

Terceira causalidade do sintoma histérico: 1888-1895

Third causality of the hysterical symptom: 1888-1895

Francisco Verardi Bocca, Vinícius Armiliato

Resumo

Neste artigo investigamos algumas das publicações iniciais de Freud dedicadas à investigação do sintoma histérico a partir de duas chaves de leitura. A primeira, desenvolvida por Monzani (1989) que leva em consideração o “movimento do pensamento” freudiano. Com ela, acompanhamos a construção conceitual de Freud sem dividi-la em fases ou períodos, antes mapeando a articulação interna dos conceitos. A segunda, desenvolvida por Perez (2012) que indica as “três causalidades” -natural, consciente e inconsciente- em jogo na construção do dispositivo de explicação do sintoma histérico concebido por Freud neste período. Indicamos na conclusão, que sua elaboração passou por um processo de criação sempre atravessado pelas intercorrências oriundas do trabalho clínico bem como das especulações heurísticas que o acolhia.

Palavras-chave

Psicanálise; causalidade; inconsciente; histeria; sintoma.

Abstract

In this paper we did a research on some of the early publications of Freud devoted to the research into the hysterical symptom from two reading keys. The first, developed by Monzani (1989) which takes into account the Freudian “movement of thought”. With it, we followed the conceptual construction of Freud without dividing it into stages or periods, but mapping the internal articulation of concepts. The second, developed by Perez (2012) indicates the “three causalities” -natural, conscious and unconscious- at stake in the construction of the explanation device of the hysterical symptom conceived by Freud in this period. We indicate at the conclusion, that its development has undergone a process of creation always crossed by the complications arising from the clinical work as well as heuristics speculations that welcomed it.

Keywords

Psychoanalysis; Causality; Unconscious; Hysteria; Symptom.

Francisco Verardi Bocca

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Doutor em Filosofia pela UNICAMP. Professor titular do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da PUCPR.

francisco.bocca@pucpr.br

Vinícius Armiliato

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Psicólogo, Mestre em Filosofia (PUC-PR), Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

vinicius.arm@gmail.com

Introdução

Começamos por declarar nossa metodologia de leitura da obra de Freud. Lançamos mão da chave de leitura de Monzani (1989), que destaca o “movimento do pensamento” de Freud na construção e aplicação de seus conceitos, visando destacar sua articulação interna e a obra em seu conjunto. Monzani observa que na obra de Freud nem tudo é mantido, mas também nem tudo é negado, propondo uma leitura que não recorra a um conceito prévio de entendimento. Assim confere a ela um estatuto de rede, de tecido de significações que merece ser explicitado, comentado, discutido e interpretado em seu conjunto sem fragmentação de períodos ou de rupturas.

Compartilhamos com ele o ponto de vista de que a psicanálise nasceu e se desenvolveu a partir de uma lenta gestação conceitual cujas noções foram continuamente propostas, revistas e retificadas sempre em função das circunstâncias clínicas. É com esta metodologia e com esta chave de leitura que promovemos nossa pesquisa relativa às diferentes causalidades disponíveis na determinação de sintoma histérico no período compreendido entre 1888 e 1895, visando destacar a lenta e laboriosa construção da causalidade psíquica inconsciente.

Em vista deste propósito, procuraremos extrair do período de publicações que delimitamos, os primeiros passos de Freud em direção a um alargamento das possibilidades causais do sintoma histérico. Propósito sustentado na interpretação de Perez (2012) sobre as três causalidades em jogo na explicação do sintoma histérico. Para ele, a proposição de uma terceira causalidade, a causalidade psíquica inconsciente, deve ser reconhecida como um ponto de inflexão na construção teórica da psicanálise.

A primeira causalidade, chamada de natural, foi aquela derivada das descobertas de pensadores como Copérnico, Galileu, Kepler e Newton. Em lugar de fatos físicos apresentarem regularidades definidas por forças sobrenaturais, estes pensadores contribuíram para a possibilidade de pensar as causas dos fenômenos como decorrentes de fatores mecânicos matematizáveis e previsíveis, cuja determinação deriva ainda de uma regularidade da natureza. Ponto de vista que permitiu que cada elemento do mundo seja quantificado de acordo com regras de medida.

Uma segunda causalidade foi introduzida por Kant no século XVIII, que correspondeu ao agir autônomo da consciência. Diferentemente da causalidade natural, para Kant a noção de causalidade consciente é livre e permite pensar o ser humano como capaz de impor a si máximas que orientam seu agir através de representações conscientes e orientadas por uma razão autárquica. Por fim, a terceira, segundo Perez, resulta das proposições de Freud relativas a uma causalidade psíquica inconsciente, que considera uma série de determinações que oferecem a base para pensar teoricamente e lidar terapêuticamente, com um conjunto de sintomas que não se encaixavam nas determinações causais naturais (por exemplo, na consideração de problemas orgânicos), tampouco em representações conscientes dos pacientes (por exemplo, fingimentos e simulações). De fato, ao se ocupar de histeria, fobia e neurose obsessiva Freud criou novos conceitos e registros de determinação a fim de compreender e tratar as manifestações sintomáticas para além de causa física ou consciente.

Com a introdução da causalidade psíquica inconsciente,

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

Esta novidade ganhou contornos mais precisos se considerarmos que historicamente a histeria foi sempre e de longa data tratada sobre os mais diversos pontos de vista, passando pelos naturais, sobrenaturais e até mesmo os conscientes. O fato é que já ao final do século XIX, as tentativas para a definição da etiologia e nosografia da histeria, bem como de seu tratamento, não se acomodavam adequadamente às condições causais historicamente disponíveis. Em parte, porque devido aos seus sintomas irregulares, as pacientes não se enquadravam em uma norma da doença, imprescindível para o diagnóstico, prognóstico e terapêutica. Conforme apontaram Lasègue (1884) e Trillat (1991) os fenômenos histéricos apresentavam irregularidades que dificultavam seu acolhimento e enquadramento, pelo menos segundo as causalidades disponíveis.

Assim, somando os pontos de vista de Monzani e Perez, consideramos as elaborações teóricas de Freud ao longo de sua obra como fundamentalmente nuançadas e originais. Quando aproximamos o olhar para a construção de seus conceitos, observamos que estes são fruto de uma inquieta articulação prática e teórica, usualmente implicada em tentativas de acolhimento, compreensão e tratamento de manifestações sintomáticas. Em vista disso, procuraremos explicitar o “movimento do pensamento” freudiano em torno do sintoma histérico, o qual resultou na ampliação dos horizontes de possibilidades causais até então propostas e instrumentalizadas por seus contemporâneos. No período delimitado, abordaremos as seguintes obras¹: de 1888 o verbete *Histeria; Um caso de cura pelo hipnotismo, de 1892; Estudo comparativo entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas, de 1893*; e em seguida, de 1894, *As neuropsicoses de defesa*. Por fim, uma apreciação mais detida do caso *Elisabeth*, apresentado em *Estudos sobre histeria*.

Sabe-se que o contexto científico do círculo médico de Freud, no que diz respeito à pesquisa da etiologia do sintoma histérico, se caracterizou pelos métodos e objetos fiáveis empiricamente, seja nas estruturas anatômicas, seja nos processos fisiológicos mensuráveis, na degenerescência, ou ainda, na verificação das transmissões hereditárias.

Com Freud, as paralisões, cegueiras, tiques, afasias entre outros sintomas típicos das pacientes histéricas ganharam um sentido a ser desvendado, um sentido para além da hereditariedade, da localização em algum substrato cerebral, da má formação, ou ainda, da predisposição à sugestão ou autossugestão. Sem desrespeitá-las, Freud acolheu tais sintomas a partir de uma causalidade (inconsciente) ainda não inteiramente disponível ou pelo menos esboçada em termos insuficientes (por exemplo, como um negativo da consciência). No entanto, este ponto de vista explicativo dos sintomas histéricos foi engendrado, mesmo por Freud, gradativamente. Em seu contexto Freud se deparou com casos de histeria para os quais não havia uma causa determinante consensual entre os teóricos de seu círculo quanto à etiologia e terapêutica. Incluímos não só os médicos de língua alemã como Breuer, Meynert, Chrobak, Krafft-Ebing, como também os médicos franceses como Ribot, Charcot, Bernheim, Liébeault, os quais exerceram significativa interlocução e influência na técnica e nas teorizações de Freud.

Dado o contexto, passemos aos primeiros textos de Freud que, sem excluir as considerações causais da medicina de sua época, ofereceram gradativamente uma nova possibilidade de acolhimento, explicação e tratamento do sintoma histérico.

1

Utilizamos para efeito de citação a edição castelhana das Obras Completas de Sigmund Freud, traduzidas do alemão por Luis Lopes-Ballesteros y de Torres e editada pela Biblioteca Nueva. Com exceção do verbete *Histeria*, não disponível nestas Obras Completas. A tradução das citações é de nossa responsabilidade e foi cotejada com a Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

O percurso freudiano

Em 1888 Freud contribuiu para uma enciclopédia com um verbete intitulado *Histeria*. Nele, encontramos suas filiações a Charcot, para quem a histeria seria decorrente de fatores hereditários, apesar de já admitir que os sintomas histéricos são também determinados por fatores que dizem respeito à ordem e ao regime das representações. Isto fica evidente quando Freud sugere possibilidades de tratamento. Um *indireto*, que prescreve afastamento geográfico do paciente, massagens, faradizações e hidroterapia. Outro *direto* através da “[...] remoção das causas psíquicas que estimulam os sintomas, e isto se torna compreensível se buscarmos as causas da histeria na vida ideativa inconsciente” (FREUD, 1977 [1888], p. 98). Para esta última finalidade Freud recorreu à hipnose de Charcot bem como ao método catártico de Breuer visando remontar a pré-história psíquica da doença e impelir o paciente a reconhecer a ocorrência que originou o conjunto de seus sintomas histéricos. De modo que os fatores de primeira ordem, como o hereditário foram relativizados e progressivamente secundarizados enquanto causalidade ao passo que a ideogenia ganhava destaque.

Mas foi nas publicações dos anos seguintes que Freud assumiu enfaticamente os fatores psíquicos, bem como terapêuticas que visam interferir neles. O recurso à técnica da hipnose, sugestão e investigação proporcionou oportunidade para ampliar as possibilidades de compreensão acerca da determinação dos sintomas para além das causalidades correntes, como a hereditária, anatômica, fisiológica, ou mesmo da demoníaca.

Para chegar a essa determinação, que podemos considerar como já concernente ao campo das representações, Freud investigou elementos dos sintomas histéricos na própria história de vida do paciente, sua vida familiar e afetiva, acompanhado do fator de influência do médico sobre o paciente destacando sua importância na eficácia terapêutica. Iniciativa que mais tarde proporcionou a formulação mais precisa do mecanismo de transferência. O uso da hipnose, e seu posterior abandono em favor da escuta dos relatos das pacientes em vigília, aprofundou a investigação da significação psíquica dos sintomas, inclusive a suspeita e consideração de que neste campo (ainda indeterminado) residia a própria determinação do sintoma. Um produto que não podia ser eficientemente compreendido nem do ponto de vista natural nem do consciente.

Para mostrar este percurso das investigações de Freud, analisaremos em seguida os dispositivos teóricos que propôs para explicar o sintoma histérico, a partir do momento em que utilizou a hipnose como um recurso de investigação da origem do sintoma e, ainda que no início de forma indireta, de escuta do paciente, que proporcionaram as primeiras intuições de Freud relativas à nova causalidade.

Em *Um caso de cura pelo hipnotismo*, escrito entre 1892 e 1893, Freud apresentou o caso de uma paciente com dificuldades para amamentar seus filhos e que tratada pela técnica da hipnose. Por ocasião da amamentação sentia dores e náuseas, por conta do que, apesar de seus esforços em manter-se na tarefa, recorria a uma ama de leite. A paciente não apresentava limitação de origem orgânica, principalmente pelo fato de que seus sintomas desapareciam quando da presença da ama de leite que desempenhava a tarefa. Seu sintoma não podia igualmente ser explicado pela causalidade de suas representações conscientes, uma vez que declarava o desejo e empreendia esforços para amamentar. A investigação da paciente sob hipnose foi acompanhada permitiu a postulação de uma organização psíquica não consciente. Conjecturou a existência de dois tipos de representações dotadas de afeto: os propósitos e as expectativas.

De modo que concluiu que os sintomas da paciente seriam desencadeados por uma *contraexpectativa*, resultando em representações contrastantes penosas. Explicou o caso da paciente (com argumentos extensíveis às demais neuroses) como manifestando uma diminuição da consciência de seu próprio *eu*, resultando em dissociação de alguns elos de sua cadeia associativa do pensamento. Sobrevivendo como conjunto de representações isoladas o sintoma histérico se manifesta na inervação somática com o fim de realizar um objetivo idêntico ao da abolição de uma representação em estado normal da consciência.

Freud postulou que para uma *ideia contrastante* atingir seu objetivo precisa ser dissociada, permanecendo isolada da consciência, portanto inconsciente. No entanto, quando alcança a condição de realizar seu propósito, o faz por meio da inervação somática, por exemplo, superando (driblando) todos os esforços conscientes da paciente para cumprir seu objetivo de amamentar o filho. Freud explicou neste momento a histeria materna devido ao fato de que durante a gestação uma série de temores e obrigações teriam se apresentados à mãe. Admitiu a ocorrência paralela de uma vontade contrária, antitética, à de conceber, amamentar e cuidar da criança, da qual a mãe não teria consciência. Desta forma, a contravontade teria se manifestado pela produção de uma série de sintomas que impossibilitaram a amamentação.

Neste texto cita ainda outros casos de contravontade, como as *blasfêmias de monjas* e de uma segunda mãe que *estalava a língua* perto da filha sempre que esta dormia no berço, apesar de todo seu esforço consciente para não acordá-la com ruídos. Assim, evidenciam um comportamento desaprovado, mas efetivamente realizado através dos sintomas, resultantes de representações excluídas de uma cadeia de associações do *eu* normal que, apesar de excluídas da consciência, não desaparece nem perde eficácia. Disse Freud que os propósitos contrastantes sobrevivem “[...] como fantasmas de um reino tenebroso, até o momento em que conseguem emergir e apoderar-se do corpo que até então servia fielmente a consciência do *eu*” (FREUD, 1981 [1892-3], p. 28). Por fim, apesar do rumo seguido, nesta obra Freud não deixou de levar em conta a hereditariedade como determinação do sintoma, portanto de recorrer a uma causalidade natural.

Pois bem, já no texto *Estudo comparativo entre paralisias motoras orgânicas e histéricas*, publicado em 1893, que redigiu por solicitação de Charcot, Freud ampliou o campo especulativo de uma nova determinação para a histeria. Observou que a histeria não respeita os achados anatomopatológicos, o que significa ausência de correspondência entre manifestações sintomáticas nos membros e lesões no córtex. Recordou a afirmação de Charcot relativa a lesão, que no entanto apresenta caráter “dinâmico e funcional”. Tais termos não indicam uma precisão causal, antes parecem funcionar como conceitos especulativos e vagos diante da dificuldade em explicar os sintomas histéricos a partir da análise anatômica e da hereditariedade. Como explicar, interroga Freud, o fato de a paciente histérica com afasia utilizar uma só palavra, diferentemente da afásica (com limitação orgânica) submetida a um “sim” ou “não” e a algumas interjeições? Sua nascente teoria das neuroses forneceu uma alternativa. Disse Freud:

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

Deslocou o foco da especulação, para além da anatomia, postulando a presença de um componente simbólico, especialmente quando pacientes histéricas apresentam, por exemplo, paralisia de braço em desacordo com sua estrutura anatômica, na verdade em acordo com a concepção que têm do mesmo. De modo que a “lesão” pode ser explicada como correspondendo a uma abolição da acessibilidade associativa da concepção de braço com as demais ideias que frequentam a consciência, vale dizer, suas cadeias de representações. Novamente Freud recorreu à noção de *associação de representações* como ferramentas para explicar a construção do sintoma. No caso, o braço teria sido excluído de toda cadeia de associação da paciente.

Para explicar, por exemplo uma paralisia histérica de braço, Freud fez referência conjugada à excitabilidade no sistema nervoso e ao valor afetivo atribuído à sua representação. Assim, quando ideias que fazem parte de associações mentais tornam-se intoleráveis ou insuportáveis, são impedidas de manter associação com outras representações, interrompendo e quebrando a cadeia associativa que mantinha a coerência anterior com a anatomia. No caso do sintoma histérico, um evento traumático pode produzir o isolamento de uma representação, remetendo-a a níveis e associações exteriores à consciência, inconscientes.

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

Assim, do ponto de vista terapêutico, o valor afetivo da representação psíquica repudiada era reduzido por meio de uma psicoterapia hipnótica, a partir do que deixa de atuar como força propulsora e mantenedora do sintoma. Uma terapêutica que foi nomeada (por Breuer) como ab-reação

Freud fiou-se de início na compreensão do sintoma como uma manifestação psíquica a qual o paciente (e seu médico) não tem acesso senão através da hipnose. Sua concepção de psíquico admitia, genericamente é verdade, um plano inconsciente igualmente permeado de excitação fisiológica. Portanto, admitiu até certo ponto uma causalidade natural e, concomitantemente, uma causalidade psíquica naquilo que diz respeito ao valor afetivo que uma pessoa atribui a uma representação. Neste ponto esteve às voltas com a noção de *paralelismo concomitante*, apresentada na *Monografia das afasias*, de 1891. Por força das limitações não a apresentaremos neste artigo.

Pois bem, ainda antes da publicação de *Estudos sobre histeria*, Freud publicou *As neuropsicoses de defesa*. Notamos nela um refinamento teórico naquilo que diz respeito à causalidade psíquica, ainda que não tenha utilizado este termo. Publicado em 1894, o texto apresenta com maior extensão o conceito de *eu*, particularmente para atribuir causalidade à histeria adquirida, às fobias, às representações obsessivas e psicoses alucinatórias. Revisando os estudos de Pierre Janet e de Josef Breuer, reconheceu o fenômeno de dissociação da consciência, bem como a formação de grupos psíquicos separados dela. A teoria carecia, segundo Freud, justamente da explicação acerca da origem ou causa de tal dissociação, posto não estar convencido da suficiência da hereditariedade, da má formação ou degenerescência, ou mesmo dos *estados hipnoides* de Breuer. Para dar conta desta carência Freud se propôs investigar a histeria de defesa.

Declarou que esta modalidade de histeria não sendo hereditária, tampouco apresentava uma base degenerativa. Sugeriu a possibilidade de haver na base de sua etiologia uma incompatibilidade no interior do eu. Disse ele:

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

Isto, acrescido do fato de que a representação e o afeto intoleráveis não são simplesmente excluídos. Antes cabe ao eu:

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

No caso desta modalidade de histeria, por decorrência do que chamou conversão, ou ainda, inervação motora ou sensorial, o eu se livra de contrariedades à custa de estabelecer um *segundo grupo psíquico*, como nomeou-o na época. Com esta proposição, Freud apresentou uma justificativa que começou a lançar luz sobre a variabilidade e instabilidade dos sintomas histéricos, até então inapreensíveis a partir dos pontos de vista correntes.

Complexificando a explicação, reconheceu que sendo o evento traumático justamente o nódulo dissociado, precisará de intervenção de outros eventos auxiliares (e semelhantes em algum nível) para que a representação debilitada recupere nova carga de afeto, por meio de associação com outros grupos de representações. Uma intercorrência deste mecanismo é que toda vez que isso ocorre, a representação que retorna fortalecida será novamente enfraquecida, provocando nova conversão como resultado da defesa. Apenas em caso terapêuticamente positivo, ocorreria uma associação admitida na consciência. Como dito acima, a terapêutica adotada para lidar com este mecanismo psíquico foi de início o método catártico de Breuer. Freud justificou-o nos seguintes termos: “O efeito do método catártico de Breuer consiste em criar um retrocesso da excitação do físico ao psíquico e conseguir assim, solucionar a contradição através do trabalho mental da comunicação oral” (FREUD, 1981 [1894], p. 171). De modo que a hipnose utilizada neste formato permitiria além de desfazer a conversão, alargar a consciência dos histéricos, assim como do terapeuta, tornando acessível o grupo psíquico separado.

Ainda nesta obra Freud avançou na construção da etiologia ou da terceira causalidade da histeria estendendo seu modelo aos sintomas obsessivos e fóbicos. Todos referidos em noções como “magnitude de afeto”, “eu”, “dissociação de uma ideia de seu grupo psíquico” e “soma de excitação”. Tudo isto em detrimento, ou ao menos secundarizando, noções como hereditariedade, degenerescências ou fraquezas congênitas como desencadeantes da histeria, neurose obsessiva e psicose alucinatória.

Notamos a partir dos textos até aqui apresentados como, para acolher o sintoma histórico, Freud procurou uma determinação diversa daquelas circuns-critas nas causalidades natural e consciente. Em seu lugar postulou a presença de relações simbólicas envolvidas na construção e na manutenção do sintoma histórico. Estas indicações foram ainda mais explicitadas em *Estudos sobre histeria*. Resta-nos, portanto, percorrer alguns pontos deste texto, escrito em colaboração com Breuer, a fim de conferir mais esta etapa da gênese de uma nova explicação causal para os sintomas histéricos e por extensão, do psiquismo.

Nova causalidade a partir de *Estudos sobre histeria*

Como vimos no tópico anterior, Freud partiu das noções conjugadas de representação e de afeto para construir a etiologia dos sintomas histéricos. Para isso recorreu a expressões como “ideia contrastante penosa”, ou ainda, “valor afetivo do trauma”. Observamos também que a hipnose continuou a ser utilizada em dois sentidos e propósitos. Primeiro para investigar a origem do sintoma e seu mecanismo além de, por meio da sugestão, reconduzir representações excluídas das cadeias associativas dos pacientes.

Nesta obra, as bases orgânica e hereditária da histeria foram, na parte que coube a Freud, de certa forma suspensas (mas não inteiramente rejeitadas) enquanto especulou sobre outra base de sua determinação. Para explicitar este passo priorizaremos o caso *Elisabeth*, destacando a consideração de representações psíquicas inconscientes. Foi uma paciente cuja doença apresentava natureza mista (neurose e reumatismo). Por isto Freud empregou duas frentes de abordagem terapêutica. Uma a partir de faradizações e massagens para os músculos doloridos e outra de análise psíquica. Sempre esclarecendo a paciente sobre sua eficácia antes de iniciar o tratamento psíquico. Ainda interrogando-a primeiramente sobre a consciência da origem e do motivo de sua enfermidade. Em caso afirmativo, julgava suficiente que a paciente relatasse em detalhes sua história patológica. Enquanto relata, reconheceu Freud, “O interesse que devemos demonstrar, a compreensão que a permite suportar e as esperanças de cura que lhes damos, fazem com que a doente nos entregue seu segredo” (FREUD, 1981 [1895], p. 110).

Este foi o caso em que Freud abdicou do método catártico e isto pela suspeita (embora mais tarde reconheça que estava errado) de que a paciente guardava um segredo e não necessariamente uma representação estranha ou alheia a seus processos conscientes. Neste caso manifestou ainda uma crença remanescente na causalidade livre, embora prestes a esmorecer.

De qualquer forma, elevou o novo procedimento que empreendeu com esta paciente à categoria de método, o qual consistia em descobrir e suprimir as camadas representacionais sucessivas sobre o material patógeno. Freud insistiu na possibilidade de atingir um ponto nodal relacionado com o sintoma, chegando a comparar seu procedimento à técnica de escavação de antigas cidades soterradas. A premissa é de que seja possível descobrir uma causa determinante suficiente. A paciente durante seu relato já não se achava sob hipnose, mas sobre um divã com os olhos fechados (apesar de não impedir que por vezes os abrisse, mudasse de postura, ou mesmo andasse pela sala).

Ao se justificar, Freud criticou as abordagens correntes da histeria.

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

Avançou em sua investigação confiando na possibilidade de ampliar as possibilidades explicativas dos sintomas para além das disponíveis. Se declarou “[...] animado pela firme convicção de que em camadas mais profundas da consciência haveríamos de encontrar as circunstâncias que presidiram como causas do sintoma histérico” (FREUD, 1981[1895], p. 114).

Ao ampliar os recursos de investigação e os terapêuticos destacou a resistência da paciente à hipnose. Para superá-la recorreu à pressão na testa, "[...] convidando-a a comunicar-me sem restrição alguma aquilo que surgisse em sua visão interior, ou que cruzasse por sua memória no momento em que eu fizesse pressão sobre sua testa" (FREUD, 1981 [1895], p. 114). De posse desta técnica destacou a presença de conflitos emocionais e dilemas morais. Por exemplo, o da paciente de ter sentido desejo de permanecer mais tempo em companhia de um jovem enamorado, enquanto sentia-se na obrigação de cuidar de seu pai doente. Além da resistência, outro fato curioso observado por Freud foi o de que as dores desapareciam quando confessadas² e reapareciam sempre quando no relato emergia alguma recordação significativa inédita. Também destacou um fato que teve grande importância em sua concepção de sintoma histérico, de que cada uma das pernas da paciente estava inserida em relações simbólicas³. Além disso, as manifestações de dores se mostravam relacionadas a posições corporais como ficar em pé, sentada ou encostada. Igualmente as pausas, interrupções e reflexões que a paciente realizava antes de responder a alguma pergunta foram detalhadamente observadas por Freud.

Confiando em seu método, Freud conferiu ainda mais importância às avaliações e comentários depreciativos que a paciente dirigia aos conteúdos de seu próprio relato.

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

A estas intercorrências estranhas e aparentemente sem sentido, Freud contrapôs sua tese relativa à ocorrência de representações intoleráveis na consciência motivando uma defesa do *ego* contra elas, realizada por meio de seu enfraquecimento energético. Assim formulou a explicação da gênese dos sintomas histéricos por conversão da excitação psíquica em inervação somática, seguido ainda da formação de um grupo psíquico separado da consciência⁴. E isto, com o acréscimo do reconhecimento de uma força de resistência em relação a admitir, recordar e relatar as experiências traumáticas, força esta que postulou como equivalente à inicialmente utilizada para enfraquecer e expulsar a representação indesejada da consciência.

Ainda, na discussão do caso Freud apresentou algumas considerações epistemológicas que explicitaram a necessidade de novas hipóteses devido à característica do objeto tematizado. Argumentou que apesar da semelhança com a literatura, mais do que com a ciência, sua abordagem se mostrava mais adequada à consideração da histeria.

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

Indicou assim a propriedade e adequação de seu ponto de vista e de seu método na exploração dos sintomas histéricos para além dos sintomas

2

Sobre isto Freud declarou que: "Quando a paciente se calava, mas continuava sentido dores, eu podia ter a segurança de que não havia me dito tudo, e a impelia a continuar sua confissão até que a dor desaparecesse" (FREUD, 1981 [1895], p. 116).

3

A perna direita estava relacionada com o pai e o jovem pelo qual se apaixonou. Já a esquerda com a irmã morta e com os desgostos que passou com seus cunhados. Esta composição permitiu o diagnóstico de que "Assim, pois, não se podia falar de um único sintoma somático enlaçado com múltiplos complexos mnêmicos de ordem psíquica, mas sim de uma multiplicidade de sintomas análogos que, superficialmente considerados, pareciam fundidos em um só" (FREUD, 1981 [1895], p. 117).

4

Diagnosticou que Elisabeth, "Para conseguir se poupar da dolorosa certeza de amar o marido de sua irmã, criou em seu lugar um sofrimento físico, nascendo suas dores como resultado de uma conversão do psíquico em somáticos, especialmente naqueles momentos nos quais tal certeza ameaçava se impor" (FREUD, 1981 [1895], p. 121).

5

Julgamos importante destacar que a própria noção de degeneração, por exemplo, como sustentada por Ribot, apoiada na hipótese de uma forma fundamental e arquetípica que era transmitida desde sua origem, já se encontrava enfraquecida pelos avanços das chamadas teorias da evolução de Lamarck e especialmente de Darwin que indicava a singularidade de cada geração dos seres vivos.

específicos localizáveis na inervação motora, que pouco ou nenhuma relação mantinham com a anatomia do cérebro. Segundo ele, cabia aos médicos a exploração dos processos psíquicos atrelados aos fenômenos sintomáticos. Em consequência disto, Freud estreitou a relação entre a história de vida do paciente, os sintomas que manifesta, a resistência em relação a lembranças aflitivas e, por fim, a insipiente influência do médico no processo terapêutico. Neste caminho, como já indicamos, retirou gradualmente o peso da hereditariedade e especialmente da degeneração congênita. Comentou em relação a Elisabeth que "na descrição do caráter da paciente, ressaltamos certos traços que retornam em muitos histéricos, sem que, no entanto, possamos atribuí-los a uma degeneração" (FREUD, 1981 [1895], p. 124).

Como a própria investigação da história pessoal de Elisabeth confirmou, não havia nenhum sinal de degenerescência⁵ ou hereditariedade em sua história familiar. Seu quadro histérico teria decorrido do conflito entre os cuidados de enfermeira que dedicou ao pai e o amor ao cunhado. Baseado nisso e estendendo o argumento, Freud negou que uma disposição pessoal seja suficiente para explicar o caso de sua paciente. Na verdade já estava às portas de uma questão fundamental para sua ciência nascente, a da *escolha da neurose*.

Para dar conta de explicar a particularidade de cada construção de sintoma, Freud introduziu a noção de que haveria em cada paciente um conflito de representações particular. No caso de Elisabeth, encontrou os deveres filiais conflitando com seus desejos eróticos. Eis o mecanismo: "a paciente expulsou de sua consciência a representação erótica e transformou seu quantum de afeto em sensações somáticas dolorosas" (FREUD, 1981 [1895], p. 126). É verdade que esta hipótese trouxe uma importante questão relativa ao conhecimento por parte da paciente de seu próprio conflito de representações. Sua resposta é que Elisabeth não tinha plena consciência do desejo pelo cunhado, que constituía na verdade um "corpo estranho" à sua consciência:

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

O que tornou interessante sua hipótese foi sua ambiguidade, ou seja, a indicação providencial de que algo possa ser "conhecido e ignorado ao mesmo tempo". Aqui já tínhamos reunidas duas características deste estado de desejo, ser ambivalente e sobreviver em um lugar exterior à consciência. Portanto fora dos limites da vontade livre e reitora de nossos juízos, como postulada por Kant. Doravante Freud se atribuiu a incumbência de justificar, contra uma forte tradição filosófica, esta possibilidade.

Assim, a hipótese de um grupo de representações separado permite pensar em um processo que não passa pela consciência, mas que ocorre segundo um arranjo específico de funcionamento psíquico: "[...] não queremos indicar em tais temos uma qualidade inferior a um grau menor de consciência, mas sim uma exclusão do livre comércio mental associativo com o restante do acervo de representações" (FREUD, 1981 [1895], p. 127). Lembremos que com Charcot e Janet, o estatuto da "condição segunda" da consciência não foi atrelado (de alguma forma) aos processos psíquicos conscientes. Com Freud a concepção se distinguiu particularmente por uma possibilidade de trânsito entre instâncias que evitava a radicalidade da cisão psíquica de seus contemporâneos.

5

Julgamos importante destacar que a própria noção de degeneração, por exemplo, como sustentada por Ribot, apoiada na hipótese de uma forma fundamental e arquetípica que era transmitida desde sua origem, já se encontrava enfraquecida pelos avanços das chamadas teorias da evolução de Lamarck e especialmente de Darwin que indicava a singularidade de cada geração dos seres vivos.

Para justificar o isolamento de um grupo de representações pleno de afetos Freud recorreu a observações clínicas. Ponderou que há um *motivo* e um *mecanismo* específico no isolamento da representação do comércio associativo. O motivo, como já indicado, seria a incompatibilidade do *ego* com certo grupo de representações, já o mecanismo seria o da conversão:

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

Tudo isto decorrendo de uma providência que converte, por avaliar menos custoso, um padecimento psíquico em padecimento físico. Portanto uma intercorrência no corpo a partir de uma determinação psíquica à revelia da consciência, embora a serviço de seu patrimônio moral. De qualquer forma, não se trata de uma ação voluntária, no sentido consciente e livre do paciente, mas sim um processo que tem outra origem, o inconsciente cada vez mais concebido como sistema, e outro motivo, a defesa contra a imoralidade.

O que é convertido em dor física nada mais é do que aquilo que de outra maneira seria uma dor psíquica: “[...] podemos atribuir ao complexo de representações da inclinação relegada ao inconsciente, certa carga de afeto, e consideraremos esta carga como o objeto da conversão” (FREUD, 1981 [1895], p. 128). A representação penosa de Elisabeth (ao que tudo indicava, seu amor pelo cunhado) perdeu sua intensidade ganhando possibilidade de existência enquanto grupo psíquico separado e sua energia convertida. Por conta deste processo Freud admitiu que Elisabeth poderia ter consciência de seu amor pelo cunhado, contanto que de forma fugidia, vale dizer, sem intensidade, sem lhe dirigir atenção.

Realizado o processo de conversão, reconhecer e apontar a representação insuportável reprimida e enfraquecida torna-se um trabalho dificultoso, especialmente devido a uma peculiaridade na instalação do sintoma, a de que novas associações vão sendo realizadas através da analogia de certos acontecimentos posteriores com o inicial. Estas ocorrências, segundo Freud:

[...] levam ao grupo psíquico separado nova excitação e anulam assim, passageiramente, o resultado da conversão. O *eu* se vê obrigado a se ocupar desta representação repentinamente surgida e a reestabelecer através de uma nova conversão, o estado anterior (FREUD, 1981 [1895], p. 128).

Assim, revelou a complexidade dos processos psíquicos inconscientes reconhecendo que novos acontecimentos proporcionariam sempre novas associações e estas disparariam nova defesa, novas descargas, novos sintomas. Enfim, um dinamismo psíquico que atende permanentemente ao interesse da defesa moral.

Em acréscimo, Freud notou ainda que a paciente tinha suas dores intensificadas quando relatava o momento traumático, mesmo que na ocasião não o tivesse reconhecido como tal. Ora, com isto reforçou a hipótese (depois revista) de que não é o evento mesmo que provoca a dor psíquica e por conseguinte o trauma, mas sim a recordação deste, quando ressignificado na vida adulta⁶. Reconhece um modo de operação em que um acontecimento novo estabelece relação significativa com anteriores seme-

6

Esta hipótese permitiu pensar que apesar de a criança não ter noção do caráter sexual dos abusos sofridos na infância, quando chega à adolescência confere significado à vivência primitiva. Portanto trata-se de uma hipótese a meio caminho entre a teoria da sedução e a da fantasia que só foi assumida em 1917. Ela foi aplicada mais explicitamente no caso Emma apresentado no *Projeto de uma psicologia*, de 1895. Sobre isto Masson (1984) argumenta que Freud já trazia essa ideia quando escreveu *Estudos sobre histeria*, mas devido às resistências de Breuer, sustentou e conservou uma série de evidências em favor da teoria da sedução.

lhantes. Neste mecanismo residiria a regra geral da gênese dos sintomas histéricos:

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

A hipótese, remanescente da influência de Breuer, residiu também no fato de que a formação dos sintomas histéricos teria relação direta com a tensão afetiva que a organização psíquica pode suportar. Conservou assim um fator quantitativo na teorização do sintoma.

Depois de dissertar sobre seu motivo e mecanismo, estive em condições de finalmente explicar sua manifestação contingente, num dispositivo conceitual que já acolhia toda diversidade de manifestação de sintoma histérico que de longa data desafiava a nosografia médica e que, segundo nos parece, só foi respondida por uma “terceira causalidade”. No caso de Elisabeth os sintomas somáticos se concentravam nas pernas. Para Freud, as circunstâncias indicaram que eles não foram de fato criados pela histeria, mas sim intensificados por ela, uma vez que Elisabeth já padecia de reumatismo nas pernas, portanto uma pré-história de base e natureza orgânica. A explicação consistiu em mostrar que teria ocorrido nos sintomas da paciente uma oportunidade de intensificação por simbolização, por conta do que certas dificuldades físicas corresponderiam a certas dificuldades psíquicas. Finalizamos com um argumento de Freud:

[...] suas manifestações de ‘não conseguir avançar um só passo em seus propósitos’, ou, ‘carecer de todo apoio’, constituíam a ponte que conduzia a este novo ato da conversão (FREUD, 1981 [1895], p. 133).

De modo que, em definitivo, uma paralisia histérica progressivamente ganhava estatuto diferencial de outra orgânica, reduzindo as possibilidades de compreensão segundo possessão, herança genética, má-formação constitucional ou mesmo fingimento, tantas vezes recorrente em sua história.

Considerações finais

Com o restrito material instrumentalizado, julgamos possível observar como a pesquisa freudiana em torno do sintoma histérico deu os primeiros passos em direção ao estabelecimento de uma nova causalidade. Passos fundamentais para a formulação do que foi apresentado na *Interpretação dos sonhos*, de 1900, sob a denominação de *primeira tópica*. O inconsciente figurou nesta obra como a base de um dispositivo conceitual que os contemporâneos de Freud muitas vezes não se deram conta. Pois foi enquanto dispositivo conceitual que permitiu, digamos agora, uma nova técnica terapêutica, que não opera nem a partir de uma remoção causal, nem mesmo como ortopedia de representações conscientes indesejáveis.

É preciso sublinhar que a construção de uma nova causalidade acabou implicando continuamente na emergência de novos dispositivos conceituais (muitas vezes buscados em outras áreas do saber) que permitiram a acolhi-

da e organização de fenômenos até então inapreensíveis. Ela repercutiu igualmente em perspectivas diversas sobre a sexualidade humana, no aprimoramento da técnica terapêutica, mas acima de tudo na construção do que apontamos para uma nova ontologia que pode ser reconhecida a partir do que Freud chamou de *realidade psíquica*, responsável pela revisão progressiva acerca da constituição do eu e pelo reposicionamento da clássica relação (opositiva) entre sujeito e objeto.

No entanto, reconhecemos que o que apresentamos até aqui foi uma pequena parte do início um percurso de elaborações teóricas que durou mais de cinquenta anos e que merece ser visitado em detalhes.

Sobre o artigo

Recebido: 04/03/2014

Aceito: 08/06/2014

Referências bibliográficas

FREUD, S. Histeria (1888). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p. 76-102.

FREUD, S. Un Caso de curación hipnótica (1892-3). In: FREUD, S. **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, p. 22-29.

FREUD, S. Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1893). In: **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, p. 13-21

FREUD, S. Las neuropsicosis de defensa (1894). In: FREUD, S. **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, p. 169-177.

FREUD, S. Estudios Sobre la Histeria (1895). In: FREUD, S. **Obras Completas**. 4. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, p. 39-168.

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

MASSON, J. M. **Atentado à verdade:** a supressão da teoria da sedução por Freud. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1984.

MONZANI, L. R. **Freud: o movimento de um pensamento**. Campinas: Editora da Unicamp, 1989.

PEREZ, D. O. **O inconsciente: onde mora o desejo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

TRILLAT, E. **História da Histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.