavam ser separadas em duas consciências. Essas teorizações iniciais apontam para o desenvolvimento, ainda que bastante rudimentar, do conceito de inconsciente, uma vez que já é anunciada uma outra instância além da consciência.

Para Breuer e Freud (1893), as experiências psíquicas que constituíam o conteúdo dos ataques histéricos possuíam, como característica comum, o fato de serem impressões que não encontraram uma descarga adequada, ou porque o paciente se recusava a enfrentá-las, por medo de conflitos mentais angustiantes, ou porque, como acontece no caso de impressões sexuais, se sentia proibido a agir, por timidez ou condição social.

O relato do caso clínico de Anna O. foi publicado por Breuer no ano de 1895, nos *Estudos sobre a Histeria*, escrito em parceria com Freud. Antes disso, menções de Breuer ao tratamento de Anna O. haviam sido lembradas por Freud ao estudar com Charcot, em Paris (1885/1886), e seria novamente objeto de seu interesse quando, retornando a Viena,

necessitava de recursos para tratar as neuroses de suas pacientes. A partir de 1889, sete anos após o término do tratamento de Anna O. com Breuer, Freud resolveu empregar o método catártico, após experimentar diversas técnicas terapêuticas com seus pacientes, verificando a importância do falar no tratamento das neuroses. Utilizou o método catártico de Breuer com o objetivo de fazer o paciente ab-reagir, isto é, liberar-se do afeto ligado ao fato traumático, para isso lançando mão de certa pressão na testa do paciente, indicando-lhe que, após o toque, ele se recordaria da situação traumática.

No artigo *A Comunicação preliminar* (1977d), Freud e Breuer destacam que a impossibilidade de o paciente histérico ab-reagir estaria relacionada a duas prerrogativas: um estado particular do sujeito, no momento em que é acometido pelo trauma, e que Breuer batizou de *estado hipnóide*, e as condições inerentes ao trauma sofrido.

Breuer e Freud (1977d) sustentavam a tese de que a dissociação da consciência existe de forma embrionária na base de toda forma de histeria e de que permaneceria uma tendência no histérico à manifestação desta dissociação, que culminaria com os estados anormais de consciência, constituindo o fenômeno básico da neurose⁸ histérica. Embora estas representações se encontrassem investidas de certa intensidade, achavam-se excluídas de associação com os demais conteúdos da consciência. Todavia, estas representações poderiam associar-se entre si, constituindo uma *condition seconde*. (BREUER; FREUD, 1977d).

Para Breuer, representações vividas em estados hipnóides, impedidas de ab-reagirem, seriam transportadas para a consciência. O afeto dessas representações teria sido revivido em estado hipnóide, não tendo descarga adequada, no aparelho somático. Dessa forma o método de Breuer permitia trazer à consciência representações que, ocorridas em estados hipnóides, tinham sido impedidas de ab-reagirem.

Igualmente, nos *Estudos sobre a histeria* (1977a), Breuer refere-se aos estados anormais de consciência ou estados hipnóides, nos quais o histérico apresentaria a tendência ou propensão para certa dissociação mental, a partir do surgimento de conteúdos patogênicos que só atingiriam a consciência pelo método hipnótico, por serem estes conteúdos conflituosos e portadores de sofrimento para o paciente. De acordo com essa teoria, a origem do sofrimento reside na tendência dos histéricos ao estado hipnóide, em que, por meio de devaneios diurnos profundos, semelhantes ao sonho, podem surgir representações e afetos que exercem seus efeitos patogênicos, pois o afeto ligado à representação traumática não sofre, no estado hipnóide, uma descarga adequada. Vendo nesses estados uma realização de auto-

⁸ Afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem raízes na história infantil do sujeito e constitui compromissos entre o desejo e a defesa (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 296)

hipnose espontânea, Breuer lançou mão do tratamento hipnótico, mas sem um direcionamento terapêutico preciso. Ele acreditava que os histéricos fossem pessoas enfraquecidas psiquicamente, tal como ele observara em Anna O. Jones (1970, p. 281) elucida que a *Comunicação preliminar* deixa perceptível que, para Freud, a afirmação de que os *estados hipnóides* formam a base e a condição da histeria aos poucos se tornou cada vez mais dúbia e este tinha a concepção de que um ato defensivo precedia qualquer estado dessa natureza. Igualmente, Jones (1970) esclarece que, posteriormente, Freud abandonou em definitivo a conceituação dos estados hipnóides, substituindo-a por sua doutrina da ‘defesa’. (JONES, 1970, p. 281).

Os estados hipnóides coincidem com a hipnose pelo fato de que, neles, as representações que emergem são muito mais intensas, mas se acham excluídas do comércio associativo com outras idéias. Os estados hipnóides podem se associar entre si e alcançar diferentes graus de organização psíquica, a qual permanece isolada do restante da consciência.

Com reservas cada vez maiores em relação à concepção etiológica da histeria de Breuer relativa aos estados hipnóides, Freud concebia esse “devaneio” como um desejo apresentado à consciência do paciente, geralmente cristalizado em torno de um acontecimento sexual prematuro da infância. Esse devaneio foi recebido como inaceitável pela consciência moral do sujeito, que a rejeitou prontamente com horror e a combateu com energia, havendo mobilização das defesas e derivados no inconsciente. Mas o desejo não é extinto; ele exercerá seus efeitos patogênicos sob a forma de sintomas. Esses sintomas são, de fato, por si próprios satisfações de desejo possíveis, estando disfarçados, travestidos e, como tal, irreconhecíveis pelo próprio sujeito. É, portanto, fundamental, o efeito do passado, ou seja, o acontecimento traumático original. Esta é, em essência, a teoria inicial de Freud, aquela que fundamentaria a Psicanálise nos anos seguintes.

Nos *Estudos sobre histeria*, Freud trabalhou com o conceito de *doublé conscience* (dupla consciência), caracterizada por uma consciência dividida, dissociada, separada por determinados grupos de representações, tidas como perturbadoras, portadoras de sofrimento, devendo ser banidas da consciência normal do paciente. Essas representações – idéias ou pensamento –, não poderiam ser aceitas pela consciência e deveriam ser extirpadas.

Não só nos *Estudos sobre a histeria*, mas também em vários artigos do mesmo período (1977a), Freud desenvolveu a teoria da defesa, concebida como mecanismo ativo no quadro da luta interpsíquica, o que se opõe totalmente à idéia de submissão passiva a uma deterioração do psiquismo, tal como Breuer a compreendia.

A descoberta da etiologia psíquica do fenômeno histérico é concomitante à

formulação dos conceitos fundamentais da Psicanálise, entre eles, o de inconsciente. Em *As neuropsicoses de defesa*, Freud (1976c) faz uma diferenciação entre as três formas de histeria⁹ estudadas e teorizadas até então por ele e por Breuer – histeria hipnóide, histeria de retenção e histeria de defesa –, contribuindo teoricamente de maneira mais contundente com a hipótese da histeria de defesa. Este tipo particular de defesa se manifesta de forma clínica, sendo que a fenomenologia histérica mostra-se diversa das duas outras formas de histeria: a histeria hipnóide e a histeria de retenção. A histeria de defesa caracteriza-se pelo impedimento defensivo de representações dolorosas inconscientes, que compareciam conscientemente acompanhadas de afetos penosos. Freud admite que o objetivo da defesa era enfraquecer a idéia, separando-a de seu afeto, fato esse alcançado com a conversão somática. No entanto, concorda que o processo de reversão do afeto é possível, retomando a idéia original, desencadeando um ataque histérico.

Laplanche & Pontalis (2001, p. 215) chamam a atenção para o fato de que a expressão ‘histeria de defesa’ desapareceu após a realização de estudos sobre a histeria e que tudo passou como se a mesma somente tivesse sido introduzida “para fazer prevalecer a noção de defesa sobre a de estado hipnóide”. Assim, “uma vez alcançado este resultado — ver na defesa o processo fundamental da histeria, estender o modelo do conflito defensivo às outras neuroses —, a expressão ‘histeria de defesa’” perdeu a sua razão de ser (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p. 215).

Freud, por sua vez, embora tenha citado o desenvolvimento teórico sobre as três formas de histeria e colaborado com este estudo, manteve sua opção pela histeria de defesa, seguindo-lhe as “pegadas”. Freud chegou a afirmar que jamais encontrou em seus casos clínicos, um de histeria hipnóide, distanciando-se, assim, cada vez mais, de seu amigo e colaborador, Breuer. Não obstante isto, foi a partir do modelo da histeria que Freud construiu uma teoria psíquica, como se verá no próximo capítulo.

⁹ A expressão histeria hipnóide pertence ao vocabulário de Freud e Josef Breuer no período de 1894-1895. Foi também empregado pelo psiquiatra alemão Paul Julius Moebius (1853-1907). Designa um estado induzido pela hipnose e que produz uma clivagem no seio da vida psíquica. [...] a histeria de defesa, que se exerce contra os afetos desprazerosos, e a histeria de retenção, onde os afetos não conseguem se exprimir pela ab-reação (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 337).

3 HISTERIA E A HIPÓTESE DO INCONSCIENTE

A partir do modelo da histeria, Freud construiu uma teoria psíquica que abarca o sintoma, a defesa e a constituição do sujeito do ponto de vista psicológico, indo além da nosografia médica da época. A partir do “psicopatológico”, construiu uma teoria da constituição psicológica humana. A grande descoberta freudiana foi que o sofrimento humano faz parte da existência, sem exceção: neuróticos ou não, todos portam certa “psicopatologia” (JERUSALINSKY, 1999).

A histeria, enquanto estrutura neurótica emergiu com a descoberta do inconsciente. Esse cenário é o fio condutor e o ponto central desenvolvido nesta pesquisa: a construção paulatina da hipótese do inconsciente na clínica a partir da idéia de cisão psíquica, até a elaboração da teoria de defesa, um dos principais sustentáculos da psicanálise.

A constituição histórica é o ponto de referência da psicanálise, o direcionamento teórico, a partir do qual foram construídos os demais conceitos que deram origem ao arcabouço funcional do psíquico. Foi, também, o fio teórico que se utilizou, nesta pesquisa, para apontar a construção do conceito de inconsciente¹⁰ (*das Unbewusste*) por Freud. Para tanto, se partiu dos textos pré-psicanalíticos e do quadro da chamada primeira tópica¹¹. Estes textos contêm a gênese (do ponto de vista didático) do que constituiu a teoria psicanalítica nos anos vindouros; foram a “pedra angular”, o fundamento teórico em que repousou o desenvolvimento psicanalítico posterior.

A histeria, como estrutura neurótica específica, surgiu com a descoberta do inconsciente, lugar que tem seu mecanismo próprio de funcionamento e suas leis. Inconsciente é aqui entendido como uma instância psíquica de onde se originam os sintomas. Quinet (2003, p. 9) adverte:

[...] pode parecer ultrapassado, se não acompanhássemos atônitos e horrorizados a cada vez mais intensa rejeição do sujeito promovida pelo discurso da ciência e pela globalização do capitalismo [...] O inconsciente é uma hipótese a ser constantemente comprovada, pois sua verdade, a ‘modernidade’, tende a recalá-la e sobre o desejo, que aí se manifesta, ela não quer nem saber.

Importante destacar que o inconsciente só adquiriu o seu estatuto de um espaço

¹⁰ Em Psicanálise, o inconsciente é um lugar desconhecido pela consciência: uma “outra cena”. Na primeira tópica elaborada por Sigmund Freud, trata-se de uma instância ou um sistema (Ics) constituído por conteúdos recalçados que escapam às outras instâncias, o pré-consciente e o consciente (Pcs-Cs). Na segunda tópica, deixa de ser uma instância, passando a servir para qualificar o isso e, em grande parte, o eu e o super-eu (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 375).

¹¹ Termo derivado do grego *topos* (lugar) e que designa, na filosofia, de Aristóteles (385-322 a.C) a Immanuel Kant (1724-1804), a teoria dos lugares, isto é, das classes gerais em que podem ser incluídas todas as teses ou elaborações. Na primeira concepção tópica, chamada de primeira tópica freudiana (1900-1920), Freud distinguiu o inconsciente, o pré-consciente e o consciente. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 755).

psíquico a partir de duas renúncias de Freud: a primeira está relacionada à transcrição neuropsicológica do psiquismo, como uma primeira tentativa de um modelo explicativo para o psiquismo; a segunda renúncia diz respeito à teoria da sedução como etiologia principal das psiconeuroses. São pilares de fundação da teoria psicanalítica, pois, a partir desses abandonos, a psicanálise pôde se constituir como teoria propriamente dita. A transcrição neuropsicológica do psiquismo estava relacionada à tentativa de incluir a psicanálise na ciência da época, torná-la aceita e reconhecida pelos meios científicos, algo que Freud desejava ardentemente. Renunciar à teoria da sedução foi abrir um campo de escuta em que a fantasia tem valor de realidade, ou que esta realidade está além do enunciado do paciente e tem caráter de verdade — verdade inconsciente e desconhecida, em um primeiro momento. Para Garcia-Roza (2005, p. 22), ao se percorrer o caminho trilhado por Freud, o qual jamais será original, mas recorrido, poderá se verificar que “seu começo irredutível a qualquer origem estrangeira é a produção do conceito de inconsciente que resultou na clivagem da subjetividade”.

Por meio de tal definição, foi possível compreender acontecimentos psicológicos aparentemente sem nexos: foram descobertas intenções ou desejos inconscientes na origem de atos, cujo sentido fora incompreensível para a comunidade científica da época.

Para Quinet (2003, p. 21), “se a alguns essa verdade pode parecer cansada, trata-se para nós de mostrar sua força e o gume de seu fio cortante demonstrando o inconsciente em sua verificação conceitual clínica e ética”. Quando se afirma algo, não se esgotam as vertentes, os questionamentos; ao contrário, em Psicanálise, há sempre mais que se falar e escrever sobre o assunto.

A idéia de inconsciente freudiano foi organizada e elaborada pouco a pouco, a partir dos casos clínicos atendidos por Freud, que lhe facultaram um avanço na visão do funcionamento psíquico. Pensar o funcionamento psíquico como inconsciente requer acompanhar o percurso teórico-clínico feito por Freud, desde os primeiros atendimentos, quando iniciou, se valendo da técnica hipnótica, passando pela ab-reação, até a descoberta da regra fundamental da associação livre, para o paciente, e da atenção flutuante, para o analista. Requer, ainda, pensar sobre a perspicácia e a sensibilidade freudiana quando lançou mão da escuta de suas pacientes, enquanto outros médicos se atinham somente aos fenômenos orgânicos, à fenomenologia do aparato histérico, em especial.

A formulação do conceito de inconsciente passou por diversos avanços e reformulações: inicialmente, de acordo com Breuer, era visto como um estado particular de dissociação mental (estados hipnóides), o que levou Freud à abordagem da cisão psíquica, até chegar à concepção de defesa. O pressuposto desenvolvido era de que o ataque histérico se

manifestava em decorrência de determinadas elaborações mentais, conflitos que não encontravam descarga adequada e que se manifestavam no somático.

As noções apresentadas sobre o inconsciente sofreram ampliação, complexização, ora sendo colocadas como contravontade, *condition seconde*, como idéias antitéticas aflitivas, como divisão da mente e dissociação da personalidade, para, por fim, ser elaborado que o mecanismo de divisão psíquica opera por recalque, ou seja, o Eu se defende das representações conflituosas¹² de fundo sexual.

Desvendar a histeria é revelar os caminhos da construção psíquica humana no sentido mais restrito da palavra. Este trabalho de pesquisa se propôs articular as principais idéias acerca do psiquismo, formuladas por Freud, no início em colaboração com Breuer, em um período que se convencionou chamar de pré-psicanalítico, e no qual se originou um dos conceitos-chave e fundador do campo psicanalítico – o inconsciente –, lugar que foi delineado por Freud a partir da experiência com as histéricas.

O conceito de inconsciente permitia a Freud compreender fatos até então sem sentido aparente, ou seja, na base de toda manifestação do ato humano, existem determinadas intenções ou desejos inconscientes. Por meio do tornar consciente o inconsciente, Freud notou que o sintoma histérico se apresentava por intermédio da fala e que só assim poderia ser ab-reagido. Só posteriormente, com o desenvolvimento teórico, é que o interesse deslocou-se para um falar associativo em que o paciente pudesse ouvir seu próprio dizer, implicando-se subjetivamente e responsabilizando-se pelo seu sofrer.

¹² Em Psicanálise, fala-se de conflito quando, no sujeito, opõem-se exigências internas contrárias. O conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, por exemplo, ou entre dois sentimentos contraditórios) ou latente, podendo este exprimir-se de forma deformada no conflito manifesto e traduzir-se particularmente pela formação de sintomas, desordens do comportamento, perturbações do caráter, etc. A psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isto em diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflitos entre as pulsões e, por fim, o conflito edipiano, em que não apenas se defrontam desejos contrários, mas em que estes enfrentam a interdição (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p. 89).

3.1 A SUGESTÃO HIPNÓTICA E A MANIFESTAÇÃO INCONSCIENTE

O hipnotismo, prática não reconhecida pela comunidade científica dos anos de 1880, teve sua origem no mesmerismo — doutrina de Franz Anton Mesmer (1734-1815). O mesmerismo caracterizava-se como uma mistura de conhecimentos de astrologia e ciência. Com essa abordagem, realizou curas de alguns transtornos mentais, acreditando que todos os homens eram influenciados, de alguma maneira, pelos astros, através de uma corrente magnética presente no universo. Um desequilíbrio desse fluido magnético produzia uma gama de doenças. O magnetizador era o que poderia restabelecer esse equilíbrio energético entre o universo e a pessoa. Mesmer surgia, então, com sua vara magnética na mão, e o tratamento se realizava sob sua direção. A técnica consistia em os pacientes serem tocados, esfregados e postos em frente ao magnetizador e próximo a ele no início da sessão (ABUCHAEM, 1989).

Embora esta prática tenha recebido severa crítica, e até ojeriza na época, contribuiu para que fosse reconhecida a influência dos processos psicológicos sobre os sintomas das diversas doenças. Mesmo considerado um charlatão pela comunidade científica, Mesmer, ou sua prática supostamente curativa, mostrou ser possível, com métodos psicológicos, influenciar, curar ou modificar expressões psicopatológicas, o que, naquela época, era totalmente inovador para o pensamento científico dominante.

Este autor deu uma contribuição indireta para a história da histeria, pois, embora não se dedicasse deliberadamente ao estudo desse acometimento, quase todos os seus pacientes sofriam dele. Com seus experimentos, possibilitou que a hipnose fosse descoberta. Sem saber, trabalhava de forma ativa com a sugestão, por meio da transferência, que, somente com a descoberta da Psicanálise, foi manejada e desenvolvida teoricamente.

Com a difusão dessas idéias, seu método adquiriu fama na Europa, despertando o interesse de alguns médicos — entre eles, e muitos anos mais tarde, James Braid, que, em 1843, introduziu o termo hipnotismo, do grego *hypnos* (sono). Braid investigou o mesmerismo com o propósito de encontrar nele um fundamento científico. O fator subjetivo (a sugestão), responsável pelo fenômeno realizado pelo magnetizador, foi algo que o impressionou muito. Segundo suas observações, o fenômeno nada tinha a ver com o fluido magnético ou com a cerimônia em tons de mágica. Braid buscou uma explicação neurofisiológica para os fenômenos hipnóticos. Além disso, introduziu modificações na técnica: do passe magnético por meio das mãos, para a fixação do olhar em um objeto brilhante (PEREA, 2001).

Em 1866, a partir dos ensinamentos de Braid, o médico rural francês Ambroise-Auguste Liébeault interessou-se pelo mesmerismo: descobriu o sono hipnótico e o aplicou no tratamento de seus pacientes. Ajustando as técnicas de James Braid com as do português Abade Faria, Liébeault explicava o sucesso do método terapêutico por meio do fenômeno sugestivo. Acusado de charlatanismo, dedicou sua vida profissional ao exercício, de forma gratuita, de seus conhecimentos sobre a hipnose à população menos favorecida economicamente de Nancy, comuna francesa situada na região de Lorena (PEREA, 2001).

Em 1882, Hippolyte-Marie Bernheim, professor catedrático de clínica médica da Faculdade de Medicina de Nancy, visitou Liébeault com o intuito de discutir um caso clínico, tornando-se seu amigo e discípulo. Em 1886, publicou *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, livro traduzido para o alemão por Freud. Sobre este acontecimento, Freud se pronuncia (1977a) afirmando que a realização de Bernheim e de seus colegas, em Nancy, trabalhando sob as mesmas diretrizes, consistia exatamente em excluir as manifestações do hipnotismo do seu mistério e correlacioná-las aos fenômenos conhecidos da vida psicológica normal e do sono.

Bernheim, por sua vez, mostrou ser um exímio observador dos fatos, constatando não ser necessária a técnica que incluía a fixação do olhar para o paciente apresentar um quadro de hipnose profunda. Concluiu que a hipnose poderia ser induzida por meio da sugestão do hipnotizador.

Charcot desenvolveu a técnica do hipnotismo por meio das descobertas de Liébeault e, com isto, pôde dedicar-se ao estudo da histeria. Demonstrou que poderiam ser provocados, sob hipnose, tremores, paralisias e anestésias em pessoas predispostas. Esses sintomas coincidiam, em todos os pormenores, com os da histeria espontânea.

Sabe-se, hoje, que a hipnose, como técnica puramente sugestiva, requer sujeitos facilmente influenciáveis, capazes de serem sugestionados, ou seja, que permitam tal estado e que depositem total e plena confiança no médico.

Em 1891, no artigo *Hipnose*, Freud (1977c) sugeriu que o médico não impusesse o tratamento hipnótico ao paciente e recomendou a sua renúncia, caso o paciente não cedesse ao sono hipnótico, pois nada conseguiria com uma imposição de tal ordem. A resistência provavelmente decorreria do preconceito estabelecido na cultura, o que impossibilitaria a “entrega” e a confiança do paciente ao tratamento sugestivo. A resistência apresentava-se implacável, também, quando não correspondia às sensações do paciente. Freud ainda advertiu os médicos para que o tratamento não se iniciasse com a técnica hipnótica, pois seria necessário criar um clima de receptividade, confiança e calma junto ao paciente, para que este

se mostrasse receptivo a tal técnica sugestiva. Controlar a situação era assim o objetivo do uso da hipnose, pois, mediante a sugestão hipnótica, o médico poderia obter “um conjunto de sintomas histéricos bem definidos e regulares; mas isso evidencia, ao mesmo tempo, que a histeria nada tinha a ver com o corpo neurológico, mas com o desejo do médico” (GARCIA-ROZA, 2005).

No início de sua prática clínica, Freud defendeu com entusiasmo a causa do hipnotismo frente ao corpo médico vienense. O objetivo principal do hipnotismo consistia em que determinados pacientes fossem postos em um estado anímico muito próximo ao sono. Esse estado dito hipnose, caracterizar-se-ia por apresentar gradações. Embora o paciente em estado hipnótico se comportasse como se estivesse adormecido, continuava desperto ouvindo as ordens e inquirições do hipnotizador, em total estado de obediência. Em 29 de agosto de 1888, Freud escreveu a Fliess sobre a importância da sugestão na prática clínica das enfermidades que acometem o sistema nervoso. A hipnose levou Freud a concluir que havia poderosos processos psíquicos que não estavam acessíveis à consciência. Seu caráter investigativo fez com que passasse a utilizar a hipnose de forma diversa daquela empregada por Charcot: usava-a para inquirir o paciente sobre a origem de seus sintomas, e não apenas como ordens para que os sintomas desaparecessem.

Freud tivera a oportunidade de observar os fenômenos hipnóticos na Salpêtrière, em especial o *grand hypnotisme*, descrito por Charcot, para quem o ataque histérico é composto de quatro fases: epileptóide; dos grandes movimentos; das *attitudes passionnelles* (fase alucinatória); e do delírio terminal, pela ordem de aparecimento. Os fenômenos hipnóticos constituíam, para Freud (1976a, p. 57), “uma forma elementar de uma *condition seconde*”, ou seja, constituíam idéias afastadas ou separadas da chamada consciência normal, que se manifestavam ou se faziam presentes nos ataques de histeria.

Freud (1977b) dirigiu-se a Nancy com o objetivo de aprimorar sua técnica junto às clínicas de Bernheim e Lièbeault. Bernheim havia demonstrado que a hipnose era uma sugestão que passava, antes de tudo, pela palavra, e não pelo magnetismo do olhar, o que fez dessa abordagem uma verdadeira técnica psicoterapêutica que Freud passou a aplicar desde que retornou a Viena. A grande descoberta e a contribuição dessa visita foram a constatação de que a técnica hipnótica nem sempre caminha lado a lado com o sucesso terapêutico, pois nem sempre o paciente aceita de prontidão as sugestões do médico.

A hipnose consistia em uma técnica que requeria alta dose de sugestionabilidade do médico em relação ao paciente. “O verdadeiro valor terapêutico da hipnose está nas sugestões veiculadas durante a mesma” (FREUD, 1977c, p. 162). Segundo Jones (1970, p.245), “Foi em

novembro de 1887 que Freud adotou a sugestão hipnótica, em que perseverou nos dezoito meses seguintes. Essa técnica freqüentemente produzia resultados satisfatórios e substituía a sensação de desamparo pela satisfação de ser admirado como um mágico”.

Freud usou a hipnose tanto no método da sugestão hipnótica quanto no método catártico, utilizado por Breuer unicamente com Anna O., que buscava eliminar o poder patogênico da lembrança, tornando-a inócua por meio da fala e da busca de uma saída para o afeto estrangulado desde o momento da experiência traumática (FREUD, 1974b). Já a sugestão hipnótica consistia em suggestionar o paciente, sob sono hipnótico, no sentido de que, após acordar, estaria livre de seus sintomas e, portanto, de seu sofrimento. Freud utilizou ambos os métodos concomitantemente antes de optar pela via catártica e, enfim, abandonar a hipnose e inventar o método psicanalítico com a regra da livre associação.

Freud (1977e) relatou um caso de sugestão hipnótica, bem como fez alguns comentários sobre a gênese da sintomática histérica, por meio do que chamou de contravontade. Tratava-se de uma senhora, jovem mãe incapacitada de amamentar seu primeiro filho recém-nascido, e que foi socorrida por uma ama-de-leite. A mãe se encontrava sem apetite, insone e numa espécie de depressão agitada.

Três anos após o nascimento do primeiro filho, nasceu um segundo bebê, e as mesmas circunstâncias se repetiram: incapacidade de alimentar-se, de dormir e de amamentar o recém-nascido. Freud foi então chamado com o objetivo explícito, como da primeira vez, de, por meio do processo hipnótico, liberar a paciente de seu estado crítico e tendente a se agravar. Cabe destacar, em relação a esse episódio, a necessidade de se levar em conta que, na época, diferentemente de hoje, o único recurso alternativo era a ama-de-leite. “Encontrei-a deitada no leito, as faces ruborizadas, irritada com sua incapacidade de amamentar o bebê [...]” (FREUD, 1977e, p. 173). Por meio da sugestão, Freud induziu a paciente a alimentar-se. Seguiram-se mais outras sessões, e ele anunciou que a paciente estava curada, não necessitando mais ser hipnotizada.

Mais uma vez a sugestão hipnótica obteve êxito, e o casal, que, anteriormente, não havia dado mostras de reconhecimento ao importante papel de atuação de Freud, pôde, sem acanhamento, comentar e agradecer os feitos do médico. “Eu me sentia envergonhada, disse-me a mulher, porque uma coisa como a hipnose podia obter resultado, ao passo que eu, com toda a minha força de vontade, não conseguia nada” (FREUD, 1977e, p. 175). Importante sublinhar que a paciente tinha a intenção de, com todas as suas forças, amamentar seu filho; no entanto, sentia-se mal, sem leite, sem fome, insone e irritada, além de sua profunda depressão ocasionada pela circunstância. Embora quisesse, não conseguia modificar seu

quadro só por sua vontade, indicando que algo mais atuava sobre a situação. Ela tinha um saber sobre o que estava lhe acontecendo e o que poderia fazer para mudar. No entanto, desconhecia a verdade inconsciente. Pode-se notar que somente o sintoma era eliminado após a sugestão hipnótica; a causa continuava lá, dando mostras da ineficácia terapêutica.

A impossibilidade de amamentar da jovem senhora foi a resultante do conflito estabelecido entre uma representação que a impedia de amamentar seu filho e a sua vontade em exercer este ato. Havia uma intenção, que era do campo da consciência, e uma representação, que era a manifestação do campo da “não-consciência”. O sintoma apresentava-se como um símbolo de uma representação de receio da incapacidade de amamentar seu filho.

O aparecimento de uma idéia incompatível desencadeava na paciente um esforço defensivo, cujo objetivo era livrar-se da idéia, expulsá-la de seus pensamentos, suprimi-la. Como isso era impossível de acontecer, restava ao Eu separar a idéia de seu correspondente afeto. Esse processo de deparar-se com a idéia incompatível e seu esforço de esquecimento é o recalçamento. Freud generalizava esse conceito para todas as neuroses, introduzindo o conceito de neuroses de defesa. A diferenciação entre uma neurose da outra é o destino dado ao afeto. Na histeria, o afeto se condensa na enervação somática, provocando a conversão histérica. Na neurose obsessiva, o destino são outras idéias, que, aparentemente, não têm importância alguma para a pessoa, desencadeando os atos compulsivos e as idéias obsessivas. Na neurose fóbica, o afeto é direcionado para o mundo externo, provocando as fobias de animais, de lugares fechados ou com muitas pessoas, elevadores, etc. (THÁ, 2007).

A explicação aparente dessa cura era a sugestão, o que não satisfazia plenamente Freud. Ele se interrogou sobre o caso e chegou à conclusão que a “vontade” se transforma em intenção e, por fim, em ato. O que Freud formulava com essa questão era a idéia de se ter, em muitas situações, uma intenção contrária, uma contravontade que se antepunha à vontade originária.

Ter-se-ia, então, uma “vontade”, traduzida em uma idéia, por exemplo, de desejo de fazer algo; e uma idéia antitética, “contravontade”, por exemplo, de medo de não conseguir fazer determinada ação, o que ocasionava um conflito psíquico. Isso é normal na vida cotidiana, segundo Freud, e geralmente se consegue sobrepor a vontade à contravontade. Quando isso não acontecia, a hipótese que Freud levantava, na época, era que, em certas condições, como, por exemplo, com disposição hereditária ou, como no caso da mãe que não conseguia amamentar o recém-nascido, com alta exigência física e psicológica, haveria uma diminuição da vontade e um aumento da contravontade. O conflito, não resolvido pela elaboração psíquica, seria isolado pelo Eu, criando uma divisão da consciência ou uma consciência à parte. Como a consciência normal se expressa em ações, a hipótese de Freud era

que a contravontade se expressaria por meio dos sintomas. Com a hipótese da divisão da consciência em vontade e contravontade, Freud começou a relativizar a causa hereditária.

Freud, então, discorreu sobre o mecanismo psíquico que poderia ter causado a problemática da paciente – a mãe que não conseguia amamentar o filho recém-nascido –, afirmando que as idéias são acompanhadas de *quantuns* de afeto, que se manifestam psiquicamente em forma de intenções e expectativas. Essas representações portadoras de intenções caracterizam-se pela opção de se fazer isso ou aquilo; as idéias portadoras de expectativas apresentavam-se pelas idéias positivas ou não que a pessoa tem sobre si mesma, sobre o que pode vir a lhe acontecer. Freud (1977e, p. 176) denomina a incerteza subjetiva, a dúvida, a contra-expectativa, de “idéias antitéticas aflitivas”, que representam de certa forma, uma espécie de falta de confiança, depreciação, receio, sensação de incapacidade para a realização de algo. A contra-expectativa está relacionada ao pensamento de que o que acontecerá com a pessoa é diferente do esperado, do planejado, da expectativa que tem sobre si mesma.

Uma pessoa de boa saúde mental, não neurótica, consegue impedir que as idéias antitéticas se manifestem. O paciente as extingue e as tolhe à medida do possível, bem como as exclui de suas associações de pensamento. Porém, Freud (1976c, p. 63) aventa a possibilidade de que “[...] a idéia antitética aflitiva, que parece estar inibida, é removida da associação das idéias, juntamente com a intenção, e continua a existir como idéia desconectada de seu contexto, muitas vezes sob forma da qual o paciente não tem consciência”

Se uma pessoa histérica intencionalmente procura esquecer uma experiência, ou a rechaça decididamente, inibe e suprime uma intenção ou idéia, uma representação. Neste sentido, tais “atos psíquicos, em consequência, entram no segundo estado da consciência; daí eles podem produzir seus efeitos permanentes, e a lembrança deles retorna sob a forma de um ataque histérico” (FREUD, 1977d, p. 215). O fenômeno histérico seria, então, o retorno de uma representação insuportável, rechaçada aparentemente. Nesse período de elaboração da teoria, Freud (1976c, p. 63) reconheceu que a terapêutica hipnótica “[...] alarga regularmente a restrita consciência de um histérico e permite acesso ao grupo psíquico que foi expelido”.

A terapia consistiu, a princípio, em hipnotizar o paciente, despertando-lhe suas lembranças acerca do período em que sofrera o trauma. O esperado, após a sugestão, era que o paciente pudesse se livrar de sua sintomática. Porém, foi observado que a experiência primeira, o trauma, continuava a manifestar-se, mesmo após o paciente ter sido hipnotizado. Fatos do passado, portadores de sofrimento, continuavam no presente, agindo com forte

intensidade, apontando que a causa desse sofrimento não estava sendo atingida e muito menos removida: o procedimento não fazia mais do que eliminar o sintoma, sem contar que grande número de pacientes não cedia ao sono hipnótico, causando dificuldades para exercer o tratamento e constrangimento ao médico.

Freud, então, empregou o método elaborado de maneira espontânea por seu colega, Joseph Breuer, o qual consistia em fazer o neurótico reviver a pré-história psíquica da doença, com o intuito de ser localizado o fato traumático que originou o sofrimento psíquico. A partir da técnica catártica, Freud compreendeu que a gama de sintomas atuais trazia marcas de acontecimentos passados e que estes, de alguma forma, influenciavam a vida presente do paciente. Para que o tratamento surtisse efeito, era necessário que o paciente falasse da sua história de vida, dos momentos de sofrimento, a fim de que o evento traumático fosse localizado, indicando uma “causa”, um núcleo formador da manifestação sintomática. A ab-reação é um recurso que o neurótico dispõe para lidar com o trauma psíquico. É uma descarga emocional que o falar possibilita, liberando o paciente do afeto relacionado à recordação de um acontecimento traumático. A grande questão que se colocava para Freud era por que a emoção ou as lembranças que correspondiam a traumas, em algumas ocasiões, não eram suficientemente ab-reagidas, ou seja, não sofriam um processo de desgaste semelhante a outras recordações.

Em 1893, Freud publicou, em co-autoria com Joseph Breuer, *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar* (1976a). Esse texto anunciou a ampliação do pensamento acerca do fenômeno histérico e pode ser considerado um dos alicerces da psicanálise, pois reúne as primeiras inferências teóricas dos autores a partir da clínica da histeria, bem como a abertura para novas reflexões que se tornariam o alicerce para os conceitos fundamentais da Psicanálise. Breuer e Freud não apresentaram, nesse texto, uma teoria do psiquismo; no entanto, descreveram o mecanismo psíquico que origina e sustenta o sintoma histérico, bem como a técnica para removê-lo.

Inicialmente, Freud trabalhou com a idéia de *double conscience*, ou seja, consciência dividida, dissociada em determinados grupos de representações, portadora de sofrimento e devendo ser banida da consciência normal do paciente. Essas formulações iniciais acerca da manifestação de estados inibidos de se exprimirem apontam para um além do querer consciente, embora Freud e Breuer se restringissem a afirmar que a investigação do surgimento do sintoma remeteria a lembranças desconhecidas que funcionariam como uma segunda consciência, acessível somente pelo método hipnótico.

Um caso clínico descrito por Freud (1974b), em *Estudos sobre a histeria*, ilustra a

contravontade histérica: uma mãe tinha nos braços uma criança muito doente e, por isso, pretendia permanecer imóvel para que o filho não despertasse. No entanto, contrariamente à sua intenção, ela produziu um ruído, que se repetiu numa ocasião subsequente em que desejava manter-se imóvel. Daí surgiu um tique que, sob a forma de um estalido com a língua, ocorreu durante um período de muitos anos, sempre que se sentia excitada. (FREUD, 1974b, p. 87).

Embora houvesse um “querer” estabelecido, uma contrariedade fez com que surgisse o ato ou pensamento negado. Uma contravontade, então, manifestava-se à revelia da pessoa – vontade outra que vinha em lugar de uma verdade inconsciente não apropriada pela pessoa. Importante destacar que essas lembranças não se encontravam à disposição do paciente no momento em que desejava, já que haviam sido expulsas da consciência. Freud observou a manifestação do que chamou de contravontade, idéias antitéticas aflitivas, *condition seconde*, o que posteriormente formalizou como um mecanismo de defesa estrutural da neurose, de um modo geral, e da histeria, em particular: o recalque.

3.2 A TENTATIVA DE ELABORAR UMA ETIOLOGIA SEXUAL DAS NEUROSES

Freud e Breuer observaram que não seria suficiente interrogar o paciente sobre seu sofrimento, pois, por mais que este se esforçasse, não lograva êxito ao recordar os fatos. Era empregado, então, o método hipnótico, capaz de fazer com que o paciente rememorasse lembranças do momento desencadeador do sintoma. Tal método de exame, de acordo com Freud e Breuer (1977a, p. 43), “tem, em grande número de casos, produzido resultados que se afiguram igualmente de valor, tanto de um ponto de vista teórico, como prático”.

Por meio da investigação hipnótica, Freud chegou à raiz dos conflitos, que se repetiam de forma sistemática em todos os casos apresentados: a recordação de abuso sexual em tenra idade, praticada por um adulto. Uma experiência em que a criança não teve como se defender, tampouco compreender. Este é o ponto de divergência entre Freud e seus mestres: para estes, a causa primeira da histeria é hereditária; para aquele, em sua primeira teoria sexual, desenvolvida antes dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, decorre de uma experiência sexual precoce, em que a criança não teve mecanismos psíquicos para compreender o que ocorria.

Freud (1976d) escreveu, em *Etiologia da Histeria*, que a relação etiológica da histeria está relacionada ao aspecto sexual. Lançou mão do método catártico, criado espontaneamente por Breuer, que a ele possibilitou chegar até o trauma desencadeador, de fundo sexual. Para Freud, o sintoma foi claramente desencadeado por um fato traumático, recalçado, ou melhor, pela razão de este não poder ser expresso e de ter sido “abafado”. Uma emoção penosa seria o motivo desencadeante da situação traumática.

Em suas elaborações iniciais acerca da etiologia da histeria, Freud desenvolveu uma concepção diversa de seu mestre Charcot: a histeria seria resultante de um processo de defesa de idéias, culminando na inervação somática, em forma de ataque histérico. Nesse momento teórico, já havia a constatação de que as idéias incompatíveis, inaceitáveis, eram de fundo sexual. É possível dizer que as bases, o arcabouço da teoria das neuroses, se delinearam por volta de 1893 e 1894. De acordo com Freud, e a partir dos estudos de Breuer, foi possível pensar a etiologia da histeria e a visão dos estados hipnóides, bem como descrever a condição psíquica como possibilitadora de uma espécie de dissociação: cenário para a instalação de uma neurose.

Era levada em conta a probabilidade de a pessoa ter sofrido algum trauma que tenha ameaçado sua integridade psicológica e moral e de, mesmo sem ter predisposição hereditária,

desenvolver uma neurose histérica. O trauma estaria relacionado a algum membro do corpo, geralmente agredido fisicamente. A natureza do fenômeno histérico, nesse período da clínica, foi traumática. “Qualquer experiência que possa evocar emoções aflitivas – tais como as de susto, ansiedade [angústia], vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza” (FREUD, 1976a, p. 46). A idéia era que, em uma dada condição que incluísse sofrimento, humilhação, dor, vergonha, enfim, sofrimento causado por outrem e sem revide verbal, o afeto original próprio dessa condição ficaria retido como trauma psíquico: “[...] os pacientes histéricos sofrem de traumas psíquicos incompletamente ab-reagidos” (FREUD, 1976a, p. 50). O fator etiológico da histeria era atribuído ao trauma psíquico, à emoção do susto, do acontecimento inesperado.

O que propicia o fenômeno histérico pode ser um conjunto de causas ou parte de uma história única de sofrimento. Pode-se dizer que é a semelhança do trauma, a emoção, o afeto da idéia traumática o fator etiológico do processo histérico. “A lembrança que forma o conteúdo de um ataque histérico é uma lembrança inconsciente [...]” (FREUD, 1977d, p. 215). Por isso, era função do analista propiciar ao paciente a rememoração dos acontecimentos traumáticos. Posteriormente esse pensamento foi alargado, sendo que o trauma nada mais era do que “a lembrança do trauma”, e a emoção do susto não passava de dor psíquica.

O tratamento era destinado a eliminar cada sintoma histérico individual, suprimindo-o, tão logo fosse evocada a recordação em evidência, ou seja, o afeto era traduzido em palavra e, por meio da fala, o paciente histérico expressava a emoção vinculada ao fato ou idéia traumática. “A lembrança sem emoção, quase invariavelmente, não produz nenhum resultado. O processo psíquico, que originalmente ocorreu, deve ser levado de volta ao seu *status nascendi* e então receber expressão verbal” (FREUD, 1976a, p. 47).

Todavia, não importava a temporalidade do fato traumático: bastaria um momento de recordação para que a mesma dor e sofrimento pudessem ser rememorados. “A desproporção entre a duração de muitos anos do sintoma histérico e a ocorrência isolada que o provocou, é o que estamos invariavelmente habituados a encontrar em neuroses traumáticas” (FREUD, 1976a, p. 48). Neste sentido, cabe ressaltar que o tempo, para a Psicanálise, não tem conotação cronológica, pois os fatos vividos no passado podem atuar com a mesma força e eficácia no presente. A memória conserva o fato traumático, independente do tempo cronológico. “Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências”, conforme a célebre frase da *Comunicação preliminar* (BREUER; FREUD, 1977d, p. 44). Isto quer dizer que fatos ou acontecimentos passados que não puderam ser ab-reagidos adquirem qualidade de

trauma.

A lembrança, ou o afeto ligado à recordação, mantém-se conservado por não ter havido “reação de descarga energética”, momento no qual as emoções são ab-reagidas. Sendo de reminiscências que advém o sofrimento, a técnica desse período consistia na recordação dos fatos, a fim de que o afeto ligado a eles pudesse ser descarregado por meio da rememoração. Referindo-se ainda à técnica, Freud (1976d, p. 212) escreveria, três anos depois, já terminada a parceria com Breuer, que seria compreendido “que nossa terapia consiste em remover as conseqüências das idéias que não sofreram ab-reação, seja revivendo o trauma num estado de sonambulismo, e então ab-reagindo e corrigindo-o, seja trazendo-o para o plano da consciência normal, sob hipnose relativamente superficial”.

A histeria passou, então, a ser considerada decorrente da associação¹³ de diversos eventos traumáticos: “[...] os sintomas podem ser resolvidos quando, partindo deles, encontramos o caminho de volta à lembrança de uma experiência traumática” (FREUD, 1976d, p. 221). Ainda para o mesmo autor, há a possibilidade de, atrás da primeira cena traumática, se esconder a lembrança de uma segunda cena traumática que mais bem satisfaça os requisitos do indivíduo e “cuja reprodução tenha maior efeito terapêutico, de modo que a cena descoberta em primeiro lugar tem apenas a importância de ser um elo de conexão na cadeia de associações”.

O desenvolvimento teórico apresentado até o momento implica que o sintoma histérico não surge de nenhuma experiência concreta isolada, mas da associação (ligação) de experiências antigas concatenadas com os eventos traumáticos atuais que propiciam a fenomenologia dos sintomas histéricos.

¹³ A palavra *Einfall* é traduzida com frequência por “livre associação”, por “associação” e por “idéia”. [...] Freud em geral emprega o termo *Einfall* no contexto do fluxo de idéias que vão ocorrendo e sendo verbalizadas pelo paciente em sessão (HANNIS, 1996, p. 270).

4 A ETIOLOGIA DA HISTERIA E A TEORIA DA FANTASIA

No artigo *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* (1976a), Freud e Breuer sustentam a predominância do fator traumático como causa etiológica da histeria. Junto com Breuer e na esteira de Charcot, Freud estava em busca do trauma desencadeante. A idéia de trauma formulada até então e anterior à Psicanálise propriamente dita dizia respeito ao conflito de emoções e à incompatibilidade de representações que assomavam o psiquismo do histérico.

Freud notou, por meio dos casos clínicos, o quanto a história sexual se fazia presente. Observou um grande número de situações clínicas em que as lembranças mais importantes e significativas tinham a sexualidade como elemento central. Tal constatação o deixou perplexo, pois não estava preparado para escutar tais relatos. Percebeu que as falas das pacientes apontavam para uma cena de sedução sexual, vivenciada passivamente quando crianças, por um adulto perverso.

Segundo Roudinesco; Plon (1998, p. 696), “foi exatamente dessa representação da coerção que Freud partiu ao construir, entre 1895 e 1897, sua teoria da sedução, segundo a qual a neurose teria como origem um abuso sexual real”. “Apresenta-se, portanto, a tese de que, na base de todo caso de histeria, há uma ou mais ocorrências de experiência sexual prematura” (FREUD, 1976d, p. 230), ou seja, a tese inicial era de que havia ocorrido, ainda na infância, algum tipo de contato ou relacionamento de fundo sexual e que este foi associado com outros acontecimentos, de forma traumática, tornando-se uma lembrança inconsciente. “Os traumas da infância operam, de modo adiado, como se fossem experiências recentes: mas o fazem inconscientemente” (FREUD, 1976d, p. 192).

Falar em idéias incompatíveis de fundo sexual significa afirmar que a histérica tenha sofrido um trauma (experiência passiva), ocorrido num período da vida em que esta não tivera elementos para se defender, sofrendo de forma inerte a investida sexual. Necessário apontar que somente *a posteriori* a experiência traumática teve significação. Mas será preciso um segundo momento, ou uma segunda experiência de cunho sexual, para que seja desencadeada a fenomenologia histérica, dando a idéia de conexão, cadeia: “[...] com grande frequência, é algum fato da infância que estabelece um sintoma mais ou menos grave que persiste durante os anos que se seguem” (FREUD, 1976a, p. 44). Não seriam exatamente os acontecimentos passados portadores do trauma, mas a rememoração, a vivência psíquica do passado a partir de uma experiência atual (puberdade), que retrocederia e evocaria o acontecimento anterior, tornando traumático o momento atual.

Freud (1976d, p. 239) sustenta “que as experiências sexuais infantis constituem a precondição fundamental da histeria, isto é, constituem realmente a disposição para esta”.

Ainda para Freud (1976d, p. 239), “são elas que criam os sintomas histéricos, mas não o fazem imediatamente, permanecendo inicialmente sem efeito e só exercendo uma ação patogênica depois, quando emergem após a puberdade sob a forma de lembranças inconscientes”

Freud deu credibilidade às histéricas num primeiro momento. No entanto, o alto número de acometimentos narrados fez com que desconfiasse dessas afirmações. Esse questionamento motivou a revisão da forma de pensar sobre o trauma desencadeante do processo histérico. Além do mais, esta “regra” incluiria seu pai e o próprio Freud.

Se a sedução não era concreta, porém não era possível ficar indiferente aos inúmeros relatos dessa situação feitos pelos pacientes. Como se sabe, o Autor (1977g, p.350-351) abandonaria posteriormente a sua “teoria da sedução”, conforme anunciado na carta 69 a Fliess: “[...] confiar-lhe-ei imediatamente o grande segredo que lentamente comecei a compreender nos últimos meses. Não acredito mais em minha neurótica [...]”

O abandono desta teoria foi o divisor de águas rumo à fundação do campo psicanalítico. Levando em conta o papel da fantasia¹⁴ na constituição do psiquismo humano, esta constatação foi uma dedução lógica proveniente do espírito e rigor científico de Freud. Desse descrédito nasceu a teoria da fantasia ou fantasma: o que interessava, realmente, quanto ao acontecimento ou, talvez, até mais do que ele, era a sua representação psíquica, a idéia construída acerca do acontecimento, mesmo que este não tenha ocorrido de forma concreta. Freud ainda não havia elaborado o conceito de inconsciente propriamente dito, e a teoria edípica ainda estava em vias de constituição, restando a Freud interpretá-los como fantasias.

Aliado à descoberta da sexualidade infantil, do complexo de Édipo, do investimento da energia libidinal e de seus conflitos, bem como da auto-análise de Freud¹⁵, delineou-se a idéia de constituição psíquica e da importância das relações primeiras com os genitores. O que tinha conotação de realidade apresentava-se como fantasia. Freud supunha que a realidade psíquica fosse fantasmática.

Sobre a teoria traumática de Freud, escreve Garcia-Roza (2005) que a mesma teve profunda importância no desenvolvimento teórico freudiano, constituindo-se, ao mesmo

¹⁴ Termo utilizado por Sigmund Freud, primeiro no sentido corrente que a língua alemã lhe confere (fantasia ou imaginação), depois, como um conceito, a partir de 1897. Correlato da elaboração da noção de realidade psíquica e do abandono da teoria da sedução designa a vida imaginária do sujeito e a maneira como este representa para si mesmo sua história ou a história de suas origens: fala-se, então, de fantasia originária (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 223).

¹⁵ Freud mudou de opinião várias vezes quanto à duração dessa auto-análise, mas, ao tomarmos conhecimento de suas cartas a Fliess, constatamos que ela se desenrolou entre 22 de junho e 14 de novembro de 1897. Durante esse período crucial, o jovem médico abandonou a teoria da sedução em favor da teoria da fantasia e fez sua primeira interpretação do *Édipo de Sófocles* (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 45).

tempo, no impedimento da evolução e aprofundamento teórico. No período em que esteve em voga a teoria do trauma, a sexualidade infantil e o Édipo não entraram em cena, pois os sintomas neuróticos permaneciam dependentes da produção de um acontecimento traumático concreto, e não das fantasias edípicas da criança. Nesse período de elaboração teórica, o traumático estava articulado a questões econômicas e era entendido como consequência da impossibilidade de o aparelho psíquico lidar com quantidades excessivas de energia libidinal. A etiologia da histeria era, então, pensada em razão do prematuro encontro com o sexual, sendo este de natureza traumática.

Com a crença de que a fantasia sexual dos pacientes tinha peso de realidade e estivesse relacionado à sintomática histérica, Freud concluiu que a histérica adoecia em função do conflito de idéias, diante da necessidade de satisfação sexual, em contraste com as exigências éticas e morais, efeitos da civilização, e não por causa da sedução concreta de um adulto. Mesmo que, na infância, a criança tivesse sofrido algum tipo de abuso, para Freud, o trauma não serviria como explicação única, bem como o papel da sexualidade era constituinte, e não patológico, segundo suas teorizações.

No entanto, Garcia-Roza (2005) aponta que Freud nunca abandonou completamente a idéia sobre os efeitos traumáticos de uma sedução concreta. O que ele abandonou, de certa forma, foi a busca de uma cena primeira, original, tal qual assinala Laplanche (1973 *apud* ROZA, 2005, p.50) de que há uma sedução da qual praticamente nenhum ser humano escapa: a sedução dos cuidados maternos.

Referindo-se à condição etiológica da histeria, Freud (1976d, p. 241) elucida que deve haver um esforço defensivo em relação a uma idéia aflitiva e que tal idéia deve “apresentar uma conexão lógica ou associativa com uma lembrança inconsciente através de poucos ou de muitos dos intermediários”. No entanto, ainda conforme Freud (1976d, p. 241), essas lembranças permanecem inconscientes naquele momento, além de que devem ter um conteúdo sexual, o qual, por sua vez, deve ser uma experiência ocorrida durante a infância.

Em seus estudos, Freud constatou que, na etiologia das neuroses, o papel da sexualidade é determinante e concluiu que o paciente não adoecia em decorrência da sedução de um adulto, uma vez que a sexualidade se faz presente desde o momento inicial da constituição do sujeito, sendo a responsável pela constituição psíquica e, portanto, por suas fantasias. Segundo Pollo (2003, p. 32), “se o que lhe parecia real surge agora como fantasia, impõe-se também a dedução de que a realidade psíquica é fantasmática [...]”.

4.1 OS CASOS CLÍNICOS: PRINCIPAIS ELEMENTOS DE CONSTRUÇÃO DA TEORIA DO INCONSCIENTE

O caso clínico da Srta. Katharina é o relato de uma breve terapia psicanalítica, sendo que Freud fez uma demonstração curta e interessante sobre o papel dos traumas sexuais na gênese do quadro histérico. Esse tratamento desenrolou-se em forma de uma entrevista que concedeu à jovem, durante suas férias na montanha em 1893. Este caso clínico é importante, primeiro, historicamente, como exemplo de um caso de sedução sexual; segundo, porque ilustra a idéia do *après-coup* (um segundo tempo) na formação do sintoma; e, enfim, pelo fato de a paciente, segundo Freud, revelar a intimidade sexual de uma forma não comum entre as moças da cidade.

Katharina era filha da dona da estalagem e pediu ajuda a Freud para resolver seu mal-estar, aparentemente desencadeado pela falta de ar. Seu quadro caracterizara-se por uma crise de angústia após ela ter presenciado seu “tio” com uma prima em um quarto escuro. Este encontro inesperado fez com que a jovem vomitasse por três dias. A paciente “vomitou uma mensagem”, um hieróglifo a ser decifrado por meio de uma repulsa moral. Essa lembrança recordou Katharina de que esse tio fizera investida sexual, no passado, com ela própria (Figura 01).

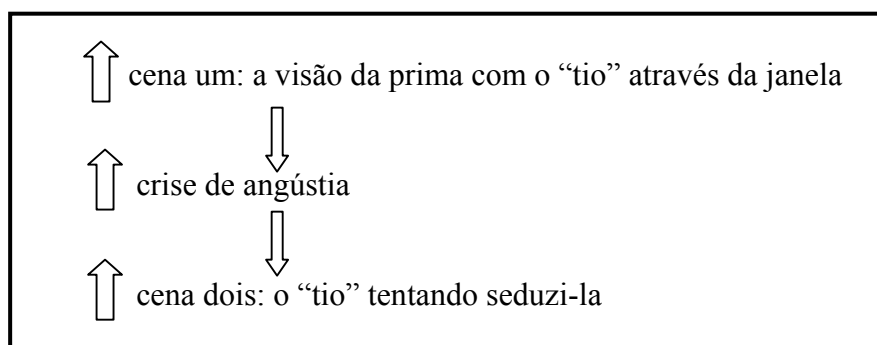


Figura 01 – Ligação retroativa da cena dois com a cena um
Fonte: Pesquisadora (2008).

Quanto ao caso exposto, segundo Freud (1974b, p. 215), se ele conseguisse “trazer essa lembrança, inteiramente, à consciência normal”, ela deixaria “de ter a capacidade de produzir ataques”. Essa lembrança era aquilo que Katharina não queria saber, por lhe trazer constrangimento e dor. “O elemento constante e essencial de um ataque histérico (recorrente) é o retorno de um estado psíquico que o paciente já experimentou anteriormente; em outras

palavras, ‘o retorno de uma lembrança’” (FREUD, 1974b, p. 213). A lembrança com sentido traumático evidencia somente a *posteriori* a idéia de cadeia, ou seja, uma sucessão de traumas, concatenações de idéias patogênicas, elos de idéias ligados em associação como arranjo de temas. A tarefa consistia em corrigir a idéia, reintroduzindo-a na consciência ou eliminando-a do cenário psíquico.

Freud (1974b, p.177) faz uma analogia interessante entre a sintomatologia da histeria e a escrita pictográfica. Menciona que ele e Breuer muitas vezes haviam “comparado a sintomatologia da histeria com uma escrita pictográfica que se tornava inteligível após a descoberta de algumas inscrições bilíngües. Nesse alfabeto, estar doente significa repulsa.”. Repulsa por idéias que trazem o retorno de um fato já experienciado, e que passa a adquirir a qualidade de traumático. Um fato que só pode ter significação a partir de um segundo acontecimento, que guarda elementos com o primeiro. Assim, como nem todas as pessoas eram sujeitas à hipnose, Freud aos poucos percebeu que a fala dos pacientes, aparentemente caótica e desordenada, pedia inserção no fio de observações do trabalho analítico, necessitando de escuta mais apurada. Aquilo que aparentemente era trazido sem sentido aos poucos denotou certa logicidade, o que exigiu mudanças significativas na técnica.

Sob a ótica de Fulgêncio (1998, p. 62), Freud tem o entendimento de que o paciente é o detentor da explicação dos sentidos de seus sintomas e que o psicanalista tem a responsabilidade de levá-lo, na medida do possível, à descoberta de tais sentidos, não sendo, porém, do profissional que eles provêm. No novo método, o psicanalista não tem mais a incumbência de dizer a verdade do sintoma, mas de decifrar, “em cada caso específico, a cadeia causal inconsciente que produz o sintoma, o que só pode ser feito por meio do discurso próprio do paciente. [...] o paciente não está mais separado de seu sintoma, ele é o seu sintoma e não o seu objeto (FULGÊNCIO, 1998, p. 62).

No caso Katharina, em especial, Freud contestou a idéia inicial de trauma como o único desencadeador de toda a gama de sintomas desenvolvidos pela paciente. Levou em conta a organização psíquica infantil, ou seja, as relações inconscientes estabelecidas da pessoa com seus genitores. Nesse período de elaboração da técnica, ser histérico significava portar determinantes psicológicos, entre eles: um trauma psíquico, conflito de afetos e, ainda, um distúrbio na esfera da sexualidade. Freud teorizou que a transformação da experiência cotidiana em trauma e a não ab-reação, pela via da linguagem ou da ação, ocorre em função da natureza sexual dessa experiência, ou seja, o sexual equivale ao traumático, pelo fato de não possuir uma representação equivalente. A histeria, como constituição neurótica, centra-se sobre o sintoma, não mais como significação orgânica, hereditária, mas como significação

inconsciente.

Essa indicação aponta que a neurose se manifesta em determinada zona erógena, que um dia foi, ainda na infância, motivo de uma atividade prazerosa e intensa e que, por conseqüência, submete determinada área a uma revivescência da sintomática *a posteriori*. Outras regiões do corpo, por sua vez, podem ser alvo de um deslocamento de excitabilidade e assumir, então, função de zona erógena. Porém, aqui, Freud avança teoricamente, sustentando que “O trauma, que sabemos ter ocorrido na vida passada do paciente, é insuficiente para explicar ou determinar a natureza particular dos sintomas” (FREUD, 1974a, p. 25).

Somente à luz do trauma não seria possível determinar acontecimentos anteriores, indispensáveis para a solução do caso. “Portanto, se a teoria do trauma não deve ser abandonada, devemos voltar à infância da moça e buscar ali quaisquer influências ou depressões que pudessem ter tido efeito análogo ao de um trauma” (FREUD, 1974a, p. 13).

Nesse aspecto, Freud define, em linhas gerais, um sintoma como a representação, a realização de uma fantasia de conteúdo sexual, ou seja, como uma situação sexual, um sintoma que possui mais de um significado e que “serve para representar, simultaneamente, diversos processos mentais inconscientes [...] um único processo ou fantasia mental inconsciente, dificilmente bastará para a produção de um sintoma” (FREUD, 1974a, p. 44).

Freud percebeu que nem todos os seus pacientes cediam ao sono hipnótico. Aos poucos, notou que a fala, aparentemente caótica e desordenada, pedia inserção no fio de observações do trabalho analítico, necessitando de escuta mais apurada. Aquilo que aparentemente não fazia sentido foi, aos poucos, denotando certa logicidade, o que exigiu mudanças significativas na técnica.

Freud, no relato do caso Frau Emmy, viúva que padecia de tiques convulsivos, inibições espasmódicas da fala e alucinações aterrorizantes, e cujo tratamento iniciou-se em maio de 1889, dezoito meses depois de ter empregado a sugestão hipnótica pela primeira vez, escreve que, no decurso do tratamento, se deparou com idéias opostas e situações traumáticas que deixavam uma impressão profunda na paciente, manifestando-se a todo instante. Ele ainda empregou, nesse caso, a sugestão, apontando que sua técnica consistia em libertar o paciente de seus traumas, um a um: “[...] livrar-me de tudo o que a cada dia vinha à tona, até que o acervo acessível de suas lembranças patológicas pareceu estar esgotado” (FREUD, 1974b, p. 135). Jones (1970, p. 251), em sua biografia, afirmou que Freud concluíra que o hipnotismo esconde “os importantes fenômenos da resistência e da transferência, características essenciais à prática e à teoria psicanalítica” e que “foi este, seguramente, o principal motivo por que abandonou o hipnotismo, a transição definitiva do método catártico

de Breuer para o método psicanalítico”.

Frau Emmy contribuiu de forma valorosa para a psicanálise, ensinando a Freud sobre a importância e a necessidade de ser escutada. Pode-se afirmar que a Psicanálise foi se constituindo a partir da escuta das histéricas; foram elas que mostraram o “caminho das pedras” a Freud.

Neste caso clínico – de Frau Emmy –, Freud utilizou, pela primeira vez, o método catártico, aliando, além de sua influência por meio da hipnose, acompanhada de massagens e eletroterapia com o objetivo de estimular a lembrança dos fatos e tratar as manifestações da histeria, paliativos que causavam bem-estar ao paciente, mas que eram momentâneos em termos de tratamento dos sintomas. Freud percebeu, nas entrevistas, que era suficiente a paciente falar espontaneamente para reviver as lembranças significativas e que o efeito catártico viesse do simples fato de ela expô-los por meio da palavra. Falar a respeito da lembrança traumática exerceria um efeito catártico em relação à sintomática histérica e corresponderia a uma verdadeira confissão de algo que atormenta e causa sofrimento.

Influenciado por Breuer e insatisfeito com o resultado da utilização da hipnose em sua clínica, Freud passou a aplicar o método catártico, acreditando que o neurótico “sabia” de seu trauma e não teria sido totalmente acometido pela passividade dos sintomas histéricos (FREUD, 1974b).

No caso clínico Frau Emmy, Freud pôde perceber e relacionar o efeito positivo da sugestão hipnótica, como dependente do tipo de contato e relação entre médico e paciente. Observou que o paciente se esmera em agradar seu médico, o que de fato pouco contribui para a melhoria efetiva da sintomática histérica; sendo assim, seu efeito apenas paliativo, assim que esta relação cessa (JONES, 1970). Freud ainda não se havia dado conta da necessidade de manejar a relação transferencial para que o paciente melhorasse de seus sintomas.

A hipnose aliada à sugestão, quando somente o médico fala e o paciente escuta, não permite que seja feita uma investigação da origem da histeria, mas apenas a remoção dos sintomas, sem que sejam conhecidas as causas. O método catártico, a partir da teoria da abreação, parecia mais bem instrumentalizado que a sugestão hipnótica.

No caso clínico Frau Emmy, Freud pôde notar a pouca eficácia da sugestão, uma vez que a paciente melhorava de seus sintomas, sob sugestão, e não por havê-los elaborado. “[...] e quando no fim da hipnose, lhe perguntava se ainda tinha medo do animal, ela respondia: não... desde que o senhor insiste. Uma promessa como esta, baseada apenas em sua obediência a mim, nunca teve êxito [...]” (FREUD, 1974b, p. 145).

Freud referiu-se pela primeira vez ao termo “inconsciente” em uma nota de rodapé

do caso Emmy. No entanto, foi Breuer que, em sua contribuição aos *Estudos sobre histeria*, fez primeiramente uma defesa das idéias inconscientes. Nas considerações teóricas de Breuer à *Comunicação preliminar*, ele fala em representações inconscientes e representações inadmissíveis à consciência e que conseqüentemente causariam uma divisão da mente.

No início do artigo *As neuropsicoses de defesa*, Freud (1976c) descreve explicitamente o mecanismo psíquico da defesa como inconsciente. O interesse de Freud pela suposição da existência do inconsciente não era um interesse filosófico, senão um interesse prático. Ele acreditava que sem essa suposição seria impossível explicar ou mesmo descrever a grande variedade de fenômenos com que se defrontava na clínica.

No caso de Elizabeth Von R., Freud dá uma definição de um trauma psíquico: “Transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em ab-reagir por meio do pensar associativo ou da reação motora” (FREUD, 1977d, p. 216). Quando o paciente não consegue ab-reagir um determinado acontecimento carregado de afeto, de cunho conflituoso, esse se torna traumático – na histeria, pela inervação somática, ou seja, o corpo torna-se via de descarga de afetos não ab-reagidos por ocasião do acontecimento. Nesse caso, Freud deu especial interesse ao destino ativo da idéia recalçada que investe em uma inervação somática.

A partir do momento em que é apontada a idéia de que o trauma não é de ordem física, e sim, psíquica, ressurgem a história pessoal como o material do qual o psicanalista necessita para localizar o momento traumático que desencadeou o processo histérico. A Charcot não interessava essas narrativas sexuais como causa etiológica da histeria. Essa relação entre a histeria e a sexualidade foi recusada por Charcot e se tornou o ponto de partida e núcleo da investigação freudiana (GARCIA-ROZA, 2005).

O trauma estava relacionado a um conflito de emoções, uma incompatibilidade de idéias, que assomavam a mente do histérico. Por meio do método catártico, o paciente retroagia do sintoma até a cena do trauma, e a rememoração possibilitava um novo ordenamento da energia psíquica “[...] uma correção subsequente do curso psíquico dos eventos que então ocorreram” (FREUD, 1976d, p. 219).

No início dessa clínica que o próprio Freud começou a inventar, pareceu-lhe ser necessário um estado alterado da consciência para ter acesso às lembranças patogênicas, isto é, símbolos *mnêmicos* que evocavam o trauma. Por isso, neste caso clínico – de Elizabeth Von R. –, o primeiro de seus casos clínicos (relatado) com o método de Breuer, a terapêutica necessitava do sonambulismo para provocar esse estado modificado, bem como para permitir que se efetuasse a catarse. “Os sintomas da histeria são determinados por certas experiências do

paciente que operaram de maneira traumática e que são reproduzidas na sua vida psíquica sob a forma de símbolos mnêmicos.” (FREUD, 1976d, p. 219).

Freud levantou a suspeita de que, nem sempre, o paciente tinha intenção de rememorar os conteúdos esquecidos, por mais que aparentemente demonstrasse vontade. Nesse caso, Freud introduziu uma variante da técnica: incapaz de hipnotizar convenientemente, ele pressionava a testa da paciente a fim de que suas lembranças se fizessem presentes naquela oportunidade; a partir daí, a paciente passou a fazer associação a respeito dos fatos. Os sintomas de Elizabeth Von R. foram eliminados a partir do momento em que houve o reconhecimento de que Emmy continha um segredo de cunho afetivo pelo seu patrão e que fora suprimido, pois era um amor impossível.

Fräulein Elizabeth Von R., cujo tratamento deu-se do outono de 1892 a julho de 1893, era uma jovem de 24 anos de idade, que chegou até Freud acometida de inexplicáveis dores nas pernas, o que lhe dificultava a marcha — sintoma que tinha aparecido pela primeira vez quando ela cuidava de seu pai doente. Pouco antes do falecimento do seu pai, sua irmã também adoecera, vindo a falecer, constituindo estas duas perdas o fator traumático desencadeante da sintomatologia.

O conflito inicial surgiu na época em que ela tomava conta de seu pai doente. Em certa ocasião, Elizabeth se permitiu encontrar-se com amigos e retornou à sua casa acompanhada de um rapaz pelo qual havia se interessado. Ao constatar que a saúde do pai havia deteriorado, a paciente imediatamente passou a se auto-acusar por ter experimentado satisfação no encontro enquanto seu moribundo pai encontrava-se doente.

O segundo conflito foi representado pela incongruência da situação em que o corpo da irmã jazia falecido, e Elizabeth permitiu-se experimentar pensamentos afetivos em relação a seu cunhado. A resultante deste conflito psíquico contribuiu para a intensificação das dores corporais desencadeadas pela conversão somática. O estado geral de Fräulein Elizabeth Von R. foi melhorando, mas, durante a análise, ela era acometida por dores na perna direita, quando suas lembranças da enfermidade do pai se associavam às do jovem por quem havia se enamorado, e por dores na perna esquerda, quando as recordações referiam-se à irmã morta e ao cunhado.

À pergunta de Freud sobre o motivo do surgimento das dores nessa época, Fräulein Elizabeth Von R. respondeu falando da dor de perceber-se tão só e avulsa frente à felicidade conjugal de sua segunda irmã, evidenciada, para ela, pela conduta de seu cunhado. Elizabeth sentiu inveja da irmã e um desejo ardente de ser tão feliz quanto ela. A partir dessa reflexão,

as dores de Fräulein Elizabeth Von R. se estabeleceram definitivamente. Seu ser moral se rebelava contra isso. A representação de seu enamoramento pelo cunhado lhe era intolerável.

A paciente se mostrou refratária à hipnose, e Freud se contentou em mantê-la deitada, com os olhos fechados, fazendo com que constatasse que nem todos os pacientes eram suscetíveis à hipnose; pedia à paciente que se concentrasse e ordenava-lhe que se deitasse, fechasse os olhos, como forma de alcançar certa concentração. Freud recorda-se de ter presenciado Bernheim mostrando que os fatos revividos durante o sono hipnótico não eram realmente esquecidos no estado normal de consciência, e que bastaria uma palavra delicada, mas com autoridade, bem como uma pressão nas têmporas com a mão, para que um estado alterado de consciência se fizesse presente. Sobre esta experiência, Freud (1974b, p.157) declara que a mesma foi surpreendente e instrutiva e que lhe serviu de modelo, razão pela qual resolveu partir do pressuposto de que seus “pacientes sabiam tudo que fosse de qualquer significado patogênico e que se tratava apenas de uma questão de obrigá-los a comunicá-lo”. Freud (1974b, p.157) relata que colocava a sua mão na testa da paciente ou, então, “lhe tomava a cabeça entre as mãos e dizia: Você pensará nisso sob a pressão de minha mão. No momento em que relaxar a pressão verá algo em frente de você ou alguma coisa entrará em sua cabeça. Agarre-a. Será o que estamos procurando”.

Foi durante a análise de Fräulein Elizabeth Von R. que Freud chegou a um procedimento que logo se tornou um método, um procedimento comparável com uma “técnica de escavar uma cidade soterrada” (FREUD, 1974b, p.154-155). Abrindo mão do sono hipnótico pela técnica da concentração, Freud deslocou seu interesse para as representações que ocorriam aos seus pacientes.

Uma representação evoca outra, que tem relação, por sua vez, com outra idéia, formando uma noção de encadeamento de idéias. Porém, ainda era impossível abrir mão do sono hipnótico, uma vez que “[...] são precisamente as lembranças patogênicas que, como já tivemos ocasião de dizer, se acham ausentes da lembrança dos pacientes [...]” (FREUD, 1974b, p.156).

Freud concluiu que os acontecimentos, fatos, experiências traumáticas não eram jamais esquecidos, embora fosse a amnésia uma característica marcante do histérico. Descreve que, a partir de tais exemplos, identificou uma característica universal dessas representações, ou seja, todas possuíam caráter aflitivo, sendo capazes de despertar afetos de vergonha, de autocensura e de dor psíquica, bem como o sentimento de estar sendo prejudicado. Além disso, eram de um tipo que a pessoa gostaria de esquecer, de nunca ter

experimentado. Freud (1976d, p. 283) finaliza afirmando que “de tudo isso emergiu, como que de forma automática, a idéia de defesa”.

uma característica universal de tais representações: eram todas de natureza aflitiva, capazes de despertar afetos de vergonha, de autocensura e de dor psíquica, além do sentimento de estar sendo prejudicado; eram todas de uma espécie que a pessoa preferiria não ter experimentado, que preferiria esquecer. De tudo isso emergiu, como que de forma automática, a idéia de defesa (FREUD, 1976d, p. 283).

Os acontecimentos ficavam de alguma forma retidos no psiquismo, e o esquecimento era apenas aparente, resultado de uma intenção inconsciente. Com a pressão na testa e a sugestão por meio de uma palavra, os acontecimentos emergiam, possibilitando que seus conteúdos pudessem ser lembrados pelo falar. A questão que se apresenta neste momento teórico – importante igualmente para este trabalho de pesquisa, que se propõe a indicar os elementos que contam na construção da teoria freudiana do inconsciente – é por que se faz necessário esquecer determinados fatos.

Em dezembro de 1892, Freud iniciou o tratamento de uma jovem governanta inglesa, que chamou de Miss Lucy R. A paciente sofria da perda de odor e de alucinações olfativas (cheiro de queimado), além de sintomas histéricos. O tratamento durou em torno de nove semanas e, nesse caso clínico, Freud abandonou progressivamente a hipnose pela sugestão.

Depois de ter tentado em vão utilizar a hipnose, Freud desistiu e passou a aplicar o método catártico aliado à pressão na testa da paciente quando as lembranças demoravam a surgir. Esse tratamento confirmou a hipótese de que a lembrança de um incidente esquecido, mas fielmente conservado na memória, está na origem do efeito patogênico sobre os sintomas histéricos. Trata-se de um conflito psíquico, quase sempre de natureza sexual, cujo efeito patogênico se deve a que uma idéia incompatível é rechaçada da consciência, não permitindo a sua ab-reação. Neste caso, Freud deu continuidade à prática estabelecida com Elizabeth Von R., — a associação livre.

O caso Fräulein Elizabeth Von R. e os processos pelos quais ela constituiu seu sintoma exemplificam algumas características dos processos inconscientes, entre eles a existência da não-contradição no inconsciente, em que são abrigados desejos, que, no âmbito da consciência, não poderiam conviver sem intensa contradição, tal como demonstra o afeto pela segunda irmã e o desejo de que esta morra. Da mesma forma, a linguagem utilizada pelo sintoma dor nas pernas, se satisfaz, sem dúvida, do mecanismo de condensação. Os desejos que se constituem como intoleráveis para Fräulein Elizabeth Von R. são destituídos de suas

respectivas representações, no caso, representações eróticas, e os afetos a eles inerentes são utilizados para intensificar a dor psíquica que, por conversão, se transforma em dor somática.

O que Freud salienta é que o inconsciente é inesgotável. Com o tratamento analítico, o que se espera que se esgote é o efeito patógeno da idéia inconsciente. Mas a idéia inconsciente, uma vez testemunhada de alguma forma na consciência, não deixa de estar por isso em seu lugar de origem, o inconsciente. Tem-se aqui a primeira hipótese da divisão do psiquismo em Freud. É conhecida como primeira tópica. Nela, o psiquismo se refere basicamente a duas instâncias separadas pela barreira da censura.

Com a técnica da concentração, Freud começou a dirigir sua atenção para as idéias que ocorriam a seus pacientes. Notou que uma representação lembrava ou evocava outra e assim sucessivamente, até formarem uma cadeia associativa. A descoberta desta técnica possibilitou a análise dos sonhos, chistes e atos falhos. Investigando esses fenômenos da vida cotidiana, Freud pôde compreender o modo de funcionamento do inconsciente.

Essa nova técnica de investigação do inconsciente lhe foi de muita utilidade no trabalho analítico, apesar de os pacientes afirmarem muitas vezes que nada lhes ocorria. “Alargar o que se supunha ser uma consciência limitada era laborioso – muito mais ainda, pelo menos, do que uma investigação durante o sonambulismo” (FREUD, 1974b, p. 159). Freud (1974b, p. 157) aponta como vantagens imediatas da nova técnica o fato de esta tê-lo tornado independente do sonambulismo e de lhe ter proporcionado uma compreensão – *insight* – dos motivos que, diversas vezes, determinam o “esquecimento” das lembranças. O psicanalista ainda afirma que o referido esquecimento às vezes é intencional e desejado e que seu êxito jamais é mais do que aparenta.

Freud costumava inquirir, interrogar, exigir que o paciente lhe comunicasse algo; interrompia as associações do paciente quando bem lhe aprouvesse, fato pelo qual a Srta. Elizabeth censurou-o em certa ocasião, pedindo-lhe que ficasse em silêncio e que a deixasse falar, fato considerado por Jones (1970) como um momento histórico da edificação da teoria psicanalítica.

A partir de sua experiência clínica, Freud mostrou que foi levado a modificar, pouco a pouco, a técnica catártica para chegar a uma abordagem terapêutica original, diferente da de Breuer. Assim, na leitura desse capítulo fundamental, vê-se que se esboçam, sob a pena de Freud, os contornos cada vez mais precisos do que será o método psicanalítico, com seus princípios constitutivos já delineados nos *Estudos sobre a histeria*.

Freud começou a recordar que foram as dificuldades e os limites encontrados na aplicação do método catártico que o incitaram a encontrar meios mais eficazes para buscar as

lembranças patogênicas e a explorar novas técnicas que logo substituiriam a anterior. De fato, tal como era aplicado, o tratamento catártico levava muito tempo e exigia total confiança do paciente no médico, para que a hipnose tivesse êxito. Porém, nem todos os pacientes ofereciam o mesmo grau de confiança. Ao invés de desanimar, Freud superou esse obstáculo encontrando um meio de permitir ao paciente recuperar suas lembranças patogênicas sem a hipnose. Ele notara que, deitando o paciente e lhe pedindo que fechasse os olhos e se concentrasse, insistindo repetidamente, conseguia que surgissem novas lembranças. Mas, dado que esse procedimento ainda exigia muitos esforços e os resultados demoravam a aparecer, Freud conjecturou que isso pudesse ser sinal de uma resistência vinda do paciente. Contudo, como percebeu que tal insistência exigia dele esforços, levando-o a pensar que fosse necessário superar uma resistência, chegou imediatamente à teoria de que, por meio do seu trabalho psíquico, precisaria superar uma força psíquica dos pacientes que impediam as representações patogênicas de se tornarem conscientes, ou seja, de serem lembradas. (FREUD, 1976d, p. 283).

Cabia a Freud superar esses novos obstáculos que travavam a emergência dessas representações. Foi assim que Freud descobriu o papel desempenhado pelas resistências e defesas, mecanismos psíquicos que impediam que as representações patogênicas chegassem à consciência. Ele fundamentara sua abordagem na insistência repetida com seus pacientes para que superassem suas resistências. Complementou-a acrescentando a isso o gesto técnico de uma pressão sobre sua testa, com o objetivo de facilitar a emergência de lembranças patogênicas. Contudo, quando desenvolveu, logo depois, o método da associação livre, também renunciou ao gesto técnico da pressão.

A descoberta da associação livre se deu progressivamente entre 1892 e 1898, “[...] tornando-se grandemente refinado e purificado com respeito aos acessórios – hipnose, sugestão, insistências e inquirições – que o acompanhavam desde a sua irrupção inicial”. (JONES, 1970, p. 250). Embora não seja possível datá-la, Freud já faz menção a ela no caso de Emmy Von N., em que foi levado a dar lugar de maneira paulatina, à expressão verbal espontânea de sua paciente.

O interesse pela pré-história psíquica do paciente pode ser considerado o “divisor de águas” da técnica hipnótica para a psicanalítica. É nesse momento que se funda a escuta do paciente, permitindo-lhe falar sobre seu sofrimento, indo além da mera sugestibilidade, técnica que não permitia implicação, nem escuta do que estava sendo dito pelo paciente. Era algo efêmero, pois o sujeito não se ouvia e não se responsabilizava pelos seus sintomas. O fenômeno histérico dizia “algo” do sujeito. Era a denúncia de seu conflito por meio do corpo.

Quanto à necessidade da ab-reação, ela foi abandonada no decurso da elaboração psicanalítica; contudo, a descarga emocional permaneceu como um elemento indissociável da teoria, só que por meio do falar associativo. Para Freud (1977b, p. 112), é preciso agradecer à velha técnica da hipnose, pois esta mostrou “os processos psíquicos simples da análise, numa forma individualizada ou esquemática”, sendo que somente isto já encorajou a construir, no tratamento analítico, situações mais complexas e a mantê-las claras.

É no capítulo II de *A interpretação dos sonhos* que Freud descreve, pela primeira vez, o método da associação livre. No relato que aí faz desse processo, esclarece ser necessária uma preparação psicológica do paciente para que surja o efeito terapêutico esperado. O paciente deverá intensificar sua atenção para suas percepções psíquicas, suspendendo totalmente a crítica, a vergonha e o constrangimento que, por ventura, possam apresentar-se aos seus pensamentos, evitando, assim, selecionar aspectos de sua história. Freud sugere que o paciente adote uma posição de repouso e feche os olhos, como forma de atingir a concentração esperada.

5 A DEFESA COMO CAUSA ETIOLÓGICA DA HISTERIA

Freud e Breuer (1974a, p. 25) afirmam que “o trauma, que se sabe ter ocorrido na vida passada do paciente, era insuficiente para explicar ou determinar a natureza particular dos sintomas”. Seria necessário escutar a queixa do paciente na sua constelação existencial, indicando a importância de levar em conta os diversos eventos, a fim de obter um encadeamento de idéias.

Segundo Quinet (2003, p. 120), “o sintoma para a psicanálise não revela a verdade de uma doença orgânica, o que não quer dizer que não revele uma verdade: trata-se da verdade do sujeito do inconsciente”.

Freud inicialmente identificou as representações conflituosas como provenientes de fundo sexual. Acreditava que o paciente tivesse sofrido algum tipo de abuso sexual (trauma) que ameaçou sua integridade psicológica e moral. O fator desencadeante era atribuído ao trauma psíquico, à emoção do susto diante do acontecimento inesperado.

Foi a partir da idéia de defesa¹⁶ que se operou uma modificação na prática clínica e na forma de pensar a constituição sintomática: não era mais possível fazer com que o paciente somente ab-reagisse ao afeto; era preciso tornar consciente o inconsciente, fazer com que as representações patogênicas viesse à consciência e fossem reconhecidas pelo paciente. Freud chegou à conclusão de que o sintoma segue um modelo similar aos processos ditos “normais” do sonho, do chiste e dos lapsos, porque demonstram exatamente o mesmo esquema (QUINET, 2003).

Aos poucos, essa ruptura de pensamento se estabeleceu, bem como a conclusão de que a cisão psíquica não tem causa orgânica, mas psicológica. O paciente se defende de determinadas representações incompatíveis, e o sintoma histérico não revela a realidade física, mas psicológica; ou seja, o que adocece é a representação de corpo que a histérica construiu, e não propriamente o corpo orgânico. Evidencia-se o papel da fantasia na constituição psíquica e sintomática. A ação da defesa e o seu objetivo são assim definidos por Roudinesco; Plon (1998, p.141): “[...] separar, quando essa operação não mais pode efetuar-se diretamente por meio da ab-reação, a representação perturbadora do afeto que lhe esteve originalmente ligado”.

Freud, em 1894, escreveu *As neuropsicoses de defesa*, artigo que demarcou o surgimento, ainda que de forma latente, de suas hipóteses fundamentais acerca da teoria psicanalítica. Isto porque foi neste artigo que apareceu, pela primeira vez, o termo “defesa”,

¹⁶ Apesar de corretamente traduzido por “defesa”, *abwehr* possui conotações diferentes do termo português. [...] Freud utiliza a palavra *abwehr* num contexto de equilíbrio dinâmico entre forças psíquicas e ressalta a idéia de que a função primordial da *abwehr* é manter determinadas ameaças afastadas da consciência (HANNIS, 1996, p. 121).

embora o conceito já tivesse comparecido na *Comunicação preliminar*, em 1893, como “recalcamento”. Nessa época, “recalcamento” era usado como equivalente de “defesa”. Nas palavras do próprio Freud (1972c), ao escrever a *História do movimento psicanalítico*, a “teoria do recalcamento” ou defesa constituiria a “pedra angular” da psicanálise.

Em *As neuropsicoses de defesa*, Freud designa como neuropsicoses a histeria, a neurose obsessiva e a paranóia, pois estas apresentavam um aspecto comum. Este aspecto consistia em que seus sintomas emergiam por meio de um mecanismo de defesa (inconsciente), isto é, emergiam como uma tentativa de recalcar uma idéia incompatível que se opunha afluentemente ao ego do sujeito. Freud diz, ainda, que a histeria, a neurose obsessiva e a paranóia eram conseqüências de um conflito entre o ego e uma idéia incompatível, de origem sexual. Ao longo de sua obra, os termos passaram a ser diferenciados, não mais se sobrepondo. O recalque passou de processo defensivo, em geral, a apenas uma das estratégias usadas pelo ego para se defender. Nesse período, a tese de Freud era que as neuropsicoses seriam defesas inadequadas contra uma idéia incompatível à integridade do ego.

O conceito de defesa desempenha um papel crucial, sendo que foi a partir de seu êxito em afastar a idéia incompatível do ego que Freud delimitou uma linha divisória entre psicose e neurose. Nesse mesmo texto, Freud afirma a existência de uma defesa mais eficaz na psicose do que na neurose: a defesa projeta-se contra a representação incompatível separando-a de seu afeto; a representação em si permanece na consciência, ainda que enfraquecida e isolada. Há, entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela, o Eu rejeita a representação incompatível, juntamente com seu afeto, e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. A defesa será mais ou menos bem-sucedida, de acordo com o mecanismo de defesa usado para manter a idéia incompatível afastada do ego.

Na histeria, ocorre o recalque da idéia incompatível, e seu afeto é investido em alguma parte do corpo, por meio do processo de conversão; na neurose obsessiva, há o recalque da idéia incompatível, e seu afeto é investido numa idéia adequada, pelo processo de transposição de afeto. Já na psicose, tanto a idéia incompatível quanto o afeto são recalcados, como se jamais tivessem existido. Freud atribui, assim, o mesmo mecanismo de defesa para a histeria, a neurose obsessiva e a psicose: o recalque da idéia incompatível com o ego.

No início da clínica freudiana, o inconsciente era comparado a uma segunda consciência ou consciência à parte, formada por idéias traumatizantes não atingidas por abreação. Como se viu ao longo deste trabalho de dissertação, esse conceito sofreu

transformações, apontando novos direcionamentos e críticas do próprio Freud. Para isso contribuiu a nova concepção de Freud para a histeria: ela seria resultante de um processo de defesa¹⁷, culminando na inervação somática, em forma de ataque histérico. A representação incompatível torna-se sem efeito desde que o afeto seja canalizado para o somático. A conversão somática escolhe a inervação motora ou sensoria relacionada à experiência sexual traumática.

Não seria suficiente apenas ab-reagir o afeto da idéia traumática, mas propiciar a vinda da representação recalçada à consciência, e esta ser reconhecida pelo paciente, significando que a terapêutica avançou a partir da proposta de tornar consciente o inconsciente.

As primeiras formulações da clínica psicanalítica davam conta de que o inconsciente fora assimilado a uma segunda consciência, ou a uma consciência à parte, formada por idéias traumatizantes, não atingidas por ab-reação. O enfoque da técnica era descobrir a causa desencadeadora de determinado sintoma, mas tal conceito se transformou. A formulação teórica dos estados de *doublé conscience* cedeu espaço à teoria de defesa por meio do funcionamento do recalque. O paciente defende-se da lembrança de uma dada situação e demonstra resistir ao acesso das recordações. Dá-se a defesa pela transposição da representação incompatível em conversão somática. Garcia-Roza (2005, p. 38) esclarece “que os termos ‘defesa’ e ‘recalcamento’ não são sinônimos, apesar de, na época em que Freud publica *As neuropsicoses de defesa*, eles poderem ser quase identificados”. Para o autor, o termo defesa é mais amplo e designa, “em sua primeira acepção, o mecanismo pelo qual o ego se protege de uma representação desagradável e ameaçadora”.

Freud foi percebendo, a partir da clínica, que, nas manifestações neuróticas, não havia somente um trauma causador, mas vários traumas interagindo, formando a causa desencadeante do sintoma. A manifestação dava-se, não por uma única idéia traumática, mas por vários traumas concatenados por uma determinada lógica inconsciente produzindo efeitos. A idéia era haver um trauma principal, ligado a vários outros de forma simbólica, chamado por Freud de cadeia associativa. Freud só se deu conta do fenômeno da defesa quando abriu mão da técnica da hipnose. Por mais que uma série de indícios pudesse sugerir-lhe a existência de algo que lhe era vedado pelo próprio método que empregava, esta evidência só se apresentaria após o abandono desse método (GARCIA-ROZA, 2005).

Não era mais possível ter acesso à representação traumática, sendo apenas viável

¹⁷ Sigmund Freud designa por esse termo o conjunto das manifestações de proteção do Eu contra as agressões internas (de ordem pulsional) e externas, suscetíveis de constituir fontes de excitação e, por conseguinte, de serem fatores de desprazer (ROUDINESCO, PLON, 1998, p.141).

chegar a um símbolo *mnêmico*, à representação de uma idéia, uma vez que a original fora recalçada. Segundo tal visão, era preciso reavaliar a história psíquica do neurótico, passo a passo, por meio das respectivas associações. “Assim, o procedimento hipnótico era, sem que ele soubesse, o obstáculo maior ao fenômeno que foi transformado num dos pilares da teoria psicanalítica: a defesa” (GARCIA-ROZA, 2005, p. 37).

O abandono da hipnose impôs uma terapêutica na qual a ab-reação ocorreu pela fala em estado de vigília do paciente e a partir da qual Freud pôde dar-se conta das defesas (jogo de forças psíquicas) atuantes no psiquismo.

Essa experiência abriu portas para o reconhecimento da ligação sistemática entre o sintoma e o episódio traumático advindo do encontro com a idéia incompatível. Freud sustentava ser essa uma relação simbólica, pois o sintoma nada mais era do que uma representação, acessível à consciência, do conflito psíquico que permanecera completamente ignorado pelo sujeito. Freud, ao longo de sua elaboração teórica, percebeu que a questão ia além de incitar o paciente a se lembrar do episódio traumático e ab-reagir sua emoção, mas compreendeu a necessidade de elaborar a incompatibilidade ideativa que desencadeou o recalçamento. A partir dessas elaborações, Freud abandonou completamente a hipnose e dedicou-se a fazer com que os pacientes percorressem o itinerário da associação do sintoma ao trauma com os pacientes em vigília. Esse novo pensamento permitiu uma mudança importante dos métodos sugestivos, hipnóticos ou coercitivos para a associação livre (THÁ, 2007).

Freud inovou quando apontou que a origem da representação inconsciente sintomática do neurótico não era hereditária, mas provinha de um processo de recalque, em função de um conflito de representações. Freud (1974b) afirmou que as histéricas não sofriam de reminiscências, como havia defendido nos *Estudos sobre a histeria*, mas que a causa do fenômeno histérico era uma fantasia inconsciente, demonstrando a importância das relações parentais estabelecidas pelo sujeito e seu caráter inconsciente. Enfim, o que ele desvendou na escuta das histéricas foi que a formação do sintoma se dá como nos processos ditos normais do sonho, porque ambos têm exatamente a mesma estrutura, o que faz com que se desfaça aí o “muro” que separa o chamado normal do patológico (FREUD, 1972b). “O sintoma, para a psicanálise, só pode ser considerado patológico por se referir ao *phatos*, a paixão do sujeito que é paixão sintomatizada pelo sexo, pois o sentido de todo sintoma é sexual” (QUINET, 2003, p.120).

5.1 A TENTATIVA DE ELABORAR UM MODELO CIENTÍFICO PARA O INCONSCIENTE

O *Projeto para uma psicologia científica* (texto de 1895, mas publicado, postumamente, em 1950) representa a primeira grande tentativa de Freud de elaborar um modelo do aparelho psíquico. Nele, já se encontrava presente parte da teoria psicanalítica desenvolvida posteriormente, guardando o cerne de idéias que seriam ampliadas no decorrer de sua obra (FREUD, 1977h). No *Projeto para uma psicologia científica*, de acordo com Garcia-Roza (2005, p. 46-47), “Freud concebe o psiquismo como um ‘aparelho’ capaz de transmitir e de transformar uma energia determinada. [...] não é um trabalho descritivo baseado em observações e experimentos, mas um trabalho teórico de natureza fundamentalmente hipotética”.

Observa-se, com base em Garcia-Roza (2005), uma preocupação de Freud em dar um estatuto de realidade material ao psíquico. Freud (1997h, p. 347), na abertura do *Projeto para uma psicologia científica*, afirma que tem a intenção “de prover uma psicologia que seja ciência natural”, ou seja, que represente “os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando esses processos claros e livres de contradição” e que os neurônios sejam vistos como partículas materiais.

O *Projeto para uma psicologia científica* pretendia ser uma transcrição dos processos psicológicos sob o modelo neurofisiológico, uma forma de torná-la “científica”. Não era “uma tentativa de explicação do funcionamento do aparelho psíquico em bases anatômicas, mas, ao contrário, implica uma renúncia à anatomia e a formulação de uma ‘metapsicologia’” (GARCIA-ROZA, 2005, p.47).

A Psicanálise, tal como vinha se estruturando, ficava à parte do conceito de ciência da época, e Freud almejava vê-la inserida e reconhecida no meio científico. Seu objetivo era, em linhas gerais, fazer-se representar no substrato neuronal a gama dos processos psíquicos “[...] dando assim a esses processos um caráter concreto e inequívoco” (FREUD, 1977h, p. 395). Entretanto, Freud (1977h) já sabia que os sintomas apresentados pelo neurótico era a expressão de algo que ia além daquilo que o paciente enunciava. Procurava, então, não somente a causa, mas um modelo em que fosse possível sustentar os processos psíquicos apresentados. O interesse da ciência se resumiria na quantidade, no processo de verificação quantitativa, de aferição de “[...] nossas sensações a quantidades externas [...]” (FREUD, 1977h, p. 411).

Freud discordava radicalmente das teorias neurológicas de sua época e utilizava um modelo da memória para deduzir a formação do quadro neurótico, além de elaborar a forma de tratamento psicanalítico, dando-lhe um estatuto inconsciente.

As funções da memória estão presentes desde as origens das primeiras descobertas psicanalíticas. Ao longo de sua obra, foram feitas várias referências à lembrança e ao esquecimento. Freud elegeu a memória como uma instância possível para entender as complicadas inter-relações entre psiquismo e cérebro, a origem do aparelho psíquico e a força das emoções. Utilizou o modelo de memória para deduzir a formação dos sintomas neuróticos e elaborar o tratamento psicanalítico.

Freud (1976g, p. 209), em *Lembranças encobridoras*, afirma que a memória é uma construção articulada por um conflito de “forças psíquicas”, que pode resultar em uma recordação “cujo valor reside no fato de representar na memória impressões e pensamentos de uma data posterior, cujo conteúdo está ligado a ela por elos simbólicos ou semelhantes”. Tal recordação “pode perfeitamente ser chamada de *lembrança encobridora*” (FREUD, 1976g, p.298).

Em carta a Fliess, número 52, de 05.12.1896, Freud propôs-se a estabelecer algumas articulações em relação a seu conteúdo. Nessa carta, Freud já apontava os germens da inscrição sobre o recalque primário, a pulsão, sobre a constituição do sujeito, do inconsciente, assim como apresentava um esboço do que seria denominado, mais tarde, com Lacan, de estruturas clínicas. Ainda nessa carta, Freud afirmou que o aparelho psíquico estava organizado sobre “traços de memória”, sujeitos a uma transcrição segundo novas circunstâncias. Explica sua hipótese a partir do material em forma de traços que poderiam passar por um rearranjo, conforme os sintomas apresentados pelo neurótico. Postula que a memória se acha presente em muitas ocasiões, sendo possível registrar-se em várias espécies de sinais.

Neste escrito – carta de número 52 –, o aparelho psíquico é conceituado como um aparelho de memória, o qual sofre reordenações conforme novos eventos e, por sua vez, esses reordenamentos constituem uma sucessão de inscrições. A reordenação de traços *mnêmicos* responde pela formação do aparelho psíquico. A memória é entendida por Freud não como um atributo do aparato psíquico, mas como formadora desse. O aparato psíquico não é a pré-condição para a memória, mas a memória é a pré-condição para a formação do psiquismo humano.

Freud concluiu que os sintomas dos seus pacientes estavam relacionados a fatos que guardavam um caráter traumático e que, por isso, foram esquecidos. Questionou-se de que

forma essas experiências marcantes puderam desaparecer da memória, que mecanismos foram postos em ação. Assim, teorizou o conceito de recalque, afirmando que os motivos que levam as pessoas a adoecerem é um saber que não se sabe num primeiro momento. Freud chama este mecanismo psíquico de *Verdrängung*, que significa ‘recalque’. Afirma que tal mecanismo é o responsável pela dificuldade atual do paciente de se recordar dos acontecimentos dolorosos, durante a sessão de análise, fenômeno que nomeia como resistência (MEZAN, 2002).

Freud alerta para o fato de que qualquer teoria sobre os processos psíquicos, que se nomeie respeitável no meio científico, deverá dar uma explicação acerca dos processos de recordação. Este tema continuou ocupando sua atenção ao longo de toda a obra, na qual a articulação dos conceitos de tempo e memória são uma constante.

Segundo Freud, o aparelho psíquico pode sofrer reordenações conforme as novas circunstâncias, e esses reordenamentos, por sua vez, passam por uma sucessão de inscrições – que ele chamou de *traços mnêmicos*. As formas como esses traços mnêmicos se reordenam coincidem com a formação do aparelho psíquico. O que se registra como traço mnêmico não é a experiência propriamente dita, e sim outro elemento psíquico, de forma vinculada e próxima ao elemento passível de objeção. Os elementos essenciais da experiência são representados, na memória, pelos não essenciais da mesma experiência. Dessa forma, a lembrança encobridora tem sua importância, não pelo seu conteúdo, mas pela relação entre ela e algum outro conteúdo suprimido.

Em *As lembranças encobridoras*, Freud (1976g) sustenta que, nas lembranças infantis, são amiúde descartados certos conteúdos, enquanto outros se conservam de forma detalhada, apesar de carecerem de importância. Esse fenômeno outorga à recordação uma falta de sentido, mas conserva uma força como impressão. Lembranças que aparecem justamente para que outras, de cunho conflitivo, possam ser esquecidas. Uma intensidade psíquica é deslocada de uma representação para outra, permanecendo a primeira abandonada e assumindo, a segunda, a função daquela.

Assim, é possível comprovar que o mecanismo da memória teria como função a preservação do sujeito, já que a tendência é evitar recordações penosas. No entanto, as recordações não são aleatórias. Haveria uma espécie de compromisso por meio do qual as imagens *mnêmicas* guardam alguma relação, especialmente de tempo e de espaço, com a vivência recalçada, possibilitando o trabalho da reconstrução.

Freud chama a atenção para uma questão crucial na articulação das questões do tempo e da memória. Se as recordações infantis são recalçadas, isso só pode acontecer depois da instalação desse mecanismo. Assim, podem-se ratificar a já clássica sentença que diz que a

memória só é possível porque existe o esquecimento. Neste sentido, não se possuem recordações “da” infância, e sim “sobre” a infância, ou seja, a infância não é lembrada tal como foi “na realidade”, e sim como foi construída em tempos posteriores. As lembranças não surgem; são criadas a partir de um sujeito que já não é mais o mesmo.

A memória é a pré-condição para a formação do aparelho psíquico; é concebida como o alicerce de uma experiência para continuar a surtir efeito. Essas representações estão relacionadas à memória, uma vez que a experiência em si foi recalçada, deixando apenas uma representação em forma de idéia, acompanhada de seu respectivo afeto.

Freud notou que essas idéias, à medida que eram evocadas na análise, desencadeavam desprazer, porque se aproximavam do núcleo da experiência ou representação traumática. Eram como um sinal de alerta e impedimento do fluxo da energia psíquica nessa direção. “E assim surge um enunciado teórico: a mesma força psíquica que, no traço mnêmico correspondente ao trauma, separou o afeto da representação, é a que agora se opõe à rememoração do trauma, ou seja, a [repressão] é a causa da resistência” (MEZAN, 2002, p. 456).

O Projeto almejou a elaboração de um modelo do aparelho psíquico, sendo que nessas idéias já se supunha o conceito de inconsciente bastante desenvolvido. Postula-se que não apenas as representações contrastantes com o eu, que sofreram recalque, são mantidas inconscientes e com acesso negado à consciência, mas praticamente todo o funcionamento do psiquismo é inconsciente. “Cada idéia é dotada, portanto, de certa *intensidade*, que a faz romper ou não o umbral da consciência. Se rompem o umbral, são *apercebidas*, em caso contrário, permanecem em estado de latência, lutando para se tornarem conscientes” (GARCIA-ROZA, 2005, p.44).

O *Projeto para uma psicologia científica* postula que o que se apresenta à consciência é resultado de um processo inconsciente que comanda o itinerário da energia psíquica. No inconsciente, ocorre o processo primário de descarga de energia, onde acontece uma maior liberdade de trânsito dessa mesma energia entre as representações (condensação e deslocamento). No pré-consciente, ocorre uma coerência maior entre as representações, imposta pelo processo secundário, e nele vigora o princípio da realidade, que submete o princípio do prazer à realidade concreta e material da civilização. Em outras palavras, o conteúdo que se apresenta à consciência é resultado de um processo inconsciente, responsável pelo caminho da energia psíquica contida na memória que corresponde aos dois modos de organização: o princípio de realidade, que se relaciona com o mundo exterior, ou seja, distingue a percepção da imaginação; e o princípio do prazer, que objetiva a descarga da

excitação, evitando representações desencadeadoras de desprazer. A excitação psíquica deverá ser descarregada por meio de associação adequada, evitando, dessa forma, representações que desencadeiem desprazer.

Freud afirma, no *Projeto para uma psicologia científica*, que o organismo humano tem propensão a buscar o equilíbrio, a homeostase, e a se esquivar da dor (princípio de constância). Estar-se-ia, portanto, inclinado à busca da satisfação, do prazer e do afastamento daquilo que rompe esse nível. Apesar da tentativa de fazer com que, enquanto ciência, toda teoria psicológica satisfaça determinado quesito, bem como explique satisfatoriamente, por meio da consciência os processos psíquicos, reconhece que o aspecto qualitativo dos processos psicológicos se dá na consciência. Porém, tais qualidades são dependentes de processos inconscientes, uma vez que as coisas, em geral objetos, não existem por si próprias. Há um sistema de representações vinculado, sendo que “[...] só existem massas em movimento e nada mais” (FREUD, 1977h, p. 410).

Após retornar de sua viagem à Costa Adriática, em 1898, Freud (1976f) escreve duas cartas ao seu interlocutor Fliess (cartas 96 e 97), relatando sobre a confecção de um breve artigo que tratava de um episódio de esquecimento de um nome próprio – episódio ocorrido durante a sua viagem à Itália. *Sobre o mecanismo psíquico do esquecimento*, em 1898, Freud (1976f) foi considerado o primeiro passo para a *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901), em que desenvolveu o mesmo fato (esquecimento do nome do pintor Signorelli) com maiores detalhes teóricos. Nesse trabalho, Freud conferiu os fenômenos de esquecimentos, especialmente de nomes próprios, a *Verdrängung* (mecanismo de recalque). A fala, como mecanismo principal de vazão da angústia, apresentou-se como um instrumental sem precedentes para a realização do trabalho analítico. Freud subverteu o conceito de ato falho tal como era visto na época, como falha de memória, um lapso da linguagem, para dar-lhe um lugar de expressão primeira do inconsciente, das representações recalçadas.

6 SONHOS: FUNÇÃO PRIVILEGIADA DA MANIFESTAÇÃO INCONSCIENTE

Os sonhos sempre despertaram interesse e curiosidade no imaginário cultural. Para os gregos, eram considerados intenções dos deuses para com os humanos e, desta forma, passíveis de interpretação. De forma diversa do que ocorre na cultura atual, os sonhos não eram encarados como algo da singularidade do sonhador, e sim como um desígnio exterior, augúrio, destino. Nos desdobramentos da cultura ocidental, a particularidade de quem sonha ganha importância, desfazendo-se do sentido trágico que o sonho portava. Desta forma, o sonho passou a ter um aspecto singular, único: o do sonhador.

Ao longo dos séculos, muitas propostas de interpretação foram lançadas para compreender o fenômeno onírico, e Freud interessou-se pelo sentido popular dado ao sonho, trazendo, para estes, uma abordagem científica do particular. Ao invés de predizer o futuro, o sonho apontava para uma realização do desejo infantil recalcado. É nessa medida que ele caracteriza o inconsciente como atemporal, não sujeitado aos ditames da passagem do tempo. Freud reconhece a indestrutibilidade do desejo infantil, mantido no inconsciente, afirmando, inclusive, que dele nada se apaga completamente.

Em sua fundação a psicanálise assentou-se sobre dois pilares: o sonho, como via principal de acesso ao inconsciente, e o sintoma neurótico, como atualização de um trauma sexual infantil. Nesse contexto, a psicanálise surge como um campo singular de abordagem do fenômeno onírico. Esta área do conhecimento possibilitou um outro olhar deste fenômeno, tirando-o da condição de destino que o ato de sonhar sofreu ao longo dos séculos. Neste capítulo, discorre-se sobre a importância deste escrito de Freud para a formulação do conceito de inconsciente nos primórdios da psicanálise.

Em *A Interpretação dos sonhos*, em especial, em seu capítulo VII, estabelece-se o conceito de inconsciente tal qual foi pensado nos primórdios da teoria. Neste capítulo, pela primeira vez, Freud revelou o inconsciente tal como era, como funcionava, como diferia de outros aspectos do psiquismo e, ainda, sobre as relações recíprocas estabelecidas com as demais instâncias.

Com a *Die Traumdeutung* (1972b), publicado em 1900, Freud apresentou uma abordagem do psiquismo que permaneceu exclusiva: o sonho como uma formação do inconsciente. Nesse texto, ele desenvolve este conceito como resultante da realização de desejos inconscientes, ação que denominou de processo primário. A característica absurda dos sonhos seria produto da deformação exercida pelo processo secundário, no qual Freud localizou o trabalho da censura; o processo secundário substitui o primário, modificando seu conteúdo. O resultado são deformações que camuflam o desejo realizado no sonho, fazendo com que este adquira uma expressão irreconhecível, aparentemente sem sentido. Essa

abordagem não foi retomada nem modificada por Freud ao longo de sua obra, mesmo que ele tenha produzido uma alteração radical nos conceitos que sustentavam a Psicanálise.

A forma peculiar, que resulta da elaboração onírica, produz o caráter enigmático do sonho, que todos conhecem. Pode-se perceber que sonho e inconsciente são dois conceitos estreitamente ligados na teoria freudiana. De fato, considera-se que a fundação da Psicanálise deu-se com a publicação deste texto – *Die Traumdeutung* – em 1900. Freud deu ao sonho um estatuto especial, considerando-o a via privilegiada de acesso ao inconsciente. Por meio dos processos oníricos, vai além de uma introdução à teoria das neuroses, relacionando questões psicopatológicas com aspectos do sonhar.

Nas construções apresentadas Freud vai produzindo uma ruptura radical com as concepções de sua época acerca do sonhar, algumas das quais ainda presentes entre nós, apesar de mais de um século da sistematização da teoria psicanalítica. Essa ruptura opera sobre a suposição de um determinismo biológico, propondo em seu lugar dois elementos estrangeiros a esse campo. De um lado, o desejo inconsciente; de outro, a organização da linguagem, abordando o sonho como um texto que contém em si as mesmas ferramentas de que a linguagem se utiliza. O autor antecipa uma concepção que terá amplo desenvolvimento mais tarde, dizendo respeito à inter-relação entre o psíquico e o somático, que desemboca na teoria das pulsões.

Freud tentou decifrar a particularidade da linguagem onírica. Sua primeira aproximação foi a proposta de entender o sonho como um texto que apresenta um conteúdo manifesto, resultado de sua elaboração onírica, e um conteúdo latente localizado funcionalmente no inconsciente. Com isso, percebe-se que, na Psicanálise, diferentemente de outras abordagens, o sonho deve ser lido.

Apesar de se reconhecer o sonho como um texto, sua mensagem não é direta: seus elementos não têm correspondência imediata com aqueles da vida desperta. O grande enigma para um psicanalista é poder reconhecer onde, no relato, está representado o sujeito, uma vez que, em alguma medida, todos os elementos do sonho representam o sonhador. Também não é como imagem que o sonho vai ser trabalhado numa análise, mas como fala veiculada por aquele que sonhou. Essa fala é tomada, pelo psicanalista, como leitura do sonho, ou seja, está sujeita a tropeços de linguagem.

Sobre o sonho como um texto, Freud faz duas aproximações interessantes: a relação com escritas criptográficas (hieróglifos e ideogramas chineses, escritas que guardam sua relação com imagens) e a produção dos sonhos como submetida a leis de condensação e deslocamento.

Na condensação, um único elemento do sonho é resultante de uma ampla rede de

associações. Estas redes somente aparecem quando o sujeito produz associações, até que a série de conexões mostre suas relações com o conteúdo sonhado; a outra lei que o autor propõe submete o sonho à deformação é o deslocamento. Nesse processo, o que adquire relevância como produto final são expressões, que não têm relação direta com o conteúdo latente.

Quando Freud propôs as leis de condensação e deslocamento, algo ainda o determinava: a idéia de um inconsciente que pudesse ser “revelado”, e é isso que se encontra embutido na proposição de um “conteúdo latente”, responsável pela produção do fenômeno onírico, e um conteúdo manifesto que resulta na produção textual do sonho. A impressão de absurdo que o sonho porta seria resultante da censura, que deforma o conteúdo latente, porque o mesmo apresenta desejos que não se quer reconhecer.

Entre o *Projeto para uma psicologia científica* e *A interpretação dos sonhos* existe uma diferença marcante: ao invés do aspecto material representado pelos neurônios no primeiro livro, o segundo fala do desejo e de idéias investidas libidinalmente, assim como a ausência de um referencial anatômico é uma constante em sua obra. (GARCIA-ROZA, 2005).

Em 1895, no mesmo ano em que publicou os *Estudos sobre a histeria*, Freud (1974b) teve um sonho considerado inaugural: o sonho da injeção de Irma. Ao se permitir associar os pensamentos a ele relativos, entendeu como funciona seu inconsciente, partindo, então, para a formulação de suas leis gerais.

Em *A interpretação dos sonhos*, Freud lançou idéias inéditas que, além de revolucionarem o entendimento dos sonhos tidos até então, também proporcionariam um esclarecimento inédito sobre o funcionamento do pensamento e da constituição da linguagem. Freud advertiu, nesse artigo, que só muito recentemente o processo onírico poderia ser considerado uma produção psíquica do sonhador, deixando de ser uma mensagem do além, portadora de maus agouros, como atestavam os mitos. Para isso, foi utilizada a interpretação dos sonhos como forma de ouvir aquilo que o paciente dizia além das palavras, ou seja, aquilo que deveria se mostrar de forma escamoteada pelos processos oníricos.

Foi inicialmente a partir de suas próprias produções oníricas e da de seus pacientes, que a “psicologia dos processos oníricos” possibilitou a Freud conceber o aparelho psíquico/anímico¹⁸ como aparelho simbólico e asseverar que “a interpretação dos sonhos é a via real para o conhecimento das atividades inconscientes da vida anímica” (FREUD, 1972b, p. 550). O livro dos sonhos não é uma obra fundamental porque trata dos sonhos, mas porque

¹⁸ Expressão que ressalta certas características que a teoria freudiana atribui ao psiquismo: a sua capacidade de transmitir e de transformar uma energia determinada e a sua diferenciação em sistemas ou instâncias (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p.29).

introduz a qualidade do psíquico de ser simbólico. Tal é a premissa desenvolvida por Freud nesse texto: a realidade psíquica é simbólica, e não material.

Em *A interpretação dos sonhos*, Freud (1972b) narra o sonho que teve com sua paciente Irma, no qual se coloca frente a frente com a via principal de acesso ao inconsciente. É considerado inaugural na Psicanálise, uma vez que, a partir dele, Freud se permitiu associações e conclusões com base em seu próprio inconsciente, bem como desvendou o jogo de forças psíquicas atuantes no psiquismo humano. Esse sonho teve caráter de autojustificação, um pedido em prol dos próprios direitos, uma vez que seu conteúdo satisfaz um desejo seu. Foi um “sonho modelo”, que o levou à percepção dos elementos atuantes na vida onírica.

Freud acabou percebendo que a montagem dos sintomas neuróticos obedece à mesma lógica da formação dos sonhos, constituindo a grande novidade, juntamente com a descoberta do sonho enquanto realização de desejo (*Wunsch*). A partir daí, imprimiu rumo seguro à elaboração de sua teoria e à Psicanálise propriamente dita, cujo nome cunhara desde 1896, em *Novas observações sobre neurose de defesa*.

Irma era paciente e amiga da família de Freud, e seu tratamento não fora muito bem-sucedido. Otto, médico e também amigo da família de Freud, trouxera notícias de Irmã, e seu comentário colocou Freud em uma posição desconfortável, o qual percebeu na fala do amigo, um tom de reprovação acerca de seu método de trabalho.

Freud sonhou que havia responsabilizado Irma pelo insucesso do tratamento, uma vez que ela não aceitara a solução por ele proposta acerca de seus sintomas (conflitos inconscientes). Ele acreditava que a doença da paciente fosse de fundo sexual e comunicara isto a ela, que, imediatamente, recusou sua sugestão. Ao examiná-la, Freud visualizou a fórmula do preparado (trimetilamina) e, ao observar a garganta da paciente, concluiu que a seringa estava suja. Otto, médico amigo da família de Freud, teria aplicado uma injeção de propileno em Irma. Freud se lembrou de ter conversado com seu amigo Fliess, quando este lhe apontou que um dos componentes químicos do sexual é a trimetilamina. Freud realizou o desejo de que Irma aceitasse sua solução, uma vez que ela foi “inoculada” com algo que representava o sexual.

Freud atribuiu ao sonho o desejo de que as dores de Irma tivessem um fundo orgânico, pois, desta forma, sua teoria estaria correta e o insucesso seria conferido a um erro de diagnóstico, e não à técnica psicanalítica. O sonho também revelou a indignação de Freud pelos colegas médicos, incapazes de reconhecer a histeria. Freud, no sonho, também se

vingou de Otto, atribuindo-lhe descaso no procedimento de usar uma seringa suja, sendo o colega e, não ele, o responsável pelo agravo da saúde da paciente.

“É um sonho que desculpabiliza Freud, realizando o desejo de não ser responsável pela saúde de Irma, o que o faz concluir que o sonho realiza um desejo” (QUINET, 2003, p. 22). Freud demonstra que a formação dos sintomas neuróticos segue a mesma lógica da formação onírica: uma variada gama de símbolos representa, de forma disfarçada, pensamentos latentes.

Assim, sonho e sintoma servem ao propósito de satisfazer o desejo. Relacionado topicamente do ponto de vista energético ao processo primário, trata-se de energia livre que se movimenta segundo os mecanismos de deslocamento e condensação. No sintoma, há sempre dois lados ou elementos. A Psicanálise ensina que o sintoma é dor e mal-estar, o que não funciona bem e faz sofrer. Mas o sintoma também satisfaz, pois o sujeito se deixa aprisionar nele.

No período Charcot-Freud, existe uma diferença importante no modo como é olhado e interpretado o que é um sintoma e como é possível agir sobre o sofrimento neurótico. A modificação na técnica terapêutica mostra uma alteração epistemológica e metodológica, que é fruto da experiência clínica, do pensamento e da reformulação no modo de compreender os fenômenos psicopatológicos, bem como na procura do entendimento e do tratamento das neuroses. Por mais que Freud tenha chegado a essa descoberta aos poucos, de forma solitária, essa nova técnica foi uma consequência necessária de seu pensamento e de sua experiência (FULGÊNCIO, 1998).

6.1 O PRIMEIRO MODELO DE APARELHO PSÍQUICO

Em *A interpretação dos sonhos*, Freud desenvolveu idéias fundamentais acerca do psiquismo, entre elas, a noção de localização psíquica, afirmando não se tratar de lugares anatômicos, mas funcionais, aos quais chamou de instâncias ou sistemas. Reforçou a idéia de um sistema dinâmico, em busca de satisfação, negando a idéia de uma topografia mental com lugares anatômicos estabelecidos. “[...] as idéias, os pensamentos e as estruturas psíquicas em geral nunca devem ser encarados como localizadas em elementos orgânicos do sistema nervoso [...]” (FREUD, 1972b, p. 649).

O célebre Capítulo VII de *A Interpretação dos sonhos* foi a segunda tentativa de Freud (1972b) de sistematização teórica dos fenômenos que ele observava na clínica. A primeira foi o *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1977h), um trabalho de 1895 que ele jamais permitiu publicar. Nesse capítulo, Freud propôs dois mecanismos para o funcionamento mental: o princípio do prazer, que visa à satisfação pulsional, e o princípio da realidade, que visa ao recalçamento dos elementos representativos do desejo inconsciente.

Poder-se-ia afirmar, a partir do Capítulo VII de *A Interpretação dos sonhos*, que o ser humano é um ser de conflito, dividido; a *spaltung* (hiância, fenda) é propiciadora do aparecimento do sujeito, onde uma instância encontra-se em desarmonia com outra; o processo primário busca a realização do desejo inconsciente, e o secundário leva em conta o princípio da realidade, oferecendo vias secundárias de realização. O processo secundário oferece uma via sintomática de satisfação por meio de uma manifestação inconsciente, uma via particular de aparição por intermédio de substitutos, ou seja, entram em cena os mecanismos de condensação e deslocamento.

Sabe-se que o sonho foi para Freud o caminho por excelência da descoberta do inconsciente. Os mecanismos (deslocamento, condensação, simbolismo) evidenciados no sonho e constitutivos do *processo primário* foram reencontrados em outras formações do inconsciente (atos falhos, lapsos, etc.), equivalentes aos sintomas pela sua estrutura de compromisso e pela sua função de realização de desejo.

Na primeira tópica, Freud desenvolveu a noção de que o aparelho mental é composto por três instâncias: consciente, pré-consciente e inconsciente. O pré-consciente tem acesso à consciência; o inconsciente, somente por meio de substitutos e, de maneira deformada. Entre os dois, existe um mecanismo de censura que “filtra” os conteúdos, deixando “passar” somente os livres de conflito. Os demais estão destinados ao recalçamento. A censura só é

relaxada em situações especiais, durante o sono, por exemplo. “O que se torna consciente em tais casos é um compromisso entre as intenções de uma das instâncias e as exigências da outra” (FREUD, 1972b, p. 715). A consciência tem, então, “notícias” do material recalçado, uma vez que um “compromisso” foi selado entre ambas as partes.

O modelo de aparelho psíquico postulado por Freud em 1900, faz referência a um complexo de representações que incluem a imagem acústica, motora, visual – um complexo representacional. É a representação mais o afeto a ela atribuído que lhe confere o valor psíquico. A economia psíquica, proposta por Freud, segue o modelo do arco reflexo: estímulo, tensão e resposta.

Freud teoriza um aparelho composto por um sistema perceptivo, sistema de memória e sistema motor. O sistema sensorial ou perceptivo recebe os estímulos perceptivos externos e internos, mas não os registra (armazena) nem associa; isso permite que esteja permanentemente aberto aos novos estímulos. Desde o início, Freud considera o aparelho psíquico como anímico e o que ele destaca é o seu caráter simbólico. É um aparelho que se constitui de memória e linguagem; portanto, o aparelho psíquico é um aparelho de representação.

A atividade psíquica está referenciada entre o pólo dos estímulos externos ou internos. Em ambas as situações o organismo necessita descarregar este quantum excessivo de energia. Como os estímulos portam um quantum energético que o organismo humano nem sempre pode suportar em função de sua sobrevivência, o aparelho dispõe de um mecanismo protetor que o defende da introdução de grandes intensidades de energia em seu interior, o que, caso ocorresse, poderia causar danos severos ou aniquilar o organismo (THÁ, 2007).

O princípio do aparelho psíquico é a descarga de excitação, com o objetivo de reduzir a tensão em seu interior. O aumento de tensão é sentido como desprazer, enquanto a descarga repercute como prazer. A função do aparelho psíquico é manter o mais baixo possível o nível de energia interna do organismo, e sua diferenciação em subestrutura ajuda a conceber as transformações desta energia: de livre, do processo primário, na instância do inconsciente, à ligada, do processo secundário, na instância do pré-consciente.

O sistema mnêmico é o sistema que recebe as excitações e as transforma em traços permanentes, retém na função da memória e, mesmo que seja uma única excitação, deixa fixados diferentes registros. A marca é um traço mnêmico de impressão, quando há simultaneidade de impressões perceptivas, isto é, quando estas ocorrem ao mesmo tempo em que outras, há conexão dos traços, que Freud chama de associação. Desta forma, um primeiro sistema fixará a associação por simultaneidade, um segundo sistema fixará a associação por

semelhança e assim por diante. A associação é uma das formas, e não a única; por isso os vários sistemas mnêmicos. Sua função pode se dar tanto pela diminuição das resistências quanto pelo estabelecimento de vias facilitadoras.

As inscrições podem ser lidas como um texto. Um texto que se forma por meio de imagens, que podem ser vistas por meio dos sonhos. Nos sonhos, essas imagens se articulam como uma linguagem. Freud propõe que se pense o sonho como uma escritura ou um texto psíquico. As imagens dos sonhos constituem-se, elas mesmas, como um texto, o qual não é feito com palavras, mas com imagens. Já que essas imagens se articulam como linguagem, podem, então, ser concebidas como uma escritura pictográfica (Figura 02).

Aparelho psíquico:

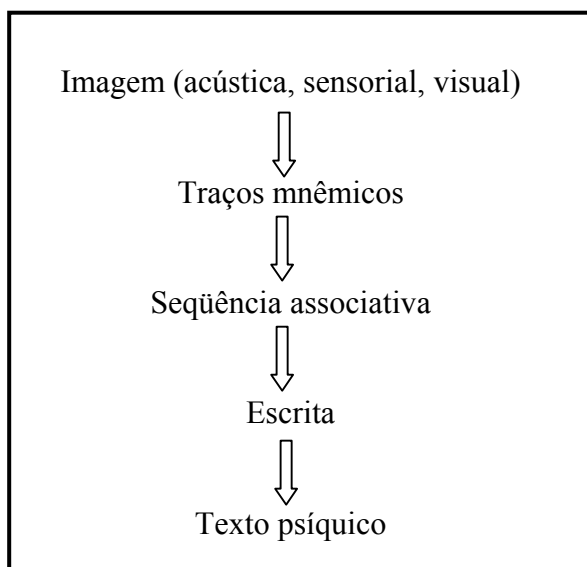


Figura 02 – Aparelho psíquico
Fonte: Pesquisadora (2008).

Trata-se de como essas marcas formam o aparelho psíquico, os traços que são impressos por imagens, a seqüência associativa que liga os traços, gerando uma escrita e, conseqüentemente, um texto psíquico.

O funcionamento do aparelho psíquico repousa sobre um sistema de inscrições, traços mnêmicos configurados como representações, divididos entre: a) representação coisa, que é derivada da coisa, de fundo visual e característica do inconsciente; e b) representação palavra, que é derivada da palavra, de origem acústica e característica do pré-consciente, e da

consciência. As representações de palavras remetem diretamente à linguagem.

A base da linguagem está na simbolização do objeto, na discriminação entre o objeto e sua representação simbólica, na substituição do objeto por sua representação simbólica, na substituição do objeto por sua representação.

A tese defendida por Freud (1972b) em *A interpretação do sonho* é que o sonho é uma linguagem. As imagens são um enigma, e o sonho é uma inscrição psíquica cujas imagens não devem ser consideradas em seu valor de imagem, mas em seu valor representante. A imagem diz mais do que pretende; aponta. O sentido não se encerra nas imagens oníricas; está além. (GARCIA-ROZA, 2002).

Freud concorda que os elementos da cena onírica, vistos de forma isolada, são de difícil compreensão. No entanto, adverte que a leitura de seu sentido só é possível quando é aplicado um novo método de investigação que ele recentemente aprimorara e que o chamou de associação livre. Esse novo método contribuiu para que o sentido particular dos sonhos pudesse ser interpretado. Longe de uma mensagem de forças sobrenaturais, o sonho, para Freud, é uma mensagem que, em um primeiro momento, carece de representação.

O sonho é a realização de um desejo apresentado de forma disfarçada, deformada, por parte da primeira instância, uma vez que a segunda se defende de tais conteúdos. O conteúdo latente encerra cenas, imagens, que podem se apresentar de forma aparentemente incompreensível, destituído de logicidade, mas que, ao tornar-se manifesto, apresenta ordem e leis próprias, concatenadas, permitindo interpretação. Freud alerta que os sonhos só podem ser significados apenas a partir da história de vida do sujeito e das associações que este faz sobre o sonho. Não existiria, para a Psicanálise, uma explicação de causa/efeito. O sonho não é apenas um texto, mas uma mensagem cifrada, um enigma que pede interpretação.

O sonho é uma substituição deslocada e condensada de um fato que constitui desejo inconsciente, obrigado a expressar-se de forma disfarçada. É um “acordo” entre o inconsciente com a consciência, no sentido de poder manifestar-se, porém, de forma alterada, disfarçada. “No inconsciente, nada pode ser interrompido, nada fica para trás ou é esquecido”. (FREUD, 1972b, p. 616)

Essa deformação onírica ocorre em função da censura entre as duas instâncias que exercem determinada força psíquica. De ordem conflituosa, para que certos conteúdos não tenham acesso à consciência, esta opõe determinada resistência à manifestação deles. Os sonhos que Freud dissecou deixaram antever que uma determinada cena pode ter mais de um significado, possibilitando várias interpretações. “A interpretação dos sonhos é a via real que leva ao conhecimento das atividades inconscientes da mente” (FREUD, 1972b, p. 647).

O sonho traz elementos remanejados do passado que estão relacionados com o

período da vida atual, tendo a infância como parâmetro. “[...] um sonho regularmente formado firma-se, por assim dizer, sobre duas pernas, uma das quais está em contato com a causa excitante principal e corrente, e a outra com algum evento momentoso nos anos de infância” (FREUD, 1974b, p. 68). Os sonhos chegam ao relato da pessoa de forma imprecisa e distorcida. O material onírico é deformado, quando se tenta dar-lhe um destino. As palavras e as impressões podem muito bem fazer dele outra cena, diversa da ocorrida.

Sonhar é uma experiência de retorno às primeiras condições de vida do sonhador. Sonhos e neurose mantêm uma inter-relação, em que ambos regridem às primitivas condições de vida deste – base da constituição psíquica do ser humano. Constituem o “esqueleto” que dará suporte à compleição psíquica do ser humano. O sonho contém elementos da infância, fatos difíceis de serem acessados pelo sistema consciente, por serem as primeiras experiências vivenciadas pelo paciente. O sonho é a expressão delas no presente.

Para Freud, o sonho é uma forma particular de expressão do desejo; desejo que precisa de uma situação especial para se manifestar. O que importa nos sonhos não são as cenas, as imagens, mas o relato, o dito sobre, as associações efetuadas a partir dele, as articulações produzidas, bem como a implicação do paciente falante com a cena onírica. “O sonho apresenta-se como um código, um sistema de escrita psíquica, construída não de palavras, mas imagens, o que possibilita os pensamentos latentes serem expressos sob a forma de uma cena” (GARCIA-ROZA, 2002).

O desejo surge de uma experiência primeira de satisfação somática, a partir de uma necessidade interna, saciada, que deixou traços, marcas *mnêmicas*: o sujeito as toma imaginando a existência de um objeto original que lhe trouxe algum dia a sensação de completude. O desejo busca realização, mas, em virtude da censura onírica, tem de sofrer transformações. É por isso que só se pode entender como se dá a realização de desejo a partir do momento em que se tem conhecimento sobre as leis que regem o funcionamento desse aparelho, as forças que nele atuam.

O inconsciente pode manifestar-se, também, por meio dos sonhos, de maneira condensada, isto é, o conteúdo manifesto mostra-se de forma diversificada, como se fossem diferentes cenas contribuindo para a cena final. Vários elementos, de inúmeras situações, compõem uma única situação, formando o conteúdo expresso ou, então, um mesmo elemento do sonho condensa nele vários pensamentos e sentimentos, e o deslocamento pode desarticular um afeto ligado a uma idéia, ou imagem, para outra que levante menos suspeita à censura. Nesse deslocamento, uma determinada idéia se apresenta em lugar de outra, ou ainda, fragmentos de determinada situação encontram-se em outra, como um quebra-cabeça

desordenado, um enigma cifrado. “[...] eles são realizações disfarçadas de desejos recalçados” (FREUD, 1972b, p.713).

O conceito de inconsciente é desenvolvido por Freud neste escrito como um lugar psíquico que apresenta mecanismo próprio de ação, bem como leis. Relaciona-se com o recalçado, isto é, porta conteúdos, idéias, pensamentos que sofreram a ação do recalque, impossibilitando-lhes o acesso direto à consciência. O psíquico é, em essência, dependente das formações inconscientes. “[...] reside no fato de ser o inconsciente (isto é, o psíquico) encontrado como uma função de dois sistemas independentes, e que este é o caso tanto na vida normal quanto na patológica” (FREUD, 1972b, 653).

No momento em que Freud enuncia a relação existente entre o inconsciente e o psíquico está compartilhando uma subversão epistemológica e ontológica com a comunidade científica, uma vez que o psíquico, por séculos e séculos, foi identificado à consciência. Toda a filosofia moderna, desde Descartes a Hegel, tem na consciência o lugar privilegiado do psiquismo. É somente a partir de Freud que a consciência perde a supremacia de realidade material, assumindo uma ínfima condição da totalidade psíquica, abrindo mão da verdade do sujeito. A verdade do sujeito passa, então, a ser relacionada com o desejo, que é inconsciente, e a consciência assume o lugar falível da razão (GARCIA-ROZA, 1993).

Freud subverte a noção de consciência desde o ponto de vista ontológico (ela não encerra a realidade em si) e do ponto de vista epistemológico (não consiste na verdade do sujeito). O que ocorre nas representações oníricas pode muito bem ser transposto para a compreensão da vida anímica, ou seja, o sonho é uma das manifestações do inconsciente e, por conseguinte, da verdade psicológica do sujeito, de seu sofrimento; a forma como faz sentir seus efeitos no processo onírico pode ser aplicado na psicologia da vida cotidiana, o que nos dá uma aproximação maior sobre os processos considerados psicopatológicos e o que poderia ser considerado como normal na vida dos sujeitos. Freud não elabora apenas uma teoria psicopatológica das neuroses; elabora uma teoria da vida anímica, algo com o qual o sujeito pode se haver ao longo da sua existência.

O sonho contém, em si, elementos reatualizados de outra cena, a qual porta, em seu bojo, o desejo recalçado, que clama por realização. Por isso se repete, por isso falha em seu intento. Os desejos mantidos sob recalque originam as neuroses, por meio das questões infantis, reeditadas na vida adulta, conforme a constituição psíquica do paciente. Não há distância entre a criança e o adulto: ambos clamam pela realização de um desejo não consumado e, portanto, recalçado. Porém, se o recalque falha, o desejo apresenta-se vez ou outra com nova roupagem e uma antiga idéia: realização.

Esse conceito levou à compreensão de fatos até então sem sentido aparente, isto é, foram descobertas intenções ou desejos inconscientes na origem de atos cujo sentido era incompreensível. Por meio do tornar consciente o inconsciente, constatou-se que o efeito perturbador na vida do paciente, cedia, pois lhe tornava possível atuar sobre um conflito, até então fora do alcance de sua consciência.

Os sonhos sofrem interferência do pensamento consciente. Assim que o material dos sonhos apresenta-se à consciência, pode sofrer distorções como forma de simular suas verdadeiras intenções. O esquecimento do sonho, ou de partes dele – omissão de aspectos importantes, dificuldades em reproduzir as cenas tal como ocorreram, denota resistência para que aspectos inconscientes sejam conhecidos. O material onírico é sujeito à censura, uma vez que apresenta elementos que, em contato com a consciência, geraria conflito.

Os sonhos expressam-se como realização de desejos, como se o almejado pudesse, nesse exato momento, realizar-se. Freud nega que tais processos oníricos tenham uma localização psíquica determinada, o contrário da tentativa evidenciada no projeto onde se buscava a localização material do psíquico/anímico. Apenas o aspecto psicológico, no sentido funcional, é levado em conta, desprezando o anatômico.

Para Mezan (2002, p. 449), “construir a teoria do aparelho psíquico a partir da análise do sonho – e não a partir da análise da neurose – é uma decisão estratégica, cuja função é demonstrar que todos são dotados de um aparelho psíquico, e não apenas os neuróticos”. O mesmo autor igualmente menciona que “o problema do sétimo capítulo de *A interpretação dos sonhos* é: como deve ser o aparelho psíquico, tal que o sonho seja possível, e não como deve ser o aparelho psíquico, tal que a neurose seja possível”. (MEZAN, 2002, p. 449, grifos no original).

Freud chamou de instâncias ou sistemas que apresentam uma dada direção caracterizada por uma qualidade sensorial (que recebe estímulos) e um aspecto motor emissor de respostas, uma analogia com um sistema reflexo. As percepções com as quais o sistema entra contato deixam suas marcas, traços *mnêmicos*. “[...] o que ficou conhecido como constituindo a primeira tópica freudiana, isto é, a concepção de aparelho psíquico formado por instâncias ou sistemas: o sistema inconsciente, o pré-consciente e o consciente.” (GARCIA-ROZA, 2005, p.77).

O sonho tem relação com a vida infantil, assim como a histeria: ambos são a expressão das relações primeiras, da forma como o neurótico lida com as diversas situações, como se posiciona frente à castração. Ambos dependem do Édipo para se constituírem, ou

seja, dos contatos primeiros com os genitores, com as fantasias dirigidas às primeiras pessoas com as quais se estabelecesse relações. O desejo originado na infância é a força que impulsiona a formação dos sonhos e o desencadeamento da histeria.

O sintoma histérico, assim como o sonho, também é uma realização de desejo. “Um sintoma histérico se desenvolve apenas onde as realizações de dois desejos opostos, surgido cada um de um sistema psíquico diferente, podem convergir numa expressão única” (FREUD, 1972b, p.606).

É a relação entre o sistema inconsciente, que busca satisfação, e o consciente, que, em contato com o mundo concreto, gera conflito (defesa). “No inconsciente, nada pode ser interrompido, nada fica para trás ou é esquecido. Isto nos é mais vividamente provado ao estudarmos as neuroses e, especialmente, a histeria” (FREUD, 1972b, p.616). O material dos sonhos contém toda sorte de elementos importantes do estado de vigília. Os pensamentos oníricos se interessam por material de grande importância, bem como por conteúdos indiferentes, como forma de compor a cena de maneira deformada “[...] e, por motivos de censura, ele transfere a intensidade psíquica daquilo que é importante, mas objetável, para aquilo que é indiferente” (FREUD, 1972b, p.627).

Um sonho, por si só, não é absurdo ou destituído de valor. De acordo com Garcia-Roza (2005, p. 60), o sonho apresenta um sentido, o qual exige um trabalho de interpretação. Assim, para o mesmo autor, a explicação neurológica é substituída por uma interpretação do sentido, sendo que, nesse momento, são articulados o desejo e a linguagem. Sendo assim, é “por essa pertença à linguagem que o sonho vai tornar-se o modelo para a compreensão dos sintomas, dos mitos, das religiões, das obras de arte como formas dissimuladas do desejo. Essa é a razão pela qual Freud afirma que o sonho é o pórtico real da psicanálise”. (GARCIA-ROZA, 2005, p. 60)

O sonho apenas se apresenta dessa forma mascarada, deformada, como um enigma, como meio de esconder, mascarar suas reais intenções. É dotado de lógica própria, com coerência e sensatez implacáveis. O que o “alimenta” é aquilo que foi suprimido, recalcado.

É a força que impulsiona o processo onírico. Sonho e histeria servem-se da condensação e deslocamento, uma vez que, em princípio, nada sabemos de sua origem e existência. “Como objeto de estudo, o sonho apresenta a imensa vantagem de ser ao mesmo tempo uma formação aparentada às neuroses – a ‘inocente psicose onírica’ – é um fenômeno presente na vida psíquica de qualquer um” (MEZAN, 2002, p. 449). Em ambos os casos, terá de ser feito um trabalho de reconstrução, pois se apresentam dispersos, aparentemente, sem lógica alguma. Desse modo, os sonhos não se restringem a um acesso privilegiado da instância inconsciente; vão além, mostrando ser o ponto nodal entre o “normal” e o

psicopatológico (MEZAN, 2002). Freud (1972b, p. 651) considera o inconsciente a verdadeira realidade psíquica, pois, “em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto à realidade do mundo exterior e é tão incompletamente apresentado pelos dados da consciência quanto o é o mundo externo, pelas comunicações de nossos órgãos dos sentidos”.

A fantasia inconsciente contém representações peculiares do corpo, as quais se expressam nos sintomas histéricos e nos sonhos. O inconsciente é função de dois sistemas independentes, atuando tanto na chamada vida normal, quanto na patológica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as abordagens feitas nesta Dissertação, realizada com o objetivo de refazer a trajetória inicial percorrida por Freud para a construção da teoria inédita do funcionamento do inconsciente, apresentam-se considerações que as complementam e as finalizam. Para a consecução do objetivo, percorreram-se os escritos de Freud, em especial os produzidos entre os anos de 1880 a 1900, período que compreende a chamada “primeira tópica freudiana”, em especial aqueles que tratam da histeria e suas relações com a constituição do psiquismo.

O percurso que se fez permitiu constatar que Freud, em esses escritos, ousou lançar um olhar para além da ciência médica vigente na época, ocupando-se da sintomatologia histérica e, ao mesmo tempo, propondo uma outra compreensão desse fenômeno, indo além da clínica do olhar. Assim, para Freud, o ataque histérico seria o produto final do conflito de idéias que não encontravam descarga adequada; o inconsciente, um segundo estado da consciência ou estado anormal da consciência, onde se localizavam idéias conflituosas.

Constatou-se, igualmente que a histeria, tão pouco compreendida e confundida com a etiologia de inúmeras outras doenças, recebeu de Freud um olhar e escuta diferenciada: de causa hereditária, estado dissociado da mente (*estados hipnóides*), passando pela idéia de cisão psíquica, até chegar a ser entendida como defesa. Outra constatação que se fez foi que, paralelamente ao desvendamento da etiologia histérica, Freud alinhavou a descoberta do inconsciente, um dos conceitos fundamentais da sua teoria e que o fez a partir dos estudos com Charcot, sendo que acreditava ser a técnica hipnótica capaz de curar as histéricas, bem como acreditava que havia um fator traumático predisponente ao sintoma histérico. Esta crença de Freud adveio do relato das pacientes histéricas, de cenas em que a paciente teria sofrido as investidas sexuais de um adulto em um período bastante precoce de sua existência, quando não teria condições para integrar esta experiência em seu psíquico.

As andanças que se empreenderam nos escritos de Freud, com o apoio de estudiosos, como Mezan (1998, 2000, 2001 e 2002), Garcia-Roza (1999, 2002, 2005), Quinet (1998, 2003, 2005) entre outros, também revelaram que, influenciado por Breuer e insatisfeito com os resultados do tratamento hipnótico, Freud passou a aplicar a sugestão catártica, acreditando que o neurótico sabia de seu trauma, que não era totalmente acometido pela passividade sintomática. Assim, a partir da técnica catártica, ocorreu uma mudança na forma de pensar a sintomatologia histérica: a pré-história psíquica da doença passou a ser levada em conta. Freud afirma que os acontecimentos, experiências, jamais são esquecidos realmente, embora a amnésia seja característica marcante do histérico. O esquecimento era intencional e desejado, uma vez que a rememoração dos fatos seria insuportável para o paciente. Como nem todos os

pacientes cediam à hipnose e dada a pouca eficácia da técnica, Freud apontou novas mudanças: o paciente é quem apresenta sua fala, faz colocações, associa.

Aliado à descoberta da sexualidade infantil, do complexo de Édipo e à importância das relações primeiras com os genitores, Freud passou a acreditar que a fantasia sexual dos pacientes teria peso de realidade e que estava relacionada com o quadro histérico, dando outra dimensão à idéia de trauma: a histérica adoece em função do conflito de idéias, ante a necessidade de satisfação sexual, em contraste com as exigências éticas e morais, efeitos da civilização, e não em consequência de sedução concreta. A histeria, enquanto estrutura neurótica centra-se sobre o sintoma, não como significação orgânica, hereditária, mas como significação inconsciente.

Freud sustentou sua crença teórica de que havia uma similaridade no modo como se apresentavam as produções psíquicas dos sonhos, atos falhos, esquecimentos e sintomas até, mais ou menos, o período da Primeira Grande Guerra Mundial. Estas produções do inconsciente eram consequências do recalçamento de idéias associadas a desejos inaceitáveis, e a técnica da interpretação consistia em traduzir em palavras o desejo inconsciente.

Ao final, cabe apontar, ainda, que este trabalho intitulado “As elaborações Freudianas em torno da histeria (1880-1900): elementos para a constituição do conceito de inconsciente”, além de atender ao seu objetivo, passou a fazer parte do percurso teórico que sustenta a formação que se tem como analista em formação. Embora o tema abordado seja bastante recorrido, se fez novo e essencial, pois se pretende uma formação coerente e ética dentro do percurso da escrita freudiana. Além disso, também se tem consciência de que a pesquisa ora apresentada não esgotou todas as possibilidades de estudos do percurso empreendido por Freud para a elaboração da teoria inédita sobre o inconsciente e que muito há a ser estudado na vasta obra freudiana. Isto permite que se levante a possibilidade de realização de novas pesquisas sobre a teoria de Freud sobre o inconsciente, como, por exemplo, os elementos que constituíram a elaboração do conceito de inconsciente na segunda tópica freudiana ou ainda sobre os avanços conceituais da estruturação do aparelho psíquico na segunda tópica, ou os vários momentos sobre o conceito de trauma na teoria freudiana.

REFERÊNCIAS

ABUCHAEM, J. *Sintoma e angústia*: Estudo Psicanalítico. Porto Alegre: Luzatto, 1989.

AGUIAR, F. Questões Epistemológicas e Metodológicas em Psicanálise. São Paulo, *Jornal de Psicanálise*, vol. 39, n° 70, 2006.

BREUER, J. Señorita Anna O. In : *Estúdios sobre la histeria*, BREUER, J. & Freud, S. *Obras completas*, v. II, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1895)

BREUER, J. & FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos uma conferencia. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. (1893)

BREUER, J. & FREUD, S. Sobre el mecanismo psíquico de los fenômenos histéricos; comunicación preliminar. In: *Obras completas*, v.II, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1893).

BREUER, J & FREUD, S. *Estúdios sobre la histeria*. In: *Obras completas*, v.II, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1895).

CALDERONI, M. L. *et al.* Psicopatologia na Integra. *Psique Ciência e Vida*, São Paulo, edição especial, n. 01, p. 06-29 e 42-48, 2006.

CAMPOS, V.M. O “demoníaco” na histeria. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, Recife, 05 a 08 de setembro de 2002.

CARONE, M. SOUZA, P.C. A edição Brasil de Freud: “Nosso Freud” (Paulo C. de Souza) e “Freud em Português” (Marilene Carone) In: SOUZA, P.C. de (org). *Sigmund Freud e o gabinete do Dr. Lacan*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

ECO, U. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FIGUEIREDO, L. C. *Pesquisa em psicanálise. Isso existe?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FREUD, S. Informe sobre mis estúdios em Paris y Berlin. In: *Obras completas*, v.II, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1956 [1886]).

_____. Histeria. In: *Obras completas*, v.I, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1888).

_____. Histeria. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1977a. p. 79-100. (1888)

_____. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). In: *Obras completas*, v.I, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1890).

_____. Hipnose. In: _____. *Edição Padrão brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977c. V.2. p. 154-165. (1891)

_____. Hipnosis. In: *Obras completas*, v.I, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1891).

_____. Um caso de cura pelo hipnotismo. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1977e. p. 171-185. (1892-93)

_____. Um caso de curación por hipnosis: com algumas puntualizaciones sobre la gènesis de sintomas histéricos por obra de la “voluntad contrária”. In: *Obras completas*, v.I, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1892-93).

_____. Señora Emmy von N. In: *Estudios sobre la histeria*, *Obras completas*, v.II. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994.(1895)

_____. Miss Lucy R. In: *Estudios sobre la histeria*, *Obras completas*, v.II. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1895).

_____. Katharina. In: *Estúdios sobre la histeria*, *Obras completas*, v.II. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1895)

_____. Señorita Elizabeth von R. In: *Estúdios sobre la histeria*, *Obras completas*, v.II. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1895).

_____. Artigos sobre o hipnotismo e sugestão. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1977b. p. 105-111. (1888-1892)

_____. Esboços para a comunicação preliminar. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1940-41). Rio de Janeiro: Imago, 1977d. p. 207-216. (1892-1893)

_____. Cartas a Fliess. In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977f. (1896)

_____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1977g. p. 243-377. (1950 1892-1899)

_____. Projeto para uma psicologia científica. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1977h. p. 395-517. (1950-1895)

_____. Charcot. In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. p. 21-34. (1893)

_____. As neuropsicoses de defesa. In: _____. *Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. p. 57-73. (1894)

_____. Etiologia da histeria. In: _____. *Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976d. (1896)

_____. Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: _____. *Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976e. p.187-211. (1896)

_____. O Mecanismo psíquico do esquecimento. In: _____. *Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976f. p. 317-326. (1898)

_____. Lembranças encobridoras. In: _____. *Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976g. p. 333-354. (1899)

_____. *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1976h. p. 01-109. (1905-1901)

_____. Considerações teóricas. In: _____. *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1974a, p. 237-308. (1893-95)

_____. Casos clínicos. In: _____. *Estudos sobre histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1974b. p. 63-231. (1893-95)

_____. *Interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago 1972b. (1900-1901)

_____. La interpretación de los sueños. In: Obras completas, v. IV e V. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1900[1899]).

_____. Sobre el sueño. In Obras Completas, v.V. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994. (1901).

_____. *Contribuição à história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago 1972c. (1914)

FULGÊNCIO, L. O abandono da hipnose e a leitura metapsicológica dos sintomas. *Revista Percurso*, n. 21, jan. 1998.

GABBI JR, O.F. *A pré-história da teoria freudiana: os materiais de construção*. São Paulo, 1981. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

GAY, P. *Uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

GARCIA-ROZA, L. A. *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. *A interpretação do sonho*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

HANNS, L. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

JERUSALINSKY, A. Camille Claudel: uma neurose obsessiva feminina. *Revista da Associação Psicanalítica*, Porto Alegre, n° 17, “Neurose obsessiva”, APPOA, 1999.

JONES, Ernest. *Vida e obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. VI

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, A.A. *Psicologia Jurídica: lugar de palavras ausentes*. Aracaju: Evocati, 2007.

MELLO; S. L. *A feitiçaria na Europa moderna*. São Paulo: Ática, 1995.

MEZAN, R. *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____. *Freud: a conquista do proibido*. São Paulo: Ateliê editorial, 2000.

_____. Psicanálise e pós-graduação notas, exemplos e reflexões. *Revista Psicanálise e Universidade*, São Paulo, PUC, n° 14, p. 121-162, 2001.

NOGUEIRA, L.C. A Pesquisa em Psicanálise. São Paulo, USP, n° 1-2, vol. 15, 2004.

_____. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

PEÑA, F. Os conceitos freudianos e a clínica de hoje. *Anotações curso*. Curitiba, 2008.

PEREA, V.F. *Freud: da hipnose à associação livre*. São Paulo, 2001. 159 f. Dissertação (Mestrado) - USP.

POLLO, V. *Mulheres históricas*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2003.

QUEIROZ, E. F. *A clínica da perversão*. São Paulo: Escuta, 2004.

QUINET, A. *A descoberta do inconsciente*. Campo Grande: Campo Grande, 1998. (Série conferências)

_____. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ROCHA, Z. J. B. O inconsciente e o Trieb freudiano. *Trieb*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1 e 2, p. 63-89, 2002.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

ROUDINESCO, E. *História da psicanálise na França*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

SCOTTI, S. Psicanálise, desejo e estilo. *Psiche*, v. 9, n. 15, p. 77-92, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.periodicosapes.gov.br>>. Acesso em: 24 mai. 2007.

THÁ, F. *Categorias conceituais da subjetividade*. São Paulo: Annablume, 2007.

VIEIRA, S. *Como escrever uma tese*. São Paulo: Pioneira, 2004.