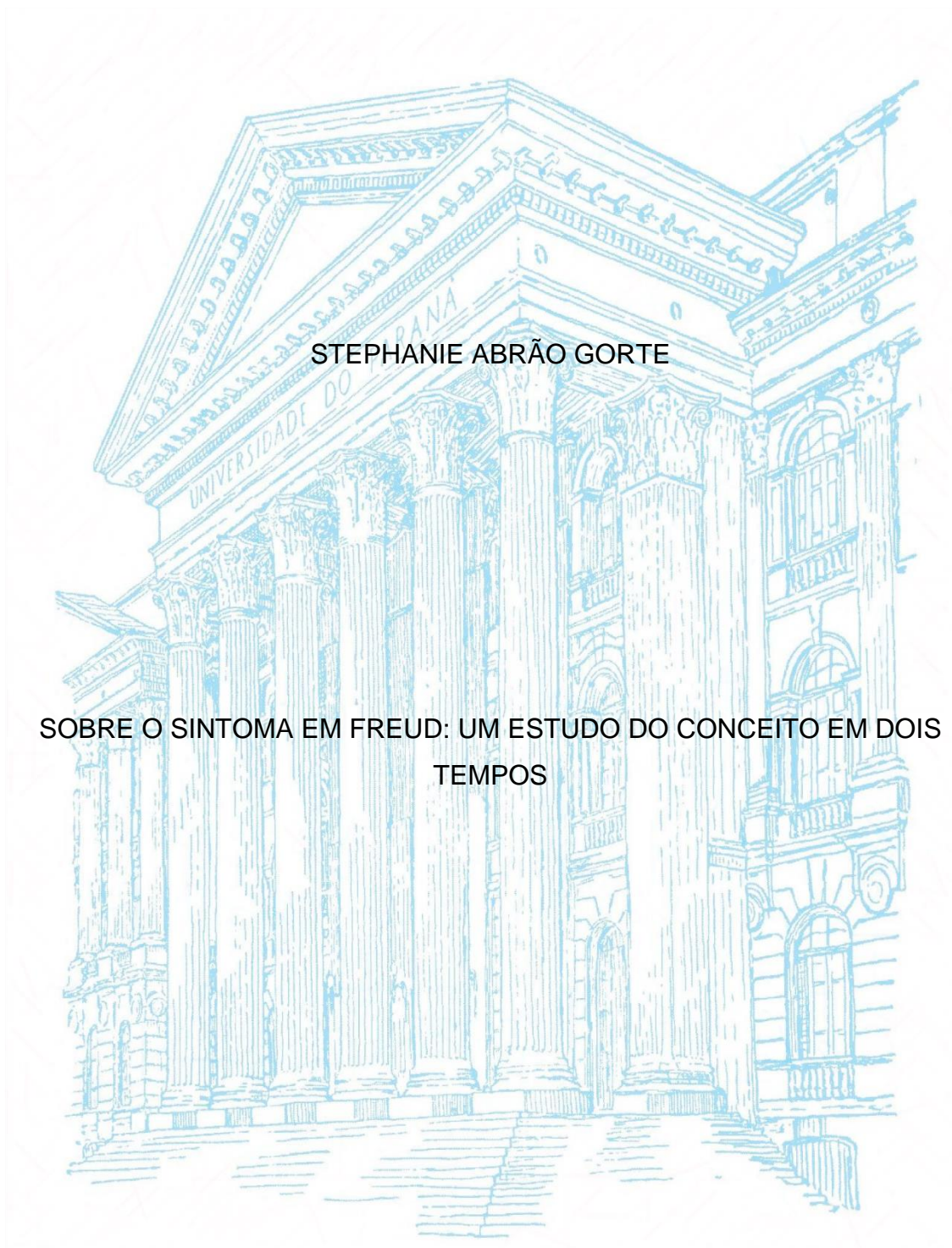


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



STEPHANIE ABRÃO GORTE

SOBRE O SINTOMA EM FREUD: UM ESTUDO DO CONCEITO EM DOIS  
TEMPOS

CURITIBA

2016

STEPHANIE ABRÃO GORTE

SOBRE O SINTOMA EM FREUD: UM ESTUDO DO CONCEITO EM DOIS  
TEMPOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia, Setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio José D'Escragnole Cardoso.

Linha de pesquisa: Psicologia Clínica.

CURITIBA

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Setor de Ciências Humanas.  
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO  
PSICOLOGIA  


**STEPHANIE ABRÃO GORTE**  
**"SOBRE O SINTOMA EM FREUD: UM ESTUDO DO CONCEITO EM DOIS TEMPOS".**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR – Universidade Federal do Paraná, e Aprovada (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora abaixo assinada.

**Prof. Dr. Maurício José d'Esragnole Cardoso**  
Universidade Federal do Paraná  
Professor orientador

**Prof. Dr. Vinícius Anciães Darriba**  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
Professor titular

**Prof.ª Dr.ª Nohemi Ibañez Brown**  
Centro Universitário Curitiba  
Professora titular

Curitiba, 12 de Maio de 2016

GORTE, Stephanie Abrão.

Sobre o sintoma em Freud: um estudo do conceito em dois tempos/ Stephanie Abrão Gorte. Curitiba: UFPR/PPGPSI, 2016.  
90 fls

Orientador: Mauricio José D'Escagnole Cardoso

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Sintoma 2. Freud 3. Psicanálise

I. D'Escagnole, Mauricio (Orientador). II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Mauricio D'Escragnole, pela indispensável orientação e auxílio na reinvenção do ânimo pelo trabalho de pesquisa.

Ao professor Vinicius Darriba, pela enriquecedora contribuição no exame de qualificação e na formação de maneira geral.

À professora Nohemí Brown, pela valorosa participação no exame de qualificação e na formação em psicanálise.

À professora Elaine Schmitt, pela importante colaboração no exame de qualificação, disponibilidade e atenção aos detalhes.

Ao noivo Leonardo Ruppel, pela parceria e carinho sempre presentes nos diversos projetos de minha vida.

Aos colegas do programa, em especial a Madalena Becker, pelo apoio e amizade ao longo do percurso compartilhado.

Aos colegas do CAPS, pelo apoio e participação na atividade laboral, que sempre traz reflexão e possibilidade de crescimento.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, por possibilitar a realização do presente trabalho.

A CAPES, pelo fomento à pesquisa.

“Os sintomas das neuroses histéricas eram encarados como imposturas e os fenômenos do hipnotismo como embuste. Os próprios psiquiatras, cuja atenção estava sendo constantemente compelida para os mais inusitados e espantosos fenômenos mentais, não mostravam inclinação para examinar seus pormenores ou investigar suas vinculações. Contentavam-se com classificar o variado conjunto de sintomas e remetê-los, até onde podiam, a distúrbios etiológicos somáticos, anatômicos ou químicos. Durante esse período materialista, ou melhor, mecanicista, a medicina realizou avanços formidáveis, embora também mostrasse uma compreensão míope dos mais importantes e difíceis problemas da vida”.

Sigmund Freud – Resistências à Psicanálise (1925)

## RESUMO

A presente dissertação se refere a uma pesquisa em psicanálise, realizada através do estudo do conceito de sintoma na obra de Freud. A investigação do sintoma empreendida pelo psicanalista constituiu o início e o fundamento da psicanálise, assim como contribuiu sobremaneira para a construção do seu método e de conceitos inéditos, ampliando o campo do conhecimento por via dessa investigação em particular. O nascimento e a evolução de diversos conceitos psicanalíticos podem ser observados através da leitura e análise da obra freudiana no que tange à questão específica do sintoma. Realizamos essa abordagem através de um processo que reconhece o encadeamento cronológico e sobredeterminado da obra freudiana, uma vez que o caráter ramificado de seus conceitos pode ser reconhecido sem dificuldade. Observamos também como as concepções de Freud muitas vezes se aproximam daquelas defendidas pelo mais reconhecido de seus mestres, o neurologista francês Jean-Martin Charcot, e, em outros momentos, demonstram certo distanciamento dessas premissas. Da mesma forma, alguns gestos charcotianos podem ser distinguidos até o final da obra freudiana, a exemplo da primazia atribuída à tarefa clínica, enquanto outros são rechaçados logo de início, como observamos com relação ao papel da hereditariedade na formação do sintoma. Podemos observar ainda, a partir de nosso estudo do sintoma em Freud, algumas particularidades apresentadas pela clínica da psicanálise com relação às demais proposições encontradas no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Sintoma. Freud. Psicanálise.

## **ABSTRACT**

The present work refers to a research in psychoanalysis, carried out by studying the concept of symptom in Freud's work. The investigation of the symptom undertaken by the psychoanalyst was the beginning and the foundation of psychoanalysis, contributed greatly to the building of the method and its new concepts, expanding the field of knowledge through this particular investigation. The birth and evolution of various psychoanalytic concepts can be observed through reading and analysis of Freud's work with regard to the specific question of the symptom. We conduct this approach through a process that recognizes the chronological chain and overdetermined of Freud's work, once the branched characteristic of its concepts can be recognized without difficulty. We also observed as Freud's view often approach those advocated by the most recognized of his masters, the French neurologist Jean-Martin Charcot, and, at other times, demonstrate a certain distance of these premises. Similarly, some charcotian gestures can be acknowledged until Freud's final work, such as the primacy assigned to the clinical task, while others are rejected at the outset, as noted about the role fulfilled by heredity in the etiology of the symptom. We can also see some peculiarities presented by psychoanalytic clinic in comparison to other propositions found in the mental health field.

Keywords: Symptom. Freud. Psychoanalysis.

## RÉSUMÉ

Ce travail se réfère à une recherche en psychanalyse, réalisée par l'étude sur le concept du symptôme dans l'œuvre de Freud. L'enquête du symptôme réalisé par le psychanalyste est le début et la fondation de la psychanalyse, contribué à la construction de la méthode et de nouveaux concepts, et à l'élargissant de le champ des connaissances. La naissance et l'évolution des différents concepts psychanalytiques peuvent être observées à travers la lecture et l'analyse de l'œuvre de Freud à l'égard de la question spécifique du symptôme. Nous faisons cette approche à travers un processus qui reconnaît la chaîne chronologique et surdéterminé de l'œuvre de Freud, puisque le caractère ramifié de ses concepts peut être reconnu sans difficulté. Nous avons également observé que les vues de Freud souvent approche celles préconisées par le plus reconnus de leur maîtres, le neurologue français Jean-Martin Charcot, et, à d'autres moments, démontrent une certaine distance de les mêmes. Certains gestes charcotiens peuvent être distingués par la fin de l'œuvre de Freud, comme la primauté affectée à la tâche clinique, tandis que d'autres sont rejetés dès le départ, comme l'a noté en ce qui concerne le rôle de l'hérédité dans la formation du symptôme. Nous pouvons voir quelques particularités présentées par la clinique psychanalytique par rapport à d'autres propositions trouvées dans le domaine de la santé mentale.

Mots-clés: Symptôme. Freud. Psychanalyse.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>A DISCUSSÃO DO SINTOMA A PARTIR DE CHARCOT.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>O PERCURSO ANALÍTICO DO SINTOMA.....</b>	<b>46</b>
	3.1 PRIMAZIA DO ESTATUTO DINÂMICO.....	46
	3.2 PRIMAZIA DO ESTATUTO ECONÔMICO.....	66
<b>4</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>78</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>86</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação se refere a uma pesquisa em psicanálise realizada através da investigação e estabelecimento do conceito de sintoma na obra freudiana. O estudo do sintoma empreendido por Freud constituiu o início e o fundamento da psicanálise, assim como contribuiu de forma importante para a construção de conceitos inéditos, como o de id, cujo conhecimento foi proporcionado pela investigação sobre o sintoma. A evolução de muitos dos seus conceitos pode ser observada, conforme demonstraremos, através da leitura e análise da obra freudiana sem dificuldade.

Acompanharemos essa evolução teórica na medida em que respeitaremos, até certo ponto, uma cronologia das publicações de Freud. No entanto, o leitor poderá nos acompanhar também em um processo que reconhecerá o encadeamento lógico da obra freudiana, uma vez que o caráter ramificado de seus conceitos poderá ser reconhecido nesse percurso. Poderemos observar também como as concepções desse autor muitas vezes se aproximam daquelas defendidas pelo mais reconhecido mestre de Freud, o neurologista francês Jean-Martin Charcot, e, em outros momentos, demonstram certo distanciamento dessas premissas. Da mesma forma, alguns gestos charcotianos poderão ser distinguidos até o final da obra freudiana, a exemplo da primazia atribuída à tarefa clínica, enquanto outros serão rechaçados logo de início, como observaremos com relação ao papel da hereditariedade na formação do sintoma.

Poderemos observar, ainda, algumas particularidades apresentadas pela clínica da psicanálise com relação às demais proposições encontradas no campo da saúde mental, também a partir de nosso estudo do sintoma em Freud.

Para isso, operamos uma divisão em nosso texto que se refere à cronologia, a fim de proporcionarmos uma exposição construtiva que facilite a apreensão daquilo que intencionamos expor e enfatizar, conforme nossas observações das publicações de Freud. O primeiro momento diz respeito à abordagem do conceito de sintoma presente desde a primeira das referidas publicações, conforme as encontramos na Edição *Standard* das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud até a data de 1897. Esse período de

tempo foi estabelecido em conformidade com nosso entendimento de que, como será sustentado adiante, doravante ocorreu uma evidente modificação do percurso trilhado por Freud na investigação sobre o sintoma, que culminou na construção de um novo campo de saber, isto é, a psicanálise. Defenderemos que esse ano é particularmente importante para que seja definido enquanto marco nesse sentido, uma vez que data desse momento a famosa correspondência destinada a um de seus principais interlocutores, Wilhelm Fliess, com o qual discutiu a saída de uma concepção que visava a experiências traumáticas reais para a entrada no campo da interpretação e construções próprias a cada sujeito.

Também serão consideradas nesse capítulo inicial obras à primeira vista externas à proposta, mas que contribuíram para o percurso de elucidação das ideias que se buscou, complementando questões que constavam da proposta da presente pesquisa, mas que não poderiam ser elucidadas somente pelo texto freudiano. Será evidenciado o caminho, que fará conjunto com o segundo capítulo deste trabalho, descrito na afirmação de Trillat: “Nesse processo, teoria e histeria percorreram o trajeto que vai da neuroanatomia aos sonhos” (TRILLAT, 1991, p. 221).

A partir desse ponto, também contemplaremos a construção do conceito psicanalítico de sintoma e sua consolidação na obra de Freud. A discussão da concepção psicanalítica, por sua vez, estará organizada em um segundo capítulo, dividido em dois segmentos: um correspondente ao estudo dos momentos nos quais perceberemos a primazia do aspecto de sentido do sintoma e outro, que versará sobre a primazia do aspecto econômico da metapsicologia freudiana sobre o sintoma. Trataremos, portanto, no segundo capítulo dessa dissertação do sintoma em sua relação com a interpretação e a libido, assim como em sua relação com a pulsão de morte, respectivamente.

Estaremos justificados a falar em uma elucidação do percurso Freud, pois, como se sabe, o autor empreendeu constantes mudanças, em sua maioria relativas às hipóteses refutadas através de sua prática clínica, o que nos permite a nos referir também ao sintoma enquanto um norteador. De acordo com Trillat: “A obra de Freud (...) é evolutiva; clínica e teoria caminham juntas; nada está cristalizado. As descobertas clínicas sugerem hipóteses teóricas que no curso

da estrada serão remanejadas ou abandonadas em proveito de novas hipóteses” (TRILLAT, 1991, p. 221).

Dessa forma, estaremos justificados ainda ao realizar uma opção pela metodologia da pesquisa em psicanálise. Isto porque configura, conforme podemos compreendê-la a partir de Aguiar (2006), enquanto a transposição do método freudiano de operacionalização da clínica para o campo da pesquisa e leitura de seus textos: “Na universidade em particular, a aposta encontra-se, no limite, na transposição desse método interpretativo para o domínio da leitura de textos. (...)” (AGUIAR, 2006, p. 10). Conforme explicitado por Mezan, o método proposto nos termos de uma pesquisa em psicanálise por Laplanche, passível de ser realizada no âmbito da universidade, consiste em uma leitura que respeita o método analítico e “(...) suas categorias heurísticas: a atenção ao detalhe dissonante, a reconstrução do contexto, a temporalidade própria instaurada pela psicanálise”, além dos conceitos-chave mencionados pelo autor a exemplo da “(...) repetição, de retorno do reprimido e de *a posteriori*” (MEZAN, 2005, p. 99).

Esse momento de pesquisa no campo da teoria representa um elo intermediário da própria práxis da psicanálise, quando “(...) a teoria tem por função vincular a singularidade do experimento à universalidade dos conceitos, e no caso da psicanálise isto é realizado com a noção de mecanismos psíquicos” (Mezan, 2005, p. 103). Após o momento referente ao estudo das relações teórico-conceituais, seria possível realizar o movimento de retorno à clínica, com um renovado entendimento que a própria prática pode inclusive refutar, pois: “são as falsas hipóteses que fazem a clínica progredir, sem o que, tudo pararia. Nesse processo, teoria e histeria percorreram o trajeto que vai da neuroanatomia aos sonhos” (TRILLAT, 1991, p. 221). Como se verificará, ao menos inicialmente, uma investigação sobre o sintoma coincide com uma investigação sobre a histeria e o percurso realizado pelo autor-chave deste trabalho realiza exatamente o movimento extraído da citação, conforme demonstraremos a seguir.

De maneira geral, procuraremos seguir as proposições de Mezan em sua análise sobre Laplanche, quando evidencia que não basta, nesse empreendimento que o realizemos a partir do respeito às proposições do autor estudado, mas consideremos “(...) sobretudo a captação das direções em que

esse pensamento é impelido por suas afirmações de base, seus postulados (...)” (MEZAN, 2005, p. 101).

Para a delimitação do tema obteve particular participação as percepções suscitadas no contexto de trabalho em um dispositivo da saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Curitiba. A inserção em uma equipe multidisciplinar e a atuação em uma instituição de saúde evidenciou uma diferença passível de ser percebida com relação aos tratamentos propostos ao sintoma por aqueles profissionais orientados pelo modelo biomédico e aqueles orientados pela psicanálise. A hipótese que auxiliou a construção e a delimitação do atual problema de pesquisa foi a de que essa diferença se deve ao fato de que cada um destes profissionais possui diferentes entendimentos do que constitui o sintoma e é orientado por formas diversas no que concerne à sua intervenção.

Verificamos que as publicações já existentes acerca da questão do sintoma na psicanálise freudiana não consideraram os textos denominados pela Edição *Standard* como pré-psicanalíticos, uma vez que não objetivaram contemplar o momento em que Freud ainda trabalhava com a lógica clínica médica. As produções mais recentes contemplaram, em geral, aquelas publicações que trazem, logo de início, as proposições freudianas construídas em conjunto com Breuer, *Estudos sobre a histeria* (1893-5/1996), quando a formação do sintoma passou então a ser relacionada às “reminiscências”. Um dos trabalhos contemporâneos encontrados que remete a publicações anteriores à mencionada é a dissertação *Sintoma e satisfação pulsional: Impasses na análise* (Costa, 2006), que contempla o trabalho, também abordado nesta dissertação, *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (FREUD, 1893a/1996).

Podemos, então, afirmar que a presente dissertação diz respeito à tentativa de responder às seguintes questões: Uma vez que conhecemos a formação inicial de Freud enquanto neurologista e que percorreu determinado percurso, orientado pela investigação sobre o sintoma, até a construção e consolidação da psicanálise, de que forma podemos entender ter sido trilhado esse caminho? A que resultados Freud chegou através dessa investigação? E, finalmente, de que maneiras podemos concluir que esse estudo contribui para a clínica na atualidade?

## 2. A DISCUSSÃO DO SINTOMA A PARTIR DE CHARCOT

O estudo do conceito de sintoma na obra de Freud apresenta relevância até o presente por constituir um norte diferencial para a clínica psicanalítica e, conforme estabelecemos em parte posterior deste trabalho, pode contribuir para uma orientação ética da práxis clínica na atualidade. Consideramos que essa possibilidade se deve à especificidade de sua orientação no que concerne as doutrinas referidas ao campo da saúde mental.

Nossa apresentação foi seccionada, de acordo com a proposta apresentada na seção introdutória, em três momentos distintos. O primeiro tempo se refere a uma porção na qual situamos as ideias oferecidas pelos textos freudianos em sua relação com o ensinamento de Charcot<sup>1</sup>. Observamos que, ao mesmo tempo em que é possível estabelecer uma história, no sentido do desenrolar cronológico, dos eventos que envolvem o estabelecimento do conceito na obra de Freud, podemos situar também um movimento pendular no que concerne ao seu conteúdo lógico, de aproximações e distanciamentos das propostas charcotianas. Num segundo momento, foi mister demonstrar a trajetória de Freud na inauguração de um estatuto analítico para o sintoma, a partir de alguns dos posicionamentos diversos do mestre e as construções realizadas em conjunto com os sujeitos em tratamento. O terceiro momento, por sua vez, que se caracterizou como posterior à formalização da segunda tópica, indica-nos que as questões desenvolvidas em sua obra até então adquiriram a profundidade e complexidade das quais o conceito de pulsão de morte e a precisão do aspecto econômico de sua metapsicologia as dotou.

Certamente essa evolução, como se demonstrou nas construções a seguir, não é um processo linear, nem implica em uma completa superação das primeiras proposições apresentadas pelo autor. Podemos, neste ponto, realizar uma comparação com a própria teoria da libido proposta por Freud, no que diz respeito a uma não-superação dos estágios iniciais da sua organização, mas

---

<sup>1</sup> Jean-Martin Charcot (1825-1893), foi neurologista francês. Contribuiu com estudos clínicos e nosográficos para a medicina, a neuropatologia e a anatomia. Ocupou a cátedra de Anatomia Patológica em Paris por muitos anos e quando da viagem a estudos realizada por Freud (1885-1886) a essa cidade ocupava a Cátedra de Neuropatologia, além da clínica interna, os departamentos científicos e o ambulatório do Hospital da Salpêtrière (FREUD, 1893b/1996).

antes, a apresentação de novas possibilidades, compondo o leque do qual o sujeito pode lançar mão no decorrer de sua vida. Entendemos que tal interpolação pode ser atribuída ao próprio funcionamento do inconsciente, que permite que ideias e mecanismos, mesmo que contraditórios, possam ser conservados simultaneamente.

O primeiro artigo no qual o termo sintoma pode ser encontrado é também o primeiro texto apresentado pela Edição Standard das obras de Freud, o *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim* (1886a/1996). O autor, que à época trabalhava como docente de neuropatologia na Universidade de Viena, realizou uma viagem de estudos ao grande hospital francês da Salpêtrière. A título de contextualização, referiu que seu intuito inicial de pesquisa se situou na área da anatomopatologia, mas devido a um problema organizacional do local passou a participar da atividade clínica de Charcot, neuropatologista naquele hospital havia 17 anos. Freud passou a ter aulas teóricas e o acompanhou em visitas à enfermaria do hospital, onde haviam centenas de pacientes internas, devido à função da instituição de asilo e manicômio feminino. Participou ainda de consultas no ambulatório, frequentado por pessoas que sofriam com “doenças nervosas”. A estas, também chamadas naquele momento de “neuroses”, era relegado um espaço secundário na medicina, sendo Charcot, apesar de haver mantido também a atividade de pesquisa e docência no campo da anatomopatologia, um médico que se empenhou em estabelecê-las na nosografia médica da forma mais precisa possível, especialmente no caso da histeria.

Freud justificou o trabalho dedicado à histeria por seu professor: “O estado mórbido a que se aplica tal nome caracteriza-se cientificamente apenas por sinais *negativos*; tem sido estudado escassa e relutantemente; e carrega a ira de alguns preconceitos muito difundidos” (FREUD, 1886a/1996, p. 44). Freud se referiu a três importantes erros presentes no conhecimento médico, relacionados à histeria naquele momento histórico: a articulação etiológica da histeria ao sistema genital feminino, já entendida à época enquanto lugar comum mesmo sem a investigação necessária ao seu estabelecimento causal; a importância atribuída em demasia ao papel da simulação, tendo em vista as dificuldades dos clínicos em estabelecer as causas orgânicas para a manifestações dos sintomas histéricos, além do “mimetismo” dos ataques epiléticos e; a atribuição de um

caráter anárquico à sintomatologia nesse quadro, devido à grande variedade de combinações apresentadas (FREUD, 1886a/1996). Esse conjunto de fatores, abordados em maior profundidade no artigo *Histeria* (1888/1996), justificou o fato do conhecimento acerca desse quadro não haver avançado para além da concepção de que os fenômenos apresentados seriam da ordem da possessão demoníaca e explicou a falta da realização de empreendimentos no sentido de sua categorização nosográfica.

É possível depreender do texto freudiano que Charcot, pelo contrário, entendia tal tarefa como possível e importante, progredindo no estabelecimento da sintomatologia da histeria com os seguintes passos: a) redução da conexão entre neurose e sistema reprodutivo feminino; b) demonstração do grande número de casos masculinos e traumáticos; c) demonstração dos numerosos sinais somáticos, presentes nos “casos típicos”, isto é, casos nos quais o quadro estava mais desenvolvido, cuja descrição pormenorizada foi realizada por Charcot; d) estudo científico do hipnotismo, desenvolvendo-o como pertencente à área da neuropatologia, através de sua descrição, como havia feito também com a esclerose múltipla e a atrofia muscular progressiva e; e) considerou como reais os sintomas positivos, à época restritos à percepção de uma simulação, como explicitamos acima (FREUD, 1888/1996).

Para Freud, o resultado desse trabalho foi a especificação da histeria dentre os quadros de neurose e a possibilidade de um diagnóstico diferencial, já que, em conjunto com sua particularização, Charcot também possibilitou entrever a operacionalidade de certa ordem na histeria. Isso significou a superação do juízo de uma completa aleatoriedade de manifestação e arranjo dos sintomas, como Freud (1886a/1996) referiu ser um dos preconceitos arraigados à época. O psicanalista seguiu os passos charcotianos com rigor e à risca. Esta última característica, no entanto, foi mantida somente até o ano de 1893, conforme defendemos adiante, devido aos seus próprios avanços na compreensão etiológica dos sintomas histéricos, tarefa que não pertencia ao rol de interesses apresentados por Charcot (FREUD, 1983b/1996).

O primeiro registro dessa iniciativa pode ser encontrado na apresentação de um caso de histeria masculina, por ocasião de um desafio realizado pelo Dr.

Meynert<sup>2</sup>, após a apresentação realizada por Freud à Sociedade Médica de Viena de um artigo sobre a histeria masculina. Parte de sua tarefa à época era, como consta de seus artigos iniciais (1886a e 1888/1996), desconstruir os preconceitos e aprimorar o diagnóstico, sendo um destes julgamentos a articulação da doença aos órgãos reprodutores femininos. Freud buscou comprovar naquele momento que a histeria também era comumente apresentada por homens. Esta apresentação teve ainda um outro intuito, a partir do pedido de seu professor, de demonstrar aos médicos de “forma claramente visível” os sintomas somáticos da histeria. Conforme a introdução ao texto, apresentada pela Edição Standard: “A maior parte do artigo, conforme se verá, trata dos fenômenos físicos da histeria, nos moldes característicos da atitude de Charcot em relação a essa doença” (FREUD, 1886b/1996, p. 19). O comentário do editor também se refere à presença de indícios leves de um interesse psicológico, que expomos abaixo.

Freud reproduziu o relato do paciente acerca da história de sua doença e também descreveu o exame clínico. Ao exame, os nervos do lado esquerdo do corpo do paciente apresentaram hipersensibilidade e dor intensa, enquanto a pele, também do lado esquerdo, apresentou completa anestesia. Detectou-se também anestesia nas membranas mucosas e distúrbios de visão, segundo o relato de Freud, mas nestas não houve uma divisão hemisférica tão nítida quanto com relação à pele: nestas também o lado direito foi afetado, embora em menor grau. De acordo com Freud, o único sentido não afetado pela hemianestesia foi a audição. Seus ouvidos mostraram o oposto à hemianestesia: apenas o ouvido esquerdo funcionou e isto foi explicado através da história do paciente, que sofrera um acidente aos oito anos, quando fora atropelado. Na ocasião também apresentara convulsões, mas Freud não deixou claro se teriam ocorrido em consequência ao trauma físico do acidente. O autor demonstrou que a hemianestesia se estendia também aos tecidos mais profundos, como as articulações e ligamentos, e aos membros e tronco. Segundo ele, entretanto,

---

<sup>2</sup> Theodor Hermann Meynert (1833-1892), foi neurologista alemão. Professor de Freud na Universidade de Viena, a quem é atribuída influência no pensamento freudiano em seu período inicial e cujas proposições teóricas Freud comentou no artigo *Repressão* (1915/1996) e discutiu em maior profundidade no texto sobre as *Afásias* (1891). Foi também pesquisador da anatomia, histologia, topografia e das relações funcionais das fibras conectoras do cérebro, além de reconhecido como fundador da pesquisa científica sobre o cérebro humano (SEITELBERGER, 1997).

esse estado de coisas não correspondia à paralisia dos membros, uma vez que os movimentos do braço esquerdo estavam parcialmente preservados. Ao exame mais minucioso, Freud revelou que distúrbios do movimento do braço eram apresentados pelo paciente de forma mutável, ou seja, apenas sob certas condições:

As coisas se passam diversamente quando lhe peço que efetue movimentos isolados com o braço esquerdo, sem qualquer objetivo mais remoto (...). Nesse caso, seu braço esquerdo parece muito mais inibido do que antes, o movimento é feito com muita lentidão, incompletamente, em estágios diferentes, *como se houvesse uma grande resistência a ser vencida* (...). Uma terceira espécie de perturbação do movimento, a mais grave, surge finalmente quando o paciente é solicitado a efetuar os movimentos com os olhos fechados. (FREUD, 1886b/1996, p. 23, grifo nosso).

Consideramos que Freud demonstrou neste ponto um importante fator influente na agudização do sintoma, a atenção voltada ao mesmo, questão à qual o autor retorna em sua produção em colaboração com Breuer, *Estudos sobre a Histeria* (1893-95/1996). Freud ressaltou a importância de seus interlocutores não considerarem a dificuldade na realização dos movimentos como necessariamente presente em conjunto com os sintomas de anestesia, uma vez que, a partir de sua experiência com Charcot, pudera concluir que esta seria uma das singularidades do sintoma de anestesia na histeria: cada paciente apresentaria um distúrbio do movimento em grau específico, ou até mesmo isto não seria verificado de forma alguma quando do pedido da realização de algum movimento com os olhos fechados.

O paciente apresentou, ainda, uma série de ataques convulsivos ao longo de três anos, com intensa agitação no último episódio, e uma dificuldade para deambular como consequência da anestesia que, como mencionado acima, também contemplava sua perna esquerda. Mas, além disso, Freud contemplou no relato de sua experiência a observação do paciente ao caminhar na rua até chegar ao local da apresentação. Para ele, a perda da agilidade na deambulação apresentada pelo paciente mantinha também relação com sua consciência, nesse período um termo utilizado ainda em sentido amplo: quando o paciente foi convidado por ele para prestar atenção a essa dificuldade ela ficou mais pronunciada.

Ao prosseguir com o exame clínico do paciente, dessa vez com uma investigação sobre seus reflexos, Freud encontrou novas incompatibilidades com o estabelecimento de uma hemianestesia de formação orgânica. Confirmou que, apesar da anestesia estender-se à toda a pele do lado esquerdo do corpo, bem como a tecidos mais profundos, como os músculos, alguns dos reflexos apresentados pelo paciente, por exemplo no abdômen, eram imediatos e exagerados, quando comparados ao reflexo esperado ao exame. O psicanalista demonstrou a seus interlocutores as zonas histerógenas apresentadas pelo paciente, isto é, os pontos corporais específicos sensibilizados por uma dor importante e que poderiam desencadear ataques. As crises histéricas podiam ter como gatilho uma pressão local realizada pelo médico, ou apresentar um início espontâneo. Novas singularidades foram encontradas, uma vez que tais zonas se localizavam justamente em meio a porções do corpo afetadas pelo seu sintoma principal, o prejuízo de sua sensibilidade aos estímulos (FREUD, 1886b/1996).

Em seguida, após diferenciar os sintomas do paciente daqueles esperados em um quadro de hemianestesia com formação orgânica, Freud comentou sobre as particularidades do caso com relação a outros, denominados por ele como típicos da própria hemianestesia histérica: o lado direito do corpo do paciente não estava totalmente livre de anestesia, pois também nesta porção era possível detectar pontos anestesiados e os locais, mesmo no lado esquerdo, apresentavam instabilidade. O autor sustentou que, após uma intervenção médica realizada sobre um dos pontos que apresentavam anestesia, no caso o choque elétrico, o local passou a ser sensível novamente. O processo e seus resultados se repetiram em outras áreas. A aposta de Freud numa terapêutica voltada à cura neste caso foi afirmada por ele como estando ligada justamente a esta última característica: *a instabilidade da localização corporal dos sintomas*.

O início da definição de uma nova terapêutica para as neuroses avançou desde momentos iniciais, como podemos perceber, em um sentido diverso das propostas consolidadas pelo saber médico. Freud referiu que o quadro clínico da histeria não apresenta “alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar alguma dessas alterações” (FREUD, 1888/1996, p. 77). Desse modo, compreendemos que entendia a histeria e sua etiologia enquanto

inexplicáveis por uma patologia anatômica, mas ainda mantivera naquele momento a existência de modificações fisiológicas do sistema nervoso como hipótese principal, conforme a proposta charcotiana. O estudo da histeria avançaria, conforme a compreensão freudiana à época, à medida em que se tornasse possível estabelecer as “condições de excitabilidade nas diferentes partes do sistema nervoso” (FREUD, 1888/1996, p. 77). Seguiu nitidamente o caminho de Charcot, do mesmo modo, ao afirmar a importância de estabelecer com rigor o quadro nosográfico da histeria, ou seja, de descrevê-la na totalidade de seus sintomas, postergando ainda a tentativa de responder às interrogações acerca de suas causas e relações possíveis entre os diferentes sintomas.

Assim, Freud (1888/1996) se dedicou, em primeiro lugar, à defesa da definição da histeria enquanto quadro clínico específico, uma vez que esse movimento representou a continuidade dos esforços iniciados por Charcot. Tal tarefa foi alcançada pelo segundo e reproduzida pelo primeiro através da descrição dos sintomas apresentados pela *grande hystérie*. A eleição desse quadro específico foi justificada por ser considerada o polo mais extremo de uma graduação, que também foi instituída por Charcot, oferecendo o maior número de sintomas, além dos mais visivelmente perceptíveis, isto é, mais facilmente observáveis pelo médico. Freud, apoiado por Charcot, trouxe uma ideia de vanguarda para a época, pois indicou a existência de uma lei, uma lógica operante na sintomatologia da histeria, o que permitiu, por sua vez, a proposição de seu estudo e terapêutica.

Esse foi o ponto ao qual Charcot havia chegado, mas além do qual não avançou. Ele já havia estabelecido a nosografia diferencial da histeria com relação à hipocondria e incumbiu-se então da formalização de uma distinção daquela com relação à neurastenia, à epilepsia e à simulação (TRILLAT, 1991, p. 165-174). O manejo do ataque era considerado o elemento diagnóstico diferencial mais seguro: no caso dos ataques histéricos, era possível interromper a sua expressão com a compressão ovariana e a eletricidade, enquanto as crises epiléticas não são passíveis de supressão. Outros diferenciais importantes observados por Charcot eram representados pela possibilidade, no caso da histeria, do desencadeamento das crises por fatores externos e o neuropatologista também reconheceu uma origem “emotiva” para as mesmas. A diferenciação com relação à neurastenia foi realizada pela investigação de

sintomas entendidos como exclusivos desta, como as dispepsias, as cefaleias, impotência sexual, vertigens, abulias, insônia, entre outros (TRILLAT, 1991, p. 170-171). O ponto fraco da construção charcotiana, isto é, a falta de consideração sobre a etiologia dos sintomas constituiu-se em ponto de ataque por Bernheim<sup>3</sup>: a proximidade física entre as pacientes epiléticas e histéricas no Hospital da Salpêtrière, segundo ele, tornou os ataques destas similares aos das primeiras. As experiências desenvolvidas por Bernheim com metais e a construção de seu conceito de sugestão permitiram que ele apontasse que as manifestações histéricas não se tratam simplesmente de simulações. Para este neurologista francês, o mecanismo da sugestão dizia respeito à possibilidade de o paciente demonstrar reações e até mesmo sintomas histéricos permanentes idênticos aos “naturais” após uma ação específica emitida pelo médico.

Retornemos então à tarefa de Freud que, por sua vez, esteve inicialmente circunscrita à especificação do quadro da histeria com relação às neuroses, mas incluiu também, a partir de 1888, os seus aspectos etiológicos. A descrição sintomatológica da histeria, que podemos ler nessa publicação de Freud, permitiu a percepção de um descompasso existente entre a manifestação dos sintomas na histeria e em quadros neurológicos que haviam sido definidos em sua etiologia orgânica. Além da falta de uma patologia visível no campo anatômico, evidenciou-se também a impossibilidade de situar uma fisiopatologia do quadro neurótico, especialmente a partir da descrição dos aspectos diferenciais estabelecidas com relação aos sintomas esperados quando há uma causa orgânica. Algumas dessas divergências com relação à causa orgânica consistiam na coordenação dos ataques convulsivos, no fato de não serem acompanhados de elevação da temperatura corporal e na possibilidade de sua interrupção por pressão nas zonas histerógenas (FREUD, 1888/1996). Essa comparação evidencia que a crise na histeria não pode ser considerada similar à triculência acompanhada de estado febril observada na epilepsia. Além disso, Freud (1888/1996) confirmou que os distúrbios sensoriais dificilmente são bilaterais na histeria e as sensibilidades diminuídas à percepção das cores são

---

<sup>3</sup> Hippolyte Bernheim (1840-1919) foi neurologista francês da Escola de Nancy, teve seu livro *De la suggestion et des ses applications à la thérapeutique* publicado na França em 1886 e traduzido para o alemão por Freud, em 1888. Freud também foi o tradutor de outro de seus livros, publicado no idioma alemão em 1892, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: études nouvelles*, (FREUD, 1888-9/1996, 110).

incompatíveis com o daltonismo, por exemplo. As características das contraturas históricas, por sua vez, também foram apontadas pelo fundador da psicanálise como notas para um diagnóstico diferencial com relação à epilepsia, à medida em que nesta as contraturas são muito menos suscetíveis ao sono ou a intervenções externas como mudança de temperatura e do nível de excitação.

As principais e mais importantes divergências apontadas por Freud, no entanto, foram aquelas apresentadas com relação aos distúrbios da sensibilidade, as anestésias, parestesias ou hiperestésias, e aos prejuízos do movimento, as paralisias. Os sintomas do primeiro grupo mencionado foram compreendidos como os mais importantes do ponto de vista do diagnóstico diferencial, assim como os que exibem a maior possibilidade de variabilidade de manifestação. Freud demonstrou as possibilidades dissociativas na histeria, inclusive entre funções que, quando tratamos de uma alteração orgânica, são invariavelmente afetadas em conjunto. Um exemplo nesse sentido pode ser compreendido de sua comparação com a anestesia orgânica, no que nesta há, via de regra, prejuízo da atividade motora, o que não podia ser observado nos pacientes históricos. Acerca das paralisias é importante ressaltar a pontuação freudiana, que o conduziu ao avanço no conhecimento da histeria: “As paralisias históricas *não levam em conta a estrutura anatômica do sistema nervoso*, a qual, conforme se sabe, evidencia-se da maneira mais inequívoca na distribuição das paralisias orgânicas” (FREUD, 1888/1996, p. 82, grifo nosso). Essa questão foi abordada por ele em profundidade no artigo dedicado exclusivamente à comparação das paralisias históricas e orgânicas (1893a/1996), que abordamos adiante. Apesar da atenção especial dedicada nos períodos iniciais do estudo da histeria aos distúrbios somáticos, o autor explicou ainda os seus sintomas psíquicos e os compreendeu inicialmente como provenientes das alterações da quantidade de excitação no sistema nervoso:

Talvez ainda se possa acentuar que na histeria (como em todas as neuroses) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, e que os pacientes históricos funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso — excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como irritante, deslocando-se com grande mobilidade dentro do sistema nervoso. (Freud, 1888/1996, p. 86).

Como depreendemos, apoiados por nota do editor à publicação referenciada, tal excerto possibilita uma primeira leitura do princípio de constância, conforme foi assinalado por Freud posteriormente (1920/1996) a propósito do estabelecimento do conceito de pulsão de morte. O psicanalista se referiu brevemente à etiologia histórica no artigo de 1888, apesar de haver atribuído, de início, maior importância a uma descrição precisa do quadro histórico. Podemos compreender que a investigação pormenorizada dos sintomas históricos o direcionou a um questionamento pela causa dos mesmos. Naquele momento, contudo, sua aposta se deu ainda pela busca direta no campo da hereditariedade; os fatores “acidentais”, isto é, os eventos que incidiriam sobre a história do sujeito, cumpririam segundo ele apenas o papel de gatilho dos episódios agudos e, podemos afirmar, sob esse aspecto Freud sucedeu os passos charcotianos.

A participação dos órgãos sexuais na etiologia da histeria e na formação de seus sintomas também foi discutida por Freud (1888/1996), que delimitou seu papel às complicações no campo da *função sexual*. Assim, o autor não sustentou a proposição de distúrbios propriamente ditos do sistema reprodutivo, como seus antecessores o fizeram, mas afirmou que os fenômenos históricos eram decorrentes de um processo no qual uma *elevada significação psíquica foi atribuída pelo sujeito neurótico a essa função*. Constatamos, dessa forma, um indício de suas proposições subsequentes, que conferiram relevância a essa lógica operativa, especialmente no que chamou de neuroses de transferência.

Na última seção do texto, em suas primeiras palavras sobre o tratamento da neurose, Freud indicou algo da posição na qual a histeria coloca o médico que se dedica ao seu tratamento: “Nenhuma outra doença dispõe o médico a fazer tantos milagres ou mostrar-se tão impotente” (FREUD, 1888/1996, p. 90). Além disso, um fator importante a ser destacado é o alerta quanto ao cuidado na comunicação, por parte do médico ao paciente, sobre sintomas possivelmente entendidos pelo primeiro como menos importantes. Freud sustentou que essa exposição poderia incentivar um agravamento dos mesmos, situando desde então, mesmo que ainda de maneira modesta, o campo da sugestão e a importância do seu manejo na histeria. A recomendação de internação do paciente quando da apresentação de um quadro agudizado também permite entrever outro ponto neste sentido, uma vez que o estado de antecipação por parte de familiares, por

exemplo, que poderiam permanecer na expectativa que o paciente tivesse um ataque aumentaria a probabilidade de sua ocorrência (FREUD, 1888/1996).

A hipótese sobre a sugestão se mostrou mais provável quando assinalou a interferência de outros fatores na evolução e tratamento da histeria. Além da expectativa familiar, constituíam parte dessa constelação a existência de outro membro neurótico na família, a possibilidade de acentuar a manifestação de determinado sintoma pelo alarma apresentado por um familiar, a “transferência” para o paciente da convicção do médico acerca da resolutividade proporcionada pelo tratamento e a evitação da excitação emocional que poderia contribuir para a apresentação de um ataque histérico. Nesse sentido, o principal eixo do tratamento seria propiciar um contexto de maior contato com o médico, a fim de aumentar a efetividade da influência que o profissional poderia exercer. A sugestão, portanto, foi inicialmente entendida como entrave ao tratamento e, em seguida, empregada enquanto instrumento no trabalho com as neuroses. Entendemos que a referência a outro membro do grupo familiar que se apresentasse neurótico poderia ser compreendida como uma contribuição para o estudo da hereditariedade, mas percebemos que este elemento aparece na série relacionada à sugestão, ou à formação dos sintomas por identificação, como se evidencia no enunciado acima e como consta já do segundo texto contemplado neste trabalho.

Os comentários finais de Freud (1888/1996) versavam sobre o tratamento dos sintomas isolados na histeria. Segundo o autor, essa abordagem não apresenta êxito quando realizada no momento da forma agudizada, tendo em vista a principal dificuldade na circunstância dos ataques histéricos: *a formação de novos sintomas*. Freud relatou que, à medida em que os sintomas são tratados isoladamente dentro de um quadro agudo, reaparecem em seguida ou são substituídos por outros. Um empreendimento como esse teria eficácia apenas, segundo o autor, no tratamento de sintomas ainda presentes num quadro residual ou quando comparecessem num quadro crônico, com apresentação eventual. Sua referência à prescrição de medicação no momento de crise também traz indicações da importância do mecanismo de sugestão, sendo imprescindível a sua ação para que as drogas possam exercer, de fato, o efeito que se espera com a sua administração: “Prescrever uma droga narcótica em caso de histeria aguda não passa de grave erro técnico” (FREUD, 1888/1996,

p. 92), explica o autor, “(...) este [efeito], às vezes, surge com rapidez mágica, às vezes não surge de modo algum, e parece depender da autossugestão do paciente ou da sua crença na sua eficácia” (FREUD, 1888/1996, p. 92).

Freud também diferenciou duas possibilidades de planejamento terapêutico: a primeira se referiu ao tratamento direto dos sintomas histéricos, enquanto a segunda possibilidade disse respeito ao que chamou de tratamento indireto da doença histérica, que consistia em assegurar uma influência geral sobre o sistema nervoso do paciente e contemplava ações como a eletroterapia, a hidroterapia, a “vida ao ar livre” e uso de medicação ferrosa, uma vez que o autor aludiu à presença frequente da anemia na histeria. O autor complementou suas proposições ao demonstrar uma evolução possível dentro do quadro histérico, passível de entendermos enquanto os primeiros passos dados pelo mesmo no sentido do conceito de complacência somática, que foi melhor elucidado no segundo capítulo do presente trabalho. Nesse estágio inicial, Freud se referiu à ocorrência de um catarro gástrico benigno de forma anterior à apresentação dos espasmos gástricos histéricos. Freud percebeu que essa afecção orgânica anterior funcionou como a “abertura de um caminho”, podemos dizer, para a formação posterior do sintoma histérico.

Freud se voltou então para a explanação sobre o tratamento direto dos sintomas histéricos, cujo empreendimento se deu justamente através do uso da sugestão no processo de hipnose, visando a sua eliminação. Os efeitos, segundo ele, eram potencializados quando da utilização do método de Breuer, que incluía uma etapa anterior à supressão do sintoma, contemplando a remontagem ao momento em que o quadro foi originado. Apesar da aposta nos estudos pormenorizados da hipnose conforme o método científico constarem já do projeto charcotiano, empreendido nesse caso em prol da legitimação da descrição nosográfica da histeria, Freud acabou por se afastar pouco a pouco da sugestão direta. Antes que pudesse realizar este movimento, no entanto, Freud utilizou o método da sugestão direta e realizou a exposição de um caso no qual este tipo de intervenção constituiu o eixo principal do tratamento, registrado no texto intitulado *Um caso de cura pelo hipnotismo com alguns comentários sobre a origem dos sintomas histéricos através da contravontade* (FREUD, 1892-93/1996). Freud realizou o relato do caso e afirmou que a paciente havia se tornado mãe pela segunda vez. Apresentava igualmente pela

segunda vez determinado conjunto de sintomas, cujas demonstrações eram intermitentes e haviam sido desencadeadas após o primeiro parto. Sua vontade era amamentar a criança, mas, no momento de efetuar a ação, entrava em cena a série de sintomas: dor de cabeça, indisposição, enjoo, inapetência. Após um tratamento hipnótico, no qual foi utilizada a sugestão direta, a paciente passou a conseguir amamentar seu bebê.

Prosseguindo em suas referências, Freud (1892-93/1996) aludiu a questões que os pacientes apresentem inconscientemente, assim como ao ato de reprimir ideias, apesar de naturalmente ainda não se referir exclusivamente ao mecanismo de defesa histérico. Mesmo assim, trouxe à luz a importância de pensarmos na origem, no processo da formação dos sintomas e seu tratamento. Como abordou os sintomas histéricos nessa publicação, referiu-se à existência de um conflito de ideias com desempenho de um importante papel no seu processo de formação. Encontramos o argumento inicial, que tratou em maior profundidade após mais de vinte anos, na publicação *Repressão* (FREUD, 1915/1996), por exemplo, de que um conjunto de ideias, ao serem retiradas do campo da consciência, tornam-se livres de outros mecanismos que agem a partir dessa instância, como a censura.

Vemos, assim, o início das construções que levaram Freud a um caminho diverso ao pensamento charcotiano. Isso porque, para o mestre parisiense, os estudos de caso privilegiavam a confirmação de sua teoria da degenerescência hereditária, conforme sustenta também Marneffe (1991), no artigo em que situou a diferenciação do pensamento freudiano e charcotiano, no que tange às suas maneiras de construir e consolidar conhecimento. A organização dos estudos de Charcot, para essa autora, se dava no sentido das hipóteses construídas previamente, em detrimento do relato dos pacientes, que expunham situações ocorridas na infância e eventos que evocavam emoção. Os eventos traumáticos eram entendidos por Charcot naquele momento como “agentes provocadores”, simples catalizadores do principal fator etiológico desse quadro: a predisposição hereditária à doença nervosa (FREUD, 1893b). Além disso, as descrições estabelecidas por Charcot dos quadros clínicos e fases da histeria, inclusive da fase referente às *attitudes passionnelles*, resumiam-se aos sinais fisionômicos (MARNEFFE, 1991, p. 75). Em Freud, é possível percebermos a centralização da discussão inicial no mesmo ponto, mas apreendemos também uma expansão

de sua compreensão, conforme as publicações que abordamos neste capítulo. De acordo com Marneffe, Charcot descreveu a histeria como seguindo sempre a mesma ordem, a por ele estabelecida, além de afirmar certa independência da apresentação do quadro com relação ao contexto, sustentando a histeria conforme sua configuração na Salpêtrière enquanto um fenômeno universal. Este último ponto teria sido descreditado pela afirmação de que os ataques histéricos eram mimetizados, após a observação pelas pacientes daqueles apresentados pelas epilêpticas, internadas na mesma ala do Salpêtrière (MARNEFFE, 1991, p. 76-77).

É possível perceber a atitude charcotiana, criticada por Freud a propósito do obituário de Charcot (FREUD, 1893/1996), de não se deter suficientemente na tarefa de investigação etiológica do sintoma ou do quadro patológico, atribuindo-a integralmente à hereditariedade. Essa crítica foi melhor desenvolvida nos demais textos freudianos que se seguiram a este momento histórico e que versaram sobre o problema da causalidade das neuroses. O movimento charcotiano foi caracterizado, antes, por uma organização similar à psiquiátrica atual, no sentido de privilegiar a categorização nosográfica, a especificação rigorosa dos quadros clínicos e seus fenômenos correspondentes – em detrimento da delimitação etiológica. Podemos elencar enquanto hipótese para compreensão de tal movimento que essa investigação é preterida devido a sua atribuição a fatores alheios à atividade clínica em si: a hereditariedade, em Charcot, e a neurofisiologia, no caso da psiquiatria da atualidade. Movimento que, podemos afirmar, apenas *teoricamente* colocaria a questão da etiologia em segundo plano, mas que na prática vemos transformar-se num problema, que restringe a importante discussão acerca da causação dos fenômenos que se pretende tratar.

Marneffe (1991), apesar de realizar leitura diversa da psicanálise, situando-se numa leitura psicológica a partir de estudos feministas, segundo a própria define em seu artigo, conseguiu apreender diferenças entre Charcot e Freud que podem nos auxiliar em nossa compreensão das aproximações e distanciamentos dos pensamentos de ambos, nesse período inicial da obra freudiana. A autora permitiu-nos compreender, através da apresentação das fotografias produzidas na Salpêtrière, das correções das imagens, da escolha da ordem de apresentação, da transcrição de interrogatórios e processos

alucinatórios gravados, bem como de sua comparação com os relatórios escritos, que havia uma excessiva concentração por parte de Charcot para orientar os achados de modo a comprovar sua hipótese, isto é, uma causa biológica para a histeria. Dessa forma, Charcot deixava de lado rico material subjetivo, especialmente de conteúdo sexual, evocado principalmente nos episódios classificados como alucinações. Segundo Marneffe (1991), o foco era composto pelas disfunções do aparelho reprodutor e as experiências como menstruação, gravidez, amamentação, apresentadas enquanto condicionadas apenas por fatores biológicos. Isso demonstrou a intenção de estabelecer uma associação natural entre estes eventos e as crises. A autora abordou ainda o fato de que a relação das pacientes histéricas com os profissionais e outros pacientes, bem como suas emoções e a influência destas sobre a presença ou ausência dos sintomas não eram considerados, ou quando o eram, sua descrição aludia sempre à "(...) simulação, fraudulência e o 'natural' coquetismo da histeria" (MARNEFFE, 1991, p. 89, tradução livre).

É possível, portanto, compreendermos que, para que se pudesse avançar na abordagem teórica e terapêutica da histeria, era necessário também ultrapassar alguns procedimentos correntes na medicina à época. Freud, ao contrário de Charcot, conforme asseverou Marneffe (1991), conferiu importância ao que o paciente comunicava, reiterando o próprio processo investigativo-terapêutico e as suas construções teóricas, a fim de moldar ambas aos achados clínicos.

O percurso realizado por Freud na construção de um estatuto de sentido para o sintoma se iniciou com os momentos em que, pouco a pouco, se distanciou da lógica clínica médica do sintoma. Alguns de seus trabalhos auxiliam a perceber como esse distanciamento se verifica com relação à abordagem investigativa e terapêutica dos sintomas histéricos, bem como às hipóteses etiológicas inicialmente propostas por Charcot, especialmente voltadas à hereditariedade.

O primeiro desses momentos é introduzido por Freud à propósito da tradução estabelecida por ele das *Conferências das terças-feiras* (1892-94/1996), de autoria de Charcot, para o idioma alemão. Ao texto da obra original, acrescentou o prefácio e algumas notas de rodapé, que evidenciam a posição crítica que Freud passou a adotar com relação aos argumentos de seu professor,

quando de seu próprio empreendimento do estudo e tratamento da histeria, como explicou ao fim do prefácio. Freud se referiu, em uma das notas, ao uso diferencial da técnica da hipnose, explorado por ele no tratamento da histeria. Essa distinção foi proveniente de um conjunto de fatores: algumas divergências entre a tradição da clínica médica alemã e da francesa, seu trabalho iniciado havia pouco com Breuer e sua própria dificuldade com a utilização direta da sugestão. A hipnose passou a ser utilizada sobre um eixo diferente daquele especificamente voltado à cura dos sintomas através da sugestão de que fossem dissipados. A novidade da técnica era utilizar a hipnose enquanto instrumento facilitador da investigação das origens etiológicas dos sintomas.

Isso levou Freud, novamente em parceria com Breuer, a abordar a própria histeria de uma forma diversa daquela eleita por Charcot. Em outro dos extratos de rodapé, Freud ressaltou que: “O ponto central de um ataque histérico, qualquer que seja a forma em que apareça, é uma *lembrança*, a revivescência alucinatória de uma cena que é significativa para o desencadeamento da doença” (FREUD, 1892-94/1996, p. 179). Portanto, estabeleceu aqui um deslocamento da importância da análise e descrição precisa da forma do ataque, ou seja, da conformação do sintoma para a sua investigação causal, sua etiologia. Então, percebemos que Freud se preocupou nesse momento, em assinalar os sintomas e quadros não somente em sua descrição observável, mas principalmente em seu processo etiológico e conferindo especial direcionamento a um diagnóstico diferencial sobre a natureza da sua formação: neurótica (psíquica) ou orgânica.

Freud (1892-94/1996), além disso, criticou a teoria etiológica charcotiana que, apesar de não constituir o foco principal para os estudos do neurologista francês, havia sido indicada através da menção ao fator hereditário e orientou, conforme observamos acima, sua pesquisa no sentido da confirmação dessa hipótese. A importância atribuída a hipótese da causa biológica hereditária era demasiada e produziu efeitos na atuação clínica de Charcot, que desrespeitou até mesmo etapas dos exames correntes à época (FREUD, 1892-94/1996). Podemos observar essa reflexão através de um exemplo desenvolvido em uma das notas de Freud à tradução da obra de Charcot, na qual relata que a avaliação

da doença de Graves<sup>4</sup>, descrita pelo médico da Salpêtrière em uma das lições, não considerava a verificação da glândula tireoide, órgão que já se havia estabelecido como relacionado à etiologia da doença e sobre cuja relação haviam trabalhos que traziam avanços contemporâneos importantes. Um desses trabalhos, de autoria de Moebius<sup>5</sup>, foi citado por Freud uma vez que continha a participação de “fatores adquiridos”, como o trauma psíquico, para o desenvolvimento da doença, além da confirmação da teoria estabelecida da causa orgânica (FREUD, 1892-94/1996, p. 184).

Apesar das críticas ilustradas acima, Freud manteve o reconhecimento de que Charcot havia iniciado um importante trabalho, especialmente no que diz respeito à diferenciação dos sintomas exibidos nas afasias orgânicas e históricas, registrado em uma das *Conferências das terças-feiras*. Freud deu continuidade a este trabalho, a pedido do próprio professor, quando do fim das observações daquele na Salpêtrière, como demonstrou também Trillat (1991), em sua produção sobre a história da histeria. O entendimento corrente da histeria à época era de que se tratava de uma perturbação funcional ou dinâmica dos nervos, apesar de suas manifestações não corresponderem às distribuições anatômicas nervosas; os resultados são estabelecidos no artigo sobre as paralisias orgânicas e históricas (FREUD, 1893a/1996). Freud compreendeu, no entanto, conforme pontuou ainda em nota à tradução das *Conferências das terças-feiras*, os saldos que demonstrou como ampliadores da tese de Charcot. Além disso, seus resultados estabeleceram um caminho válido de estudo, norteado pela verificação de duas características da formação histórica dos sintomas: a intensidade excessiva da paralisia e a maior precisão de circunscrição da área afetada, tornando ainda mais evidente essa etiologia quando estas propriedades se combinam. A causa orgânica, por sua vez, geralmente apresenta uma delimitação menos definida e aumenta a área afetada

---

<sup>4</sup> “A doença de Graves (DG) é uma doença autoimune na qual a presença de anticorpos antireceptores do TSH (TRAb) leva ao aumento da síntese e liberação de grande quantidade de hormônios tireoidianos, resultando em tireotoxicose” (PEIXOTO; COELI e VAISMAN, 2005, p. 411). Foi considerada a causa mais comum de hipertireoidismo (MAIA *et. al.*, 2013, p. 208).

<sup>5</sup> Paul Julius Moebius (1854-1907), foi neurologista alemão. Foi pesquisador no campo da neurologia e o primeiro a descrever a síndrome congênita que afeta os nervos cranianos, causando paralisia facial, além de outras falhas que afetam o sistema nervoso central e o desenvolvimento, batizada com seu nome (FRANCO *et. al.*, 2011).

conforme o aumento da intensidade da paralisia, ou seja, quanto menor for a capacidade para o movimento naquela região (FREUD, 1892-94/1996, p. 182).

No artigo *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (1893a/1996), Freud estabeleceu inicialmente as diferenças principais entre os dois tipos de paralisias orgânicas reconhecidas pela neurologia clínica: as periférico-medulares e as cerebrais. Segundo o autor, ambas as afecções tinham sua explicação direta realizada pelo conhecimento anatômico do sistema nervoso, que estabeleceu nas paralisias do primeiro grupo citado uma ação específica e nas do segundo, uma ação “em massa”. A diferença entre as duas pode ser retratada conforme o excerto reproduzido a seguir:

O que acontece [na paralisia periférico-medular] depende da localização e da extensão da lesão nervosa; não há regra fixa segundo a qual um elemento periférico possa escapar da paralisia, enquanto outro é afetado por ela permanentemente. A paralisia cerebral, pelo contrário, é sempre um distúrbio que acomete uma parte extensa da periferia, um membro, um segmento de uma extremidade, ou um aparelho motor complexo (FREUD, 1893a/1996, p. 203-4).

A partir da diferenciação essencial estabelecida entre os dois grupos de fenômenos, Freud introduziu a comparação com a histeria. De acordo com ele, as paralisias na histeria são sempre similares em suas características às exibidas nas paralisias cerebrais, sendo comparáveis, portanto, apenas a estas últimas. Conforme seu objetivo com a produção dessa investigação, o psicanalista passou a apontar as diferenças mantidas pela paralisia histérica com relação à de origem cerebral. A primeira não segue a regra estabelecida pelo saber médico que dispõe a proporcionalidade indireta entre o grau de comprometimento do movimento e a proximidade da área afetada com relação ao cérebro, além de podermos apresentar as paralisias na histeria em porções isoladas, sendo considerada por isso como dissociada da cerebral. O autor austríaco defendeu ainda que as funções mais afetadas na paralisia histérica nem sempre são as mais complexas, ao passo que quando tratamos da paralisia de origem orgânica tal afirmação é, via de regra, verdadeira. A primeira, segundo ele, se caracteriza: “(...) pela *delimitação precisa* e pela *intensidade excessiva*; possui essas duas qualidades ao mesmo tempo, e é nisso que manifesta o maior contraste em relação à paralisia cerebral orgânica (...)” (FREUD, 1893a/1996, p.

207, grifo no original). Freud se referiu ainda à maior frequência com que as paralisias histéricas são acompanhadas de distúrbios da sensibilidade, como analgesias e anestésias, bem como às particularidades com relação à etiologia das paralisias histéricas, tendo em vista que sua causalidade não seria passível de ser localizada na anatomia, diferentemente daquelas decorrentes de lesões cerebrais. Os detalhes específicos das paralisias cujo fundamento eram as lesões cerebrais eram expressão clínica “dos fatos da anatomia” (FREUD, 1893a/1996, p. 209-10). O autor partiu então da tese de Charcot, segundo a qual as paralisias histéricas são manifestação de uma “lesão cortical” de natureza dinâmica, para dar continuidade à sua investigação. A leitura freudiana dessa proposição foi expressa como apontamento de que não se trata de uma lesão propriamente dita, nem mesmo de dano transitório não detectável em necropsias. Tal tese deveria ser, segundo o neurologista de Viena, compreendida independentemente da anatomia, uma vez que a própria histeria e seus fenômenos se apresentam de maneira indiferente à sua existência. Concorda com a tese de Janet sobre uma concepção comum do corpo estar presente na apresentação do sintoma histérico:

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. (FREUD, 1893a/1996, p. 212).

A partir de então, Freud estabeleceu a transposição do campo de investigação da histeria da neurologia para a psicologia. Para o autor, portanto, as lesões às quais aludiu Charcot quando tratou da paralisia histérica consistiam, na verdade, em uma modificação psíquica do funcionamento do órgão, sem a concreta lesão do tecido cortical correspondente. Freud complementou o entendimento das paralisias histéricas com sua própria tese, afinal, e sustentou que tal modificação se estabeleceu por um processo composto, inicialmente, pela dissociação da ideia representante do órgão afetado das ideias constituintes da concepção de corpo, presente no ego. Nesse processo, em seguida, uma nova associação é realizada entre a ideia, que se encontrava livre, do órgão e o conteúdo referente a uma cena traumática – entendida como fator

desencadeador da histeria, até esse momento de sua teoria. A operação, conforme a descrição freudiana, impossibilitava outras associações a essa concepção de órgão, causando o sintoma descrito como paralisia histérica. A título de esclarecimento, escreveu sobre a paralisia do braço: “(...) a concepção do braço existe no substrato material, mas não está acessível às associações (...)” (FREUD, 1893a/1996, p. 214). O motivo para tanto residiria na impossibilidade do sujeito em eliminar a quantidade excessiva de afeto, proporcionada por um evento traumático e associada a essa concepção que fora separada das demais. As possibilidades de eliminação desse excesso constituíam ações entendidas enquanto apropriadas, uma reação motora ou a atividade psíquica associativa, conforme atestou ao fim do artigo (FREUD, 1893a/1996).

Através de seu trabalho com Breuer, Freud (1892/1996) passou a entender outro dos sintomas apresentados pela histeria à época, as crises histéricas, como tentativas de prover a proposta reação motora adequada a um acúmulo de excitação. Assim, tem-se o prenúncio do que apareceu mais tarde na obra de Freud como o princípio de constância: os autores uniram as convicções de outros médicos acerca dos ataques histéricos, isto é, que se tratava de uma descarga proveniente do córtex, aos achados do campo de investigação psíquica, a partir do trabalho com a hipnose, e enunciaram a nova possibilidade de entendimento sobre o fenômeno. O acúmulo de excitação ao qual se referiram era resultante do trauma psíquico, conceituado a partir de então enquanto uma impressão que não obteve eliminação através das duas alternativas supracitadas.

Freud (1892/1996) também afirmou que a principal contribuição realizada por Charcot para o entendimento do quadro e, em especial, dos ataques completos apresentados pelas pacientes foi a minuciosa descrição dos mesmos. No entanto, tendo em vista a particularidade das condições do seu estudo, sustentou que o elemento constante e essencial de um ataque histérico seria uma recordação, tendo relação com a etapa denominada por Charcot como *attitudes passionnelles*. Apesar dessa etapa não estar presente em todos os relatos e apresentações de crises, Freud (1892/1996) referiu que o exame sob hipnose demonstrou esse elemento psíquico, de tal maneira que se relacionava inclusive com os fenômenos motores.

A lembrança que retorna quando do ataque disse respeito, para Freud, ao evento que desencadeou o quadro, constituindo o trauma psíquico, questão que foi aprofundada nos *Estudos sobre a histeria* (1893-95/1996). Essa recordação havia sido dissociada do campo da consciência, o estado normal, passando a fazer parte daquilo que o psicanalista chamou de “segundo estado de consciência”. Isso significa que o conteúdo do trauma psíquico havia sido tornado inconsciente, sendo passível de reconhecimento apenas sob hipnose. A outra ocasião na qual o conteúdo traumático se apresenta diz respeito apenas ao ataque em si, no qual o paciente tem seu estado de consciência alterado e não guarda recordação após seu fim (FREUD, 1892/1996). Para que uma ideia ou intenção passe a fazer parte desse segundo estado da consciência basta, segundo o autor, que seja proveniente de impressões recebidas sob hipnose ou em estados afetivos específicos. Outra hipótese apresentada é a de que a retirada dessa ideia da consciência constitua um processo que o paciente buscou intencionalmente, a fim de esquecer o evento e apresentou conteúdos opostos às suas características observáveis em geral (FREUD, 1892/1996), isto é, às características que atribuímos comumente ao que convencionou-se chamar de personalidade, mas desde então denominada por Freud sob o termo ego.

Tais constatações têm sua análise aprofundada em *Estudos sobre a Histeria* (1893-95/1996), conforme observamos. Inicialmente, na *Comunicação Preliminar*, novamente em trabalho conjunto com Breuer, Freud sustentou a crescente importância desempenhada pelos fatores externos na determinação da patologia da histeria, evidenciada pelo método hipnótico. De acordo com os autores, em geral, o estabelecimento do sintoma persistente era decorrente de algum fato da infância e afirmou: “A ligação frequentemente é tão nítida que se torna bem evidente como foi que o fato desencadeante produziu esse fenômeno específico de preferência a qualquer outro” (FREUD, 1893-95/1996, p. 44). Mesmo assim, referiu-se a outros casos, nos quais a relação causal não estaria tão evidente: “Consiste somente no que poderia ser denominado uma relação ‘simbólica’ entre a causa precipitante e o fenômeno patológico – uma relação tal como as pessoas saudáveis formam nos sonhos” (FREUD, 1893-95/1996, p. 45).

Retornando ao tema do trauma psíquico, Freud explicou que qualquer afeto aflitivo podia atuar dessa forma, a exemplo do susto e da ansiedade, e referiu que o trauma não constituía a causa desencadeante apenas nas neuroses traumáticas, mas também exercia importante papel na formação da maioria dos sintomas histéricos. A terapêutica referida desde então foi a promoção da expressão verbal através do retorno ao momento original do trauma. A diferença das propostas anteriores era que, nesse momento, também essa expressão buscada devia ser realizada sob hipnose. Isso se deve ao fato de o autor haver constatado em sua experiência clínica a permanência do afeto que não foi “abreagido”, isto é, que não obteve a descarga apropriada, mesmo que a lembrança do acontecimento em si estivesse ausente quando do estado de vigília normal.

Essas duas características, o afeto excessivo do momento do acontecimento que permanecia presente e o seu conteúdo, segundo o autor, poderiam ser as responsáveis pela impossibilidade de abreação ou de associação psíquica. Contribuíam, portanto, para a instauração do trauma e delimitavam o caráter patológico das ideias (FREUD, 1893-95/1996). Ao promover a inibição da associação dessas ideias, efetuou-se uma divisão da consciência, proposta a partir de então como condição para a histeria. Ainda sobre este ponto, na *Comunicação Preliminar*, realizou-se uma comparação entre as formações oníricas e os conteúdos que passaram a pertencer a esse segundo segmento da consciência, na medida em que ambos apresentam algo da “loucura”, mas apenas os produtos do último “(...) intrometem-se na vigília sob a forma de sintomas histéricos” (FREUD, 1893-95/1996, p. 54). O psicanalista acrescentou que, além da barreira associativa que se colocava entre as lembranças traumáticas e as outras ideias, ainda era possível que as ideias rechaçadas da consciência também fossem associadas entre si. Freud (1893-95/1996) atestou que, durante um ataque, a inervação somática passava a estar sob o controle dessa segunda consciência. As lembranças cuja possibilidade associativa foi cerceada foram consideradas por Freud como causas desencadeantes também dos sintomas crônicos da histeria, não somente de seu quadro agudizado representado pelas crises. A título de encerramento do artigo, o autor realizou breve comentário acerca do auxílio prestado pelas contribuições

de Charcot no estudo da histeria, ao menos com relação à compreensão dos sintomas.

Breuer, na seção *Considerações teóricas*<sup>6</sup> (FREUD, 1893-95/1996) sustentou a tese de Moebius, sobre a natureza ideogênica da classificação etiológica da histeria e de suas manifestações, de forma parcial comparando a histeria à tuberculose pulmonar, uma vez que as entendia enquanto entidades clínicas únicas, mesmo que seus sintomas não apresentassem a mesma causa em sua totalidade. Nesse ponto, percebemos com facilidade a tendência de Breuer a um raciocínio característico do campo médico, em tentativa de situar a histeria enquanto uma doença clinicamente estabelecida, uma doença como outras. A tarefa disciplinar iniciada por Charcot, era justamente efetuar esse gesto através da submissão da histeria ao método anatomoclínico, ao trabalho descritivo, ao qual Freud também se dedicou nos primeiros anos de seu encontro com a histeria, diferenciando-a das manifestações análogas de origem neurológica. Breuer propõe que “(...) apenas uma parte das manifestações da histeria é ideogênica”. (FREUD, 1893-95/1996, p. 239). Diversos fenômenos descritos como histéricos não seriam provocados pelas ideias, mas também por estímulos periféricos e outros não-psíquicos. A fim de sustentar sua posição, Breuer se referiu então a alguns exemplos como as dores e as analgesias histéricas. No caso das primeiras, que discutiu de forma um pouco mais aprofundada, foram entendidas pelos autores nesse momento enquanto alucinações de dor, isto é, percepções cujos níveis de “vividez e intensidade atingem o caráter de existência objetiva” (FREUD, 1893-95/1996, p. 241), não poderiam ser causados, portanto, simplesmente pelo arranjo de ideias. Para que ocorressem era necessário que estivesse presente um fator predisponente: “Visto que as alucinações de dor surgem tão facilmente na histeria, devemos pressupor uma excitabilidade anormal do aparelho relacionado com sensações de dor” (FREUD, 1893-95/1996, p. 242).

Segundo os autores (1893-95/1996), essa excitabilidade anormal se apresentava como via de possibilidade para a formação e manifestação de um

---

<sup>6</sup> Mantivemos a contribuição de Breuer e a incluímos na análise dos textos, tendo em vista o enfoque no estudo etiológico e o fato de que no momento histórico ao qual pertencem estavam em consonância com as construções de Freud. Faz exceção a essa menção apenas o excerto sobre os estados hipnoides, que este retificou mais tarde (1905/1996) e não mais obteve o seu aval.

sintoma. No entanto, asseveraram que a comprovação de uma causalidade psíquica não poderia ser estabelecida puramente pela sua apresentação enquanto possibilidade. Defenderam então a excitabilidade anormal do sistema nervoso como condição fundamental para que, em cada caso, fosse encontrada a permissão para que as ideias e estímulos não-psicológicos produzissem, por exemplo, as manifestações histéricas. Introduziram, no entanto, outra questão de extrema importância: “Até que ponto essa excitabilidade, é ela própria, de origem psíquica é outra questão” (FREUD, 1893-95/1996, p. 243). Em defesa da pesquisa empreendida por Breuer em conjunto com Freud, atestaram que eram precisamente as manifestações de origem ideogênica seriam aquelas que poderiam ser descritas como as especificamente histéricas, mesmo que não constituíssem a totalidade destes fenômenos.

Outra importante formulação disse respeito à diferenciação operada pelos autores entre os estados de sono e vigília, bem como os diferentes estágios presentes entre eles, que compunham uma escala decrescente. Breuer pontuou enquanto principal diferença o fato de que, nos estados diversos à vigília, sendo o de sono sendo verificado através dos sonhos, poderiam estar presentes ideias de conteúdo incompatível quando comparadas entre si, sem que inibissem uma à outra. A partir dessa conclusão, propiciada pelas investigações iniciais dos sonhos e dos estados hipnoides, as últimas as mais robustas ainda neste momento do empreendimento, os autores mencionaram também a possibilidade de ampliarmos a compreensão sobre associações muitas vezes julgadas bizarras por nossa consciência, uma vez que “(...) no estado de sono mais profundo essa ruptura de vinculações entre os elementos psíquicos é levada ainda mais adiante e se torna total” (FREUD, 1893-95/1996, p. 245).

Enfatizaram ainda nessa publicação a questão da energia, abordada através do funcionamento cerebral e dos estados de repouso, vigília e sono. Para os autores, a sensação de desprazer surgia, de forma geral, com o aumento da quantidade de energia, após sua restauração com o sono, liberada normalmente mesmo em estado de repouso. Caso a energia disponível não fosse empregada e alguma das necessidades do organismo não fosse satisfeita, haveria acúmulo de excitação (intracerebral), percebida como desprazer. Versão ainda predominantemente biológica para o aspecto dinâmico da metapsicologia

freudiana, entendida pouco mais tarde como *princípio de prazer* (FREUD, 1893-95/1996).

Como pontuado por Breuer e Freud, o entendimento desse funcionamento nos permite perceber a existência da outra faceta desse princípio, a tendência à constância dos níveis de excitação. Essa teoria permitiu a Breuer, em sua parceria com Freud, presumir ainda a existência de “(...) um ponto ótimo para o nível de excitação tônica intracerebral” (FREUD, 1893-95/1996, p. 250), cujo processo é em seguida estabelecido sob o nome de incitação. Descreveu suas atividades e potencialidades da forma mais positiva, como máquina lubrificada, apesar de haver utilizado mais a metáfora do sistema de iluminação elétrica. Postulou que, quando do aumento da excitação, todavia, sua distribuição podia não se efetuar de maneira uniforme e produzir efeitos prejudiciais à eficiência, fornecendo a esse processo com o conceito de excitamento. Conforme complementou em seguida, consiste em um processo através do qual “(...) procura descarregar-se de formas mais ou menos violentas que são quase, ou até mesmo, patológicas” (FREUD, 1893-95/1996, p. 252).

Ao tratar de situações concretas em que possivelmente os processos de excitamento e o princípio de constância entravam em ação, os autores comentaram a necessidade de oxigênio, a fome, a sede, o processo de abstinência do uso de drogas e o impulso sexual. O princípio de constância não chegava a entrar em ação nos quatro primeiros, tendo em vista que nestes casos o processo de excitamento se dava a fim de movimentar o organismo no sentido da obtenção da substância faltante, enquanto que o restabelecimento das funções psíquicas seria relegado a um segundo momento (FREUD, 1893-95/1996). Introduziram, no entanto, uma diferença com relação ao impulso sexual, no que diz respeito à intersecção existente entre o funcionamento fisiológico, que dava início ao processo, em especial na puberdade, mas que se entrelaçava cada vez mais com os processos psíquicos. Propuseram que a construção de uma ideia por um indivíduo promovia psiquicamente excitação correspondente à propiciada pela fisiologia das “glândulas sexuais”. O excitamento, neste caso, acarretava em prejuízo do encadeamento de ideias, sendo classificado pelos autores enquanto “(...) a fonte mais poderosa de aumentos persistentes [e pouco uniformes] de excitação (e, em consequência, de neuroses)” (FREUD, 1893-95/1996, p. 254).

A partir disso, Breuer e Freud trabalharam o excitamento enquanto faceta psíquica das emoções, em seu aspecto patológico no caso das histerias. As emoções nomeadas por eles enquanto ativas promoveriam a descarga através da atividade motora. Teriam efeito, outrossim, na restrição da possibilidade de associação de ideias, a concatenação. No entanto, as emoções de medo, tinham efeito paralisante mais generalizado, desaparecendo somente através de novo nivelamento gradual.

Foi acrescentada à discussão da divisão da consciência na histeria novos fatores importantes, que deviam ser combinados ao primeiro, já debatido, do alto nível de excitação que não sofreu abreação ou foi impedido de vincular-se à cadeia associativa por via do pensamento. Esses elementos originais são, em primeiro lugar, o enfraquecimento anormal, defendido por Breuer, das resistências nas vias de condução. Isso significa que, por ocasião de uma doença orgânica prévia, por exemplo, o acesso da descarga de excitação seria facilitado para o órgão afetado, tornando este caminho disponível após a ocorrência da doença. Além disso, atuou também a determinação através do simbolismo. Através do exemplo do caso clínico de Ana O., Breuer refletiu sobre a formação de uma tosse nervosa, após episódios de ansiedade provocarem espasmos da glote, ou vômitos quando a ideia de impureza moral produzia sensação física de náusea (FREUD, 1893-95/1996, p. 264).

Com relação à impossibilidade da vinculação de ideias à cadeia associativa, Breuer explicou que se tratavam de ideias inadmissíveis à consciência, tendo suas possibilidades de associação bloqueadas e tornadas inconscientes. De acordo com ele, ainda, ao contrário do que se poderia imaginar, estas ideias não detinham menor intensidade do que as conscientes, podendo ser dotadas de fixação ainda maior. Isso explicava, conforme atestou, alguns fenômenos como os apresentados no caso de Cäcilie, de aparente debilidade mental contrastante com os momentos em que apresentava nível intelectual e “vivacidade mental” acima da média. Segundo ele, ao contrário das conjecturas de Janet sobre uma debilidade mental congênita constituinte da disposição à histeria, estes estados podiam ser explicados pelo nível de atenção e energia que os conteúdos tornados inconscientes atraíram para si: “(...) sua atividade intelectual, sua função associativa, é reduzida, porque apenas uma

parte de sua energia psíquica se acha à disposição do seu pensamento de vigília (...)" (FREUD, 1893-95/1996, p. 296).

Assim, acreditamos ter demonstrado nessa seção do capítulo o que Marneffe asseverou em seu artigo acerca do período de tempo que compreendeu a viagem de retorno de Freud após sua experiência na Salpêtrière e a publicação dos *Estudos sobre a histeria*: "(...) a visão de Freud divergiu da de Charcot em três áreas importantes: a etiologia da histeria, o uso da hipnose e o método clínico" (MARNEFFE, 1991, p. 92, tradução livre). A referida autora também ressaltou a importância da relação estabelecida com o paciente e da similaridade que esta adquiriu com uma relação de confiança. Podemos retomar a própria passagem de Freud, quando do relato do caso de Frau Emmy, cuja descrição é classificada por Strachey como possível primeira aparição do conceito de associação livre:

Assim toda vez, mesmo enquanto a massageio, minha influência já tem começado a fazer sentir seus efeitos (...). Nem sua conversa durante a massagem é sem objetivo, como possa parecer. Pelo contrário, encerra uma reprodução razoavelmente completa das lembranças e das novas impressões que a têm afetado desde a nossa última conversa, e com frequência nos leva, de maneira bem inesperada, a reminiscências patogênicas, das quais se desabafa sem que lhe peçam. (FREUD, 1893-95/1996, p. 99-100).

Segundo Marneffe, em seu estudo comparativo, os comentários de Charcot acerca dos conteúdos trazidos pelos pacientes que não diziam respeito estritamente ao interrogatório ou ao exame, muitas vezes eram rotulados como tagarelice ou alucinação. A psicóloga clínica referiu que foi também através do tratamento de Frau Emmy que Freud abandonou a teoria hereditária da histeria de Charcot, criticando a distinção insuficiente entre predisposição herdada à neurose e eventos traumáticos da infância, ou mesmo a falta de consideração da possibilidade de sua combinação.

Para a autora, no caso de Frau Emmy, afim de comprovar o aspecto falacioso da teoria da degenerescência na histeria, Freud ressaltou todas as qualidades da paciente. Enquanto Marneffe (1991) entendeu esse movimento freudiano em uma conotação machista, no sentido de realizar uma comparação com os homens e, assim, retirar a histeria da esfera da debilidade mental, podemos entender que tal movimento não necessariamente diz respeito a uma

comparação entre homens e mulheres. Além dessa possibilidade defendida por nós figurar a partir da análise do enunciado freudiano, temos em vista ainda o comentário de Breuer sobre Cäcilie, mencionado acima, que traz igualmente um relato sobre as capacidades intelectuais da paciente e não contempla uma alegoria do tipo apontado por Marneffe.

O procedimento de investigação pelo sentido do sintoma é apresentado de forma inaugural, segundo Marneffe (1991), pelo relato do caso de Elisabeth, uma vez que a história trazida em um primeiro momento pela paciente pareceu a Freud insuficiente para formar sintomas histéricos. A autora enfatizou que, ao invés de fornecer como explicação para esse descompasso uma suposta histeria constitucional, o percurso da pesquisa freudiana foi direcionado para o estabelecimento de que ligação podia estar presente entre as dores corporais e as impressões psíquicas dolorosas (MARNEFFE, 1991). Conforme podemos depreender da leitura do próprio Freud, o questionamento sobre como esses elementos haviam sido associados e por que as sensações físicas tinham seu uso enquanto símbolos das psíquicas “(...) não eram o tipo de perguntas que os médicos tinham o hábito de formular” (FREUD, 1893-95/1996, p. 193). Outras dificuldades apontadas por Freud nesse caso diziam respeito à ausência, ao menos em um período inicial do trabalho com Elisabeth, de esclarecimento das possibilidades terapêuticas e dos efeitos catárticos, obtidos em outros casos quando do relato realizado pelo paciente acerca de seu sofrimento. Além disso havia a impossibilidade de Freud colocar a paciente sob hipnose quando percebeu dificuldades no avanço do entendimento de sua história.

Após algum tempo do início do empreendimento, mesmo sem o auxílio da hipnose, Freud (1893-95/1996, p. 196) pôde investigar as causas das dores histéricas no caso de Elisabeth de maneira pormenorizada. Segundo o psicanalista, as dores seriam resultado de um processo de repressão da ideia erótica e a ligação da emoção, à primeira inicialmente atrelada, às dores físicas, que já estavam presentes em menor gravidade e, a partir de então, se intensificaram. A repressão da ideia, por sua vez, foi explicada por Freud através da existência de um conflito do qual a ideia passou a fazer parte. O contexto conflituoso foi gerado a partir do momento em que seus sentimentos de alegria, ligados a ideia erótica, foram sucedidos imediatamente por um agravamento do estado de saúde do pai, de quem cuidava de maneira obstinada.

Até esse ponto, Freud referiu haver falhado no estabelecimento das causas psíquicas das primeiras dores. O psicanalista superou essa dificuldade, no entanto, quando estabeleceu as suas origens em um processo reumático brando de causa orgânica, anterior aos acontecimentos, que serviu posteriormente como um modelo para as dores históricas. A apresentação vindoura das dores e sua intensificação foram esclarecidos enquanto “(...) expressão simbólica dos seus pensamentos dolorosos (...)” (FREUD, 1893-95/1996, p. 202). O sentimento de desamparo e de impossibilidade de dar um passo à frente, em sentido figurado, foi transformado em real dificuldade para deambular, conclusão que também observamos em Costa (2006, p. 25), em seu trabalho investigativo sobre a questão do sintoma psicanalítico. Para a psicanalista:

“As representações ‘permanecer de pé’ e ‘caminhar’ não vêm formar o sintoma por terem estado presentes em cenas traumáticas, e tampouco por representarem, elas mesmas, o sofrimento do trauma. Ao contrário da primeira, a hipótese da simbolização reconhece aquilo que a sobredeterminação do sintoma implica: a impossibilidade de conferir um sentido ao sintoma sem recorrer a uma cadeia de representações” (COSTA, 2006, p. 25).

Mesmo com o avanço de Freud no trabalho com Elisabeth e a apresentação de certa evolução no quadro, o autor referiu que a paciente com frequência exibia novamente os sintomas em sua antiga magnitude. Por estar ainda guiado, em conjunto com Breuer, pelo norte do método catártico, indicou naquele momento que isto se devia ao fato do trabalho terapêutico não haver findado de maneira definitiva.

Na seção de discussão do caso, após sua apresentação, Freud estabeleceu uma importante definição do processo em jogo: “Com relação a estes sentimentos [dissociados] ela estava na situação peculiar de saber, e ao mesmo tempo não saber – situação, vale dizer, na qual um grupo psíquico foi isolado” (FREUD, 1893-95/1996, p. 214). O autor já havia aludido a este entendimento, quando da apresentação do caso de Frau Emmy: “(...) seu comportamento na vida de vigília é dirigido pelas experiências que tem tido durante seu sonambulismo, apesar de crer, enquanto está acordada, que nada sabe a respeito delas” (FREUD, 1893-95/1996, p. 100).

A formação do grupo de ideias associadas que é excluído da consciência é explicada por ele ainda através do conceito de trauma. Contudo, foi sobre o próprio conceito que começaram a incidir as modificações construídas por Freud. Para o autor, as ideias incompatíveis não podiam estar separadas de antemão da consciência, o que determinava que em algum momento elas fizessem parte da cadeia associativa consciente e, a partir de então, causado o conflito. Freud se referiu a esse momento, no qual a ideia ainda faz parte da cadeia associativa e passa a ser percebida como incompatível com as demais formações ideativas, como detendo um caráter traumático: "(...) é nestes momentos que a conversão ocorre, da qual resultam a divisão da consciência e o sintoma histérico" (FREUD, 1893-95/1996, p. 217). Assim, iniciou-se o processo no qual Freud desenvolveu um estatuto interpretativo para o trauma psíquico, cujo percurso acompanhou o caminho de uma interrogação pelo sentido do sintoma.

Marneffe (1991) auxiliou-nos a apontar, a título de conclusão, duas mudanças essenciais operadas por Freud, em um de seus movimentos de distanciamento da medicina, com relação ao método clínico: a importância da relação médico-paciente, que se tornou pré-condição ou obstrução à tarefa terapêutica, e o reconhecimento de sua contribuição subjetiva, isto é, a sua interpretação na construção do caso. A autora asseverou ainda que foi crescente a importância atribuída às palavras e ideias, bem como seu papel no tratamento da histeria e no entendimento do processo de formação dos sintomas histéricos. Temos, assim, o início do estabelecimento da possibilidade de percebermos uma *função* no sintoma, apesar de seu caráter disfuncional, através principalmente do estudo dos sintomas histéricos: expressão, apresentada no campo somático, de uma ideia dissociada ou de um afeto estrangulado (FREUD, 1893-95/1996).

Freud prosseguiu com seus estudos sobre a etiologia da histeria e das demais neuroses, voltando a discutir inclusive o papel da hereditariedade nesse processo, como observamos no artigo *A Hereditariedade e a etiologia das neuroses* (1896/1996). O psicanalista discutiu o papel da hereditariedade na gênese das neuroses e a estabeleceu, nesse momento, enquanto pré-condição necessária e comprovada para que esse processo ocorra. Ele compreendeu que, quando outros fatores considerados causas específicas, isto é, eventos cuja ocorrência pode promover o desencadeamento da neurose, ocorrem nos sujeitos saudáveis não observamos o seu desenvolvimento. Ainda assim, Freud

anunciou desde o início do texto sua intenção em tratar a questão da hereditariedade atribuindo-lhe menor papel na etiologia das neuroses do que seu mestre Charcot havia feito. Podemos extrair um ponto de vista de extrema importância também na atualidade quando conteve o impulso de caracterizar a etiologia da neurose como hereditária simplesmente porque foi apresentada também por outros membros da família (FREUD, 1896/1996, p. 145-6). O fato de que os distúrbios nervosos estavam presentes na família de um sujeito não é suficiente para comprovar que há no código genético desse sujeito uma chave para o desenvolvimento da neurose. Freud (1896/1996) atestou ainda, calcado na observação e intervenção clínica, diariamente desempenhados por ele, que nos casos específicos da neurose de angústia e da neurastenia era possível inclusive prescindir da hereditariedade no estabelecimento da etiologia, uma vez que era suficiente a presença das causas específicas, relacionadas desde então à vida sexual dos sujeitos e à dinâmica psíquica nela envolvida.

Foi nessa publicação que Freud distinguiu o momento de ocorrência da experiência sexual e a posição desempenhada pelo sujeito numa cena de sedução infantil como causas específicas da histeria e da neurose obsessiva. Para que o sujeito desenvolvesse a primeira era preciso que se apresentasse o episódio de “uma experiência sexual passiva antes da puberdade” (FREUD, 1896/1996, p. 151). No caso da segunda possibilidade, era necessária uma experiência ativa do sujeito numa busca pelo prazer sexual. Elucidou brevemente, a partir dessa construção, a formação das obsessões como constituintes de: “(...) recriminações dirigidas pelo sujeito a si mesmo por causa desse gozo sexual antecipado, mas recriminações distorcidas por um trabalho psíquico inconsciente de transformação e substituição” (FREUD, 1896/1996, p. 154).

No entanto, a partir da demonstração do processo dinâmico que envolvia essa causa específica, Freud entendeu que a mesma não demonstrava grande poder etiológico, sendo as transformações somáticas relacionadas aos órgãos sexuais, ocorridas na puberdade, os processos que destacavam o que nomeou como traço psíquico inconsciente. Freud estabeleceu, então, o conceito psicanalítico inicial de trauma sexual: o resultado do traço psíquico inconsciente, pontuado pelo evento do abuso sexual, somado à passagem de um período de latência, durante o qual esse traço permaneceu adormecido, despertando

somente a partir do advento da puberdade. Freud (1896/1996, p. 148) considerou os eventos posteriores à puberdade como causas concorrentes, isto é, fatores que atuavam na etiologia das neuroses de maneira inespecífica, podendo contribuir com a produção de diversos quadros distintos.

Podemos dizer que nesse momento Freud realizava uma passagem do pensamento de uma causalidade natural, conforme as proposições charcotianas segundo as quais os fatores etiológicos envolviam a hereditariedade e, em segundo lugar, um evento traumático, julgado dessa forma pelas próprias qualidades do evento. De acordo com essa proposição, após a passagem de um período de tempo o sintoma aparecia. A causalidade psíquica, no entanto, que constituiu a proposta freudiana posterior, implica num conceito que abordamos em maior profundidade no capítulo seguinte, denominado sobredeterminação. Temos na publicação de 1896 uma transição entre esses dois momentos, devido à multiplicação dos elementos etiológicos em jogo: são necessárias as condições, as causas concorrentes, as causas específicas e as causas desencadeantes. No entanto, não há a proposição de um entrelaçamento complexo entre os elementos etiológicos e ainda se conta com o decorrer de um período de tempo cronológico.

A partir do ano seguinte, em 1897, percebemos que as proposições freudianas deram um novo passo em direção à lógica de uma causalidade psíquica para os sintomas nas neuroses, que ficou mais evidente na Carta 69, um documento endereçado a Fliess<sup>7</sup>, com o qual discutia diferentes proposições teóricas, antes de seu estabelecimento através dos artigos publicados.

---

<sup>7</sup> Wilhelm Fliess (1858-1928), foi médico alemão, com quem Freud manteve extensa correspondência, destacando-se para os estudos em psicanálise, aqueles que contém extratos de questões teóricas em desenvolvimento e a interlocução de sua autoanálise (FREUD, 1950/1996).

### 3. O PERCURSO ANALÍTICO DO SINTOMA

#### 3.1 PRIMAZIA DO ESTATUTO DINÂMICO

A *Carta 69* (1897/1996) de Freud a Fliess pode ser considerada um marco divisor em nosso trabalho, devido à introdução de pontos importantes de diferenciação com relação à própria teoria freudiana, na forma como a mesma viera sendo construída até então. Estes pontos dizem respeito a um impasse percebido por Freud em sua experiência clínica, que se devia à impossibilidade de manter como aporte teórico para as neuroses uma causalidade traumática real. Nos apontamentos destinados a seu interlocutor, Freud enumerou a dificuldade em concluir um processo de análise através do método baseado na teoria traumática real, isto é o método catártico, os altos índices de abandono do tratamento pelos pacientes, a ausência de êxitos completos nas análises de sintomas e a possibilidade de explicar êxitos parciais por outras vias. Além disso, o psicanalista também apontou que, para manter a hipótese da experiência de um traumatismo real, seria necessário apontar os pais como pervertidos em todos os casos, uma vez que o trauma era da ordem do sexual e envolvia a história familiar. Se assim fosse, demonstraria as perversões como ainda mais frequentes do que a histeria, algo que entendia desde então como improvável.

Freud também afirmou na *Carta 69* a impossibilidade de distinção entre realidade e ficção no campo inconsciente, bem como da inacessibilidade à etiologia infantil da psicose através de uma tentativa idêntica ao trabalho analítico empreendido nas neuroses naquele momento. A direção de tratamento para as neuroses implicava na suposição de que o processo etiológico havia sido tornado inconsciente pelo próprio sujeito e realizavam-se tentativas de trazer essas informações à consciência. As discussões presentes na obra freudiana sobre a formação do sintoma nas psicoses apresentam data anterior a 1915 e sua abordagem se dá ainda no conjunto das psiconeuroses, conforme abordamos inicialmente no capítulo anterior. Freud atribuiu, apesar da especificação apontada na comunicação a Fliess, um funcionamento para a paranoia que era

similar ao dos outros dois quadros constituintes desse grupo: a neurose obsessiva e a histeria, que especificou mais tarde sob a rubrica neuroses de transferência. Ele também abordou até aquele momento a participação da fantasia nesse processo, conforme podemos verificar na análise do caso Schreber (FREUD, 1913/1996), realizada a partir do livro de memórias publicado pelo jurista. Mais tarde, na publicação *Neurose e psicose* (1924/1996), Freud retomou a discussão sobre a formação do sintoma, no entanto, nos lembrando da participação do recalque e da fantasia, e atribuiu-lhe então o caráter de exclusividade de apresentação nesse processo de construção do sintoma para a neurose. Após essa particularização Freud não tornou a abordar de maneira aprofundada a formação do sintoma na psicose.

Ao retornarmos à *Carta 69*, percebermos que Freud estava preocupado em estabelecer o modo de funcionamento das pulsões, da formação dos quadros psíquicos e dos sintomas. Dito de outra forma, o aspecto dinâmico da metapsicologia freudiana estava desde então em evidência. Há ainda uma outra conclusão enunciada por Freud neste documento que demonstra sua preocupação: para ele, da mesma forma como os conteúdos inconscientes não superam por completo a resistência da consciência, também a consciência não seria capaz de dominar por completo o inconsciente.

Em nova comunicação realizada por Freud a Fliess, desta vez em 1899, através das *Cartas 101 e 105*, são introduzidas ideias formadoras dos pilares da concepção de sintoma no momento histórico comumente denominado de primeira tópica freudiana. Há certa superação da hipótese da causa traumática que parte de uma experiência real na formação do sintoma, uma vez que o teor das cartas passou das possibilidades de sedução precoce para a construção do conceito de fantasia. Freud afirmou nas cartas mencionadas que a fantasia se caracteriza por uma projeção para o passado, realizada pelo próprio sujeito e de maneira inconsciente, de conteúdos referentes a períodos posteriores da vida. Segundo o psicanalista, essa projeção confere uma nova interpretação aos conteúdos anteriores e se torna possível pelo estabelecimento de um “vínculo verbal” entre os conteúdos. Dessa maneira, o papel da fantasia tornou-se importante para a compreensão da formação de sintomas e a existência dessa associação verbal fez com que o autor a comparasse à formação dos conteúdos do sonho.

Freud ressaltou uma especial aplicabilidade da lógica operativa da vida onírica à formação dos sintomas histéricos e deduziu uma semelhança existente entre eles: ambos constituem realização de desejo (FREUD, 1900/1996). É essa semelhança, em conjunto com outros fatores que abordamos adiante, o que nos permite afirmar que o sintoma é uma formação do inconsciente. Apesar disso, para Freud, havia também uma importante distinção: o sintoma deveria ter um processo de formação mais complexo, devido ao fato de manter sua apresentação na vida do sujeito e deter caráter de formação de compromisso, questão à qual também retornamos de forma mais aprofundada em seguida. Isso significa que a maneira como se engendra o sintoma foi explicada pelo autor como conveniente às moções que chamou de pensamento recalcado e, ao mesmo tempo, às responsáveis pelo movimento recalcador, tendo em vista que o sintoma pode ser considerado sob muitos aspectos uma punição ao sujeito.

Se o sintoma, assim como o sonho, foi considerado uma formação do inconsciente, isso quer dizer que a constituição do primeiro depende dos mesmos mecanismos em vigência no segundo. Podemos dizer que os procedimentos descritos na obra freudiana através dos conceitos de deslocamento e condensação, especialmente a partir de 1900 em *A Interpretação dos Sonhos*, também se aplica ao estudo da formação dos sintomas de acordo com a psicanálise. Uma importante questão que podemos destacar sobre a condensação, de início, diz respeito ao que Freud chamou de “pontos nodais”. Os pontos nodais são elementos presentes no conteúdo manifesto dos sonhos que aglutinam, condensam como o nome sugere, vários sentidos possíveis, que podem ser alcançados através da análise e interpretação dos sonhos (FREUD, 1900/1996). Para Freud, o trabalho de condensação pelo qual os pensamentos oníricos passam explica a enorme divergência entre os “volumes” do que entendemos como conteúdo manifesto e os possíveis sentidos extraídos do sonho através do processo de análise e interpretação. Dessa forma, os pontos nodais seriam elementos de convergência de diversos pensamentos oníricos, unidos por um trabalho de encadeamento associativo, que se tornam assim, capazes de ultrapassar a barreira interposta pela censura egoica. A condensação também aparece no fato de que cada pensamento latente é representado por diferentes elementos presentes no conteúdo manifesto do sonho (FREUD, 1900/1996). O autor ao qual nos referimos na presente seção

destacou a importância de nos atentarmos ao fato de que este trabalho é inconsciente. Portanto, esse expediente não ocorre conforme a intencionalidade da consciência, o que torna impraticável estabelecermos *a priori* no registro do inconsciente uma diferença entre realidade e fantasia. Ambas aparecem tanto no sintoma como em outras formações do inconsciente, a exemplo do sonho, com o mesmo grau de validade (FREUD, 1900/1996). O que permitiria um exercício nesse sentido, seria apenas o instrumento da interpretação no contexto da análise, tendo em vista que esta, na configuração da associação livre, nos fornece o conteúdo do pensamento onírico, para uma posterior interpretação. O trabalho de condensação no sonho também evidencia, segundo Freud (1900/1996), o tratamento de igualdade dado pelo processo de pensamento inconsciente, também denominado de processo primário, para as palavras e as coisas. Para o autor, este curioso fato é ainda mais claro quando da análise dos nomes e palavras presentes nos sonhos.

O trabalho de deslocamento, por sua vez, foi explicado por Freud a partir da inversão do conceito anterior: "(...) o que é claramente a essência dos pensamentos do sonho não precisa, de modo algum, ser representado no sonho. (...) seu conteúdo tem elementos diferentes como ponto central" (FREUD, 1900/1996, p. 333). Isso significa que o valor atribuído aos elementos constituintes do conteúdo latente do sonho não obtém, necessariamente, o mesmo investimento no conteúdo manifesto. Pelo contrário, o processo de deslocamento, através do qual se desliza a importância de um elemento a outro, destaca no conteúdo manifesto certo elemento que, se estivesse em consonância com o conteúdo latente, não obteria destaque. Possibilita-se assim, novamente, que este elemento ultrapasse a barreira da consciência e atinja qualidade consciente, mesmo que apenas através do sonho. Ainda em 1900, na obra que inaugurou os textos psicanalíticos como os conhecemos, Freud explicou que o processo de interpretação dos sonhos é análogo ao da associação livre, método introduzido à propósito da condução da análise cinco anos antes. Para o autor, foi justamente a distância que o elemento representante da ideia inconsciente manteve com relação ao núcleo do sonho o que possibilitou a sua emergência enquanto conteúdo manifesto. Ou seja, quanto maior esta distância, quanto maior o número de "elos" de associação existentes entre o elemento representante e o núcleo do sonho, mais fácil seria

a sua passagem pela censura egoica (FREUD, 1900/1996). No caso do sintoma, por sua vez, podemos entender que, seguindo a associação demonstrada através do encadeamento de pensamentos evidenciado pelo relato do paciente, os conteúdos mais facilmente acessados pela consciência são aqueles que guardam maior distância com relação ao núcleo patogênico (FREUD, 1915/1996). Assim, foi possível ao psicanalista afirmar que o modelo para a formação de sintomas é o mecanismo de construção onírica (FREUD, 1916b/1996), guardadas as especificidades com relação ao sonho, conforme expusemos acima.

Freud retomou questões importantes sobre a formação dos sonhos à propósito da análise do caso clínico Dora, no texto *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905a/1996). A própria divisão do texto estabelecida por Freud, com três capítulos ao todo e dois deles dedicados aos sonhos analisados nas sessões com a paciente, demonstra a importância desse processo para o autor. Em um comentário introdutório do editor, encontramos a designação do papel desempenhado pelo texto no interior da obra freudiana de maneira geral: uma passagem possível de suas proposições sobre a interpretação dos sonhos para a teoria da sexualidade infantil (1905a/1996, p. 16).

Uma das abordagens dos sonhos retomadas por Freud no caso Dora deu-se com relação ao fato de que um sonho apresentado em determinado momento da vida de um sujeito diz respeito tanto àquele momento quanto a um outro, por sua vez referido à sua infância. Para o psicanalista, tal movimento constituiu uma tentativa inconscientemente elaborada pelo sujeito, a fim de remodelar o período sonhado conforme as experiências infantis. Podemos compreender esse movimento de reinterpretação do presente a partir do passado como inverso àquele característico ao trauma e à interpretação, conforme o que o autor propõe ao estabelecer uma causalidade psíquica para os sintomas histéricos e demais formações do inconsciente. Nestes casos, é um elemento do presente que serve para ressignificar a experiência infantil.

Outro detalhe que reivindica atenção especial é a especificação de Freud sobre a participação dos resíduos diurnos na construção dos sonhos. Uma preocupação diurna, segundo ele, o que podemos ler também como consciente, não é suficiente para a constituição de um sonho. O psicanalista propôs que é sempre necessária a existência de uma espécie de “capitalista”, um outro

elemento que deve fornecer a força impulsora para que essa construção onírica se torne possível, isto é, que haja um desejo inconsciente como suporte desse expediente (FREUD, 1905a/1996).

Da mesma maneira, podemos entender o caminho para a formação dos sintomas como um processo complexo, e não simplesmente decorrente de uma preocupação ou impedimento à realização de uma satisfação colocados por fatores externos, um posicionamento teórico que o autor defendeu também em momento posterior (FREUD, 1926a/1996). Na própria publicação do caso Dora podemos encontrar referência a essa correspondência específica existente entre a formação dos sonhos e dos sintomas, na interpretação realizada por Freud do sintoma de “arrastar o pé”. Essa dificuldade na deambulação havia sido entendida pelos médicos anteriormente como sequela de uma apendicite da qual a paciente havia sofrido, um resultado compreendido por Freud como incomum nos casos dessa afecção. Freud o interpretou no momento da análise como um autêntico sintoma histérico, pois, de acordo com ele, o sintoma representava o “passo em falso” dado por Dora à ocasião de sua leitura indecorosa de uma enciclopédia. Nove meses após o evento, uma passagem de tempo que detém simbolismo especial conforme podemos compreender e que Freud também assinalou, a paciente apresentou novamente esse fenômeno. O autor acrescentou ainda que: “Tais sintomas só se formam, (...) quando se tem um modelo infantil para eles. (...) devo sustentar firmemente que as lembranças que se tem de épocas posteriores não dispõem da força necessária para se impor como sintomas” (FREUD, 1905a/1996, p. 101).

O relato da análise dos sonhos de Dora também forneceu a Freud uma oportunidade de abordar conceitos primordiais para se pensar os sintomas, especialmente na histeria, como a sobredeterminação, a complacência somática e as vias de dissolução do sintoma possibilitadas pelo tratamento. Sobre a primeira podemos resgatar a questão dos pontos nodais na análise do sonho, um conceito que porta a significação de uma ligação entre vários círculos de representações nos pensamentos oníricos (FREUD, 1905a/1996). Um exemplo da abordagem do processo de sobredeterminação presente nos sonhos de Dora pode ser citado (FREUD, 1905a/1996, p. 94-5): a perambulação pela cidade estranha no segundo sonho, um elemento manifesto do sonho representando um período de tempo com uma ação específica que Dora foi capaz de fazer

retornar, através do trabalho de associação livre na análise, a situações múltiplas. A discussão dos pontos nodais no contexto da discussão sobre o sintoma apareceu inicialmente na proposição freudiana de uma psicoterapia da histeria. Segundo Freud, a formação do sintoma seria sobredeterminado devido à sua causação ser determinada de diversos modos, de acordo com uma cadeia lógica, que corresponderia a "(...) um sistema de linhas em ramificação e, mais particularmente, a um sistema convergente" (FREUD, 1893-5/1996, p. 313).

Conforme o *Vocabulário de Psicanálise*, o conceito de sobredeterminação diz respeito à etiologia do sintoma, para a psicanálise, "(...) remeter para uma pluralidade de fatores determinantes. Isso pode ser tomado em dois sentidos bastante diferentes" (LAPLANCHE, 2001, p. 487-8). A primeira de tais possibilidades foi explicada através da formação dos sintomas como resultante de muitas causas. Essa afirmação pode ser encontrada no texto freudiano *Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia* (1895/1996), apesar de não levar naquele momento a nomenclatura sobredeterminação. Freud explicou a necessária multiplicidade de causas para que ocorra a neurose de angústia, ou mais precisamente quatro elementos distintos: "(a) Precondição, (b) Causa específica, (c) Causas concorrentes, e, como um termo não equivalente aos anteriores, (d) Causa precipitante ou desencadeante" (FREUD, 1895b/1996, p. 136). É interessante, no entanto, atentarmos para a doença que Freud utilizou como exemplo deste quadro esquemático: a tuberculose pulmonar. Podemos concluir então que essa explicação não é alheia ao campo da medicina, ou a afecções nervosas que não concernem ao campo da intervenção psicanalítica, como é o caso da própria neurose de angústia e demais quadros classificados por Freud como pertencentes ao eixo das neuroses atuais. Retornando a Laplanche, temos que o uso mais aceito e apropriado do conceito de sobredeterminação diz respeito à formação inconsciente através da organização de múltiplos elementos com esta qualidade, em diversos níveis possíveis de interpretação. Podemos destacar duas importantes precisões realizadas acerca do conceito: "(...) a sobredeterminação não implica que o sintoma ou o sonho se prestem a um número indefinido de interpretações. (...) também não implica a independência, o paralelismo de diversas significações do mesmo fenômeno" (LAPLANCHE, 2001, p. 488). Antes, a sobredeterminação liga-se intimamente com a ideia de ramificação, isto

é, encadeamentos múltiplos a partir de uma mesma cena, por exemplo, conforme encontramos em alguns momentos distintos da obra freudiana (FREUD, 1893-5/1996, 1896c/1996, 1900/1996, 1905/1996).

A sobredeterminação para Freud se reflete não apenas nos elementos etiológicos das formações do inconsciente, como os sonhos e sintomas, mas também na multiplicidade de significados passíveis de atribuímos aos mesmos. O sintoma freudiano corresponde necessariamente a diversos significados de maneira simultânea, que não precisam ser compatíveis ou complementares quando comparados quanto ao seu conteúdo lógico, e podem adquirir diferentes significados sucessivamente, ou seja, ainda podem modificar-se ao longo do tempo (FREUD, 1905a/1996, p. 58). Para o autor, as palavras ambíguas utilizadas no decurso da associação livre em análise determinam uma reviravolta de sentido e tem, assim, sua participação demonstrada no processo de sobredeterminação das formações do inconsciente. Elas permitem que verifiquemos ao menos a existência de um “duplo sentido” (FREUD, 1905a/1996, nota de rodapé, p. 68). Há, no entanto, um detalhe importante: ao menos um dos significados do sintoma é a representação, e, dessa forma, a realização de uma fantasia de conteúdo sexual (FREUD, 1905a/1996, p. 53). É inclusive a fantasia o elemento que fornece a possibilidade de convergência para os diversos significados do sintoma, pois a única exigência para que esse processo se torne possível é que estes diferentes significados estejam articulados ao conteúdo da fantasia.

Além disso, a sobredeterminação nos sintomas histéricos inclui o corpo, sendo a participação dos fatores somáticos apontada por Freud como um daqueles que possibilita um diagnóstico diferencial da histeria dentre as demais psiconeuroses (FREUD, 1905a/1996, p. 49). Este processo, no entanto, ocorre de maneira bastante específica e depende de um investimento privilegiado anterior da área corporal afetada, ou seja, uma fixação da libido. Quando da investigação etiológica dos sintomas de tosse e rouquidão de Dora, Freud realizou uma analogia com a formação das pérolas a partir de um grão de areia, para demonstrar que houvera “(...) uma trama orgânica pré-estruturada” e que os cursos de pensamento inconscientes determinantes na formação dos sintomas somáticos apresentados foram organizados “como uma grinalda sobre a armação de arame” (FREUD, 1905a/1996, p. 84). Este processo é formalizado

enquanto conceito na publicação do caso Dora sob o nome de complacência somática, mas já havia sido introduzido nos *Estudos sobre a histeria*, no caso Caecilie. Naquele momento, Freud afirmara que é preciso que as possibilidades somáticas que se apresentam ao sujeito histérico sejam adequadas do ponto de vista simbólico, para representar a trama sobredeterminada do sintoma: “(...) dentre todas as dores que a afligiam na época, [escolheu] a dor específica que era simbolicamente apropriada, a dor no calcanhar direito, e a transformara numa dor psíquica, imprimindo-lhe uma persistência especial” (FREUD, 1893-5/1996, p. 207).

Essa constância do sintoma histérico, apesar de ter sido explicada nesse momento inicial da obra psicanalítica através da complacência somática, passa a ter um aprofundamento diverso quando o autor estabelece seu conceito de pulsão de morte, conforme apontamos adiante. Como observamos na discussão do caso Dora, no entanto, Freud conferiu destaque ao conservadorismo do sintoma no seu aspecto somático, o que, segundo ele, torna muito difícil de o constituir. Quando esse processo se torna disponível ao sujeito, conforme as condições que expusemos acima, ele adquire uma estabilidade que torna complicada a sua substituição, “(...) enquanto a [parte] psíquica se afigura como o elemento mais variável e mais facilmente substituível. Todavia, não se deve pretender inferir dessa relação nenhuma hierarquia entre os dois elementos” (FREUD, 1905a/1996, p. 58-9). A complacência somática é o que permite então a chamada conversão, descrita principalmente nos casos das crises na histeria, a partir de Charcot, como discorreremos anteriormente. Em conjunto com os germes infantis da perversão, as zonas erógenas e a predisposição à bissexualidade, a complacência somática foi entendida por Freud como fundamento orgânico dos sintomas, no qual a análise por vezes “tropeça” (FREUD, 1905a/1996). Apesar disso, ele anunciou que a técnica da psicanálise, ainda que não deixe de considerar as bases orgânicas da neurose, como fica evidente, compreende que não há avanço se buscarmos seu aprofundamento no modelo explicativo anatomopatológico, ou em disfunções fisiológicas e, portanto, mantém o seu modo de investigação e intervenção psíquica. É preciso lembrar também que as tentativas anteriores às suas privilegiavam justamente o paradigma da causação orgânica na histeria e sabemos que seus limites foram ainda mais circunscritos em termos de viabilidade de cura ou melhora, por

exemplo. Foi justamente a invenção da psicanálise que promoveu avanços nesse sentido.

A abordagem freudiana das possibilidades de resolução dos sintomas levou em conta os limites desse modo de intervenção e investigação, portanto, desde muito cedo. Antes mesmo da discussão no caso Dora, eles foram percebidos e discutidos, ainda que de maneira superficial, na seção sobre a *Psicoterapia da histeria*, quando abordou o que denominou como recalcitrância terapêutica, isto é, a permanência de um resíduo do sintoma após o trabalho de interpretação (FREUD, 1893-5/1996). Retornamos a essa questão de maneira mais aprofundada no próximo capítulo. Antes de nos determos nos limites dessa práxis, é importante demarcar os avanços por ela possibilitados, bem como sua maneira de operar.

Freud considerou as possibilidades de Dora frente ao impasse com relação à sexualidade. A discussão do caso à qual nos referimos imprimiu nos textos freudianos a abordagem pormenorizada da história do sujeito e as dificuldades da sexualidade infantil. Este último ponto foi tratado pelo autor de maneira mais geral na publicação seguinte, os *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905b). Portanto, desde o caso Dora, contamos com a demonstração da escolha inconsciente do sujeito pela neurose, evidenciada pelas possibilidades frente à sexualidade e à trama edipiana: a sexualidade trazia duas possibilidades, uma de entrega plena, a perversão, ou o repúdio da mesma através do adoecimento neurótico, sendo a segunda opção a realizada por Dora (FREUD, 1905a/1996, p. 87). Observamos aí mais um fundamento para sua proposição dos sintomas neuróticos enquanto substitutos da atividade sexual.

A cura dos sintomas e o final do tratamento foram entendidos por Freud nesse momento como dependentes da dissolução do vínculo com o analista<sup>8</sup>, não havendo desaparecimento dos sintomas *durante* o tratamento. “A produtividade da neurose de modo algum se extingue, mas se exerce na criação de um gênero especial de formações de pensamento, em sua maioria inconscientes (...)” (FREUD, 1905a/1996, p. 111), o que denominou transferência. A transferência não foi criada pelo tratamento psicanalítico,

---

<sup>8</sup> Na edição do texto que se refere à análise de Dora foi utilizada ainda a palavra médico, mas entendemos ser possível substituí-la pela empregada acima, tendo em vista as proposições freudianas em *A questão da análise leiga* (1926b/1996).

conforme Freud também o defendeu (1905a/1996), mas este é o único que se preocupa em abordá-la, uma vez que no processo analítico todas as moções inconscientes são “despertadas”. As moções hostis e de crueldade não escapam a este fim, apresentam também uma função de sustentação dos sintomas e são igualmente transferidas à figura do analista, tal qual as amorosas.

A elucidação dos sintomas histéricos em Freud contemplou, dentre outros fatores, a investigação dos processos patológicos de doenças orgânicas anteriores. Esses processos apresentam papel importante na formação dos sintomas somáticos, conforme verificamos acima através do comentário sobre o conceito de complacência somática. Além disso, são necessariamente abordados na análise os relacionamentos familiares e aqueles de alguma maneira ligados a estes, bem como os processos de identificação, importantes na formação dos sintomas na histeria, conforme também verificamos no caso Dora. O método da associação livre permaneceu desempenhando o papel central na investigação destes aspectos da vida do sujeito: “(...) o conhecimento dos vínculos de pensamento que se mostram eficazes em cada indivíduo é de valor insubstituível para a resolução dos sintomas” (FREUD, 1905a/1996, p. 85). E, conforme aprendemos com a análise dos sonhos, também deve ser necessariamente estabelecido o “capital” investido para a formação dos sintomas. Para Freud, ao contrário do que poderíamos imaginar, a sexualidade não exerce uma intervenção única neste processo, mas age continuamente e “(...) fornece a força impulsora para cada sintoma singular e para cada manifestação singular do sintoma. Os fenômenos patológicos são, dito de maneira franca, a atividade sexual do doente” (FREUD, 1905a/1996, p. 110).

Freud realizou uma abordagem posterior do caso Dora na publicação *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921/1996), na qual tratou de mais uma possibilidade de formação do sintoma histérico, a qual é importante que façamos referência nesse momento. Essa possibilidade se referiu à construção do sintoma por identificação, uma via para que o ego assuma características do objeto externo, mesmo que essa característica signifique o seu sofrimento. O psicanalista se referiu a esse processo como o “mecanismo completo da estrutura de um sintoma histérico” (FREUD, 1921/1996, p. 110).

Retornando a 1905, desta vez nos *Três ensaios sobre a sexualidade*, Freud afirmou que a energia sexual não consiste apenas em um importante

colaborador no processo da formação dos sintomas, mas os próprios sintomas constituem a maneira pela qual se expressa a vida sexual dos sujeitos neuróticos. Essa expressão, segundo ele, pode se dar em caráter exclusivo, predominante ou parcial. Freud complementou essa assertiva com uma nota acrescentada à publicação original no ano de 1920, e referiu-se ao papel exercido pelo sintoma na resolução de um conflito existente entre as pulsões sexuais, que demandam satisfação ao sujeito, e as ressalvas egoicas a essa demanda (FREUD, 1905b/1996).

Apesar de podermos afirmar que as alusões à discussão sobre o sintoma nos *Três ensaios sobre a sexualidade* são escassas, elas constituem importantes possibilidades de aprofundamento do debate. Temos três aforismos principais que concernem ao estudo da formação dos sintomas, enunciados no primeiro ensaio, em uma seção específica do ensaio na qual o autor discute a relação das perversões com a neurose. Para Freud, parte da formação dos sintomas na neurose se dá às expensas do que se chamou “sexualidade anormal”, isto é, das moções pulsionais que não são correlatas a uma prática heterossexual, que objetiva a reprodução. À época, vinham sendo realizados debates no campo da psiquiatria e da neurologia que evidenciavam uma suposta dicotomia entre as concepções que tentavam explicar as supracitadas práticas. As propostas existentes diziam respeito a construtos segundo os quais o desenvolvimento sexual naquele sentido se devia a uma degeneração ou ao inatismo. Freud (1905b/1996) inaugurou uma possibilidade de saída dessa falsa polaridade, pois afirmou o caráter perverso e polimorfo da pulsão, sempre presente no desenvolvimento humano, a não ser nos casos nos quais se empregou um mecanismo defensivo, como o recalque. Quando este mecanismo foi utilizado, falamos então de neurose, e temos o emprego dessas moções desviantes quanto ao objeto sexual não satisfeitas na prática sexual propriamente dita, transferidas para o campo do sintoma.

O segundo aforismo presente na seção à qual nos reportamos, por sua vez, diz respeito à possibilidade de demonstração de que participam da formação dos sintomas as moções de transgressão anatômica, isto é, as pulsões desviantes quanto ao objetivo sexual. Freud ainda se referiu, em um terceiro aforismo, à percepção de que “um papel muito destacado entre os formadores de sintomas das psiconeuroses é desempenhado pelas pulsões parciais (...)”

(FREUD, 1905b/1996, p. 158). Uma das mais importantes contribuições nesse sentido é fornecida pela forma passiva da pulsão de crueldade em sua fusão com a pulsão sexual, cujo resultado é o masoquismo. Essa participação foi compreendida por Freud como indispensável à elucidação dos sintomas neuróticos, pois, segundo o autor, domina boa parte da conduta social na neurose (FREUD, 1905b/1996). A este ponto da discussão retornamos no capítulo seguinte.

Desde os *Estudos sobre a histeria* (1893-95/1996), Freud apontou para uma relação existente entre o sintoma e o processo de recalque, à qual aludimos rapidamente acima. Apesar disso, naquele momento, o papel desempenhado pelo sintoma nessa dinâmica foi explicado pelo psicanalista como o constituinte de um símbolo mnêmico da lembrança recalçada. Essa alusão de deveu às possibilidades que Freud detinha à época para explicar o processo próprio ao recalque, construídas a partir da experiência clínica com a histeria e através do método catártico. Para o autor, naquele momento, haviam duas razões principais para o sintoma ser entendido enquanto resultante do recalque: a primeira foi situada por ele no campo da experiência real, hipótese que logo abandonou – a partir de 1897, conforme verificamos na *Carta 69 a Fliess* –, que teria ocorrido em um momento no qual o sujeito se encontraria sob estado hipnoide, um momento peculiar de dissociação psíquica. Tal hipótese foi mais tarde situada por Freud (1905a/1996) como sendo de autoria exclusiva de Breuer. A segunda das possibilidades apontadas por Freud foi a que mais se aproximou de sua definição posterior, ao propor que um conteúdo incompatível com o ego tenha sido rechaçado por esta instância psíquica (FREUD, 1893-5/1996). No entanto, inclusive neste segundo caso, a questão permaneceu ainda de certa forma ligada à existência de uma experiência prévia real. Isso quer dizer que, ao suspender o recalque, ao promover o retorno do conteúdo rechaçado à consciência, suspender-se-ia aquilo que constitui o sintoma, pois seriam uma e mesma coisa.

Como podemos perceber através da análise de textos posteriores, a relação existente entre o recalque e o sintoma ganhou profundidade e complexidade ao longo da obra freudiana. O segundo momento histórico no qual essa questão apareceu diz respeito ao texto *Delírios e sonhos na "Gradiva" de Jensen* (1907/1996), à propósito da análise estabelecida por Freud da obra

literária homônima. Naquele momento, a solução “pacífica” do método catártico perdeu seu lugar, ficando claro, através de sua observação clínica, que, quando do trabalho analítico de trazer à consciência os conteúdos recalcados, não há simples dissolução do sintoma, mas “(...) o componente instintual em questão é necessariamente despertado para uma nova luta com as forças repressoras, (...) geralmente acompanhado de violentas manifestações de reação” (FREUD, 1907/1996, p. 82). Para o autor, a partir de então, o processo de cura passava pela tentativa de promover a emergência do conteúdo recalcado, mas também de estabelecer uma combinação das pulsões sexuais parciais: “Todo tratamento psicanalítico é uma tentativa de libertar amor reprimido que na conciliação de um sintoma encontrara escoamento insuficiente” (FREUD, 1907/1996, p. 82). Assim, Freud apontou novamente para uma duplicidade: os sintomas podiam estar relacionados ao recalque ou a um retorno do recalcado.

No entanto, a discussão da relação entre recalque e sintoma foi retomada do ponto de vista de uma exposição teórica aprofundada apenas no texto metapsicológico *Repressão* (FREUD, 1915/1996). Freud explicou que o funcionamento do mecanismo de repressão é, em essência, um afastamento de determinada ideia da consciência, juntamente com todos os seus derivados. Esses derivados, contudo, podem retornar à consciência caso se tornem suficientemente afastados da ideia inicialmente recalçada, ao ponto de não serem mais reconhecidos como tais, o que lhes permite então superar a censura egoica. Ou seja, trata-se de um processo análogo ao da manifestação de determinado conteúdo na construção onírica, conforme demonstramos acima. Os sintomas neuróticos, “(...) devem satisfazer a essa mesma condição, já que são derivados do reprimido, o qual, por intermédio deles, finalmente teve acesso à consciência, acesso este que anteriormente lhe era negado” (FREUD, 1915/1996, p. 154). Freud sustentou a partir de então que é o recalque secundário o elemento que fornece o valor etiológico ao sintoma.

Através da associação livre, porém, o sujeito pode ser auxiliado a reconstituir esses elos de ligação apesar de, a partir disso, em geral colocar em movimento uma nova moção no sentido de um reforçamento do recalque. Freud também se perguntou sobre uma possível coincidência entre a formação de substitutos e de sintomas, uma vez que ambos seriam fruto do processo de recalque. A resposta a que chegou foi:

A probabilidade geral pareceria ser a de que os dois são amplamente diferentes, e a de que não é a própria repressão que produz formações substitutivas e sintomas, mas que estes últimos são indicações de um *retorno do reprimido* e devem sua existência a processos inteiramente outros (FREUD, 1915/1996, p. 158-9, grifo do autor).

Nos anos seguintes à publicação dos textos metapsicológicos, Freud proferiu uma série de conferências na Universidade de Viena, que foram registradas e publicadas nas *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise* (1915-7). Abordamos neste trabalho apenas aquelas em que tratou da questão do sintoma, como a *Conferência XVII: O sentido dos sintomas* (1917a/1996). Freud iniciou essa comunicação retomando a distinção por ele apontada anteriormente entre a psiquiatria e a psicanálise, no que concerne à apreciação dos sintomas relatados pelos pacientes. Para a primeira, não há atribuição de importância à forma externa de cada sintoma<sup>9</sup>, enquanto a segunda confere alto valor à sua investigação, uma vez que considera os sintomas enquanto portadores de um sentido e estando relacionados à vida do paciente. Portanto, para a psicanálise, o sintoma não é correlato a um transtorno, por exemplo, mas uma produção do sujeito, que merece uma investigação pormenorizada e detém especificidades importantes quando pensamos sobre as possibilidades referentes ao seu tratamento.

Dessa vez, Freud se debruçou sobre a neurose obsessiva e a diferenciou da histeria no que tange à esfera privilegiada para os fenômenos sintomáticos: a primeira, segundo ele, praticamente prescinde do campo somático, de sorte que engendra a apresentação de seus sintomas na esfera psíquica (FREUD, 1917a/1996). O mecanismo de deslocamento é também o privilegiado nesses casos, tornando possível ao sujeito produzir o conteúdo do sintoma de maneira que ele permaneça distante do que inicialmente havia correspondido ao problema para o paciente. Podemos justificar essa assertiva freudiana com os exemplos abordados por ele na conferência, que dizem respeito a uma explicação da construção dos rituais obsessivos. No entanto, em conformidade com o tratamento proposto para a histeria, também na neurose obsessiva foi

---

<sup>9</sup> Ao menos não há atribuição de importância à forma externa dos sintomas psíquicos. Quando se trata dos sintomas somáticos, na histeria, por exemplo, ou em doenças orgânicas, temos a descrição pormenorizada como tarefa principal da neurologia com Charcot, conforme apreciamos ao início deste trabalho, e da psiquiatria na atualidade.

possível a Freud realizar a abordagem dos sintomas através da associação livre. Esse método permitiu a ele, da mesma forma como na histeria, o estabelecimento das cadeias associativas presentes entre o conteúdo que confere a forma externa do sintoma obsessivo até o seu núcleo patogênico. A diferença primordial, todavia, disse respeito ao fato de que para a histeria esse conteúdo é uma representação simbólica do conteúdo do núcleo patogênico, que se refere à fantasia. Já no caso da neurose obsessiva há uma substituição de um elemento por outro, que justifica a sua asserção sobre a prevalência do uso do deslocamento, em detrimento da condensação.

Mesmo assim, Freud percebeu que a condensação pode estar presente na formação do sintoma obsessivo e retomou à discussão acerca da sobre-determinação do sintoma ao elucidar um exemplo de ritual patológico de dormir, na análise de uma paciente. Verificou, dessa maneira, a existência de um ponto nodal que possibilitou a convergência de mais de uma fantasia na produção do sintoma. Ele ainda se referiu ao caráter de formação de compromisso apresentado pelo sintoma nesse caso, uma vez que “(...) as regras estabelecidas pelo ritual reproduziam os desejos sexuais da paciente, num ponto positivamente e, noutro, negativamente – em parte representavam esses desejos e em parte derivam de defesa contra os mesmos” (FREUD, 1917a/1996, p. 266).

O sintoma enquanto uma formação de compromisso apareceu na obra de Freud pela primeira vez como uma maneira de conciliar representações contraditórias, primeiramente em referência a moções recalçadas e recalçadoras (FREUD, 1896c/1996, p.172). O recurso à formação de compromisso foi caracterizado então como um processo iniciado com o retorno das lembranças recalçadas, devido ao fracasso da defesa na neurose. O sintoma obsessivo, por exemplo, foi abordado pelo autor, no seu aspecto dinâmico, como resultado de uma combinação possível entre as representações do retorno do recalçado e as autoacusações decorrentes deste.

A formação de compromisso foi abordada em seguida, à título de comentário breve, na *Carta 61* a Fliess. Naquele momento, o psicanalista se debruçou sobre o conjunto de quadros denominados neuropsicoses (histeria, neurose obsessiva e paranoia) e se referiu às formações de compromisso enquanto equivalentes ao sintoma, como irrupções na consciência de

fragmentos mnêmicos, fantasias protetoras e impulsos inconscientes (FREUD, 1897a/1996). A manifestação específica dos sintomas obsessivos foi de especial interesse para Freud e, na discussão posterior sobre sua relação com os mecanismos de formação oníricos (1916a/1996), o autor concluiu que o conteúdo manifesto consciente proporciona apenas uma alusão aos fatores inconscientes que ele representa, assim como o conteúdo latente o faz nos sonhos. Até então não havia grande particularidade com relação a outros tipos de sintomas. A diferença se apresentou, doravante, no tipo de conflito a que o sintoma viria dar resolução. Na neurose obsessiva representou a conjunção de ambos os impulsos agressivos e sexuais, enquanto na histeria ele foi tomado como resultado do processo de recalque. No que diz respeito a esta última, Freud se referiu também à participação dos mecanismos de condensação e de regressão para a constituição do sintoma (FREUD, 1900/1996).

A possibilidade de combinação entre dois elementos contraditórios do inconsciente foi descrita por Freud através da apresentação de “(...) uma semelhança entre as próprias coisas ou entre as representações de palavra – serve de oportunidade para a criação de um terceiro elemento, que é uma representação mista ou de compromisso” (FREUD, 1901/1996, p. 76). Essa associação possível diz respeito inclusive à semelhança fonética entre palavras, conforme nos ensina o psicanalista em texto anterior, no qual explica o funcionamento do mecanismo do esquecimento (FREUD, 1898/1996) e nos comentários sobre associações superficiais (FREUD, 1900/1996).

Além disso, Freud ilustrou também a formação de compromisso no sentido da conciliação de moções pulsionais presentes em instâncias distintas. No momento referente à primeira tópica, é possível pensar tal asserção com relação ao que chamou de sistemas Inconsciente e Pré-consciente. O sintoma, assim como o sonho e as demais formações inconscientes, “(...) constitui uma formação de compromisso: serve a ambos os sistemas, uma vez que realiza os dois desejos enquanto forem compatíveis entre si” (FREUD, 1900/1996, p. 603). No contexto das formalizações teóricas da segunda tópica podemos pensar novamente no sintoma obsessivo como formação de compromisso, desta vez na medida em que serve a duas instâncias distintas, ao id e ao superego, questão à qual retornamos no próximo capítulo.

Por ora, é importante ressaltar o caráter compulsivo que as ideias e atos obsessivos detêm e que é evidente, inclusive para o sujeito, o descompasso com que se apresentam com relação ao seu conteúdo. Isso significa que o conteúdo da ideia ou do ritual obsessivo não corresponde à insistência com a qual comparecem à vida psíquica do sujeito. A saída proposta pela práxis freudiana foi atribuir esse caráter repetitivo a uma associação a uma ideia inconsciente, cujo elo de ligação não estaria claro devido ao emprego nesse caso de um mecanismo defensivo. Todavia, podemos chegar a estes elementos através do trabalho de análise. Além das ideias e atos obsessivos, a dúvida também se faz muito presente e pode evoluir até um quadro no qual o sujeito se encontre em situação de extrema indecisão, perda de energia e restrição da liberdade (FREUD, 1917a/1996, p. 267).

Freud retomou também nessa conferência a discussão sobre a hipótese da degeneração, da qual já havia tratado em sua obra anteriormente, conforme comentamos, em 1905. O autor criticou o pensamento psiquiátrico de sua época, uma vez que este discutia a nomeação de degenerados àqueles acometidos por estes sintomas. Freud interpretou esse movimento como uma condenação, nada além de um julgamento de valores (FREUD, 1917a/1996), e buscou uma explicação que levasse em conta verdadeiramente o sofrimento e a história de vida do sujeito. Freud referiu ainda que as pessoas em geral realizam alguns rituais, dentre os quais o mais comum seria o ritual de dormir. Observamos na prática interdisciplinar, inclusive, que a organização da rotina através do estabelecimento de um ritual desse tipo é, com frequência, prescrito pelo médico, sob a rubrica da higiene do sono. Conforme os exemplos que Freud relata em sua conferência, “um ritual patológico, porém, é inflexível, e insiste em ser levado a cabo, mesmo à custa de grandes sacrifícios (...)” (FREUD, 1917a/1996, p. 272). Diferencia-se, ainda, dos hábitos comuns pelo fato de que, quando de caráter patológico, “(...) o ritual compreende certas especificações que avançam muito além de sua base racional, e outras, que positivamente a contradizem” (FREUD, 1917a/1996, p. 272). Podemos perceber neste excerto que o caráter compulsivo do ritual foge ao controle do paciente – o que insiste, neste caso, é a própria falta de sentido, o descompasso ao qual nos referimos acima. Dessa forma, podemos ler nesse ponto a questão teórica que foi pouco tempo depois formalizada através do conceito de pulsão de morte.

No que se refere ao tratamento dos sintomas, Freud alertou para que não realizemos o tratamento sistemático de um sintoma isolado até que o mesmo tenha sido inteiramente elucidado (FREUD, 1917a/1996). O autor estabeleceu uma distinção entre os sintomas, a fim de melhor explicar seu sentido e sua formação. De acordo com o ele, “quanto mais individual for a forma dos sintomas, mais motivos teremos para esperar que seremos capazes de estabelecer esta conexão [com a experiência do paciente]” (FREUD, 1917a/1996, p. 277). Mesmo assim, ele aludiu ao que chamou de *sintomas típicos* da doença, nos quais as diferenças individuais diminuem, sendo precisamente aqueles que orientam a tarefa diagnóstica. Mesmo assim, a aposta terapêutica continuou sendo a investigação pormenorizada dos sintomas até o conteúdo inconsciente. Isso se justifica pelo fato de que é a existência dessa ligação e o seu sentido também caracterizar-se inconsciente que permite que o sintoma exista (FREUD, 1917a/1996).

Através da análise da discussão que encontramos nas conferências sobre os sintomas, portanto, percebemos que as noções de dinâmica e economia psíquica orientam a exposição freudiana. Como o próprio autor mencionou (FREUD, 1917a/1996), o estudo do aspecto topográfico com relação a esse tema específico não contribui tanto quanto os outros dois componentes da metapsicologia. Na *Conferência XVIII, Fixação em traumas*, Freud explicou que, da mesma maneira que a construção do sintoma foi empregada pelo sujeito, mesmo que ele não “saiba” disso, isto é, mesmo que esse movimento lhe tenha sido inconsciente e assim tenha permanecido até o trabalho de análise ser realizado, para que haja resolução do sintoma é preciso que o próprio sujeito realize um empreendimento que a favoreça. Referindo-se às diversas formas de saber, Freud atestou que não se empreende a dissolução do sintoma ao simplesmente transferir as informações detidas pelo profissional ao paciente, porque estes saberes são diferentes. Para o psicanalista, essa simples transferência não produziria resultados no sentido de sua remoção, mas poderia indicar um início de movimento na análise, principalmente quando a resposta do paciente é uma negativa (FREUD, 1917b/1996). Quanto à dinâmica da construção dos sintomas, Freud observou que ela se deve a uma substituição de algo que não ocorreu, de uma tentativa empreendida pelo sujeito de retificação do passado.

Freud (1917b/1996) apontou para uma nova diferença entre a histeria e a neurose obsessiva, no que concerne à dinâmica de rechaço de um determinado conteúdo, tornando-o inconsciente e, por fim, resultando na produção do sintoma. Na histeria, segundo ele, há o que chamou de amnésia verdadeira, quando um conteúdo em si é recalçado, conforme o processo descrito em 1915. Na neurose obsessiva, por sua vez, não seria possível detectarmos esse tipo de amnésia, mas o rechaço é bem-sucedido através da quebra das ligações associativas entre o conteúdo do sintoma e do núcleo patogênico. Esse segundo processo é eficaz por dificultar o estabelecimento de conexões causais, especialmente temporais, entre os conteúdos e possibilita a mencionada substituição por outros conteúdos, mais longínquos com relação à associação ao núcleo patogênico.

Ele estabelece ainda nessa conferência um aprofundamento da discussão do sentido dos sintomas: “Temos incluído duas coisas como ‘sentido’ de um sintoma: o seu ‘de onde’ e seu ‘para quê’ ou sua ‘finalidade’ – ou seja, as impressões e experiências das quais surgiu e as intenções as quais serve” (FREUD, 1917b/1996, p. 291). Podemos compreender essa asserção como um verdadeiro caminho percorrido para a construção de um sintoma, que se inicia em determinado ponto da história de vida do sujeito e, posteriormente, passa a ser resignificado através da construção da fantasia. Conforme se estabelece derivados do conteúdo nuclear dessa fantasia, o sujeito emprega mecanismos defensivos com relação a essas cadeias de pensamento. O tipo de mecanismo empregado se torna uma possibilidade ao sujeito em conformidade com a sua organização psíquica. A interpolação de uma defesa nesse ponto, entretanto, pode ser duradoura, mas pode não ser viável de se conservar por toda a vida, devido ao nível de sofrimento que acarreta ao sujeito e/ou dos prejuízos percebidos, causados pela quantidade de energia que precisa ser constantemente empregada para a sua manutenção. Percebemos, assim, a importância do aspecto econômico na formação de sintomas e no seu tratamento, podendo este ser o fator que leva o sujeito a buscar uma iniciativa nesse sentido.

### 3.2 PRIMAZIA DO ESTATUTO ECONÔMICO

Notamos, a partir da formalização teórica conhecida como segunda tópica, uma retomada realizada por Freud das questões presentes em sua obra desde o início. Esses temas ganharam corpo, através do estabelecimento do aspecto econômico de sua metapsicologia. No caso do conceito de sintoma especificamente, temos sua concepção enquanto modo de satisfação neurótica revisitada. Tal proposição havia aparecido de maneira sucinta e inédita nos *Estudos sobre a histeria* (FREUD, 1893-5/1996), conforme comentamos acima, e foi lembrada múltiplas vezes nos anos seguintes.

É possível retomarmos, para o fim de abordagem da questão do sintoma enquanto modo de satisfação, uma modificação operada por Freud em sua fórmula sobre a constituição das formações oníricas: “(...) o sonho é uma realização (disfarçada) de um desejo (suprimido ou recalcado)” (FREUD, 1900/1996, p. 193). Entendemos que a fórmula não se aplica apenas ao sonho, mas igualmente às demais formações do inconsciente, inclusive ao sintoma. A partir da análise do caso Dora temos uma confirmação dessa compreensão: “(...) o sintoma significa a representação – a realização – de uma fantasia de conteúdo sexual, isto é, uma situação sexual” (FREUD, 1905a/1996, p. 53). Naquele mesmo ano o psicanalista publicou suas importantes teses sobre a teoria da sexualidade e abordou o tema mais uma vez. Freud (1905b/1996) se referiu à representação da atividade sexual do neurótico através dos sintomas, fundamentando-se, para tanto, em sua discussão sobre as pulsões sexuais parciais.

Podemos depreender a assertiva também como uma conclusão lógica do aforismo freudiano abordado acima, segundo o qual o sintoma é o retorno do recalcado, uma vez que o sintoma é formado em parte pela libido que foi recalcada e não encontrou destino apropriado. Possivelmente, o exemplo mais claro dessa afirmação seja ainda a crise conversiva histérica. No entanto, seria possível também que um processo similar estivesse presente em outros casos:

Não só uma boa parte da sintomatologia histérica deriva diretamente das expressões do estado de excitação sexual, e não só uma série de

zonas erógenas eleva-se, na neurose, ao sentido de órgãos genitais, graças ao reforço de propriedades infantis, como também os mais complexos sintomas revelam-se como representações "convertidas" de fantasias que têm por conteúdo uma situação sexual (FREUD, 1906/1996, p. 269).

Na *Conferência XXVIII*, em que abordou a terapia analítica, Freud (1917c/1996) afirmou que é característica da tarefa terapêutica liberar a libido que se encontra ligada aos sintomas no momento do tratamento e permitir que esteja novamente disponível ao ego, uma possibilidade inaugurada pela técnica da psicanálise. Esse direcionamento terapêutico pode ser compreendido como uma comprovação do argumento anterior, de acordo com o qual o sintoma constitui um modo de satisfação pulsional, uma vez que se encontra ligada à sua constituição e aos seus modos de apresentação na vida do sujeito uma importante parcela de libido.

O sintoma foi também entendido por Freud (1926a/1996) como uma formação substitutiva, no sentido de uma segunda fase de defesa do ego com relação a processos presentes no id entendidos pelo primeiro como perigosos. A primeira fase desse movimento egoico consiste na emissão de um sinal, a ansiedade. Tais processos originários do id dizem respeito às moções pulsionais, tanto eróticas como destrutivas, em sua movimentação no sentido da satisfação. O autor apontou para a probabilidade de essa percepção inicial do ego, que o leva à produção de ansiedade, ser decorrente de fatores quantitativos, como o caráter excessivo de algum estímulo (FREUD, 1926a, p. 98). O sinal de ansiedade emitido já constitui, como podemos observar, um processo defensivo, mas conforme atestou Freud (1926a) não é possível estabelecermos uma via de fuga com relação a processos internos. Esse sinal, passa a ser sucedido então de uma formação substituta, isto é, uma invenção do sujeito para que possa estabelecer certa síntese, um falso equilíbrio. Podemos ler essa descrição da dinâmica da formação dos sintomas, que considera aspectos econômicos, a partir da ótica do princípio de prazer e, assim, podemos ler essa formação substituta como satisfação substituta, uma vez que auxilia o intento do ego numa evitação de perigo e, portanto, da experiência de desprazer.

Discordamos, no entanto, da afirmativa freudiana de que o sintoma é formado pela insatisfação da libido, sendo essa insatisfação causada tanto por

fatores internos quanto externos (FREUD, 1926a/1996). Defendemos nosso posicionamento nesse ponto baseando-nos nas próprias ideias de Freud, consolidadas em outros momentos. Entendemos que a insatisfação da libido devida a impedimentos externos diz respeito, por exemplo, à ausência de um objeto apropriado para os fins buscados pela pulsão, constituindo por sua vez simples adiamento da satisfação ou parte do processo descrito pelo autor através do conceito de teste de realidade (FREUD, 1911/1996). A formação do sintoma, por outro lado, necessariamente convoca processos internos a exemplo do recalque e a combinação de parcelas das pulsões, sexuais e destrutivas, conforme pudemos observar, através da abordagem que realizamos no capítulo anterior. Podemos observar que essa segunda possibilidade disse respeito ao processo de formação específico do sintoma na neurose obsessiva:

Os sintomas que outrora representavam uma restrição do ego vêm depois a representar também satisfações, graças à inclinação do ego para a síntese, sendo bem claro que esse segundo significado gradativamente se torne o mais importante dos dois. O resultado desse processo, que se aproxima cada vez mais de um fracasso completo da finalidade original de defesa, é um ego extremamente restringido, que fica reduzido a procurar satisfação nos sintomas. O deslocamento da distribuição das forças em favor da satisfação pode ter o temido resultado final de paralisar a vontade do ego (...) (FREUD, 1926a/1996, p. 120).

O psicanalista introduziu uma diferença entre as possibilidades de formação de sintomas na neurose obsessiva, sendo as primeiras, que geralmente aparecem primeiramente também no sentido cronológico, dizem respeito às proibições e precauções, representativas de uma defesa (FREUD, 1926a/1996, p. 115). As possibilidades seguintes dizem respeito a sintomas positivos quanto à natureza de sua apresentação, que seriam as verdadeiras satisfações substitutas, como os rituais compulsivos. De acordo com o autor (1926a/1996, p. 115), em alguns casos há a possibilidade de combinação de ambas as apresentações defensivas, o que tornaria também as proibições e demais formas negativas dos sintomas como fonte de satisfação. Percebemos que Freud mantém aqui algo da tradição nosográfica de classificação dos sintomas, demonstrada pela classificação dual dos sintomas entre positivos e negativos, conforme constituem a retirada ou diminuição da volição e afetos ou à apresentação de algo mais, com relação aos comportamentos anteriores do

sujeito ou aos dados de realidade e que, portanto, podemos perceber na atualidade mais voltada à descrição e aos estudos das psicoses. Ainda sobre os sintomas na neurose obsessiva, temos que, com sua permanência durante período prolongado e o uso frequente pelo sujeito dos recursos à repressão e à regressão (que, por vezes, observamos pela defusão das pulsões parciais na formação dos sintomas nessa neurose em específico) levam a novas formações de sintomas que tendem a uma ligação com atividades, também tendem à repetição e ao desperdício de tempo (FREUD, 1926a/1996, p. 118).

Mesmo assim, entendemos que o fenômeno também pode ser apresentado em casos de histeria, ideia que o psicanalista sustentou na mesma publicação, no momento em que se referiu aos sintomas histéricos enquanto um “(...) meio termo entre necessidade de satisfação e necessidade de punição” (FREUD, 1926a/1996, p. 102). O psicanalista situou um prolongamento da defesa egoica, que se estende até mesmo com relação ao próprio sintoma, com exceção, no entanto, da conversão na crise histérica. Esta última foi pontuada por Freud, mesmo nesse momento posterior, em seu caráter catártico, uma vez que constitui uma possibilidade, de certa forma, de proporcionar a satisfação do impulso à qual o ego tentou inicialmente interpor uma barreira. Em uma nova tentativa de reestabelecer o equilíbrio, o ego passa a estabelecer vínculos entre as diferentes formações sintomáticas, incorporando-as à sua organização. Realiza, dessa forma, uma nova tentativa de adaptação, um movimento característico da neurose, conforme podemos depreender de proposição freudiana anterior (1924/1996). Os demais sintomas histéricos podem ser situados como vias tanto para a satisfação (libidinal) quanto para uma necessidade de punição, caso obedecessem ao ego no que esse se submete às exigências do superego (FREUD, 1926a/1996, p. 102).

Parece que ressaltamos, assim, alguns resultados da formação do sintoma que enfatizam o seu caráter de disfunção, já que o que evidenciamos é que, mesmo que o sintoma desempenhe uma função importante de início, no fim das contas o que prevalece é o sofrimento e a restrição das possibilidades na vida psíquica. Contudo, percebemos com Freud (1926a/1996, p. 145) que a via de formação do sintoma é eficaz para findar a percepção de perigo, ao menos no grupo que chamou de psiconeuroses, uma vez que a ansiedade participa pouco ou não é reconhecida como acompanhante dos sintomas nesses quadros.

A formação do sintoma constitui uma saída possível, portanto, conforme observamos através das proposições finais dessa publicação, nas quais Freud justificou que, uma vez sendo o ego parte modificada do id, ou seja, sendo este último parte intimamente ligada ao primeiro, fração daquele, “(...) só pode desviar um perigo instintual restringindo sua própria organização e aquiescendo na formação de sintomas (...)” (FREUD, 1926a/1996, p. 145).

Retornemos, então, à proposta freudiana de que o sintoma é uma formação de compromisso, na medida em que Freud estabeleceu, em diferentes períodos de sua obra, os sintomas nas neuroses como uma possibilidade de satisfação substituta para os impulsos sexuais, ao mesmo tempo, no entanto, em que constituem impedimentos a essa satisfação. Para o psicanalista, a manutenção dessa existência contraditória é praticável devido ao sintoma constituir uma formação do inconsciente, operando, portanto, sem problemas com conteúdos incongruentes. O próprio conteúdo recalçado, antes mesmo de constituir material de contribuição para a formação dos sintomas, passa a operar dessa maneira, pois uma vez que o ego rechaçou determinado conteúdo, também o tornou livre das suas demais intervenções, conforme já defendemos acima e podemos encontramos novamente em sua obra: “O reprimido é agora, por assim dizer, um fora-da-lei, fica excluído da grande organização do ego e está sujeito somente às leis que regem o domínio do inconsciente” (FREUD, 1926a/1996, p. 152). Além disso, posteriormente o autor remeteu também ao fato de que, de maneira geral, não trabalhamos com pulsões puras, mas com combinações da pulsão sexual e de morte (FREUD, 1940/1996).

Uma última confirmação dessa ideia, formalizada com mais refinamento, pode ser encontrada em *Moisés e o monoteísmo* (FREUD, 1939/1996), obra na qual o psicanalista demonstrou o que devemos encarar como continuidade de seus estudos sobre as origens da organização social humana, conforme apontou o editor (FREUD, 1939/1996, p. 17). A partir da publicação à qual nos referimos, o autor pôde situar no campo quantitativo da pulsão a pronunciada diferença, que também defendemos acima, acerca das possibilidades de renúncia frente ao imperativo da satisfação pulsional: “(...) quando se dá por razões externas, é apenas desprazerosa; quando ela se deve a razões internas, em obediência ao superego, ela tem um *efeito econômico diferente*” (FREUD, 1939/1996, p. 129, grifo nosso). Para Freud, o sintoma fornece uma satisfação substituta através da

renúncia pulsional, quando há, por via desse movimento de abandono das exigências do id, a satisfação dos imperativos superegoicos.

A publicação de 1939 também tornou mais complexo nosso entendimento sobre a relação entre sintoma e recalque, pois a obra contou com uma seção dedicada à discussão do retorno do recalado. Freud referiu primeiramente que, quando tratamos do estudo dos processos psíquicos, não há importância para nosso entendimento realizarmos juízo sobre se esses processos são classificáveis entre normais ou patológicos, uma vez que tal fronteira nem mesmo é nítida. A distinção válida, do ponto de vista da psicanálise, diz respeito à investigação sobre se as alterações se dão em conformidade com o ego, como no processo de formação de traços de caráter, ou se no confronto com este, como os sintomas (FREUD, 1939/1996). O autor continuou a discussão iniciada em 1915, conforme expusemos acima, sobre o processo de formação dos sintomas em seu ponto de correspondência com o retorno do recalado. Observamos, entretanto, que Freud estabeleceu uma desigualdade substancial entre os sintomas e outros tipos de substitutos no momento posterior:

Todos os fenômenos da formação de sintomas podem ser justamente descritos como o 'retorno do reprimido'. Sua característica distintiva, contudo, é a deformação, de grandes consequências, a qual o material que retorna foi submetido, quando comparado com o original (FREUD, 1939/1996, p. 139).

Foi a partir da análise desse fator de deformação, ou da substituição de elementos presente no processo de formação do sintoma, que Freud demarcou a especificidade dos casos de fobias de animais, por exemplo. Conforme o autor retornou à essa questão (1926a/1996), estabeleceu que, no caso da fobia de cavalos de Hans, a existência de impulsos ambivalentes dirigidos ao pai e a própria existência do medo, característico da fobia, era um processo esperado naquele momento da organização libidinal da criança e, portanto, não podemos considerar esses elementos como pistas para a consideração de sua fobia enquanto um sintoma. O componente que caracterizou a fobia apresentada como um sintoma para a psicanálise foi, na verdade, uma substituição: da figura do pai pela figura do cavalo (FREUD, 1926a/1996, p. 106). Isso significa que podemos considerar enquanto sintoma apenas a parcela que diz respeito à uma

formação inconsciente defensiva, representada nesse caso pelo resultado de um processo de deslocamento.

Uma das questões mais importantes às quais Freud aludiu à propósito do sintoma foi o impasse que a sua investigação e a tarefa para sua resolução traz, via de regra, para a análise. A primeira apresentação do sintoma enquanto resistente ao tratamento coincide com o próprio momento inicial de formulação do tratamento analítico conforme o conhecemos, pois aparece desde os *Estudos sobre a histeria* (1893-5/1996). Freud introduziu a questão no momento da *Comunicação Preliminar*, referindo-se a uma suposta superioridade do método da associação livre sobre o da sugestão direta sob hipnose, no que diria respeito à possibilidade de extinção completa dos sintomas histéricos, especialmente os denominados crônicos e/ou os residuais das situações de crise. O método proposto para essa tarefa foi a análise pormenorizada de cada sintoma. Todavia, dois anos depois, na seção sobre a *Psicoterapia da histeria*, o psicanalista comentou brevemente o que denominou de recalcitrância terapêutica apesar de naquele momento não a ter ainda conceituado como a entendemos pouco mais tarde. Nesse ano, significou a permanência de um resíduo do sintoma após o trabalho de interpretação, apontando desde então para um caráter quantitativo entre causa e efeito, da qual seria representante. Na publicação do ano seguinte, *Etiologia da histeria* (1896/1996), contamos novamente com um breve comentário de Freud sobre o resíduo que permanece após a investigação dos sintomas, quando se retrocede até as cenas traumáticas, consideradas ainda naquele ano como as causas daqueles. É importante ressaltar, dessa forma, que o reconhecimento dos limites do tratamento simbólico dos sintomas foi contemporâneo ao seu surgimento e é possível, portanto, identificá-lo em momento anterior ao do estabelecimento formal da atividade de interpretação – realizado apenas em 1900.

A questão da recalcitrância apareceu posteriormente no texto freudiano *Moral sexual "civilizada" e doença nervosa moderna* (1908/1996) como uma qualidade da estrutura neurótica em sua relação com o social, proporcionando uma supressão falha da pulsão sexual, o recalque, que a torna irreconhecível enquanto tal e forma substitutos: os sintomas e as características próprias à organização psíquica neurótica. Por isso, podemos afirmar que o sintoma, em sua dimensão recalcitrante, tornou-se um enigma à clínica freudiana:

caracterizou-se como uma forma de funcionamento não pragmática e com tanto dispêndio de energia para sua manutenção que justifica um estranhamento do emprego de um mecanismo como a formação do sintoma. É possível, nesse ponto, estabelecermos uma comparação com o próprio mecanismo do recalque e a necessária reiteração do processo para sua conservação, até o ponto de haver tão pouca energia disponível ao sujeito que torna impossível a realização de qualquer coisa (FREUD, 1915/1996). O sintoma demonstrou, assim, sua dupla e contraditória qualidade de função e disfunção.

Um dos elementos que contribui para que possamos compreender o sintoma em sua qualidade de disfunção, sem necessariamente retornarmos a uma lógica inicialmente seguida por Freud, pautada pela disfunção no seu sentido fisiológico, é o fator quantitativo da pulsão. “O dispêndio dinâmico necessário para mantê-los [os mecanismos de defesa], e as restrições do ego que quase invariavelmente acarretam, mostram ser um pesado ônus sobre a economia psíquica” (FREUD, 1937a/1996, p. 250-1). A partir desse excerto, no entanto, é possível compreendermos o fator quantitativo como aquele que, não só participa nos impasses na análise e proporciona dificuldades para o sujeito, mas também, e justamente por isso, aquele que pode levar o sujeito à busca por um tratamento.

O texto que corresponde à *Conferência XXIII Os caminhos na formação dos sintomas* (FREUD, 1917c/1996) foi iniciado justamente com uma discussão sobre a quantidade de energia que é empregada na construção e manutenção dos sintomas. Freud (1917c/1996) retomou a possibilidade de que o sujeito fique paralisado, muitas vezes, frente às tarefas importantes da vida. Ele também reafirmou a qualidade do sintoma de constituir o resultado de um conflito, que se originou devido a um impasse referente à satisfação pulsional, nesse caso a libido. Moções recalçadas e recalçadoras podem ser reconciliadas através do compromisso pelo sintoma, conforme já defendemos neste trabalho. O aprofundamento da questão, introduzido por essa conferência, no entanto, é o ponto ao qual queremos chegar, isto é, a demarcação do autor de que tal operação conciliatória ocasiona um estado de coisas, cujos efeitos são importantes para o trabalho de análise: “É por essa razão, também, que o sintoma é tão resistente: é apoiado por ambas as partes em luta” (FREUD, 1917c, p. 361).

Freud também comentou com seus interlocutores, por ocasião da Conferência supracitada, sobre essa possibilidade inaugurada pela formação do sintoma, de uma satisfação da libido que possa ser aceita pelo ego, tendo em vista que aquiesce, de alguma maneira, às restrições impostas pela própria censura e pela instância do superego, a qual o ego por sua vez procura contentar. Freud delimitou que faz parte desse processo também o mecanismo defensivo nomeado por ele como regressão, que possibilita ao sujeito fazer a pulsão sexual retroceder até formas de organização infantis, afim de que possam, assim, ser satisfeitas. Esse processo contribuiria, segundo ele, em conjunto com a sua dimensão de sofrimento, para exibir o aspecto estranho denotado pela via de satisfação que alcançamos através do sintoma:

O tipo de satisfação que se obtém através do sintoma é estranha devido a corresponder a uma forma infantil de satisfação da libido e a trazer em si um aspecto de sofrimento, por deter também fatores provenientes da causa precipitante da doença (FREUD, 1917c/1996, p. 368).

Outro modo de observarmos essa peculiaridade do sintoma é através do estudo de uma questão que envolveu nosso objeto de estudo em sua relação com o ego, o ganho secundário da doença. Ele referiu que o recurso à neurose pode constituir um tipo de fuga, que proporciona ao ego certo ganho interno, por vezes acompanhado também de vantagem externa (FREUD, 1917d, 383). Como pudemos observar através deste trabalho, Freud esclareceu que a neurose não traz apenas vantagens, mas quando estas são percebidas pelo ego, participam dessa organização com maior facilidade. Para o psicanalista, esse estado de coisas traz impedimentos a um tratamento que vise a melhora do quadro. Freud afirmou, inclusive, que são precisamente os casos em que a queixa inicial é acompanhada do relato de maior nível de sofrimento acarretado pelo sintoma ou pelo quadro de uma forma geral, aqueles com os quais o profissional experimenta as maiores dificuldades relacionadas à recalcitrância do sintoma. A “utilidade” que a neurose passa a exercer foi entendida por Freud como uma função secundária, que lhe confere maior solidez. O ganho secundário se refere precisamente a esse uso posterior pelo ego que o sintoma pode adquirir.

Desenvolvemos até o momento o papel do sintoma como satisfação pulsional levando em consideração a pulsão sexual, ou seja, os processos

imbricados na satisfação da libido, na realização de desejo. Observamos também as dificuldades que se apresentam ao processo de análise ocasionadas pelo fato de o sintoma constituir também um impedimento à satisfação libidinal, obedecendo então ao superego, fator que favorece a sua manutenção na vida do sujeito.

No entanto, com a organização do conceito de pulsão de morte e da segunda tópica freudiana, principalmente a partir de *Além do princípio de prazer* (1920/1996), observamos o aprofundamento de proposições semelhantes, referentes aos obstáculos ao tratamento. Dessa vez, todavia, percebemos que tratamos de processos referentes à satisfação dos imperativos destrutivos. Uma delas diz respeito à dificuldade por vezes encontrada no momento de finalizar o tratamento, apresentada pela via de uma compulsão à repetição que faz obstáculo a essa tentativa, conforme comentário do autor (FREUD, 1920/1996, p. 46). Podemos assinalar nesse ponto o caráter insistente da satisfação pulsional, da qual é difícil que haja uma renúncia. Essa questão foi abordada também na publicação de 1923, *O Ego e o Id*, como a chamada reação terapêutica negativa, uma dificuldade interposta à remissão do sintoma ou do sofrimento presente na neurose, um processo caracterizado igualmente por sobredeterminação. Freud (1923/1996) nomeou alguns dos fatores em jogo na reação terapêutica negativa: obstáculos da inacessibilidade narcísica, atitude negativa para com o profissional e apego aos ganhos secundários proporcionados pelo sintoma, questões anteriormente abordadas pelo autor, e o sentimento de culpa, presente na relação entre ego e superego, estabelecido em nova profundidade nesse momento. O sintoma foi entendido, portanto, como uma punição merecida, apesar de tal função permanecer inconsciente, tornando-se conhecida apenas através do trabalho de análise. No entanto, conforme observamos acima, não há solução pacífica para esse tipo de conflito, então uma nova moção no sentido da manutenção do sintoma se expressa como resistência ao tratamento.

A questão foi retomada por Freud a título de comentário em *O Problema econômico do masoquismo* (1924/1996), quando abordou a reação terapêutica negativa, principalmente no que ela reflete uma necessidade de punição existente na neurose e da forma como o sintoma pode atuar de maneira a cumprir esse papel. Freud discutiu ainda a exacerbação do sintoma que

acontece nos casos em que o sentimento de culpa inconsciente é demasiado e contribui para a apresentação da reação terapêutica negativa. O autor defendeu nessa ocasião que um desejo masoquista, uma necessidade inconsciente de punição, está presente em toda neurose e justifica a insistência do sintoma, a despeito dos empreendimentos terapêuticos (FREUD, 1933b/1996, p.117). Conforme Freud pontuou posteriormente, uma vez que o trabalho de análise pode colocar em novo movimento os mecanismos que sinalizaram um perigo com relação à busca pela satisfação libidinal, o próprio restabelecimento passa a ser visto pelo ego como perigoso (1937/1996, p. 252).

É interessante percebermos que Freud retomou alguns conceitos iniciais, como o de catexia, para auxiliá-lo em sua explicação das resistências ao tratamento e demais discussões referentes ao aspecto econômico da metapsicologia. Observamos esse processo em *Análise terminável e interminável* (1937a/1996), no qual discutiu a existência de sujeitos aos quais seria possível atribuir “uma especial adesividade da libido” (1937a/1996, p. 258). Isso significa que há, para alguns sujeitos, uma dificuldade na promoção de novas catexias, ou seja, na retirada de libido investida em determinados objetos e seu deslocamento para outros. Freud assinalou essas características, em conjunto com outros fatores, como obtendo enquanto resultado um prolongamento do tempo destinado ao tratamento, assim como o apontamento de alguns limites à psicanálise freudiana.

Freud também afirmou que um “fracasso parcial” da práxis analítica, se deve, da mesma forma, ao fator quantitativo da pulsão, que muitas vezes é o promotor da percepção egoica de perigo frente à exigência pulsional e reaparece como limite à eficácia do tratamento (FREUD, 1937a/1996, p. 242). Nova referência a esse processo foi realizada a título de comentário, na mesma produção, quando o autor se referiu a uma inércia apresentada pelo paciente que, assim, se mostra satisfeito com avanços parciais no processo do tratamento. Podemos compreender que esse resultado, que denominou enquanto uma espécie de fracasso da técnica da psicanálise, pode ser percebido dessa forma quando mantemos enquanto objetivo para o empreendimento de um tratamento uma suposta remissão do sintoma, ou uma melhora completa do quadro neurótico ou psicótico, por exemplo. Parece-nos que, nesse ponto, Freud chegou a um elemento que diz respeito ao que é o irreduzível do próprio sujeito,

que se denominou como personalidade, na psiquiatria atual e em diversas interpretações da obra freudiana, ou como estrutura, conforme observamos na leitura lacaniana do seu conjunto. Entendemos, porém, que a extensão possível a esse trabalho não nos permite abordar com a profundidade devida essa questão, que também se mostra fundamental para clínica.

#### 4. CONCLUSÕES

Ao final de nosso percurso podemos perceber que o conceito de sintoma sofreu múltiplas reedições ao longo da obra de Freud e manifestou sua importância ao ter funcionado como um norteador que permitiu, em conjunto com outros fatores, a própria evolução da práxis psicanalítica. Essa evolução, conforme percebemos, se fez de uma maneira que entendemos constituir característica da metapsicologia freudiana, pois mesmo as suas últimas construções de Freud sobre o sintoma não desautorizaram as primeiras, não as superaram no sentido de um desenvolvimento experimental. Pelo contrário, pois mesmo reelaborações bastante tardias realizadas por Freud, no tocante ao tema do sintoma, ao invés de suplantarem formulações anteriores aprofundaram e qualificaram suas primeiras discussões. Como exemplo dessa conclusão, podemos retomar a noção da existência de um resíduo do sintoma que permanece mesmo após o fim do tratamento, já apontada desde 1895, antes mesmo do estabelecimento do marco do método da interpretação. Esse ponto de sua discussão foi novamente abordado em 1900 e permaneceu sendo reiterado até 1937, em momento ulterior de sua obra.

Acompanhamos o nascimento da psicanálise, através da abordagem inicial das publicações que nos trouxeram um Freud ainda neurologista, em atividades com o mestre em Paris Charcot, que despertaram no jovem médico o gesto, repetido ao longo de sua práxis, de conferir primazia para o âmbito da clínica, inclusive no que diz respeito à pesquisa e à construção teórica. Além disso, percebemos que seus posicionamentos nesse sentido podem ser caracterizados como de vanguarda para a época na qual floresciam. Em verdade, constituem a afirmação de uma possibilidade importante e dissonante até mesmo das tendências atuais no que tange à atividade de pesquisa e à composição conceitual.

Vimos também como Freud se afastou, de maneira gradual e basculante, podemos dizer, dos ensinamentos de Charcot, quando percebeu que havia uma preferência demonstrada pelo neurologista francês por uma explicação que privilegiava os fatores hereditários na determinação etiológica dos sintomas

históricos. Percebemos, assim, que o intuito de realizar sua tarefa de acordo com um rigor científico esteve presente desde o início e não se perdeu ao longo dos anos.

Pudemos verificar que Freud sustentou formalmente, a partir de então, a necessidade de uma pesquisa implicada em uma investigação pormenorizada sobre as causas do sintoma. Os resultados aos quais chegou foram muito distintos daqueles esperados quando dos estudos empreendidos pelos pesquisadores da Salpêtrière, por exemplo. Inicialmente, enquanto seguiu ainda os passos charcotianos, Freud entendeu que a formação do sintoma acompanhava um processo causal linear, sendo o ponto inicial desse decurso formado pela determinação hereditária, acrescida posteriormente de um evento traumático. Então, passado certo período de tempo, seria possível observar o surgimento do sintoma. Quando da investigação dos fatores etiológicos, parece-nos que Freud, mesmo que estivesse orientado por premissas semelhantes às dos demais pesquisadores, esteve um pouco mais disposto a considerar os resultados que fugissem ligeiramente aos axiomas iniciais. Isso porque, após o início desse projeto, o psicanalista passou a compreender a formação dos sintomas como dependente de, pelo menos, quatro fatores etiológicos: condições, dentre as quais uma delas seria a determinação hereditária; causas concorrentes, dentre as quais uma delas seria o evento traumático; as causas específicas, que delimitam qual seria o sintoma ou quadro desenvolvido e as causas desencadeantes, cuja função é mais simples de apreender através de sua nomenclatura. Freud atestou, a partir daquele momento, a multiplicidade de causas necessárias para o aparecimento do sintoma, em um processo hierarquizado, porém de forma ainda não tão detalhada como o processo que culminou, mais tarde, em um importante conceito para a psicanálise e para o estudo do sintoma, a sobredeterminação.

Em 1905, temos uma nova proposição para a formação do sintoma, a partir da publicação do caso Dora e após as suas formulações sobre a técnica da interpretação. O sintoma passou a ser entendido por Freud enquanto uma formação do inconsciente, assim como os sonhos e propôs que, em ambos os casos, o que podemos observar é um processo sobredeterminado. Isso significa que Freud então formalizou a formação do sintoma através de múltiplas causas, mas que, diferente do processo descrito nos parágrafos acima, não apresentam

uma relação de hierarquia, e sim de encadeamento complexo, motivado por suas possibilidades de associação verbal e processos defensivos. Vimos, com isso, que a ênfase na questão da etiologia passou do campo da biologia para o da linguagem.

Outro resultado que obtemos a partir dessa concepção inaugural é que a interpretação do sujeito, representada mais tarde pelo conceito de recalque secundário, pôde ser entendida a partir daí como essencial à formação do sintoma, e este passou a ser também um modelo possível para compreensão do conceito não só de sintoma para a psicanálise, mas também de trauma psíquico. Portanto, acompanhamos também a passagem da teoria da sedução para a da fantasia. Podemos utilizar um recurso ulterior para ilustrar as afirmações freudianas de que, do mesmo modo, o conteúdo que obtemos através do trabalho de análise diz respeito à infância: “(...) só que o acento não se coloca sobre o *tempo* mas sobre os processos pelos quais o acontecimento é enfrentado, pela reação a ele” (FREUD, 1939/1996, grifo no original).

Em conjunto com as elaborações sobre a interpretação e a fantasia, portanto, observamos a criação e evolução da teoria do recalque. Podemos afirmar, inclusive, sem as quais não adentraríamos no campo próprio à psicanálise. Foi apenas a partir de sua criação que o sintoma pôde ser tomado em seu estatuto dinâmico, em sua característica de possuir um sentido. O sintoma passou então a ser compreendido enquanto expressão de uma relação simbólica e foi somente assim que Freud pôde propor para essa construção um tratamento a partir da sua escuta.

Freud apontou, mais tarde, para o caráter de “satisfação estranha” que o sintoma apresenta. Em determinado momento de sua teoria, Freud explicou que esse caráter é devido a uma regressão da libido até estágios infantis, realizada em virtude de algum impedimento interno ou externo presente. A estranheza advém, portanto, do fato de que essas possibilidades infantis de satisfação não seriam mais compreendidas pelo sujeito adulto enquanto tais, ou então através de sua observação na vida atual, seriam acompanhadas pela resistência e/ou repugnância.

Contudo, a evidência mais pronunciada da estranheza que nos é despertada com relação ao sintoma se deve, certamente, aos fenômenos observáveis na clínica e conceituados por Freud de maneira mais aprofundada

a partir de suas elaborações sobre a pulsão de morte. Alguns exemplos disso são a dupla finalidade do sintoma de satisfação das pulsões sexuais e destrutivas, a recalcitrância do sintoma, isso é a sua permanência mesmo após o empreendimento de um tratamento orientado pela interpretação, a reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa inconsciente.

Pudemos observar ainda a incidência do processo de sobredeterminação na própria teoria freudiana, uma vez que percebemos nas obras iniciais a abordagem de conteúdos próprios à medicina em um conjunto com outros, de maneira que não nos é possível estabelecer uma relação de hierarquia entre os mesmos, mas sim observar seus pontos nodais, elementos nos quais se encontram e nos deslocam na via de um outro sentido. O mais notório exemplo é o conceito de hereditariedade, que ao invés de ser abordado em seu domínio usual, no campo da biologia das relações genéticas, contém o prelúdio da questão da escolha da neurose.

Seguindo essa lógica, constatamos com Freud que o sintoma, assim como seus próprios conceitos e as demais formações do inconsciente, como os sonhos e parapraxias, contém ao menos uma ambiguidade no que concerne o seu sentido. Muitas vezes, esses elementos distintos reunidos sob a formação sintomática são mesmo contraditórios. Uma distinção possibilitada, conforme conferimos, pela lógica própria ao inconsciente.

Apresenta-se com urgência na clínica uma necessidade de estarmos atualizados sobre as possibilidades de direção de tratamento que contemplem o manejo do sintoma em seu aspecto de satisfação pulsional e, portanto, de ampliarmos a orientação psicanalítica dessa práxis para contribuições pós-freudianas e nomeamos especificamente a laciana nesse sentido. Mesmo assim, podemos concluir não prescindimos do ensinamento deste e das importantes construções às quais chegou, justamente através do respeito a uma ética orientada pelas construções de cada sujeito.

Após termos chegado ao fim de nosso empreendimento de investigação em dois tempos do conceito freudiano de sintoma, entendemos que seja importante realizarmos um gesto de retorno à clínica e pensarmos em quais contribuições esse estudo pode fornecer para uma clínica que seja orientada pela psicanálise na atualidade. Além disso, respeitamos dessa maneira a

metodologia que propusemos como direção para a realização do presente trabalho, conforme expusemos na seção introdutória.

Em primeiro lugar, compreendemos que o estudo pode contribuir para uma superação da falsa dicotomia existente entre julgamento moral e doença psiquiátrica. Essa polarização pode ser observada especialmente no contexto da clínica interdisciplinar. Aparentemente, a concepção de doença psiquiátrica, ao estabelecer a formação dos sintomas e o sofrimento psíquico como decorrentes de processos do campo da biologia, retiraria os sujeitos que se apresentam para tratamento do campo do julgamento moral, uma vez que seus sintomas e seu sofrimento não dependem somente de sua volição para que deixem de se apresentar. No entanto, o que percebemos é que mesmo que os processos sejam entendidos como neuroquímicos, por exemplo, as possibilidades de operar uma modificação nesse contexto são viabilizadas através da entrada do sujeito em um tratamento e implicam numa certa sujeição do mesmo às proposições e prescrições psiquiátricas.

Esse movimento pode ser observado tanto a partir das iniciativas da psiquiatria como até mesmo de leis que existem para garantir uma assistência que minimize as possibilidades de violências institucionais, por exemplo. Isso pode ser exemplificado através do fato de que o sujeito é convocado à submissão a uma nomeação de doente, aquiesça ao diagnóstico e às proposições terapêuticas desenvolvidas pelo saber científico. Quando nos dispomos, no entanto, a tratar de um sintoma como o apresentamos neste trabalho é possível realizar uma oferta de tratamento diferenciada para o sujeito que o busca. Compreendemos que esse sujeito comparece para atestar que sua invenção singular para lidar com os impasses da vida não tem mais apresentado a mesma eficácia, mas podemos combinar a sua inserção mesmo que não se nomeie essa dificuldade como doença.

Temos então, como consequência dessa primeira contribuição, uma segunda possibilidade de construção na clínica atual que a concepção de sintoma freudiano nos proporciona. Percebemos que, à medida que essa abordagem diferenciada daquilo que traz o sujeito ao contexto de tratamento é tornado possível, também podemos pensar em diferentes formas de entrada. A decisão por sua inserção não depende de rotulações: permito a esse sujeito,

portanto, que tenha apoio profissional sem que seja nomeado como louco, portador de um transtorno, tenha que se assumir um “dependente químico”, etc.

A partir do momento em que consideramos a formação de sintomas através do mecanismo da sobredeterminação, passamos para um entendimento complexo da questão, pois de saída temos de considerar, além da manifestação fenomenológica atual daquele sintoma, o próprio sujeito, sua dinâmica psíquica, sua relação com a alteridade e com o mundo, sua história de vida, a maneira como ele próprio significou os acontecimentos e a maneira pela qual o conjunto desses elementos se engendra. Entendemos que ao deixarmos de tratar o sintoma em sua causa sobredeterminada, operamos uma tentativa de resolver de maneira demasiado simples uma questão complexa. Restringimos também, caso insistamos em apostar em uma única causa para os sintomas, os saberes que tem algo a dizer sobre esse tema. Não haveria necessidade, assim, da existência de equipes interdisciplinares nesse contexto, mesmo que haja continuamente a reiteração dessa afirmativa pelos diferentes discursos que circulam acerca da clínica no campo da saúde mental.

A partir do momento em que compreendemos, com Freud, que a clínica orientada pela psicanálise necessariamente leva em conta a singularidade com a qual o sintoma, ou esse modo de lidar com os impasses da vida psíquica, foi construído por cada sujeito, temos o que Borsoi (2011) denominou em seu artigo como política do sintoma. Segundo a psicanalista: “O respeito que a psicanálise tem pela condição particular do sujeito não se refere ao ser humano como categoria universal, mas ao funcionamento subjetivo que pode orientar a clínica nas instituições” (BORSOI, 2011, p. 1-2).

Por ser formação de compromisso, o conceito de sintoma pode auxiliar nossa compreensão sobre a possibilidade de que o sujeito apresente ideias ou movimentos de forma simultânea e contraditória. Outrossim, pode contribuir para essa compreensão o conceito de sintoma em seu aspecto de satisfação da pulsão de morte. Para Borsoi, é possível formularmos uma hipótese, nesses casos, “(...) que caminha no avesso do senso comum que muitas vezes atribui atos e passagens ao ato à manipulação e não à vontade mortífera do sujeito” (BORSOI, 2011, p. 4).

A partir do momento que o sintoma singular constitui o norte da clínica, não entendemos mais como uma necessidade verdadeira a atual tendência à

orientação clínica baseada em evidências, uma vez que esta tem como premissa a validação de determinada terapêutica a partir da estatística e da sua aplicabilidade e eficácia no maior número de casos possível. Reconhecemos essa tendência também como uma tentativa de distinguir os resultados da clínica *a priori*, enquanto Freud nos ensinou que os resultados de uma construção em análise só podem ser apreciados durante e após o processo terapêutico, assim como funcionam de determinada maneira apenas naquele caso singular: “Só o curso ulterior da análise nos capacita a decidir se nossas construções são corretas ou inúteis” (FREUD, 1937b, p. 279).

Compreendemos que levar em consideração a singularidade do sintoma, investigar seus processos de formação através da escuta de cada sujeito, implica num modo de superação da dificuldade, que podemos observar e entender inicialmente enquanto atual, de sustentar uma escuta clínica que não vise à medicalização da vida e ao silenciamento do sintoma. Percebemos, através da leitura dos textos freudianos, que isso se fez presente pelo menos desde os seus estudos com Charcot, não sendo uma questão apenas atual. Trata-se de uma necessidade, que se faz urgente desde então e até hoje, de “darmos ouvidos” ao sintoma.

Podemos dizer ainda que Freud nos ensina a contermos o impulso de atribuir uma etiologia hereditária a um sintoma psíquico, simplesmente porque foi apresentado também na família do sujeito em tratamento.

Por fim, podemos concluir que o estudo do sintoma, em seu caráter compulsivo, denota a dimensão de sofrimento psíquico acarretada ao sujeito, que pode ser muitas vezes excluída numa lógica na qual impera o estabelecimento de uma categoria diagnóstica através da classificação dos sintomas relatados e exames laboratoriais apresentados. Observamos alguns casos nos quais os próprios sujeitos não aquiescem à categoria proposta pelo médico, uma vez que ao obterem acesso ao que diz este saber a respeito daquela categoria observam, eles próprios, o tamanho descompasso entre a descrição fornecida e o sofrimento que experimentam em seu cotidiano.

Algumas questões, naturalmente, permanecem. A partir da teoria freudiana sobre o decurso defensivo na formação do sintoma, podemos depreender a participação, no primeiro momento desse processo, da emissão de um sinal que constitui uma queixa bastante comum na atualidade: a

ansiedade. Apreendemos, portanto, que a ansiedade não constitui propriamente aquilo que podemos chamar de sintoma na psicanálise, mas entendemos que o sintoma depende de uma construção posterior ao aparecimento da ansiedade. Como poderíamos compreender, então, a maneira como esse decurso se dá na atualidade, quando observamos muitos casos nos quais o sujeito não procede até o segundo momento, de construção de um sintoma? E ainda, de acordo com uma clínica orientada pelo sintoma, como poderíamos pensar o final de um tratamento, uma vez que afirmamos que certamente não se trata da busca por uma cura, em seu sentido comum?

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, F. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 70, p. 105-131, 2006.

BORSOI, P. A política do sintoma na clínica da saúde mental: aplicações para o semblante-analista. **Opção Lacaniana Online**, a. 2, n. 5, p. 1-6, 2011.

COSTA, S. T. V. **Sintoma e satisfação pulsional: impasses na análise**. 91f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, R. M. *et. al.* Sequência de Moebius: Relato de caso e revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, Sorocaba, v. 13, n. 1 p. 26-28, 2011.

FREUD, S. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1886a), vol. I **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Observação de um caso grave de hemianestesia em homem histérico (1886b), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Histeria (1888), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Um caso de cura pelo hipnotismo com alguns comentários sobre a origem dos sintomas histéricos através da contravontade (1888-9), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Prefácio e notas de rodapé à tradução das Conferências das terças-feiras, de Charcot, (1892-94), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Esboço da Comunicação Preliminar (1892), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893a), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Charcot (1893b), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Estudos sobre a Histeria (1893-95), vol. II. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess - Carta 61 (1897), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess - Carta 69 (1897), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia (1895), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896a), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A etiologia da histeria (1896b), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898a), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O mecanismo psíquico do esquecimento (1898b), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess - Carta 101 (1899), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess - Carta 105 (1899), vol. I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Interpretação dos sonhos (1900), vol. IV. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905a), vol. VII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905b), vol. VII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Moral sexual "civilizada" e doença nervosa moderna (1908), vol. IX. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Dois processos do funcionamento psíquico (1911), vol. XII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XVII: O sentido dos sintomas (1917a), vol. XVI. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XVIII: Fixação em traumas - O inconsciente (1917b), vol. XVI. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas (1917c), vol. XVI. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XXIV: O estado neurótico comum (1917d), vol. XVI. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920), vol. XVIII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego (1921), vol. XVIII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O ego e o id (1923), vol. XIX. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Neurose e psicose (1924), vol. XIX. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926a), vol. XX. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A questão da análise leiga (1926b): Conversações com uma pessoa imparcial, vol. XX. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XXXI: Dissecção da personalidade psíquica (1933a), vol. XXII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XXXII: Ansiedade e vida instintual (1933b), vol. XXII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937a), vol. XXIII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Construções em análise (1937b), vol. XXIII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Moisés e o monoteísmo (1939), vol. XXIII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, L. A. e FREUD, S. **Afásias: sobre a concepção das Afásias/ As afásias de 1891**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

MAIA, A. L. *et al.* Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.57, n.3, p. 205-232, 2013.

MARNEFFE, D. The Construction of Clinical Knowledge in Charcot and Freud. **Signs**, v. 17, n. 1, p. 71-111, 1991.

MEZAN, R. **A Sombra de Dom Juan e outros ensaios**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PEIXOTO, M. C.; COELI, C. M. e VAISMAN, M. Avaliação do tratamento clínico da doença de Graves. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.49, n.3, p. 410-419, 2005.

SEITELBERGER, F. Theodor Meynert (1833-1892) pioneer and visionary of brain research. **Journal of the history of the neurosciences: Basic and clinical perspectives**, v. 6, n. 3, p. 1997.

TRILLAT, É. **História da Histeria**. Trad. Patricia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.