



Da materialidade fisiológica à materialidade psicológica: sobre as origens da noção psicanalítica de realidade psíquica nas duas últimas décadas do século XIX

From physiological materiality to psychological materiality: the origins of the psychoanalytic notion of psychical reality in the last two decades of nineteenth century

Caio Padovan

Université Paris Diderot – Paris 7
França

Resumo

Nosso objetivo com este artigo será o de resgatar alguns elementos da experiência clínica de Freud que levaram o médico vienense a abandonar uma aproximação exclusivamente anatomopatológica do fenômeno clínico. Tendo isso em vista, retomaremos alguns artigos fundamentais publicados pelo psicanalista durante as duas últimas décadas do século XIX e os discutiremos a partir da literatura científica a eles contemporânea, reconstruindo assim o contexto dentro do qual a psicanálise pôde emergir enquanto prática clínica. Serão privilegiadas aqui as experiências de Freud como neurologista e como hipnoterapeuta, sua tentativa de superar algumas dificuldades ligadas à démarche anatomoclínica e a introdução de uma nova materialidade que faria nascer a importante noção de *realidade psíquica*.

Palavras-chave: história da psicanálise; história da psiquiatria; história da psicologia; clínica psicanalítica; teoria psicanalítica

Abstract

Our goal with this article is to rescue some elements of Freud's clinical experience that led the Viennese doctor to abandon an exclusively pathological approach of the clinical phenomenon. In order to achieve this, we will resume some key articles written by Freud during the last two decades of the nineteenth century and discuss them based on their contemporary scientific literature, thus reconstructing the context in which psychoanalysis could emerge as clinical practice. In this article, Freud's experiences as a neurologist and hypnotherapist, his attempt to overcome some difficulties related to anatomo-clinical approach, and the introduction of a new materiality that would increase the importance of the *psychic reality* notion will be focused.

Keywords: history of psychoanalysis; history of psychiatry; history of psychology; psychoanalytical clinic; psychoanalytical theory

Introdução

O desenvolvimento atual das neurociências, assim como a influência exercida pelas mesmas sobre as demais ciências e sobre a cultura são notáveis. Tal impacto pode ser entendido como o resultado de pesquisas que vem sendo conduzidas de maneira sistemática desde a década de sessenta do século XX; pesquisas que, embora tenham se iniciado a partir da segunda metade do século XIX – com a aplicação do ideal anatomopatológico às doenças



mentais – foram em grande medida embaladas pela chamada *revolução psicofarmacológica*, a qual teve lugar entre as décadas de cinquenta e sessenta do século passado (Graeff, 2006).

Este movimento, justo do ponto de vista científico, levou uma significativa parcela da comunidade científica à grande aposta de que o pensamento, as emoções e o comportamento humanos poderiam ser completamente entendidos a partir do estudo do sistema nervoso. O que era, contudo, uma aposta, pouco a pouco foi se tornando um imperativo, uma espécie de critério capaz de desautorizar outras disciplinas que não partilhavam dos mesmos princípios teóricos e metodológicos.

Apesar do caráter recente desta discussão, seria interessante atentar para fato de que um debate semelhante já havia se colocado justamente quando Freud, então docente de neuropatologia da Universidade de Viena, iniciava seus estudos em torno das doenças nervosas. A abordagem anatomoclínica que imperava entre os pesquisadores em medicina clínica e experimental na segunda metade do século XIX havia conquistado uma significativa parcela dos patologistas do sistema nervoso, pesquisadores que, assim como os atuais neurocientistas, buscavam uma explicação estritamente orgânica para os distúrbios psiquiátricos. Com o nascimento da psicanálise, ainda que não seja correto atribuí-lo unicamente à emergência desta disciplina¹, tal ideal seria abalado, dando lugar a uma nova concepção ligada à origem e ao desenvolvimento das doenças mentais.

Tendo como horizonte estes dois contextos – o primeiro, datado do final do século XIX, e aquele mais recente, datado do final do século XX – nossa meta com este artigo será o de expor e situar os argumentos apresentados por Freud que serviriam de base para a construção de um novo modelo psicopatológico ainda por vir. Como veremos, este modelo passará a levar em conta aquilo que, a partir da delimitação feita por Birman (2011), pode ser pensado como uma outra *materialidade*, entendida pelo médico vienense como eminentemente *psicológica*. Tal noção, mais ou menos indefinida de materialidade psicológica, será articulada em nosso trabalho como uma espécie de elo intermediário situado a meio caminho entre um modelo anatomopatológico de doença mental e a psicopatologia psicanalítica. A partir daí, quer dizer, a partir destas primeiras elaborações que conduziram mais tarde à noção de *realidade psíquica*, Freud abriria um novo horizonte para o debate ligado a gênese das doenças mentais, relativizando assim o lugar atribuído pela psiquiatria biológica a ele contemporânea à função etiológica daquilo que estamos chamando aqui de *materialidade fisiológica*².

¹ Embora alguns historiadores respeitados, como Gay (1988, p. 122), insistam no caráter radicalmente singular e inovador da *démarche* freudiana, sabemos que, em uma época em que as pesquisas anatomopatológicas ligas às neuroses eram tão inconclusivas, o pensamento de Freud não foi o único na época a problematizar um tal ideal (Lantérie-Laura, 1999). O psicólogo francês Pierre Janet (1919, p. 312), em um texto intitulado *Qu'est-ce qu'une névrose*, traz um depoimento interessante a respeito desta situação durante a segunda metade do século XIX.

² Para evitar mal entendidos, deixamos claro que a noção de “matéria” adotada por nós aqui coincide com uma das definições clássicas dadas por Aristóteles, a saber, de matéria como sujeito: “princípio de uma coisa por meio do qual esta coisa não se dá acidentalmente” (Abbagnano, 1998, p.678).



Considerando esta pesquisa um trabalho de história das ciências, cabe aqui ressaltar que, em termos metodológicos, ela será orientada desde um ponto de vista *internalista*. Isso que dizer que nossos esforços estarão voltados mais para o esclarecimento de aspectos empíricos ligados à “descoberta” da dita *materialidade psíquica* – neste caso, da relação entre a produção teórica e a experiência clínica de Freud – e menos para a investigação de tudo aquilo que pode ser considerado *externo* a esta dimensão histórica que entendemos como *interna*³. Para tal, somos levados a renunciar certas leituras da psicanálise, como aquela proposta por Foucault (1969/2001), que nos conduziriam a pensar a psicanálise como um empreendimento radicalmente distinto do científico, tomando-a, por exemplo, como uma “discursividade” em oposição às “cientificidades” (p. 834).

Ola Andersson (1962/1997), responsável pela publicação da pioneira obra *Studies in the Prehistory of Psychoanalysis*, pode ser tomado como um dos primeiros, senão o primeiro, a escrever uma história interna das origens da psicanálise⁴, buscando rastrear entre os anos de 1886 e 1896 os fundamentos clínicos de alguns conceitos psicanalíticos⁵. Lembremos que Andersson, neste trabalho, tem o cuidado de diferenciar enunciados considerados científicos de eventos históricos gerais, preocupação que não esteve da mesma forma presente em outras historiografias de indiscutível mérito, como as de Ellenberger (1994) e Sulloway (1998), as quais poderiam ser classificadas como predominantemente externalistas⁶.

1. Sigmund Freud, um neuropatologista no *Salpêtrière*

Concedida a Freud uma bolsa de estudos, o então docente de Neuropatologia da Universidade de Viena vai à Paris e permanece na capital francesa por cerca de seis meses, de outubro a março de 1885-6 (Freud, 1886/1996i). Lá se estabelece como médico residente no hospital *de la Salpêtrière*, instituição dirigida pelo neurologista Jean-Martin Charcot, que a desde 1882 dedicava-se exclusivamente ao estudo das chamadas doenças do sistema nervoso, em particular às neuroses.

³ A propósito desta distinção entre *internalismo* e *externalismo* no contexto da história das ciências, ver Canguilhem (1966/2002, p. 14) e Braunstein (2008, p. 88). Para uma abordagem crítica, ver Chalmers (1994). Para uma visão geral a respeito do uso de diferentes métodos em história da psicologia, ver Massimi, Campos & Brožek (2008).

⁴ Poderíamos argumentar dizendo ter sido na verdade Maria Dorer (1932/2012) que pela primeira vez se preocupou com uma história radicalmente baseada em dados “imediatos” e “concretos” da psicanálise de Freud (p. 186-7). Entretanto, não podemos deixar de considerar que a obra de Dorer não pode ser comparada em termos de profundidade com aquela de Andersson.

⁵ Este projeto é apresentado pelo autor logo na introdução de sua obra (Andersson, 1962/1997, p. 29), o que é inclusive lembrado por Roudinesco e Johansson (1997, p. 12), autores que escreveriam uma apresentação à edição francesa da presente obra, como um ponto fraco da mesma.

⁶ Sulloway (1998, p. xxxvii), por exemplo, já nas primeiras linhas de seu prefácio, diz estar comprometido com uma “biografia intelectual” de Freud, tendo então como objetivo desfazer alguns mitos e lendas presentes em certas narrativas freudianas. Ellenberger, por sua vez, embora não deixe claro no texto citado, teria exposto seus princípios metodológicos alguns anos mais cedo (Ellenberger, 1978b). Considerando estes princípios, podemos dizer que também não haveria por parte deste autor uma preocupação particular com aspectos internos da história das ciências.



Cabe destacar que Charcot, junto de outro médico francês, Paul Richer, havia dado início já em 1878 a uma investigação sem precedentes a respeito da histeria e do hipnotismo. Tal iniciativa resultaria na publicação de uma série de trabalhos bastante inovadores, os quais fariam do neurologista francês uma referência no assunto. Sua notoriedade internacional neste campo particular de estudos viria, contudo, apenas em 1882, ano em que apresentaria à prestigiada *Académie de Sciences* francesa sua célebre conferência sobre os diferentes estados nervosos provocados pelo hipnotismo em histéricos⁷.

Como relata Freud em 1886, que entende terem sido significativas as descobertas realizadas pela escola francesa de neuropatologia representada por Charcot, estas mesmas descobertas não foram recebidas com muito entusiasmo pelos cientistas de língua alemã. Considerando o programa de pesquisa anatomopatológico levado a cabo pela escola alemã, encabeçado pelo neuroanatomista e psiquiatra alemão Theodor Meynert, toda afecção atribuída ao sistema nervoso deveria ser descrita em referência às *alterações estruturais* da anatomia nervosa. No caso da histeria, porém, assim como no caso de outras moléstias enumeradas por Charcot como a epilepsia e a coréia, alterações estruturais desta mesma natureza eram ausentes. Nas palavras do neurologista francês, dispostas em suas *lições sobre as doenças do sistema nervoso*, estas afecções:

se oferecem a nós como uma esfinge que desafia o estudo anatômico mais penetrante. Este conjunto de sintomas privados de substrato anatômico não se apresenta ao espírito do médico com a mesma aparência sólida e objetiva própria às afecções associadas a uma lesão orgânica apreciável (Charcot, 1887, p. 14 - tradução nossa).

Na tentativa de solucionar este impasse, relativo à falta de localização anatômica para determinadas doenças do sistema nervoso, a escola francesa, não podendo comparar tais afecções àquelas dotadas de um substrato anatômico preciso, passa a concebê-las em termos puramente funcionais. Desta forma, paralisias e anestésias, entendidas do ponto de vista funcional, poderiam ser diagnosticadas sem a necessidade de haver correspondente lesão na estrutura anatômica responsável pela motricidade ou pela sensibilidade. Estabelecia-se clinicamente assim a distinção entre o estrutural e o funcional⁸.

⁷ Esta breve comunicação, intitulada *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques* e apresentada à seção de fisiologia patológica da referida Academia, abordaria de maneira descritiva, nas palavras do autor, "O hipnotismo, considerado em sua forma perfeitamente desenvolvida, tal como se apresenta com frequência em mulheres que sofrem de histero-epilepsia a crises mistas, compreende vários estados nervosos, cada um deles se distinguindo por uma sintomatologia particular. De acordo com minhas observações, são três estes estados nervosos, a saber: 1º estado cataléptico, 2º estado letárgico, 3º estado sonambúlico" (Charcot, 1882, p. 403 - tradução nossa).

⁸ Como chama a atenção Andersson (1962/1997, p. 52n), esta distinção entre *estrutural* e *funcional* já estava presente na literatura médica do século XIX, sendo ainda associada ao par *estático/dinâmico* que vinha caracterizar aquilo que seria próprio dos estudos de *anatomia* por um lado e de *fisiologia* por outro. Não por acaso, como veremos mais adiante, a histeria será pensada por Charcot e seus seguidores em termos neuropatológicos como sendo causada por uma *lesão funcional* ou *dinâmica*.



Em relação a este debate, vale a pena lembrar aqui que, com Charcot, a escola francesa passa a assumir uma postura mais descritiva no que se refere ao estudo das neuropatologias, manobra que não vem representar um abandono da anatomopatologia, mas sim uma medida de cautela. Se não há lesão visível, cabe ao pesquisador descrever o quadro clínico com a maior precisão possível, deixando o paralelo anatomopatológico para o futuro. Tal posição contrastaria, porém, com aquela assumida pelas autoridades de língua alemã, tradição esta mais comprometida com interpretações radicalmente fisiológicas do estado clínico. A este respeito, ver os comentários de Freud (1886/1996i, 1886/1996f, 1892-4/1996h) e também de Charcot (1887, p. 9) que, por sua vez, recorre a Claude Bernard ao sustentar a não subordinação da patologia à fisiologia, sobretudo naqueles casos em que não havia uma correspondência segura entre uma e outra. De acordo com estes autores, era antes preciso observar a doença para depois lhe fornecer uma explicação fisiológica. Segundo Foucault (1977), esta distinção entre o patológico e o fisiológico – em suas palavras, “o registro das frequências” e a “demarcação do ponto fixo” (pp. 157-9) – assim como a grande importância dada às interpretações fisiológicas, datam da primeira metade do século XIX e tem uma relação direta com as origens da clínica anatomopatológica.

Tendo isso em vista, Charcot, com base na oposição estrutura/função, cria a noção de *lesão funcional* ou *dinâmica* que, embora seguisse uma lógica aparentemente distinta, não poderia constituir por si mesma “uma classe à parte, governada por leis fisiológicas particulares” (Charcot, 1887, p. 16 – tradução nossa). Sendo assim, isto é, partindo do pressuposto segundo o qual as afecções *sine materia* seguem as mesmas leis fisiológicas comuns a qualquer afecção orgânica, chegava-se ao quadro clínico da *grande hystérie*, sintomatologia ou tipo padrão capaz de diferenciar o quadro histérico de outros fenômenos patológicos afins. Em outras palavras, poderíamos dizer que, a partir de um conjunto constante de manifestações sintomáticas, inferia-se uma constante fisiológica unicamente baseada na precisão nosográfica⁹.

Em suma, podemos sintetizar as descobertas da escola francesa salientadas por Freud da seguinte forma: Charcot se depara com casos que desafiam a pesquisa anatomopatológica; reconhece aí uma nova classe de fenômenos não redutível à clínica das lesões baseada na materialidade estrutural do sistema nervoso. Dado isso, supõe então uma lesão funcional que, embora não possa ser reconhecida na materialidade estrutural do sistema nervoso, deve seguir as mesmas leis fisiológicas que regem os fenômenos orgânicos em geral.

⁹ Sabe-se que no interior da psiquiatria francesa, como aponta Foucault (2003), este vazio explicativo seria preenchido por aquilo que ele entenderia como um alongamento do corpo individual para o corpo hereditário, manobra que daria conta de explicar algumas desordens do ponto de vista geracional. Retomaremos este ponto mais adiante, mas não o desenvolveremos neste artigo.



1.1. A histeria e os limites da abordagem anatomoclínica

Seguindo o relatório escrito por Freud à Faculdade de Medicina de Viena, fica claro em que medida a clínica de Charcot o afetou. O docente da Universidade de Viena não apenas havia entrado em contato com diversos e variados casos de histeria, estado patológico até então pouco estudado em sua especificidade dentro da tradição alemã e austríaca, como havia presenciado também casos de histeria masculina, quadro não reconhecido pela mesma tradição, que preferia pensa-lo como um tipo particular de neurose traumática¹⁰.

No mesmo ano proferiria então uma conferência perante a Sociedade de Medicina local intitulada *Sobre a histeria masculina*. Mal recebido em função do teor de seus argumentos, que tinham como ponto de partida as hipóteses de trabalho da escola francesa, Freud é desafiado a apresentar pelo menos um caso assim diagnosticado¹¹. Poucos meses depois, publica, enfim, uma segunda conferência: *Observações de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico*. Nesta, Freud descreve a situação de um paciente que, após vivenciar um evento particularmente traumático, desenvolve uma série de sintomas de hemianestesia estranhos do ponto de vista anatomoclínico. Tais conclusões são alcançadas após uma bateria de exames neurológicos, oftalmológicos e auditivos. Por um lado observou-se uma relação instável entre as funções sensitivas e as motoras, situação que, segundo Freud, não teria qualquer razão de ser em um caso de hemianestesia orgânica. Por outro, observou-se que, espontaneamente ou sob pressão, determinadas partes do lado insensível do corpo passavam à sensibilidade e à dor. Por fim, constata-se que durante alguns testes para sensibilidade elétrica certas áreas do lado insensível tornavam também à sensibilidade, sendo que em testes repetidos “a extensão das zonas dolorosas do tronco e as perturbações do sentido da visão oscilavam de intensidade” (Freud, 1886/1996e, p. 67).

Em resumo, podemos dizer que, a partir deste caso, Freud chama a atenção para a instabilidade das funções orgânicas no corpo histérico, instabilidade esta não redutível à explicação fisiológica tradicional. A este propósito, o médico de Viena sustentará dois anos mais tarde que:

¹⁰ A propósito deste embate entre as tradições francesa e alemã, em particular ligada ao estatuto etiológico das neuroses traumáticas, ver Pascal e Hirschelmann (2014). Podemos dizer em forma de síntese que a primeira considerava o desencadeamento destes sintomas como o resultado de um choque psíquico sofrido por um sujeito já predisposto hereditariamente à doença. Tal predisposição é pensada aqui a partir dos princípios da teoria da degenerescência propostos inicialmente por Morel (1857/1975) e da noção de *diátese* (Guachet & Swain, 1997). A segunda tradição, por sua vez, acreditava serem os mesmo sintomas o resultado de um choque físico que produziria uma lesão visível no sistema nervoso, tese que seria reiterada a partir de uma série de casos por Oppenheim (1889), ano em que o próprio Meynert (1889) escreveria um artigo crítico a Charcot.

¹¹ Este episódio controverso da história da psicanálise, revelado pela primeira vez por Freud (1925/1996l, p. 22) em seu *Estudo autobiográfico*, foi tratado de maneira crítica, sobretudo por Sulloway (1998, p. 30-32), que considera este como mais um dos mitos perpetuados por alguns historiadores da psicanálise que atribuem à recusa dos espectadores de Freud a causas exclusivamente afetivas. Um comentário mais detalhado e cuidadoso é feito por Ellenberger (1978a, 1994). De nossa parte, nos limitamos àquilo que nos concerne atribuindo a má recepção desta conferência à defesa que fez Freud de algumas teses estrangeiras à tradição psiquiátrica alemã.



As manifestações histéricas têm, preferentemente, a característica de serem exageradas (...). Ao mesmo tempo, qualquer sintoma particular pode ocorrer, por assim dizer, isoladamente: a anestesia e a paralisia não se acompanham dos fenômenos gerais que, no caso das lesões orgânicas, evidenciam a afecção cerebral e que, no geral, devido a sua importância, obscurecem os sintomas localizados. Muito próximo de uma área de pele absolutamente insensível, poderá haver uma outra área de sensibilidade absolutamente normal. Concomitantemente com um braço completamente paralisado, poderá haver, do mesmo lado, uma perna perfeitamente intacta (Freud, 1888/1996d, p. 84).

Como já previsto, é aqui flagrante a íntima relação entre as conclusões de Freud e as da escola francesa. Se, segundo Freud, uma anestesia ou uma paralisia podem ocorrer a despeito da estrutura nervosa subjacente às funções sensitivas ou motoras, a relação entre estrutura e função teria de ser relativizada, levando a neurologia a considerar as hipóteses charcotianas a respeito da distinção entre estrutura e função.

Posto isso, podemos dizer que tanto para Freud como para Charcot e a escola francesa, ficava evidente a existência de um novo princípio, irreduzível a uma abordagem puramente estrutural da anatomia nervosa.

Diferentemente, porém, dos pesquisadores do Salpêtrière - e aqui começamos a entrar naquilo que posteriormente concerniria à psicanálise - o neuropatologista de Viena buscava compreender este *novo princípio* recorrendo não apenas às “leis fisiológicas comuns a todo organismo”, mas também a partir de algumas hipóteses psicológicas. Tais hipóteses, que de uma certa forma já haviam sido estudadas pelo próprio Charcot, transpareceriam em sua forma embrionária no mesmo artigo citado há pouco, quando Freud afirma ser possível buscar “as causas da histeria na vida ideativa inconsciente” do doente (Freud, 1888/1996d, p. 93). Assim como na passagem final do texto, onde o autor sustenta ser a sintomatologia da histeria o reflexo de excitações ligadas a “ideias conscientes ou inconscientes”, as quais são de natureza não apenas física, mas também “diretamente psíquicas” (p. 94).

2. A hipótese psicológica

Para que possamos bem compreender este apelo de Freud a categorias psicológicas, será necessário explorar aqui alguns pontos relativos ao debate dentro do qual o médico austríaco estava inserido. De saída cabe mencionar que tal debate fora travado em um contexto médico-científico, o que parece se evidenciar a partir das referências utilizadas por Freud em muitos dos seus primeiros trabalhos (Freud, 1897/1996k; Spehlmann, 1953; Solms, 1998, p. 23). Freud se considerava um cientista e não faz qualquer tipo de concessão ao afirmá-lo. Por esta razão, cremos ser necessário compreender a sua psicologia como uma construção teórica não redutível à pura especulação, quer dizer, uma construção teórica marcada pela experiência. Neste sentido, podemos recorrer às palavras de Assoun (2002), segundo as quais: “nada seria mais prejudicial à psicanálise do que ‘dissolver’ seus conceitos,



adquiridos *sobre terreno da sua experiência clínica*, em categorias filosóficas”, o que se justificaria na medida em que “o conceito psicanalítico (...) é empírico, no sentido em que se refere à experiência (*empereia*) que constitui a clínica” (p. 4 – tradução nossa).

Tendo isso em vista, colocar-se-ia então a questão: quais seriam os fatos da experiência capazes de justificaria uma abordagem psicológica dos fenômenos neuróticos? Por que razão não seria isso um mero capricho teórico?

Um primeiro indício pode ser encontrado no prefácio à tradução alemã feita por Freud em 1889 de um volumoso livro escrito pelo médico e neurologista francês Hyppolite Bernheim: *Da Sugestão e de suas aplicações à terapêutica*, publicado originalmente em 1886. Como nos revela em seu *Estudo autobiográfico*, o médico de Viena passara várias semanas durante o verão de 1889 em Nancy, na clínica de Bernheim; lá afirma ter presenciado os mais “assombrosos experimentos”, os quais o teriam levado “a mais profunda impressão da possibilidade de que poderia[m] haver poderosos processos mentais” (Freud, 1925/1996m, p. 24). Segundo Freud, neste prefácio, a grande realização de Bernheim consistiu em transpor o problema da hipnose inteiramente para a esfera psíquica, tomando a *sugestão* como a chave para a sua compreensão. Levando isso em conta, toda manifestação hipnótica poderia ser encarada como um fenômeno estritamente psíquico, isto é, como efeito de sugestões.

Este tipo de compreensão parecia, porém, exposta a críticas, as quais encontravam fundamento nas experiências de Charcot com o *grande hypnotisme*. Para os clínicos do Salpêtrière, a situação hipnótica não dependia de um simples intercâmbio de palavras como queria Bernheim, mas sim de uma disposição patológica – reflexo de um estado neurológico particular de caráter provavelmente hereditário que, embora não pudesse ser ainda precisado, poderia ser inferido a partir de alguns padrões nosográficos e do estudos de famílias consideradas neuropáticas¹². Neste sentido, as três fases do *grande hypnotisme* (Charcot, 1882, pp. 403-5; 1887, p. 336) desempenhariam o mesmo papel que as quatro fases da *grande hystérie* (Charcot, 1887, p. 39) citada por nós há pouco; em ambos os casos o que estava em jogo era a busca de uma constante nosográfica capaz de apontar para uma constante fisiológica¹³.

Dado isso, a questão era então a seguinte: como pode ser o hipnotismo um fenômeno puramente psíquico se, ao observa-lo com cuidado, podemos encontrar nele uma série de regularidades?

¹² Trata-se aqui justamente da aplicação da teoria da degenerescência de Morel, sobre a qual já falamos em nota. Valentin Magnan e Charcot podem ser considerados como dois prestigiados entusiastas desta teoria na cena psiquiátrica francesa pós-moreliana. Ainda que seja este um tema relevante, não entraremos em maiores detalhes a respeito. Para uma compreensão mais profunda da noção de degenerescência, ver Serpa Jr. (2010). Para uma visão geral a propósito das hipóteses de Morel e dos seus prolongamentos no interior da psiquiatria francesa e mesmo na medicina alemã da virada do século XX, ver Caponi (2012).

¹³ Um trabalho bastante minucioso a respeito de cada uma das quatro fases da Grande Histeria, assim como sobre as três fases do Grande Hipnotismo, foi realizado por Paul Richer (1881), médico, desenhista e chefe do laboratório da clínica das doenças do sistema nervoso no Salpêtrière; *Étude Clinique sur l’Hystero-Épilepsie ou Grande Hystérie*.



Uma das hipóteses levantadas por Freud em favor da tese de Bernheim é a de que todas estas observações feitas no Salpêtrière – fossem elas dirigidas ao hipnotismo ou mesmo aos fenômenos histéricos – poderiam ser fruto da influência do médico sobre os doentes, ponto de vista partilhado pela dita *École de Nancy*. Lembramos que esta mesma crítica já havia sido também sustentada pelo psicólogo belga Joseph Delboeuf (1886/2004a), a qual teria repercutido de maneira considerável na época. Como bem vimos, o que colocava limite à anatomoclínica não poderia, no contexto desta tradição, ser inferido com demasiada segurança apenas com base em uma distribuição nosográfica de frequências. Sendo assim, faria mais sentido considerar a regularidade observada como o resultado de uma sugestão lançada pelo próprio médico – predisposto a encontrar na experiência um certo número de padrões – do que tomá-la como o reflexo de uma condição neurológica e fisiológica particular. Enquanto dado clínico, este mesmo ponto fora salientado por Freud em seu verbete sobre a histeria, quando o médico afirma: “Deve-se ter cautela de não revelar com demasiada clareza o interesse (...) por sintomas histéricos de pouca gravidade, a fim de não incentivá-los” (Freud, 1888/1996d, p. 90).

De todo modo, e disso Freud também parecia não abrir mão, era evidente que o estado hipnótico desencadeava uma série de reações fisiológicas incontestáveis, as quais podiam ser reconhecidas independentemente de qualquer sugestão. O exemplo mais óbvio é dado em referência ao estado de relaxamento fisiológico visto durante a *letargia*, fase do hipnotismo circunscrita por Charcot em que o sujeito apresenta uma hiperexcitabilidade neuromuscular. A omissão deste ponto por parte de Bernheim é apontada no prefácio como uma lacuna significativa em sua argumentação contra a escola de Salpêtrière.

Ao mesmo tempo, lado a lado com esses fenômenos puramente físicos, Freud constata que toda sugestão parece depender de algum tipo de conteúdo que já deve constar na “consciência”¹⁴ do sujeito, o qual poderia fazer resistência ao conteúdo da sugestão propriamente dita. A este tipo de conteúdo, tomado então como condição de possibilidade para toda ordem sugestiva, Freud daria um estatuto particular; dirá possuir ele uma “natureza real, objetiva” [*reale, objective Natur*] (Freud, 1888, p. vii; 1888-9/1996g, p. 115). Tratar-se-ia, portanto, de uma espécie de *materialidade psíquica que não coincide com o conteúdo da sugestão*.

Seguindo este mesmo raciocínio, afirmará mais adiante que toda sugestão poderia ser mais bem descrita como uma “autossugestão”, isso na medida em que sempre evocaria um “fator objetivo” que por vezes tende a se atualizar de forma espontânea em muitos casos de paralisia histérica. Tal “fator” será compreendido como uma matriz a partir da qual “processos psíquicos” não contemplados pela “plena luz da consciência” operam (Freud, 1888-9/1996g, p. 119). Por fim, conclui em prol da autonomia destes processos em relação ao

¹⁴ Como podemos ver no prefácio da edição alemã do livro de Bernheim (Freud, 1888, p. VIII), o termo utilizado aqui é *Bewusstsein*, o mesmo que Freud utilizaria posteriormente na forma de conceito em sua metapsicologia. Neste momento, porém, o termo é utilizado de modo genérico, como sinônimo de psiquismo.



sistema nervoso, lançando assim uma hipótese a respeito da *não localização cerebral do psiquismo*.

Neste mesmo ano podemos ver o mesmo argumento sendo exposto na resenha que Freud escreve sobre o trabalho do psiquiatra suíço Auguste Forel, *O Hipnotismo, seu significado e seu manejo*, também publicado em 1889. Aqui o médico vienense sustenta que a influência da sugestão “raramente se efetua sem *resistência* da parte da pessoa hipnotizada”, sendo que, por vezes, esta “empreende uma *luta contra a sugestão* (...) produzindo autossugestões” (Freud, 1889/1996j, p. 137 – *italico* nosso). O mesmo fato seria reconhecido pelo autor no verbete *Hipnose* escrito para o *Therapeutisches Lexikon*, de Anton Bum, quando este sustenta que a doença a ser tratada pela via hipnótica exerce uma força contra a sugestão (Freud, 1891/1996c, p. 146).

Um ano mais tarde, em *Tratamento psíquico (ou anímico)*, dará novamente ênfase à autonomia do psiquismo ao dizer que os doentes histéricos “não devem ser consideradas nem tratadas como doentes gástricos, doentes dos olhos ou similares” e que nesses enfermos “os sinais da doença não provinham de outra coisa senão [de] uma influência modificada da vida anímica sobre seu corpo, devendo-se portanto buscar no anímico a causa imediata da perturbação.” (Freud, 1890/1996l, p. 274).

Como se pode notar, Freud, tendo por base alguns fatos clínicos, vinha sustentando desde 1888 uma hipótese psicológica, o que vem justificar nossa pontuação em relação ao caráter empírico desta hipótese. Suas principais referências aqui são: (a) a irredutibilidade do fenômeno hipnótico, assim como das manifestações histéricas, às evidências anatomoclínicas e (b) a resistência exercida contra a sugestão durante o tratamento hipnótico. Da primeira referência, relativa à irredutibilidade de uma certa classe de fenômenos à anatomoclínica, infere-se um âmbito a parte, entendido como psíquico ou anímico; da segunda referência, relativa à resistência à sugestão, infere-se uma objetividade que passará a fazer parte deste âmbito psíquico, ou seja, de uma realidade puramente psíquica considerada em paralelo à realidade física do sistema nervoso.

Cabe lembrar que a manifestação de *resistências* à sugestão era considerada como um fenômeno comum a todo aquele que se dedicava à prática hipnótica. Ainda que tais passagens não estejam acompanhadas de qualquer citação, as situações observadas por Freud e caracterizadas como manifestações de resistência do psiquismo contra a sugestão de terceiros eram relativamente bem conhecidas na época. A noção popularizada de “ideia fixa”, por exemplo, termo corrente na literatura psiquiátrica francesa e que, segundo Goldstein (2002, p. 155), tem sua origem na descrição de *monomania* dada por Esquirol, poderia assumir esse mesmo sentido quando pensada em termos de reatividade ao tratamento sugestivo. Algo semelhante era observado nos experimentos de alucinação negativa conduzidos sob hipnose. A título de exemplo, podemos lembrar a observação feita pelo fisiologista francês Henri-Étienne Beaunis (1886, p. 176ss), onde o sujeito experimental,



ao ser induzido a não perceber a presença de um indivíduo em particular, cria fantasias em relação ao mesmo. Em outro experimento semelhante, realizado pela equipe de Charcot no Salpêtrière, o sujeito experimental em questão reage a uma sugestão de alucinação negativa deformando o conteúdo da imagem que lhe fora apresentada em um cartão ao invés de simplesmente não vê-la (Delboeuf, 1886/2004a, p. 53). Esta “luta” entre a “vontade” do sujeito e a fatalidade da ideia sugerida seria problematizada por Delboeuf (1886/2004a, p. 65) e discutida a partir de outros dados trazidos por Jules Liégeois (1889)¹⁵, jurista francês que avalia as consequências deste fenômeno para o direito civil e criminal. Também Bernheim, por sua vez, diria que as razões contrárias e enérgicas de alguns pacientes diante de uma sugestão não poderiam ser pensadas como um simples fracasso da técnica, mas sim como um tipo de rebeldia que seria parte integrante do seu “ser moral”¹⁶ (Delboeuf, 1888-1888-9/2004b, p. 94). O mesmo tema seria tratado por Theodule Ribot (1888) em seu *Doenças da vontade* e por Pierre Janet (1889/1973), nos dois volumes de *O automatismo psicológico*.

Por outro lado, quanto ao problema da total irredutibilidade dos fenômenos hipnóticos e histéricos às evidências anatomo-fisiológicas, havia controvérsias. Não estava claro em que medida, por exemplo, uma entidade psicológica poderia assumir função etiológica no desencadeamento de sintomas histéricos. Em suas lições, Charcot chega a considerar esta possibilidade (Andersson, 1962/1997, p. 74), mas sempre de maneira inconclusiva, relegando a causa última destes sintomas a variáveis fisiológicas de natureza dinâmica e ligadas a alguma tara hereditária, entendendo a função psicológica, portanto, como secundária.

3. A autonomia e a independência do psíquico em relação ao fisiológico

Com o objetivo de avançar neste debate e de fornecer um suporte mais consistente a estas hipóteses, Freud publicaria em 1891 e em 1893 dois importantes trabalhos. O primeiro, mais denso, consistiu em um comentário crítico a respeito do estatuto neurológico das afasias; o segundo, publicado na forma de artigo, abordou a especificidade das manifestações histéricas em relação a fenômenos neuropatológicos bem conhecidos. Considerando as finalidades deste artigo, limitar-nos-emos a analisar não mais do que alguns pontos levantados por Freud no trabalho sobre as afasias para que, na sequência, possamos abordar a tese defendida no artigo de 1893.

¹⁵ *Mémoire* apresentado à seção de Moral e Política da Academia Francesa. Ver Liégeois (1889, p. 10). Neste trabalho, o autor defende a ideia de que os sujeitos submetidos a sugestões criminosas, dado a responsabilidade dos mesmos em relação à aceitação da ideia do crime, deveriam ser considerados culpados.

¹⁶ Mais tarde, em um texto de vulgarização sobre o tema da sugestão, Bernheim (1911, p. 188) retomará essa mesma expressão, “ser moral” [*être moral*], para se referir ao conjunto de ideias adquiridas por meio de sugestões sucessivas, ao longo da vida, em um dado sujeito. Estas ideias, que poderiam ou não ter conteúdo patológico, seriam pouco a pouco integradas e passariam a fazer parte do seu ser.



3.1. Anatomia, representação e ideia na psicologia das afasias

Intitulado *Sobre as afasias: um estudo crítico*, o primeiro destes trabalhos, dividido didaticamente em seis partes, se inicia com um levantamento das principais hipóteses desenvolvidas na segunda metade do século XIX a respeito dos distúrbios afásicos (parte 1); passa para a apresentação de alguns casos capazes de problematizar as formulações legadas por esta tradição (partes 2, 3 e 4); e termina propondo uma revisão de fundamentos que culminará na elaboração de um novo modelo de compreensão das afasias, mais apto a solucionar alguns problemas não resolvidos pela teoria vigente (partes 5 e 6).

O modelo privilegiado pelo médico de Viena como alvo de suas críticas foi aquele defendido pelo neurologista alemão Carl Wernicke; tal modelo, de base anatômica, havia sido apresentado em 1874 em um estudo que se tornaria paradigmático sobre o “complexo sintomático afásico”. Seguindo as palavras do autor alemão, sabemos que o estudo em questão consistiu em “uma tentativa de aproveitar, dentro de um contexto prático, a [teoria da] anatomia cerebral proposta por Meynert” (Wernicke, 1874, p. 1 – tradução nossa).

Temos notícia de que o estudo descritivo do sistema nervoso realizado por Theodor Meynert, possível graças ao avanço da observação microscópica e pelo aparecimento de novas técnicas e coloração, corte e fixação do tecido nervoso a partir da década de 60 do século XIX, tornou-se uma referência mundial¹⁷. Deve-se a ele importantes esclarecimentos sobre a posição das fibras motoras e sensitivas no pedúnculo cerebral, a representação dos membros superiores e inferiores a nível cortical e de suas conexões com o cerebelo¹⁸.

Em poucas palavras, podemos dizer que uma das principais críticas dirigidas por Freud a Meynert – aquela que mais nos interessa aqui – aponta para uma identidade injustificada entre o psíquico e o neurológico, a qual teria sido afirmada com base na tese de que as impressões sensitivas e motoras poderiam ser localizadas de forma precisa no córtex cerebral e que estas poderiam se associar por meio das fibras de condução subcorticais. Aplicando este princípio aos distúrbios afásicos, Wernicke é então levado a conceber dois tipos de afasia: as afasias provocadas pela destruição dos centros responsáveis por alojar essas impressões e aquelas provocadas pela destruição das vias de condução. Neste caso, os centros corticais envolvidos seriam a *área de Broca*, localizado no terceiro giro frontal esquerdo, e a *área de Wernicke*, situada no primeiro giro temporal esquerdo.

¹⁷ Uma parte importante destas descobertas feitas por Meynert fora publicada entre os anos de 1867 e 1868, sob o título *Der Bau der Groß-Hirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten, nebst einem pathologisch-anatomischen Corollarium* (Meynert, 1867-1868).

¹⁸ Tendo trabalhado no instituto de psiquiatria dirigido por Meynert entre os anos de 1883 e 1885, Freud conhecia bem a obra do grande anatomista. Atribui-se, inclusive, ao futuro psicanalista (Freud, 1888/1990b) a escrita do verbete “cérebro” para a Enciclopédia Médica de Villaret, texto que descreve de modo relativamente detalhado a teoria anatômica de Meynert. De acordo com Solms e Saling (1990, p. 117), contudo, tal verbete já apresentava uma pequena crítica às teses de deste último, crítica que apareceria de modo mais transparente no verbete “afasia” (Freud, 1888/1990a), escrito no mesmo ano para a mesma Enciclopédia e que lançaria as linhas de pensamento que seriam desenvolvidas três anos mais tarde.



Partindo enfim do princípio de as diferentes funções da linguagem poderiam ser localizadas ponto a ponto no córtex cerebral, constatava-se que, como Paul Broca já o havia feito em 1861, a destruição do primeiro destes centros afetaria a inervação dos núcleos motores da fala, impossibilitando assim a produção da fala articulada e lavando ao quadro de *afasia motora*; a destruição do segundo, por sua vez, descrita e discutida por Wernicke ele mesmo em 1874, afetaria a compreensão da fala, conduzindo então àquilo que ficou caracterizado como *afasia sensória*. Por fim, dado que a fala dependia da atividade coordenada de ambos os centros, e pressupondo, a partir das observações de Meynert em seu laboratório, que a relação entre os diferentes centros deveria se dar através das vias de condução subcorticais, Wernicke concebe ainda um terceiro tipo de afasia, chamada *afasia de condução*, a qual afetaria justamente tal relação.

Este modelo, no entanto, que parecia se confirmar em uma série de casos, encontrava dificuldades diante de outros, o que levou o próprio Wernicke, assim como outros neurologistas da época, como Ludwig Lichtheim, a reavaliar alguns dos seus aspectos. Contudo, como discute Freud em seu estudo crítico, tais reformas não foram capazes de resolver certos problemas da experiência ligados às chamadas afasias de condução, que do ponto de vista clínico não pareciam se diferenciar de certos tipos de afasias de centro, e mesmo de certos distúrbios parafásicos observados em sujeitos não lesionados.

A solução ensaiada por Freud, a qual se organizará a partir da substituição de um princípio anatômico-localizacionista por outro anatômico-funcional, será apresentada a partir da hipótese de que os distúrbios afásicos seriam a expressão funcional de uma disfunção global do *aparelho de linguagem* [*Sprachapparat*] como um todo e não apenas de uma de suas partes. Este aparelho, concebido como um sistema complexo e dinâmico de associações, possuiria também o seu correlato anatômico na chamada *área da linguagem*, razão pela qual trabalharia primeiramente a nível cortical, por meio de “representações” [*Repräsentationen*] de impressões que alcançam o córtex não mais em seu estado puro, e, de maneira concomitante, a nível psicológico, por meio de “ideias” [*Vorstellungen*]¹⁹.

Para Freud, uma ideia podia ser compreendida como um agregado de impressões associadas entre si, capaz de combinar elementos acústicos, visuais e cinestésicos em uma totalidade indivisível. Nestes termos, uma tal noção passa então a ser concebida como uma variável psicológica não mais redutível a um modelo anatomoclínico, o que leva Freud a afirmar em tom metafórico que uma ideia contém as impressões “como um poema contém o alfabeto” (Freud, 1891/1987, p. 103 – tradução nossa); e, mais adiante, que “a cadeia de

¹⁹ Cabe lembrar que uma tal abordagem, que visa unir neurologia e filosofia associacionista, não pode ser considerada como um invenção freudiana. Theodor Meynert já lançava mão da mesma estratégia para pensar o seu modelo neurológico localizacionista, o mesmo acontece com Charcot. Segundo Jeannerod (1996, p. 94), o primeiro neurologista a propor esse modelo misto de neurologia e associacionismo fora Alexander Bain (1855), em *The sens and the intellect*. Nestes termos, o que pode ser atribuído a Freud neste debate, ainda que sob a influência do pensamento de Hughlings Jackson, é, segundo Dorer (1932/2012, p. 18), a articulação não causal entre estes dois universos.



processos fisiológicos no sistema nervoso provavelmente não se encontra em uma relação de causalidade com os processos psíquicos (...) o processo psíquico é assim paralelo ao processo fisiológico (“*a dependent concomitant*”)” (p. 105 – tradução nossa).

Como salienta o futuro psicanalista, por fim, postular um paralelismo como este – entre o psíquico e o fisiológico – ainda que venha significar uma “mudança na abordagem científica” de um certo número de fenômenos (Freud, 1891/1987, p. 105 - tradução nossa), não abalaria, como bem vimos, o projeto anatomoclínico em toda a sua extensão. Em sua descrição das afasias, a lesão é ainda uma pré-condição para o distúrbio, sendo inclusive possível localizar uma área responsável pela linguagem, a qual, segundo o autor, tem o seu lugar no “hemisfério esquerdo, entre as terminações corticais dos nervos acústico e óptico e das fibras motoras da linguagem e do braço” (p. 153 – tradução nossa). Tendo isso em vista, a distinção em questão deve ser considerada, como já atentava o neurologista inglês H. Jackson (1878), apenas de um ponto de vista metodológico e não propriamente ontológico²⁰.

3.2. *Concepções e afeto na psicologia da histeria*

Dois anos mais tarde, porém, ao abordar o problema da histeria em *Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, Freud (1893/1996b) parece chamar a atenção não só para a autonomia do psiquismo – como havia feito em 1891 – mas também para uma possível independência ontológica deste sobre o orgânico.

O médico de Viena inicia o seu artigo distinguindo dois tipos de paralisia motora orgânica, a paralisia “periférico-medular (ou bulbar)” e a “paralisia cerebral”. No caso da primeira, periférico-medular, “cada músculo – poder-se-ia dizer, cada fibra muscular – pode estar paralisado individualmente, isoladamente.” (Freud, 1893/1996b, p. 203-4). Esta é também chamada de paralisia em projeção ou detalhada, pelo fato de cada elemento periférico (relativo ao sistema nervoso periférico) corresponder a um elemento da massa cinzenta medular, como se uma fosse projetada detalhadamente sobre a outra. Por outro lado, no caso da segunda, a paralisia cerebral, o distúrbio acomete “uma parte extensa da periferia, um membro, um segmento de uma extremidade, ou um aparelho motor complexo”, não afetando músculos isoladamente (Freud, 1893/1996b, p. 204). Por esta razão é também chamada de paralisia em representação ou em massa, uma vez que o alvo da paralisia não é preciso.

Notamos aqui que Freud sublinha a mesma insuficiência apontada no trabalho sobre as afasias. Em primeiro lugar isola um conjunto de paralisias periférico-medulares, as quais podem ser compreendidas a partir da teoria das fibras de Meynert, isto é, ponto a ponto entre a periferia e a medula. Na sequência, toma um segundo conjunto de paralisias, as

²⁰ Ver a nota de rodapé de Freud exposta no texto em questão (Freud, 1891/1987, p. 106n).



paralisias cerebrais, as quais parecem questionar a mesma teoria em função da insuficiência de fibras entre a medula e o córtex, situação que também se afirmava em relação aos distúrbios afásicos. Assistimos neste segundo caso, portanto, o mesmo apelo à categoria de *representação* [*Repräsentation*] feita em 1891.

Frente a estas duas, entrará em cena o conjunto das paralisias ditas históricas, as quais, frequentemente, eram entendidas como simulações de certos tipos de paralisias orgânicas. Analisando-as com cuidado, porém, Freud conclui que as simulações em questão poderiam ser comparadas apenas às paralisias cerebrais, o que se confirmava na medida em que as mesmas não eram capazes de reproduzir paralisias detalhadas. Apesar da comparação, contudo, as paralisias históricas deveriam se diferenciar destas últimas por importantes características.

De acordo com o diagnóstico de Freud, as paralisias históricas “não obedecem à regra, que se aplica regularmente às paralisias cerebrais orgânicas, segundo a qual o segmento distal sempre está mais afetado que o segmento proximal” (Freud, 1893/1996b, p. 205). Neste sentido, como prossegue o autor, (1) o ombro ou a coxa poderiam estar mais paralisados do que a mão ou o pé; (2) podem surgir movimentos dos dedos enquanto o segmento proximal ainda está absolutamente inerte; (3) paralisias relativamente isoladas poderiam ser vistas com frequência na clínica, ou mesmo produzidas artificialmente. Posto isso, conclui:

Quanto a esse importante aspecto, a paralisia histórica é, por assim dizer, intermediária entre a paralisia em projeção e a paralisia orgânica em representação. Se não possui todas as características de dissociação e delimitação próprias da primeira, está longe de ver-se submetida às leis estritas que regem a segunda – a paralisia cerebral. Tendo em conta tais restrições, pode-se afirmar que a paralisia histórica também é paralisia em representação, *mas com um tipo especial de representação cujas características permanecem como um assunto a ser desvendado* (p. 206 – grifo nosso).

Seguindo estas linhas, podemos considerar que os três tipos de afasia propostos por Freud em 1891, cada um deles dependente de uma lesão verificável na “área da linguagem”, eram *distúrbios orgânicos em representação*; a afasia, portanto, não era neste contexto uma forma particular de histeria como parecem sugerir alguns autores como Nassif (1992) e, em sua esteira, Garcia-Roza (1991). A justificativa para este argumento aparece de forma explícita em um exemplo dado pelo autor no artigo em questão, quando afirma que o paciente histérico pode simular alguns sintomas presentes na afasia orgânica. Diferente, contudo, daquilo que poderia de fato ocorrer em uma afasia orgânica, o sintoma histérico seria capaz de “criar uma afasia total (motora e sensitiva) para um determinado idioma, sem causar a menor interferência na capacidade de compreender e articular um outro idioma” (Freud, 1893/1996b, p. 207).



O que podemos notar a partir daí é que a distinção, antes afirmada em termos metodológicos, passa agora a engendrar elementos mais concretos; o psiquismo, antes postulado como um artifício teórico, agora – talvez em continuidade com os escritos anteriores de Freud abordados por nós, sobretudo aquele de 1890 sobre o tratamento psíquico ou anímico – passa a ser tomado em sua materialidade. A este propósito o autor então diz:

De vez que só pode haver uma única anatomia cerebral verdadeira, de vez que ela se expressa nas características clínicas das paralisias cerebrais, evidentemente *é impossível que essa anatomia constitua explicação dos aspectos diferenciais das paralisias histéricas*. Por essa razão, não devemos, com base na sintomatologia dessas paralisias histéricas, tirar conclusões sobre a anatomia cerebral (Freud, 1893/1996b, p. 211 – itálico nosso).

E, mais adiante:

A histeria ignora a distribuição dos nervos, e é por isso que não simula paralisias periférico-medulares ou paralisias em projeção. Ela não conhece o quiasma óptico e, por conseguinte, não produz hemianopsia. *Ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm*: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa. Não há motivo para acrescentar à paralisia do braço a paralisia da face. Um histérico que não consegue falar não tem motivo para esquecer que compreende a fala, de vez que a afasia motora e a surdez para a palavra não estão correlacionadas entre si na *concepção popular*, e assim por diante (Freud, 1893/1996b, p. 212 – itálico nosso).

Em suma, a tese de Freud é a seguinte: há distúrbios orgânicos que podem ser tomados em referência ao sistema nervoso, podendo neste caso resultar da lesão de estruturas periférico-medulares – os chamados distúrbios em projeção – ou mesmo de estruturas cerebrais, o que veio a ser delimitado como distúrbio em representação. Por outro lado, há os ditos fenômenos histéricos que, embora apresentem uma sintomatologia semelhante àquela vista em distúrbios orgânicos, em particular aqueles que afetam as estruturas cerebrais, não podem ser completamente compreendidos em referência a este mesmo sistema. Com base nestes fatos clínicos, o médico de Viena estenderá então a sua hipótese psicológica – inicialmente proposta em relação aos distúrbios orgânicos em representação – aos fenômenos histéricos. Desta vez, como citado há pouco, estará em jogo “um tipo especial de representação”, capaz de agir sobre o orgânico, “cujas características permanecem como um assunto a ser desvendado”.

Dando sequência ao raciocínio, Freud atribui duas características a este tipo especial de representação. Primeiramente, como já visto, afirma que tais representações não refletem outra coisa senão “concepções populares”, as quais não estabelecem qualquer relação com a anatomia do sistema nervoso; como diz o autor, “a histeria ignora a distribuição dos nervos”. Em segundo lugar, declara que as representações mostram-se associadas entre si, sendo o



distúrbio histérico entendido como o resultado da “*abolição da acessibilidade associativa*”, esta condicionada por uma distribuição diferencial de afetos subjacentes a cada *concepção*²¹ (Freud, 1893/1996b, p. 213). A este propósito:

Não há dúvida de que, se as condições materiais correspondentes à concepção do braço estão profundamente modificadas, a concepção também será prejudicada. *Mas tenho de demonstrar que esta consegue estar inacessível sem estar destruída e sem estar lesado o seu substrato material* (o tecido nervoso da região correspondente do córtex) (p. 213 – itálico nosso).

E, mais adiante:

Se, numa associação, a concepção do braço está envolvida com uma grande quantidade de afeto, essa concepção será inacessível ao livre jogo das outras associações. *O braço estará paralisado em proporção com a persistência dessa quantidade de afeto ou com a diminuição através de meios psíquicos apropriados (...) o órgão paralisado ou a função abolida estão envolvidos numa associação subconsciente que é revestida de uma grande carga de afeto, e pode ser demonstrado que o braço tem seus movimentos liberados tão logo essa quantidade de afeto seja eliminada* (p. 214 – itálico nosso).

Como podemos notar, Freud parte de uma psicologia de base fisiológica, exposta em 1891, para uma psicologia das concepções e dos afetos. A princípio poderíamos pensar que, assim como havia sido proposto no estudo sobre as afasias, uma ideia seria um complexo associativo passível de ser afetado em caso de lesão. Contudo, a partir dos fatos trazidos em 1893, compreendemos que a dinâmica ideacional em causa nos distúrbios histéricos é de outra natureza, possui um estatuto próprio, pode se sobrepor às leis fisiológicas e, por fim, é capaz de produzir paralisias em um corpo considerado sadio do ponto de vista anatômico e constitucional.

Conclusão

Com base nos argumentos trazidos por nós até aqui, podemos concluir dizendo que a descoberta de uma materialidade eminentemente psicológica veio caracterizar um importante passo em direção à invenção da psicanálise enquanto prática clínica e pesquisa. Os limites impostos pela histeria à anatomoclínica eram bastante concretos, assim como o

²¹ Levando em conta o conjunto de sua obra, podemos dizer com segurança que o termo “concepção”, tradução do termo francês *conception* utilizado pelo autor na versão original do artigo, é usado por Freud apenas neste texto, provavelmente fazendo referência ao termo alemão *Vorstellung*, como sugere o editor inglês de suas obras completas (Freud, 1893/1996a, p. 213n). Curiosamente, porém, apesar da referência feita a Janet no momento da citação, este último não parece ter usado o mesmo termo nesta mesma acepção em nenhuma das duas grandes obras que poderiam ter sido de consultadas pelo neuropatologista vienense antes do término da escrita do presente artigo. Tanto em *L'automatisme psychologique* (Janet, 1889/1973), como em *L'état mental des hystériques* (Janet, 1893-4/1911), são os termos “ideia” [*idée*] – tomado no contexto da “associação de ideias” – e por vezes também “representação” [*représentation*] – usado para se referir à reprodução de ideias no nível da consciência – os únicos a serem utilizados. De todo modo, uma pesquisa mais minuciosa a respeito deveria ser feita antes de qualquer afirmação categórica.



eram certos aspectos ligados aos distúrbios afásicos e as experiências e experimentos ligados à prática da sugestão hipnótica. Ao percorrer o caminho proposto neste artigo, construído em torno da ideia de que a experiência clínica de Freud e de alguns dos seus contemporâneos levaria à observação deste dado psicológico considerado por nós como material por ser dotado de uma “natureza real” e “objetiva” [*reale und objective Natur*], nosso objetivo foi justamente o de organizar uma narrativa a partir da qual a história desta descoberta pudesse ser contada.

A guisa de conclusão, retomemos então o encadeamento de eventos por nós proposto de maneira esquemática e resumida:

(1) Constata-se a irreduzibilidade de certos sintomas, considerados de longa data como neuróticos, à tradicional abordagem anatomoclínica, tipo de investigação que busca estabelecer paralelos entre observações clínicas e alterações orgânicas com o objetivo de explicar a origem de uma doença. (2) Para explicar este fenômeno inesperado, cria-se uma primeira hipótese de que a suposta lesão em jogo nas chamadas doenças *sine materia* seria dinâmica, isto é, um tipo de lesão que refletiria um estado fisiológico complexo invisível ao exame anatômico. Tal lesão, de natureza dinâmica, era inferida com base na observação de determinados sintomas que tendiam a se repetir tanto a nível individual como a nível geracional, dado este que já era levando em conta pela teoria da hereditariedade mórbida. (3) Freud, no entanto, ao observar que certas formas de paralisia desafiavam não apenas uma abordagem anatomoclínica, mas também algumas manifestações elementares comuns a toda e qualquer paralisia de origem neurológica, é levado a criar uma segunda hipótese a partir da qual a especificidade destes sintomas seria explicada por meio de outras variáveis. Lançando então mão de um conhecimento que vinha sendo produzido por aqueles que se dedicavam à pesquisa dos fenômenos hipnóticos e sugestivos, assim como por um conjunto de conceitos recém-elaborados e oriundos da clínica das afasias, o neuropatologista de Viena constrói um novo modelo capaz de explicar a natureza dos sintomas em questão. Tal modelo, baseado em categorias psicológicas e fisiológicas, conferia a primeira uma função etiológica, quer dizer, conferia a uma categoria psicológica o mesmo que anteriormente era atribuído de modo exclusivo a uma alteração orgânica, fosse ela estática ou dinâmica. (4) Tomando a noção de alteração orgânica como um fenômeno de natureza fisiológica e entendendo que a mesma fora pensada no contexto da medicina moderna nos termos da sua materialidade físico-química, poderíamos então dizer que Freud, ao atribuir função etiológica a uma categoria não mais fisiológica, mas sim psicológica, estaria afirmando uma nova forma de agente que, da mesma maneira, deveria ser tomada em sua materialidade. Neste sentido, tal como o exame anatomoclínico poderia apontar para uma desordem orgânica fornecendo assim a explicação para os sintomas de uma dada doença, a “exame” do encadeamento de ideias entre si associadas em um dado sujeito doente poderia também indicar uma espécie de desordem capaz explicar os sintomas observados na clínica das



neuroses. Ao ser tomado em seu aspecto eficiente, este “encadeamento de ideias entre si associadas” será abordado, portanto, nos termos de sua *materialidade*.

O avanço desta hipótese, entre 1893 e 1899, daria então finalmente origem, no capítulo final da obra *A interpretação dos sonhos*, à noção de *realidade psíquica*, tipo de realidade que fora definida por Freud como “uma forma especial de existência” que não deve ser confundida com outras formas de realidade material (Freud, 1900/1996a, p. 644). Tal realidade, ainda que psíquica, não seria transparente ao pensamento consciente, sendo dotada de uma lógica própria de funcionamento que passou a ser objeto de investigação dos psicanalistas por meio do método analítico desde a sua descoberta.

Como dizia o fisiologista francês Henri-Étienne Beaunis, a observação de pacientes sonambúlicos abriu um campo inteiramente novo de investigação à psicologia, razão pela qual poderia ela ser comparada aos métodos de investigação anatomoclínicos no caso da medicina moderna. Neste sentido, o hipnotismo provocado, nas palavras do autor, surgiria como “um verdadeiro método em psicologia experimental; ele será para o filósofo isso que a vivisseção é para o fisiologista” (Beaunis, 1885, p.1). No caso dos estudos conduzidos por Freud entre 1886 e 1893, que ainda não poderiam ser chamados de psicanalíticos, uma aposta semelhante parece ter ganhado a cena. Ao propor a hipótese da existência de uma nova materialidade dotada de uma dinâmica própria, estaria o neuropatologista de Viena circunscrevendo um novo campo de experiência – quem sabe o mesmo ao qual se referia Beaunis e os demais pesquisadores do hipnotismo – que posteriormente seria pensado em termos de uma nova realidade, uma forma especial de existência. Definido então um novo objeto fora criado um novo método, o psicanalítico, dando finalmente origem a esta nova disciplina que passou a ser chamada de Psicanálise.

Referências

- Abbagnano, N. (1998). *Dizionario di filosofia*. Torino, Itália: UTET
- Andersson, O. (1997). *Freud avant Freud: la préhistoire de la psychanalyse* (S. Gleize, Trad.). Paris: Les empêcheurs de penser en rond. (Original publicado em 1962).
- Assoun, P-L. (2002). *Le vocabulaire de Freud*. Paris: Ellipses.
- Bain, A. (1855). *The senses and the intellect*. London: John W. Parker and son.
- Beaunis, H-E. (1885). L'expérimentation en psychologie par le somnambulisme provoqué. *Revue Philosophique*, 20, 1-36, 113-135.
- Beaunis, H-E. (1886). *Le somnambulisme provoqué: études physiologiques et psychologiques*. Paris: Baillière.
- Bernheim, H. (1911). *De la suggestion*. Paris: Albin Michel.



- Birman, J. (2011). A materialidade da psicanálise. Em A. C. Lo Bianco (Org.). *A materialidade da psicanálise* (pp. 15-26). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Braunstein, J-F. (2008). *L'histoire des sciences: méthodes, styles et controverses*. Paris: Vrin.
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Canguilhem, G. (2002). L'objet de l'histoire des sciences. Em G. Canguilhem. *Études d'histoire et de philosophie des sciences* (pp. 9-23). Paris: Vrin. (Original publicado em 1966).
- Chalmers, A. (1994). *A fabricação da ciência* (B. Sidou, Trad.). São Paulo: Unesp. (Original publicado em 1990).
- Charcot, J-M. (1882). Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. *Comptes Rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, 94, 403-405.
- Charcot, J-M. (1887). *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Paris: A. Delahaye et E. Lecrosnie Libraires-Éditeur.
- Delboeuf, J. (2004a). Une visite à la Salpêtrière. Em S. Nicola. (Org.). *L'hypnose: Charcot face à Bernheim, l'école de la Salpêtrière face à l'école de Nancy* (pp. 39-76). Paris: L'Hartmann. (Original publicado em 1886).
- Delboeuf, J. (2004b). Une visite à l'école de Nancy. Em S. Nicola. *L'hypnose: Charcot face à Bernheim, l'école de la Salpêtrière face à l'école de Nancy* (pp. 77-130). Paris: L'Hartmann. (Original publicado em 1888-9).
- Dorer, M. (2012). *Les bases historiques de la psychanalyse* (M. Géraud, Trad.). Paris: L'Harmattan. (Original publicado em 1932).
- Ellenberger, H. F. (1978a). La conférence de Freud sur l'hystérie masculine (15 octobre 1886). Em H. F. Ellenberger (Org.). *Les mouvements de libération mythique et autres essais sur l'histoire de la psychiatrie* (pp. 153-173). Montréal, Canadá: Quinze. (Original publicado em 1968).
- Ellenberger, H. F. (1978b). Méthodologie dans l'histoire de la psychiatrie dynamique. Em H. F. Ellenberger. (Org.). *Les mouvements de libération mythique et autres essais sur l'histoire de la psychiatrie* (pp. 117-130). Montréal, Canadá: Quinze. (Original de 1967).
- Ellenberger, H. F. (1994). *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. London: Fontana Press. (Original publicado em 1970).
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica* (R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1963).



- Foucault, M. (2001). Qu'est-ce qu'un auteur? Em M. Foucault. *Dits et écrits* (Tomo I, pp. 817-849). Paris: Gallimard. (Original publicado em 1969)
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1888). Vorwort. Em H. Bernheim. *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* (pp. III-XII). Leipzig und Wien, Alemanha: Franz Deuticke.
- Freud, S. (1987). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris: Presses Universitaires de France. (Original publicado em 1891).
- Freud, S. (1990a). English translation of "aphasie". Em M. Solms & M. Saling (Org.s). *A moment of transition: two neuroscientific articles by Sigmund Freud* (pp. 31-37). London: Karnac Books. (Original publicado em 1888).
- Freud, S. (1990b). English translation of "gehirn". Em M. Solms & M. Saling (Org.s). *A moment of transition: two neuroscientific articles by Sigmund Freud* (pp. 39-86). London: Karnac Books. (Original publicado em 1888).
- Freud, S. (1996a). A interpretação dos sonhos. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.s IV e V). (W. I. Oliveira, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996b). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 203-216). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893).
- Freud, S. (1996c). Hipnose. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 145-154). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1891).
- Freud, S. (1996d). Histeria. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 77-94). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1888).
- Freud, S. (1996e). Observações de um caso grave de hemianestesia em um homem histórico. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 61-67). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1886).
- Freud, S. (1996f). Prefácio à tradução das conferências sobre as doenças do sistema nervoso, de Charcot. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 55-56). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1886).
- Freud, S. (1996g). Prefácio à tradução de "De la suggestion" de Bernheim. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 111-121). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1888-9).



- Freud, S. (1996h). Prefácio e notas de rodapé à tradução das *leçons du mardi de la Salpêtrière* (1887-8) de Charcot. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 175-185). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1892-4).
- Freud, S. (1996i). Relatório sobre meus estudos em Paris e em Berlim. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. pp. 39-49). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1886).
- Freud, S. (1996j). Resenha de “Der Hipnotismus”, de Auguste Forel. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 129-140). (J. L. Meurer, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1889).
- Freud, S. (1996k). Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm, Freud 1877-1897. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. III, pp. 221-245). (M. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1897).
- Freud, S. (1996l). Tratamento psíquico (ou anímico). Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. II, pp. 271-289). (C. M. Oiticica & V. Ribeiro, Trad.s). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1890).
- Freud, S. (1996m). Um estudo autobiográfico. Em S. Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XX, pp. 15-78). (C. M. Oiticica, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925).
- Garcia-Roza, L. A. (1991). *Introdução à metapsicologia freudiana* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Zahar.
- Gay, P. (1988). *Freud: a life for our time*. New York: Norton.
- Goldstein, J.E. (2002). *Console and classify: the French psychiatric profession in the nineteenth century*. Chicago: University of Chicago.
- Graeff, F. G. (2006). Neurociência e psiquiatria. *Psicologia Clínica*, 18, 27-33.
- Guachet, M. & Swain, G. (1997). *Le vrai Charcot: les chemins imprévus de l'inconscient*. Paris: Calmann-Lévy.
- Jackson, H. (1878). On affections of speech from disease of brain. *Brain*, 1, 304-330.
- Janet, P. (1911). *L'état mental des hystériques*. Paris: F. Alcan. (Original publicado em 1893-4).
- Janet, P. (1919). Qu'est-ce qu'une névrose? Em P. Janet. *Les névroses* (pp. 312-334). Paris: Ernest Flammarion. (Original publicado em 1909).
- Janet, P. (1973). *L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Société Pierre Janet (Original publicado em 1889).



- Jeannerod, M. (1996). *De la physiologie mentale*. Paris: Odile Jacob.
- Lantéri-Laura, G. (1999). Le psychisme et le cerveau. Em M. D. Grmek (Org.). *Histoire de la pensée médicale en Occident* (Vol. 3). Paris: Le Seuil.
- Liégeois, J. (1889). *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*. Paris: Octave Doin.
- Massimi, M., Campos, R. H. F. & Brožek, J. (2008). Historiografia da psicologia: métodos. Em: R. H. F. Campos (Org.). *História da psicologia: pesquisa, formação, ensino* (pp. 21-48). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Meynert, T. (1867-1868). Der Bau der Groß-Hirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten, nebst einem pathologisch-anatomischen Corollarium. *Vierteljahrsschrift für Psychiatrie*, 1-2, 77-93, 88-113.
- Meynert, T. (1889). Beitrag zum Verständnis der traumatischen Neurose. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2, 498-503, 522-524.
- Morel, B-A. (1975). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris: Hachette. (Original publicado em 1857).
- Nassif, J. (1992). *Freud, l'inconscient*. Paris: Champs Flammarion. (Original publicado em 1977).
- Oppenheim, H. (1889). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten*. Berlin: A. Hirschwald.
- Pignol, P. & Hirschelmann, A. (2014). La querelle des névroses: les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*, 90(6), 427-437.
- Ribot, T. (1888). *Les maladies de la volonté*. Paris: F. Alcan.
- Richer, P. (1881). *Étude clinique sur l'hystero-épilepsie ou grande hystérie*. Paris: Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier.
- Roudinesco, E. & Johansson, M. (1997). Présentation. Em O. Andersson (1997). *Freud avant Freud: la préhistoire de la psychanalyse* (pp. 7-20). Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Serpa Jr., O. D. (2010). O degenerado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(supl. 2), 447-473.
- Solms, M. (1998). Une introduction aux travaux neuroscientifique de Freud. Em F. Geerardyn & G. Van de Vijver (Org.s). *Aux sources de la psychanalyse* (pp. 23-42). Paris: L'Harmattan.



Solms, M. & Saling, M. (1990). *A moment of transition: two neuroscientific articles by Sigmund Freud*. London: Karnac Books.

Spehlmann, R. (1953). *Sigmund Freuds neurologische Schriften*. Berlin: Springer-Verlag.

Sulloway, F. (1998). *Freud biologiste de l'esprit* (J. Lelaidier, Trad.). Paris: Fayard. (Original publicado em 1979).

Wernicke, C. (1874). *Der aphasische Symptomenkomplex: eine psychologische studie auf anatomischer Basis*. Breslau, Polônia: Max Cohen e Weigert.

Nota sobre o autor

Caio Padovan é psicólogo, mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutorando em Psicanálise e Psicopatologia pela Universidade Paris Diderot - Paris 7. Presidente da Associação de Pesquisadores e Estudantes Brasileiros na França (APEB-Fr). E-mail: caiopadovanss@gmail.com

Data de recebimento: 23/07/2014

Data de aceite: 13/04/2015