

1

FREUD E A NEUROLOGIA

1.1

Freud neurologista

Sigmund Freud (1856-1939) iniciou sua prática no campo da Neurologia em 1883, quando começou a trabalhar no laboratório de neurologia de Meynert, seu professor e integrante da escola alemã de Helmholtz. Correspondem a este período as primeiras manifestações do interesse de Freud pela psicopatologia. Ao fim do período em que trabalhou sob a supervisão de Meynert, Freud solicitou o seu ingresso no departamento de doenças do sistema nervoso, tendo sido transferido para a área de doentes de sífilis. Teve, nesse período, grandes oportunidades de estudar doenças orgânicas relacionadas ao sistema nervoso, através de exames de patologia, e acabou sendo considerado um exímio especialista em diagnosticar os locais da lesão cerebral (Jones, 1953). O próprio Freud afirmava, a esse respeito, ser capaz de identificar o ponto de localização de uma lesão no bulbo raquídeo de forma tão exata que o patologista nada tinha a acrescentar ao diagnóstico e reconhece que a fama de seus diagnósticos e de sua confirmação *post-mortem*, trouxe-lhe uma afluência de médicos norte-americanos, para os quais lecionava sobre os pacientes do seu departamento (Freud, 1925).

Ainda em 1883, Freud fez uma nova e infrutífera incursão à fisiologia experimental, e após esse fracasso – que seguiu ao instituto de química – limitou seu trabalho de laboratório à histologia do sistema nervoso. Como qualquer cientista, ele sabia a importância da técnica. Estava empenhado, portanto, em descobrir novas possibilidades de exames do tecido nervoso. Descobriu, então, um novo método que causou grande entusiasmo na comunidade científica, através do qual era possível atingir um quadro muito claro e preciso das células nervosas. Este novo método foi publicado em diferentes idiomas. Os resultados com outros pesquisadores, todavia, foram variados, e muitas vezes insatisfatórios. Brücke, outro renomado professor da escola alemã de Helmholtz, sugeriu alguns ajustes ao

método de Freud, para que o mesmo não apresentasse mais problemas (Jones, 1953).

Sob a orientação de Brücke, Freud havia estudado as células da medula espinhal, a parte do sistema nervoso que ainda consistia em seu principal interesse, mas para chegar a ser um neuropatologista completo teria que seguir mais adiante. Começou a investigar, então, a porção imediata do sistema nervoso central – o bulbo raquídeo.

Freud publicou apenas dois trabalhos sobre o bulbo, tendo seu interesse se deslocado para temas de caráter mais clínico. No primeiro trabalho investigou as raízes e conexões do nervo acústico. O material utilizado na pesquisa eram bulbos raquídeos de fetos de cinco a seis meses, quando as fibras acústicas já estão mielinizadas. Freud descreve, nesse artigo, a neuroanatomia de forma detalhada e precisa. Em seu segundo artigo publicado, propôs-se a investigar as raízes inferiores do pedúnculo inferior do cérebro, também oferecendo aí uma boa descrição (Jones, 1953).

Em 1885, Freud foi visitar Charcot, permanecendo em Paris por quatro meses, no hospital La Salpêtrière. Nesse período, Freud ofereceu-se para traduzir as conferências de Charcot, e assim teve contato com tudo o que ocorria na clínica. Quando Freud foi a Paris, ainda se interessava mais pelas investigações anatómicas do que pelos temas de clínica, e a princípio tratou de prosseguir-las no laboratório de Salpêtrière. Não se pode negar, portanto, que a influência de Charcot despertou em Freud um interesse pela psicopatologia (Jones, 1953).

Em 1887 e 1888, Freud escreveu uma monografia – talvez destinada a converter-se em um livro – sobre a anatomia do cérebro, tema que dominava. Esse trabalho, entretanto, nunca foi concluído, uma vez que seu interesse já estava se deslocando para a psicopatologia (Jones, 1953).

A publicação seguinte foi o primeiro livro sobre as *afasias*, de 1891, que pretendemos investigar profundamente na presente dissertação, de modo a compreender o seu contexto e o teor de suas críticas, uma vez que Solms & Saling (1986) apontam para a relevância dessa obra quando se tenta estabelecer um diálogo entre a Psicanálise e a Neurociência. Ao nosso ver, entretanto, é a partir de *Afasias* (1891) que Freud começa a romper com as ciências do cérebro, pelo menos em termos metodológicos, para se preocupar basicamente com o psíquico,

aprofundando o seu empreendimento no *Projeto* (1895), que, como aponta Pribram (1998), se trata muito mais de um texto sobre o psíquico do que sobre o neurológico, ainda que muito da terminologia utilizada suponha o contrário.

A título de esclarecimento apresentaremos a seguir algumas definições sobre o conceito de afasia, que será amplamente explorado aqui, oferecendo dessa forma, um panorama sobre as definições atuais. A fim de oferecermos tais definições, foi consultado o *Manual de Psicopatologia* de Elie Cheniaux (2002a).

As afasias, como se concebe atualmente, são distúrbios adquiridos da capacidade lingüística – na compreensão ou na expressão –, que ocorrem na ausência de déficit auditivo ou de incapacidade motora do órgão fonador. Estão relacionadas a lesões corticais – causadas principalmente por distúrbios vasculares, tumores e processos degenerativos, como a doença de Alzheimer. As afasias podem ser classificadas como: motora (expressiva, ou de Broca), sensorial (receptiva, ou de Wernicke), de condução, global, transcortical e anatômica (semântica, amnésica). Definiremos a seguir cada uma delas, apresentando o local da lesão correspondente e os respectivos sintomas:

1 - Afasia Motora:

Trata-se de uma forma de afasia não-fluente. O discurso, emitido com grande dificuldade, caracteriza-se por frases curtas ou simplesmente fragmentos de palavras, e pela perda da estrutura gramatical (agramatismo: ausência de artigos, preposições, conjunções, advérbios de lugar e verbos auxiliares). Os pacientes, além disso, cometem erros parafásicos literais, e há perda de prosódia. A compreensão da linguagem, assim como a capacidade de nomeação, está preservada, mas a capacidade de repetição (do que o examinador fala) está comprometida. A afasia motora está relacionada a lesões na região pósteroinferior do lobo frontal esquerdo.

2 - Afasia Sensorial:

Há perda da capacidade de compreender a linguagem, mas a audição, por definição, não está prejudicada. É uma afasia fluente, mas o paciente tem dificuldade em compreender a própria fala. As palavras são pronunciadas de forma defeituosa e a sintaxe pode estar bastante alterada (paragramatismo). As capacidades de repetição e de nomeação também estão comprometidas. Na afasia

sensorial, há lesão na região pósterio-superior do lobo temporal esquerdo (área de Wernicke).

3 - Afasia de Condução:

Há fluência, a compreensão é normal, mas a capacidade de repetição e a de nomeação estão comprometidas. Esse tipo de afasia está relacionado a lesões no fascículo arqueado, que conecta a área de Wernicke com a área de Broca.

4 - Afasia Global:

Está relacionada a lesões nas áreas de Wernicke e de Broca, de forma que a expressão, a compreensão e a repetição estão comprometidas.

5 - Afasia Transcortical:

A principal característica é a preservação da capacidade de repetição. Trata-se de uma afasia não-fluente, podendo a capacidade de compreensão estar comprometida ou não. É relacionada à área cerebral anterior esquerda, envolvendo a área motora suplementar.

6 - Afasia Anômica:

Há dificuldade em nomear objetos. A expressão, a compreensão e a repetição são normais. Envolve o córtex temporal anterior esquerdo.

Estão associadas às afasias a Agrafia e a Alexia. A primeira caracteriza-se pela incapacidade para escrever; a segunda pela perda da capacidade para a leitura. Deve-se acrescentar que na Aprosódia, ou Hipoprosódia, há respectivamente perda ou diminuição da modulação afetiva da fala, que se torna monocórdia, monótona. Pode haver também perda ou diminuição da compreensão da prosódia da fala das outras pessoas. Esse distúrbio relaciona-se a lesões no hemisfério direito (Cheniaux, 2002a).

Após essa breve definição das afasias que é atualmente aceita no campo da Neurologia, voltemos ao final do século XIX, quando Freud rompe com a tradição neurológica de sua época – o localizacionismo – e propõe uma teoria alternativa para a compreensão do quadro clínico de uma forma mais abrangente, considerando não apenas o aspecto neurológico, ou físico, mas questões emocionais, ou psíquicas.

1.2

A interpretação das afasias: a crítica ao localizacionismo

Para se compreender as críticas de Freud à doutrina da localização, faz-se necessário uma breve descrição sobre uma importante teoria precursora dessa doutrina, a chamada frenologia⁷. A frenologia consistia em um método de avaliar traços de personalidade e capacidades mentais através da medida das saliências do crânio (Gazzaniga & Heatherton, 2003). Esse método foi criado por Franz Joseph Gall (1758-1828) e Johan Spurtzheim (1776-1832), que sustentavam a crença de que as diversas funções mentais se expressavam na anatomia externa do crânio, permitindo a elaboração de mapas bastante detalhados da localização das funções mentais a partir da superfície do crânio. Eles indicaram, como exemplo, a localização de funções tais como a “destrutividade”, a “ganância” e a “veneração”.

Mas, se de um lado a frenologia marcou o campo de estudos sobre o cérebro de modo indelével, ela também foi acusada de charlatanismo, não tanto pelas idéias que defendia, mas em função da relutância em submeter essas idéias à verificação experimental (Gazzaniga & Heatherton, 2003). Surgiu então, nesse cenário, uma das maiores lideranças na crítica à frenologia: o importante cientista francês Marie-Jean-Pierre Flourens (1794-1867). Flourens cunhou o termo *equipotencialidade* para designar, ao contrário do que supunha a frenologia, a concepção de que todas as partes do córtex cerebral contribuíam igualmente para todas as capacidades mentais. Seus métodos eram mais científicos do que os de Gall uma vez que este pesquisador removia sistematicamente partes do cérebro de animais e observava seu comportamento subsequente. Entretanto, suas pesquisas o levaram a conclusões errôneas, e dessa forma, utilizando as técnicas que o próprio Flourens defendia, a idéia dos frenologistas da *localização funcional* foi aceita como essencialmente correta (Gazzaniga & Heatherton, 2003).

O localizacionismo, nome atribuído ao método de localização das funções mentais em áreas do cérebro, pode ser caracterizado a partir de quatro argumentos básicos, os quais serão desenvolvidos posteriormente. O primeiro refere-se à

⁷ Deve-se acrescentar que, já no século IV a. C., o médico grego Hipócrates (460-377 a. C.) descreve o cérebro como a localização da mente (Gazzaniga & Heatherton, 2003).

presença de uma reação ponto a ponto entre os estímulos provenientes do mundo externo e representações localizadas em determinados pontos do córtex cerebral; o segundo consiste na concepção de que as fibras nervosas permanecem imutáveis com a passagem da excitação; o terceiro refere-se à presença de uma relação mecânica entre elementos sensoriais (impressões) e elementos psíquicos (representações); e o quarto aspecto refere-se à concepção de que o processo psicológico é um epifenômeno do processo fisiológico. Freud pretendia se contrapor a esses argumentos.

Embora continuasse a controvérsia entre os frenologistas e aqueles que defendiam a equipotencialidade do cérebro, foi realizado, em 1861, um dos mais famosos estudos de caso da Neurologia pelo célebre neurologista Paul Broca, o que forneceu ao localizacionismo a primazia no campo da Neurologia da época. Curiosamente, embora Broca sugerisse que nem todas as lembranças eram necessariamente fixas, foi ele quem convenceu o mundo médico de que a função mental era localizada, tendo sido a primeira contestação séria a Flourens e à escola holista (Rosenfield, 1988).

Broca examinou o cérebro de um paciente, Monsieur Laborgne, incapaz de dizer qualquer coisa além da palavra “tan”. Broca encontrou uma grande lesão causada por um acidente vascular cerebral – vaso sanguíneo bloqueado – localizada no lobo frontal, na parte inferior da terceira circunvolução do hemisfério esquerdo. Essa região passou a ser conhecida como área de Broca, e desde então foi repetidamente confirmada como crucial para a produção da linguagem (Gazzaniga & Heatherton, 2003). De acordo com Broca (1861, apud Rosenfield, 1988):

“Tan certamente compreendia quase tudo o que lhe era dito, mas, como só conseguia expressar suas idéias e desejos com movimentos da mão esquerda, tinha maior dificuldade de se fazer entender do que entender os outros (...). Quem estuda esses casos pela primeira vez pode pensar (...) que a faculdade da linguagem se perdeu. Mas ela continua íntegra uma vez que os pacientes têm perfeita compreensão da língua escrita e falada. (...) mas eles são incapazes de executar os movimentos (...) coordenados que correspondem às sílabas requeridas. O que eles perderam, portanto, não foi a faculdade da linguagem, nem a lembrança das palavras, nem as ações dos nervos e músculos necessários à articulação dos sons, mas a (...) *faculdade de coordenar os movimentos exigidos pela linguagem articulada*” (Rosenfield, 1988, p. 19/20).

Em 1874, o neurologista alemão Carl Wernicke consolidou a doutrina da localização ao demonstrar que as imagens auditivas das palavras pareciam localizar-se num banco de memória distinto que continha as imagens dos movimentos articulatórios das palavras. Wernicke, portanto, observou um segundo centro da linguagem, no giro superior do lobo temporal do hemisfério esquerdo, hoje conhecida como área de Wernicke, que continha as representações auditivas das palavras, ou seja, o registro de cada palavra isolada. Wernicke acrescentou, de acordo com Rosenfield (1988), que essas duas áreas, a de Broca e de Wernicke, eram ligadas por um feixe de fibras, e dessa forma passou a explicar as diferentes síndromes clínicas em função de lesões em uma dessas duas áreas, ou das fibras que as ligavam (Rosenfield, 1988).

Uma afirmação de Wernicke pode ilustrar sua defesa do localizacionismo: “O córtex cerebral com seus 600 milhões de células, segundo estimativa de Meynert⁸ oferece um número suficientemente grande de locais de armazenagem, onde as inúmeras impressões sensoriais proporcionadas pelo mundo externo podem ser armazenadas uma a uma, sem interferência. O córtex cerebral é povoado de resíduos de estímulos passados, que propomos denominar imagens mnemônicas⁹”. Aqui se observa claramente a aplicação das premissas da doutrina localizacionista, no que se refere à presença de uma reação ponto a ponto entre os estímulos provenientes do mundo externo e representações localizadas em determinados pontos do córtex cerebral e, ainda, a assunção de uma relação mecânica entre elementos sensoriais (impressões) e elementos psíquicos (representações).

Para compreendermos as críticas de Freud à doutrina localizacionista, faz-se necessária uma retrospectiva de seu percurso acadêmico. Freud foi influenciado pelas duas principais escolas de neurologia da Europa, a escola alemã de Helmholtz, na qual se formou, e a escola francesa de Charcot. Essas duas escolas utilizavam o mesmo método de investigação de pacientes neurológicos, qual seja, a localização anátomo-clínica. Na escola alemã, entretanto, a ênfase pendia para o lado anatômico da equação anátomo-clínica. O material clínico servia ao propósito secundário de demonstrar e confirmar a teoria anatômica e fisiológica

⁸ Theodor Meynert (1833-1892) foi professor de neuropsiquiatria da Universidade de Viena e orientador de Freud durante a sua formação médica (Freud, 1895).

⁹ Retirado de Rosenfield (1988, p. 27/28).

existente. Mais ainda, os fatos clínicos estavam subordinados às teorias anatômica e fisiológica. Na escola francesa, a ênfase recaía sobre o lado clínico da equação. Portanto, de acordo com a escola que girava em torno da personalidade inovadora de Charcot, no hospital Salpêtrière, a tarefa primordial da ciência neurológica era estabelecer novos fatos clínicos, independentemente da teoria anatômica e fisiológica. O objetivo da Neurologia francesa era não tanto explicar casos clínicos embasados nas teorias existentes, mas sim identificá-los, classificá-los e descrevê-los. Enquanto na escola francesa a falta de uma lesão demonstrável não criava sérios problemas – como era o caso da neurose, em particular a histeria e a neurastenia –, para os neurologistas alemães o caso era quase insolúvel. Dessa forma, declararam que as neuroses não eram temas que merecessem atenção científica séria, já que, se não havia lesão anatômica, não havia doença. Freud então se tornou um devotado aluno de Charcot, e quando retornou à Viena, expôs seu ponto de vista amplamente. Com o aumento da experiência clínica, e sob a influência teórica de John Hughlings Jackson, Freud começou a se afastar de Charcot e a desenvolver seu ponto de vista próprio (Solms & Kaplan-Solms, 2000).

Jones (1953) sublinha a importância da influência de Charcot sobre Freud, quando este o visitou em 1885. Tal influência despertou em Freud um profundo interesse pela psicopatologia, representando uma emancipação dos aspectos mais mecânicos da escola de Helmholtz em que havia se formado (Jones, 1953).

É interessante notar, entretanto, como nos apontam Solms, M. & Saling, M. (1986) a respeito de Charcot, que embora o seu trabalho clínico e nosográfico da histeria seja bem conhecido, há algo nesse pesquisador que permanece obscuro quanto a suas premissas teóricas. Ou seja, o que não ficou muito evidente é que Charcot, de fato, se apoiava numa explicação fisiológica para a sintomatologia histerica. Charcot (1886 apud Solms, M. & Saling, M., 1986) acreditava que na paralisia histerica a lesão *état dynamique* (estado dinâmico) ocorria na mesma região anatômica na qual uma lesão estrutural produziria uma semelhante paralisia orgânica. Para Charcot uma lesão *état dynamique* é um tipo de lesão fisiológica em oposição a uma lesão *état statique* (estado estático), que se refere a uma lesão anatômica ou estrutural. Embora essas pretensas lesões *état dynamique* fossem invisíveis, Charcot acreditava que no futuro seria possível identificá-las e localizá-

las por métodos então desconhecidos. Em sua crítica mais explícita à teoria localizacionista de Charcot em 1893¹⁰, Freud afirmou que a lesão na paralisia histérica deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, na medida em que a histeria, ao se manifestar na paralisia e de outras formas, se comporta como se o anatômico não existisse, ou como se não tivesse conhecimento do mesmo. Portanto, embora Freud tenha mudado sua concepção metodológica, transferindo-se de Meynert para Charcot, deve-se admitir que ambos – Meynert e Charcot – acreditavam que era ao menos teoricamente possível localizar patologias psiquiátricas em regiões neuro-anatômicas circunscritas (Solms, M. & Saling, M., 1986).

Embora Freud fosse contrário a essa doutrina, ele ainda não se sentia seguro para formular sua crítica à mesma. Graças à influência da Neurologia dinâmica de Hughlings Jackson, no entanto, e das noções de hierarquia funcional e dependência concomitante entre os processos físicos e psíquicos, Freud pôde conceituar processos psíquicos separadamente de processos neurofisiológicos. Deve-se, portanto, investigar anteriormente as concepções teóricas de Hughlings Jackson, cujo percurso teórico serviu como base para a crítica de Freud dirigida à doutrina localizacionista.

Jackson¹¹ (1878 apud Solms, M. & Saling, M., 1986) pretendia se contrapor à concepção de que aquilo que era físico e que pertencia aos centros inferiores expressava-se em estados psicológicos localizados nos centros superiores. Para ele tal concepção era uma falácia. Ele propôs, então, que os processos físico e psíquico deveriam ser conceituados separadamente, ainda que concomitantes entre si. No que se refere à afasia, Jackson considerava em determinado momento o fator psíquico – a fala –, e em outro momento a base anatômica da fala. Ao separar cuidadosamente a fala de sua base anatômica, Jackson inseriu o psicológico na medicina. Com a sua concepção, ele estaria apto a analisar os discursos individuais de pacientes afásicos (Solms, M. & Saling, M., 1986).

¹⁰ FREUD (1893). *Some points for a comparative study of organic and hysterical motor paralyses*. S. E.

¹¹ JACKSON, H. *On affectations of speech from disease of the brain*. Publicada em três fascículos In: *Brain* 1: 304-30 (1878/9), 2: 203-22 e 323-56 (1879/80). O artigo citado refere-se a uma reimpressão de 1931.

Jackson (1878) então introduziu um modelo de aparelho psíquico que se constituía por diferentes *níveis funcionais*. Esses níveis se estabelecem a partir de dois contínuos, em que no nível mais alto as funções são mais voluntárias e menos organizadas, e nos níveis mais baixos as funções são mais automáticas e mais organizadas, traduzindo-se em uma hierarquia funcional. Jackson (1878) propôs que na doença ocorria o contrário da evolução, e introduziu o conceito de “dissolução” (regressão, ou desinvolução), de modo que, sob condições patológicas, a função da fala *regride* para um modo de organização hierarquicamente mais baixo, menos voluntário e mais organizado.

Fascinado com os fragmentos do discurso afásico que apareciam de forma recorrente, Jackson percebeu que se deveria prestar atenção a ambas as sintomatologias, fossem as positivas ou negativas. Ou seja, aquilo que o paciente *é capaz* de falar é tão importante quanto aquilo que ele *não é capaz* de falar. Ele concluiu, baseado em seu modelo de aparelho psíquico, que os *sintomas positivos* surgem durante a atividade de centros inferiores. Nesse sentido, Jackson identificou que frases como por exemplo “Meu Deus do Céu!”, que embora possam apresentar uma estrutura proposicional correta, não têm valor proposicional. Frases como esta poderão ter sido utilizadas constantemente pelo paciente ao longo de sua vida, e assim terem adquirido uma característica automática e altamente organizada, sendo codificadas em um nível funcional inferior, para onde o paciente regride.

Jackson (1878) acrescenta que o paciente não retém somente as proposições mais automatizadas, mas também a última proposição que ele falou ou pensou no momento do trauma. Discursos desse tipo, que são de natureza voluntária, tornam-se fixados e dissociados, e são fadados à repetição no aparelho patológico. Esses sintomas positivos só podem ser compreendidos, segundo Jackson, quando observados no contexto traumático original. Ele admitia que, por trás dos sintomas positivos, poder-se-ia encontrar significados. De acordo com Forrester (1980 apud Solms, M. & Saling, M., 1986), o interesse de Jackson a respeito dos sintomas positivos dos afásicos antecipou a Teoria do Trauma de Freud, quando este postulou que os sintomas histéricos não eram aleatórios, mas, ao contrário, possuíam um significado que deveria ser associado ao momento do

trauma. As considerações anteriores estão sintetizadas nas palavras de Freud (1891):

“Hughlings Jackson (...) para refutar na sua base a teoria da localização (...) discute acerca do caso não raro em que quem é afetado pela afasia motora dispõe, para além do ‘sim’ e do ‘não’, também de um outro resto de linguagem que em outros casos corresponderia a uma capacidade lingüística de relevo. Esse resto de linguagem não raramente consiste numa forte blasfêmia (Sacramento, Bom Deus, etc.) (...) pertencia não à linguagem intelectual, mas à emocional. (...) Alguns desses casos permitem, no entanto, uma *interpretação*¹² muito plausível. Por exemplo, um homem que apenas sabia dizer “*I want protection*” (preciso de ajuda) (...) devia a sua afasia à uma briga (...) [em que sofreu] uma pancada na cabeça. (...) Um outro apresentava o curioso resto de linguagem “*List complete*” (a lista está completa); tratava-se de um escrivão que tinha sido atingido pela doença à força de trabalhar na redação de um catálogo” (p. 61/62).

De acordo com a socióloga da Ciência Star (1989), Hughlings Jackson ampliou as fronteiras da doutrina da localização impedindo que a mesma fosse desmoralizada no campo científico em função dos impasses encontrados. É válido lembrar, como apresentamos anteriormente, que a frenologia (que originou o localizacionismo) acabou sendo considerada como charlatanismo, talvez por não adequar seus princípios a novas formulações que apresentassem preceitos mais coerentes. Nesse sentido, Star (1989) concebe que foi esse o papel de Hughlings Jackson ao incluir na Neurologia de sua época o fator psicológico na investigação neurológica, ampliando assim o campo de investigação da Neurologia do século XIX.

Deve-se frisar que quando Freud adotou o postulado de Jackson – de que na afasia o psíquico é um processo paralelo ao fisiológico –, ele não estava afirmando que o fisiológico não tem nada a oferecer para a compreensão dos processos psíquicos. Freud estava apenas defendendo que os processos psicológicos devem ser abordados a partir de um ponto de vista psicológico e que as *estruturas internas* a esse processo eram independentes de estruturas anatômicas e fisiológicas. Ele concebia que esses dois aspectos deveriam ser teorizados em seus próprios termos, se houvesse o intuito de compreender a sua total natureza.

A fim de levar adiante o seu propósito, Freud analisa sistematicamente, nas *Afásias*, os dados e teorias de seus contemporâneos, de modo que um após o

¹² Grifo nosso.

outro – Wernicke, Lichtheim, Watteville, Heubner, Magnan, Hammond, Bastian, Grashey, Meynert, Gireaudau e Charcot – são colocados à prova (Rizzuto, 1989).

A teoria da localização sustentava-se em quatro argumentos básicos, como citado anteriormente, contrário aos quais Freud pretendia se declarar:

1) A presença de uma reação ponto a ponto entre os estímulos provenientes do mundo externo e representações localizadas em determinados pontos do córtex cerebral.

2) As fibras nervosas permanecem imutáveis com a passagem da excitação.

3) Relação mecânica entre elementos sensoriais (impressões) e elementos psíquicos (representações).

4) O processo psicológico é um epifenômeno do processo fisiológico.

Freud, então, contra-argumentou cada concepção:

1) Há uma tradução entre excitações externas e o receptor do tecido cortical. A transmissão de uma impressão não se faz de forma linear, há um paralelismo entre duas ordens de processos – fisiológicos e psíquicos.

2) As fibras nervosas passam por estágios distintos que diminuem sua intensidade¹³. A modificação no córtex tornará possível a recordação, ou seja, essas mesmas vias podem ser novamente percorridas quando a mesma área cortical for novamente excitada.

3) Freud rejeita que as associações entre representações sejam feitas por áreas subcorticais, de forma mecânica, e introduz a noção de intencionalidade nos processos psíquicos. Mais ainda, os processos fisiológicos no sistema nervoso não se encontram numa relação de causalidade com os processos psíquicos, ou seja, os primeiros não cessam ao se iniciarem os segundos, como se poderia supor a partir de um efeito mecânico. Freud defende o paralelismo psico-físico.

4) O processo psíquico é paralelo ao processo fisiológico e há concomitância entre os dois processos. Diferente de pensar o psíquico como um epifenômeno do fisiológico, concebe-se que cada fenômeno tem sua própria natureza e obedece a leis próprias de funcionamento.

¹³ Essa idéia será formulada posteriormente no *Projeto* quando Freud concebe os diferentes sistemas de neurônio, em que os mais periféricos recebem estímulos em quantidades maiores, e a intensidade do estímulo vai se enfraquecendo na medida em que percorre camadas mais internas, graças às *barreiras de contato* que oferecem cada vez mais resistência.

Segundo o comentário de Garcia-Roza (1991), Freud, ao escrever *A Interpretação das Afasias* em 1891, se propõe a refutar, fundamentalmente, duas hipóteses formuladas por Wernicke: a primeira hipótese refere-se a uma distinção entre a afasia causada especificamente pela destruição de centros – afasias sensorial e motora – e a afasia causada pela destruição das vias de condução – afasia de condução. Freud aponta para uma incorreção dessa concepção, já que Wernicke não estaria considerando a linguagem em relação ao resto da atividade cerebral. A segunda hipótese de Wernicke criticada por Freud refere-se às correlações entre os diferentes centros responsáveis pela linguagem. Freud contesta, aí, a própria noção de centros específicos isolados. E argumenta, como nos aponta Rizzuto (1993), que Wernicke e Lichtheim (1884) basearam-se em interpretações errôneas dos dados obtidos na clínica, e em argumentos deficientes a respeito das estruturas anatômicas. Após analisar esses casos, Freud concluiu que não havia fibras associativas entre os centros de linguagem e que os centros propriamente ditos eram apenas estruturas anatômicas hipotéticas. Deve-se notar que enquanto Lichtheim concebia a existência de fibras brancas intracorticais conectando os centros, Freud postulava a presença de associações funcionais.

“Dever-se-ão pressupor processos funcionais semelhantes em correspondência de cada área cortical que serve para a função da linguagem, e não temos qualquer necessidade de fazer apelo às massas fibrosas brancas para ser transmitida a associação das representações que se encontram no córtex” (Freud, 1891, p. 58).

Enquanto os localizacionistas admitiam a existência das afasias de condução, relacionadas à destruição das vias de conexão entre o centro motor e o sensorial, Freud denominou esse caso de parafasia, caracterizando-o como um sintoma puramente funcional, um índice de uma menor eficiência funcional do aparelho da linguagem considerado como um todo:

“Por parafasia devemos entender uma perturbação da linguagem em que a palavra apropriada é substituída por uma outra não apropriada que tem, no entanto, uma certa relação com a palavra exata” (...) “a parafasia observada em alguns doentes não se distingue em nada daquela troca de palavras que quem é saudável pode encontrar em si próprio em caso de cansaço ou de atenção distraída ou sob a influência de estados afetivos que o perturbam. (...) é óbvio considerar a parafasia (...) como um sintoma puramente funcional, como sinal de funcionalidade reduzida do aparelho associativo da linguagem” (Freud, 1891/1977, p. 35).

Freud, nesse sentido, aproxima o normal do patológico. Ele exemplifica que a troca de palavras pode se dar por terem sons semelhantes, ou quando há um sentido semelhante entre elas, e acrescenta que “trata-se também de parafasia quando duas intenções verbais são fundidas” (Freud, 1891, p. 35). Um exemplo dessa idéia de fusão de duas intenções poderia ser o termo “pãe”, para designar uma possível fusão das palavras pai e mãe.

Enquanto os neurologistas da época tentavam localizar uma área cerebral responsável pela afasia sensorial, Freud relativizava a classificação:

“(...) a perturbação da afasia sensorial vai muito além desses caracteres parafásicos. Há casos em que os afásicos sensoriais não dizem nem sequer uma palavra compreensível (...) em outros casos como o de Wernicke (...) [observa-se] a superabundância de partículas, interjeições e outros acessórios da linguagem, a repetição freqüente de substantivos e verbos já pronunciados uma vez” (Freud, 1891, p. 36).

Com essa afirmação, Freud aponta a dificuldade de se identificar uma causa em uma área cerebral específica, uma vez que a própria sintomatologia se mostra inespecífica, sugerindo que atribuir correlações entre centros anatômicos específicos e certas funções da linguagem seria uma arbitrariedade.

Freud sugere uma nova compreensão para a explicação de Lichtheim sobre um caso publicado por Heubner em 1889, de *afasia motora transcortical*. Lichtheim defende, baseado em um esquema que criou sobre o aparelho de linguagem (figura 1), que a afasia motora transcortical está relacionada exclusivamente com a via BM, que seria responsável pelo “falar espontâneo”. Freud o contradiz, afirmando que o paciente perdera a capacidade de falar espontaneamente, mas mantinha a capacidade de repetir e ler em voz alta, repetir caracteres. Contrário ao esquema de Lichtheim, a lesão na zona motora é limitada e insignificante para ser atribuída à profunda perturbação da linguagem. No que se refere à afasia motora transcortical, sua existência não constitui, segundo Freud (1891), nenhuma prova da existência de uma via BM para o falar espontâneo. Esta forma de perturbação da linguagem provém ou de lesões das zonas sensoriais da linguagem ou de particulares condições patológicas da motilidade pelas quais o centro motor da linguagem é levado a um estado funcional reduzido em relação ao normal (Freud, 1891, p. 37). A seguir, apresentamos o esquema de Lichtheim:

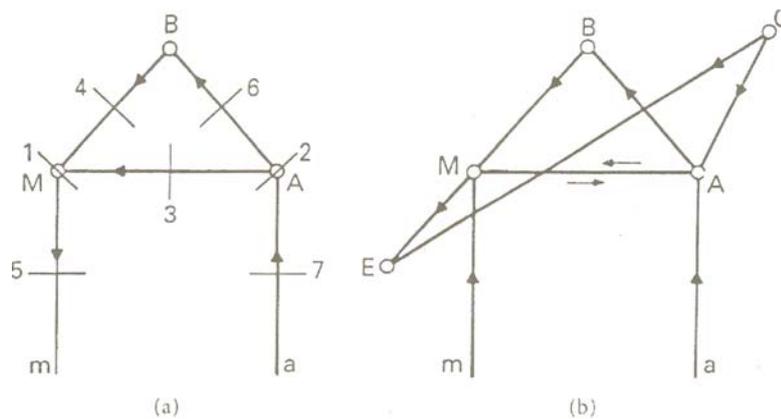


Figura 1: Figura a: Esquema de Lichtheim sobre o aparelho da fala. *M* representa o centro motor da fala (área de Broca). A destruição desse centro, indicada por 1, causa a afasia de Broca. *A* representa o centro auditivo da fala, e sua destruição, 2, acarreta a afasia de Wernicke. Os números 3, 4, 5, 6 e 7 representam a lesão das fibras nervosas que ligam os diferentes centros, causando o que se conhece como afasias de condução. *B*, que Lichtheim chamava de centro dos conceitos, não representa uma região específica do cérebro, como *M* e *A*, mas várias regiões a partir das quais o aparelho da fala pode ser ativado. Lichtheim afirmava que a maioria dos sintomas constatados nos diferentes tipos de afasias podia ser explicada por seu diagrama.

Figura b: modo como um centro das representações visuais de palavra, *O*, seria ligado a um centro motor que inervaria “os órgãos da escrita”.

Fonte: Citado por Rosenfield (1988, p. 26) e retirado de: Ludwig Lichtheim, “On aphasia, *Brain*, 7, janeiro de 1885, p. 436”.

Freud reforça sua argumentação citando casos em que, embora houvesse uma sintomatologia semelhante aos casos de Lichtheim, diferentes áreas tinham sido atingidas. E acrescenta casos em que sequer observou-se lesão orgânica apesar da presença dos sintomas. Freud, então, sugere o abandono da explicação localizacionista:

“Uma vez que se trata de um passo muito importante para toda a interpretação da afasia (...) fomos obrigados a abandonar a explicação da localização na medida em que ela foi contraditada pelas verificações de autópsia (Heubner e Hammond) (...) E podem de fato existir situações semelhantes à afasia motora transcortical, surgidas por efeito de um dano puramente funcional sem qualquer lesão orgânica” (Freud, 1891, p. 43).

Freud reconhece, de certa forma, a importância da posição de Wernicke no que se refere ao fato de que a teoria da localização responde pelas funções elementares, mas que em se tratando de representações complexas seria necessário recorrer a sistemas de associação articulando as diversas áreas corticais. Ele se

questiona, entretanto, se não estaríamos incorrendo no mesmo erro de princípio seja para funções simples ou complexas:

“Quando uma pequena lesão orgânica se situa na circunvolução central anterior, o seu efeito pode consistir numa paralisia circunscrita, por exemplo, dos músculos do polegar. Mas, mais freqüentemente, o efeito manifesta-se como uma paralisia moderada de todo o braço” (Freud, 1891, p. 44).

Quer se trate das parafasias em particular ou dos processos psíquicos em geral, Freud defende que não podemos procurar o substrato fisiológico da atividade mental na função de alguma parte do cérebro, mas como resultado de processos que abarcam o cérebro em toda a sua extensão, além do fato de que os distúrbios observados na clínica podem ser determinados tanto pela extensão da área cortical lesada como pelas unidades danificadas. Freud (1891), então, passa a conceber o cérebro de uma forma holista, não localizada:

“Já estamos habituados à pretensão de que uma lesão destrua completamente uma parte dos elementos do sistema nervoso, mas deixe completamente intactos os outros. (...) só poucas lesões satisfazem esta condição” (p.43). “Quanto ao aparelho da linguagem, parece que (...) responde a uma tal lesão de maneira solidária. (...) Por exemplo, não sucede nunca que na seqüência de uma pequena lesão do centro motor se percam cem palavras cuja natureza dependa exclusivamente do local da lesão” (p.44).

Freud conclui, assim, que a busca da causalidade da perturbação é mais complexa do que sugerem os localizacionistas:

“(...) o aparelho de linguagem dispõe de uma tal riqueza de expressões sintomáticas que só dele podemos esperar a revelação, através do tipo de perturbação funcional, não só da localização, mas também da natureza da lesão” (Freud, 1891, p. 41).

Por fim, Freud (1891) propõe o seguinte questionamento, que é extremamente elucidativo quanto a sua forma de construir a crítica ao localizacionismo: “o que seria então o correlato fisiológico de uma simples idéia que surge? Obviamente nada estático, mas algo da natureza de um processo” (Freud, 1891, p. 57).

Ao refutar os esquemas existentes do funcionamento da linguagem, Freud teria que criar um novo modelo capaz de explicar a maneira como um aparelho de linguagem organiza-se a serviço da linguagem, além de apresentar as

consequências clínicas que se manifestam a partir dos distúrbios anatômicos e funcionais.

Freud utiliza o termo *Spracheapparat*, que significa “aparelho de linguagem”, não sendo um termo familiar aos neurologistas da época (Garcia-Roza, 1991), embora fizesse parte do vocabulário neurológico. Na verdade, ambos os termos – aparelho de linguagem e aparelho psíquico – originaram-se nos escritos de Meynert (Stengel, 1953). O que havia de novo (Rizzuto, 1993) era a maneira como Freud concebia esse aparelho, o que se observa no sugestivo título de seu livro “*Interpretação das afasias*”. Trata-se, nesse sentido, de um termo irreduzível às teorias de Wernicke e Meynert (Garcia-Roza, 1991). Rizzuto (1993) concorda com a concepção de Stengel (1953) de que o aparelho de linguagem de Freud é uma antecipação de seu modelo de aparelho psíquico. Garcia-Roza (1991) acrescenta, entretanto, que não há nenhuma intenção declarada, como há no *Projeto*, de oferecer uma concepção de aparelho psíquico. No entanto, na medida em que este aparelho diz respeito à linguagem, observa-se uma antecipação da teoria sobre o ato falho, o chiste e o lapso. Estes processos são exemplos da condensação e do deslocamento operados pela linguagem. Mais tarde Freud identifica que esses mecanismos permitem que se atinja o inconsciente (Garcia-roza, 1991). Rizzuto (1993) acrescenta que esse modelo de linguagem oferece fundamentos para a teoria da interpretação dos sonhos, para a noção de processo primário e secundário, além de oferecer uma base conceitual para concepção da existência de processos psíquicos inconscientes. Rizzuto (1993) acrescenta ainda que esse modelo teórico de Freud foi a base para a “cura pela fala” (*Talking Cure*) – tratamento oferecido às pacientes histéricas –, sendo um modelo que persiste até os dias atuais como base conceitual no trabalho clínico. Nesse sentido, pode-se dizer que o *Spracheapparat* se apresenta como um primeiro aparelho da alma, antecipando-se aos modelos apresentados no *Projeto* de 1895 e na *Interpretação dos sonhos* de 1900.

A esse respeito, Garcia-Roza (1991) contribui com sua percepção de que apesar de tratar-se de um texto de neurologia, é também o texto de um clínico, que a partir da escuta do relato do afásico, pretende articular as perturbações da linguagem encontradas na clínica com perturbações funcionais do aparelho de linguagem, aparelho este que ele descreve em termos estritamente neurológicos.

Freud (1891) pretende separar o psicológico do anatômico, não do neurológico, já que reconhece que não há esquema psicológico sem esquema neurológico.

De acordo com Rizzuto (1993), Freud pretendia criar um modelo de aparelho de linguagem que fosse capaz de explicar aquilo que as pessoas fazem em seus cotidianos, ou seja, falar espontaneamente. Freud criticava o modelo de Wernicke que apresentava a linguagem apenas como um reflexo cerebral. Inicialmente, Freud defendia que este modelo seria apenas aplicável à atividade de repetir palavras ouvidas. Entretanto, a partir das suas observações clínicas, ele percebe que o ato de repetir palavras tampouco funciona de forma reflexa, depende também da vontade. Freud, então, postula que os padrões ou vias pelas quais falamos são os mesmos através dos quais repetimos, de modo que o aparelho não fala de forma reflexa, por si próprio, ou seja, “falamos quando temos o intuito de falar, através do uso do aparelho de linguagem” (Freud, 1891/1977, p. 76).

Nesse sentido, pode-se perceber que Freud estava atento ao componente *intencional* da linguagem. Deve-se notar que ao tentar descrever um aparelho capaz de discurso espontâneo, ele pretendia construir um aparelho capaz de pensamento, ou seja, de processos psíquicos (Rizzuto, 1993). Freud (1891) acrescenta que certas lesões que não diferem, na maioria dos sintomas em termos materiais, diferem em seu significado psicológico. Aqui aparece a intenção de Freud, baseado na concepção de Hughlings Jackson, de separar as funções psíquicas de seus correlatos anatômicos e fisiológicos.

Ao fazer tal separação, Freud alerta que o processo fisiológico, ou seja, a modificação fisiológica resultante da estimulação dos centros, não deve ser confundido com a representação psíquica. Uma representação psíquica aparece como um processo paralelo à atividade fisiológica correlata, de modo que a transferência direta do fisiológico para o psicológico (representação) é totalmente injustificada e arbitrária (p. 55/57). É interessante notar que o termo representação em alemão – *Vorstellung* – sempre se refere a um elemento subjetivo, ou seja, a uma “*representação mental*” de alguma coisa, como nos indica o dicionário alemão de sinônimos “*The dictionary of german synonymus*”, de forma que a tradução para o conceito de representação é imprecisa (Farrell, 1977).

Tratando de um correlato anatômico, Freud localizou o aparelho da linguagem inteiramente no córtex cerebral, no hemisfério esquerdo (figura 2). Ele admitiu que o aparelho recebia estimulação e associações de todo o córtex, inclusive do hemisfério direito, mas não discutiu a significância desses *inputs* bilaterais.

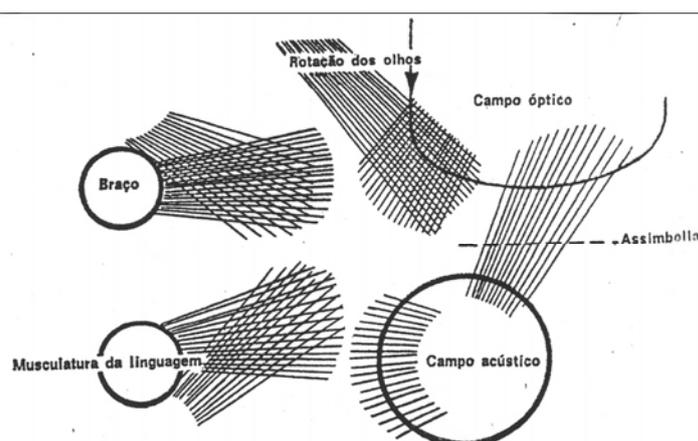


Figura 2: Esquema anatômico do campo associativo da linguagem. Explicação da manifestação dos centros de linguagem. Os campos corticais do nervo acústico, do nervo ótico, do braço e da musculatura da linguagem são esquematizados com círculos; as vias associativas que vão destes campos para o interior do campo da linguagem são representadas por feixes de raios. Onde estes feixes se cruzam com outros feixes – que aqui se apresentam cortados pela sua fonte –, surge um “centro” para o respectivo elemento associativo. As ligações bilaterais do campo acústico não estão representadas, seja para não complicar a figura, seja porque não é clara a relação entre campo do ouvido e centro acústico da linguagem. Decompor também espacialmente as ligações com o campo ótico em dois feixes permite deduzir que os movimentos dos olhos estão empenhados de modo particular na associação da leitura.

Fonte: Freud (1891, p. 75).

O aparelho de linguagem de Freud pode ser considerado único e exclusivo, diferenciando-se de outros modelos, pois, como nos aponta Rizzuto (1993), embora haja características anatômicas, essas não são utilizadas exclusivamente para a linguagem. Suas vias aferentes são compartilhadas com outros órgãos sensoriais e as vias eferentes compartilham com outras funções motoras. Seus órgãos executivos – as mãos e os olhos – não fazem parte do aparelho propriamente, mas são estruturas anatômicas com múltiplas funções. Portanto, a região cortical que serve de base anatômica da linguagem serve a outras funções. Sendo que o campo associativo da linguagem não tem conexão direta com o resto do corpo:

“O campo associativo da linguagem está privado dessas relações diretas com a periferia do corpo, não está certamente provido de vias de projeção sensíveis próprias e muito provavelmente nem sequer de específicas vias de projeção motora” (Freud, 1891, p. 66).

Pode-se considerar, assim, de acordo com Rizzuto (1993), que a estrutura anatômica do modelo de Freud é muito abrangente e, portanto, pouco definida. Para compreender seu modelo, é necessário acompanhar a descrição sobre como o mesmo se organiza através dos processos associativos, observados em seu outro esquema (figura 3).

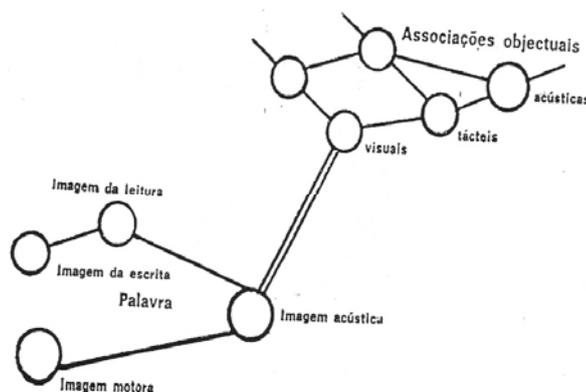


Figura 3: Esquema psicológico da representação-palavra. A representação-palavra apresenta-se como um complexo representativo fechado, ao passo que a representação-objeto se apresenta como um complexo aberto. A representação-palavra não está ligada à representação-objeto a partir de todas as suas partes constituintes, mas apenas pela imagem acústica. Entre as várias associações de objeto, são as visuais que representam o objeto, da mesma forma que a imagem acústica representa a palavra. As ligações da imagem acústica da palavra com as demais associações de objeto não são aqui indicadas. (Explicação da figura retirada de Garcia-Roza, 1991, p. 45).

Fonte: Retirado de Freud (1891/1977, p. 71).

Em sua concepção, Freud defende que qualquer representação¹⁴ já é em si uma associação, um complexo associativo de impressões sensoriais. Freud

¹⁴ Freud (1891/1977) oferece uma nova compreensão do conceito de representação, inspirado em seu professor Brentano, com quem fez um curso sobre Aristóteles por dois anos. O termo é empregado para designar não propriamente o objeto representado, mas o ato de representar. Não há uma reprodução do objeto externo, logo o significado de uma representação não está no objeto, mas na associação com outras representações. Por isso é possível haver significado mesmo quando a representação não tem como referente um objeto real, como por exemplo, a idéia de um centauro, em que o mesmo é tão objeto da consciência quanto uma árvore percebida (Garcia-Roza, 1991, p. 57).

designa as impressões sensoriais como “imagens mnêmicas”. Sendo que estas e a associação entre elas, embora tenham aspectos diferentes, ocorrem simultaneamente dentro de um mesmo processo. Não há dualidade entre a impressão e a associação. É um processo unitário e indivisível. “Não podemos ter uma sensação sem logo associá-la” (Freud, 1891, p. 57). Para se compreender esse processo podemos pensar no caso da associação de uma representação-palavra, em que não há imagem motora da palavra sem imagem acústica, de modo que os elementos não existem isoladamente (Freud, 1891).

As associações são as responsáveis pela estruturação do aparelho de linguagem. Deve-se diferenciar, entretanto, dois tipos de associação: o primeiro tipo associa as impressões sensoriais, tais como os estímulos acústicos, visuais e cinestésicos, e formam o complexo representacional (*Vorstellung Complex*), como, por exemplo, uma representação-palavra (*Wortvorstellung*). O segundo tipo de associação ocorre quando consideramos a própria representação-palavra, que já é em si um complexo associativo de informações sensoriais, na sua relação com as demais representações-palavra. Freud chama essa “associação de associações” de “super-associação”.

É importante frisar, de acordo com a concepção de Freud, que no caso de lesões aquilo que é super associado é danificado antes do que é associado primariamente (Freud, 1891). De forma análoga, Hughlings Jackson (1878 apud Freud, 1891) concebia que, no caso da afasia, haveria uma retrogressão funcional, em que níveis mais complexos ou mais diferenciados se perdem primeiro, sendo que os níveis mais primitivos ficam preservados por mais tempo, ou seja, o sentido é o inverso do processo evolutivo (Freud, 1891).

No caso da representação-objeto (*Objectvorstellung*), ocorre a associação da informação oriunda de diferentes órgãos sensoriais que foram estimulados pelo objeto, o que seria o primeiro tipo de associação (mencionado anteriormente). O segundo tipo de associação, aquele que associa as diferentes representações, une a representação-objeto a uma representação-palavra. À representação-objeto são associadas as diversas imagens que estão relacionadas à representação-palavra, tais como imagens sonoras, imagens dos movimentos da linguagem articulada, imagens dos sinais gráficos, além de imagens dos movimentos dos olhos e da mão ao ler e escrever (Freud, 1891). Deve-se frisar que esses dois tipos de

representações são capazes de conectar-se entre si através de uma única forma: das imagens acústicas. Nas palavras de Freud (1891): “a representação-palavra¹⁵ está associada à representação-objeto com sua terminação sensorial (mediante as imagens acústicas)” (Freud, 1891/1977, p. 72).

A representação-objeto quase sempre é representada, nesse sentido, por sua associação visual. Sob certas condições ela pode ser representada por associações táteis ou outras associações sensoriais, como ocorre no caso da paciente cega de Farges, apresentado mais adiante. A representação-palavra, por sua vez, é representada por sua imagem sonora para se conectar com a representação-objeto. Quando o processo de conexão entre elas se completou de forma satisfatória, o resultado é uma palavra que detém um significado, utilizada na linguagem, a qual designaremos aqui como “palavra psíquica”. Freud fez uma clara distinção entre a palavra psíquica (uma palavra propriamente dita) e a representação-palavra. Enquanto esta última é formada pelas associações que necessitamos para poder falar, compreender, ler e escrever, no caso da “palavra psíquica”, faz-se necessário que a representação-palavra e a representação-objeto estejam conectadas entre si.

Deve-se notar, portanto, que o significado de uma palavra não decorre das impressões sensoriais, ou dos objetos em si como supunham os localizacionistas, mas da articulação entre a representação da imagem acústica da palavra com a representação-objeto (Freud, 1891). É pela associação com a representação-objeto que a representação-palavra adquire sua significação, e é também pela sua articulação com a representação-palavra que o objeto (representação) ganha sua identidade que gera um conceito, já que não há conceito sem significado e não há significação sem palavra (Freud, 1891).

No que diz respeito à representação-objeto, Freud novamente discorda dos localizacionistas. Ele emprega o termo associações de objeto (que forma a representação complexa do objeto) indicando que aquilo que é representado na representação não é o objeto propriamente dito, mas séries diferentes de associações. Não se trata de negar que exista uma impressão, mas que a mesma

¹⁵Embora a tradução portuguesa de Antônio Pinto Ribeiro utilize o termo *representação da palavra e representação do objeto*, utilizamos a tradução de Garcia-Roza que usa os termos *representação-palavra e representação-objeto*, pois oferece um entendimento mais apropriado, de acordo com o entendimento de Freud, já que não se trata de representar uma palavra, mas a palavra é em si uma representação psíquica (Garcia-Roza, 1991).

não é articulada ponto por ponto da estimulação periférica com a idéia. É importante notar que, segundo Freud, cada excitação decorrente das impressões produzidas pelo mundo exterior deixa no córtex cerebral uma inscrição permanente. As inscrições vão sendo armazenadas sem se confundirem umas com as outras. O termo representação-objeto, entretanto, não designa o referente ou a coisa; mas a sua relação com a representação-palavra é que vai designar o significado. Ou seja, a significação não está na coisa, mas no objeto que recebe sua identidade a partir da associação com a representação-palavra. Tudo se passa no registro da representação e da associação de representações (Freud, 1891).

A fim de elucidar essa questão do significado, tem-se que um objeto é uma entidade pertencente à realidade material do mundo. A forma como o psiquismo percebe um objeto se dá pela representação desse objeto (*Vorstellung*, no sentido de uma *representação mental*). Sendo que a representação-objeto é o resultado final de processos extraordinariamente complexos da percepção e da associação, e pertence inteiramente à esfera psíquica. A representação-objeto não deve ser entendida, portanto, como uma representação do objeto como tal, mas como uma modificação no corpo físico daquele que percebe, na medida em que é estimulado pelas propriedades sensoriais do objeto.

A organização da representação-objeto prevê quatro etapas. As primeiras três etapas seguem em uma ordem sucessiva da periferia do corpo ao córtex, trazendo a informação sensorial de um órgão sensorial específico até a área cortical correspondente. A quarta etapa é totalmente intra-cortical. Cada etapa muda o significado (*Bedeutung*) da informação que está sendo transmitida. A quarta e última etapa ocorre em nível cortical. Deve-se questionar, portanto, de que forma o córtex utiliza essa informação para transformá-la em representação-objeto. Até esse ponto Freud não havia estabelecido uma distinção clara entre o fisiológico e o psicológico (Rizzuto, 1993).

Freud concebe, porém, que a representação é um fenômeno psíquico, e não fisiológico, aderindo à concepção de Hughlings Jackson de um paralelismo entre esses dois processos. O que há é um correlato fisiológico da representação que provém da informação enviada para as células corticais através das fibras aferentes. Esse correlato não promove uma marca estática, mas envolve um processo dinâmico associativo influenciando uma área mais ampla. Ele segue

caminhos específicos no córtex, deixando atrás uma modificação, que ainda não se traduz em processos psíquicos, mas que causa alterações que permitem a estimulação da função da memória. Aqui termina, portanto, a fisiologia, onde a representação psíquica emerge como um paralelo concomitante. Deve-se frisar, porém, que Freud concebe que nem a representação psíquica, tampouco o seu correlato fisiológico, podem ser localizados em alguma área específica.

O olhar persistente de Freud ao aparelho de linguagem como um aparelho de associações o conduziu aos primórdios da vida do indivíduo na atitude da fala, de modo que o ponto de vista genético pode ser identificado em sua concepção. Freud, entretanto, concebe que a aquisição da representação-palavra é uma função aprendida, o que requer que aprendamos de outrem. A diferença em relação à formação da representação-objeto consiste no fato de que não temos escolha a não ser formar representações-objeto, contanto que sejamos capazes de experimentar sensações em nosso corpo. Quando chegar o momento da formação da representação-palavra, a criança em desenvolvimento acumulou uma vasta série de representações-objeto, algumas das quais podem conectar-se com uma palavra, e outras não se conectam. A existência desse grande número de representações virtuais, em que algumas podem, em tese, nunca ser recuperadas, aponta para o fato de que a cadeia associativa continua fora da esfera da consciência (Rizzuto, 1993).

É importante salientar que a função primordial do aparelho de linguagem é produzir significado. Mais especificamente, produzir palavras que tenham um significado na atitude consciente de falar espontaneamente. O ato de falar, todavia, requer um estímulo para que se inicie a cadeia associativa que conduz à linguagem espontânea normal. Freud localizou esse tipo de estímulo na representação-objeto e concluiu com categórica convicção que toda a estimulação necessária para o falar espontâneo provém das associações de objeto (Freud, 1891). Rizzuto (1993) esclarece que falamos espontaneamente, sem que haja necessariamente uma estimulação externa, mas quando algumas associações de objeto estimulam o aparelho de linguagem. Assim, tem-se que esse modelo de aparelho de linguagem permite um falar espontâneo que é motivado pelo próprio psiquismo do indivíduo.

Rizzuto (1993) aponta, portanto, que Freud vai além do aparelho de linguagem propriamente dito, e entra no terreno da estimulação que é oriunda não apenas de processos fisiológicos, mas de estímulos intencionais do aparelho de linguagem daquele que quer falar. Freud apresenta dois exemplos sobre esse aspecto intencional que estimula o aparelho de linguagem. O primeiro caso refere-se a uma paciente atendida por ele no Hospital Geral de Viena, cuja perturbação de linguagem fora descrita como “empobrecimento de palavras com impulso abundante para falar”, o que demonstra o aspecto volitivo do aparelho de linguagem compatível com o modelo de Freud. O segundo caso, reportado por Hammond (1868 apud Freud, 1891), refere-se a um paciente afásico que embora conseguisse apenas dizer as palavras “sim” e “não”, fazia grandes esforços para conseguir se expressar verbalmente. Ao ser submetido a uma intervenção cirúrgica, recuperou a linguagem. Nas palavras de Freud (1891):

“O doente (...) compreendia tudo o que se lhe dizia, fazia esforços desesperados para falar, mas não saía nenhuma palavra além de ‘sim’ e ‘não’. (...) Hammond sugeriu a hipótese de, naquele acidente, a fratura interna da caixa craniana e o estilhaço ósseo terem feito pressão sobre a terceira circunvolução frontal. (...) a trepanação confirmou (...) o seu diagnóstico. Quando o doente acordou (...) a linguagem estava recuperada” (p. 40).

No que diz respeito ao aspecto sensorial da linguagem, ou seja, à compreensão, Freud postula que não ocorre como uma simples condução das palavras recebidas pela estimulação periférica – de outra pessoa – para as associações de objeto. Ao contrário, ouvindo-se conversas e as compreendendo, na verdade repetimos internamente e sustentamos ao mesmo tempo a nossa compreensão e nossa sensação de inervação da fala. Para ilustrar seu ponto, Freud aborda o quadro da ecolalia (repetição do que se ouve), designando-o como um obstáculo na condução em direção às associações de objeto e, dessa forma, a estimulação se expressa através da forte repetição em voz alta:

“A ecolalia apresenta-se como um meio, que consiste no reforço do som das palavras, para chegar à relação, particularmente dificultosa, entre o que é ouvido e as associações objetivas” (Freud, 1891, p. 76).

Calcado nas descrições de Freud sobre o aspecto sensorial da linguagem, Rizzuto (1993) conclui que o ato de “ouvir o que os outros falam” (*listening*) é um

processo ativo que envolve mais do que o componente auditivo do aparelho de linguagem; demanda-se um certo falar interior. A palavra que compreendemos é uma combinação da palavra que falaram para nós e a palavra interior que falamos para nós mesmos. Deve-se frisar que esta palavra interior já tem uma história anterior. Ouvir os outros falarem (*listening*) significa, portanto, *associar palavras externas com palavras internas e, no fim, nos ouvimos internamente*. Rizzuto (1993) acrescenta que este entendimento parece ser indispensável para as teorias clínicas posteriores à transferência. Aproximamo-nos do fator motivacional em sua relação com o propósito de falar, um ponto que Freud mantém intocado na monografia (Rizzuto, 1993).

Freud deveria, então, criar uma classificação das afasias que fosse compatível com seu modelo de aparelho de linguagem. É importante lembrar que ele pretendia explicar a afasia como um distúrbio da função da linguagem, independente de estar ou não relacionada com lesões anatômicas. Freud focava na desintegração dos processos normais da fala voluntária e espontânea. Portanto, em sua classificação das afasias ele faz uso do termo *símbolo*, entendido como um termo genérico para se referir à “palavra psíquica”. Lembremos que a “palavra psíquica” se forma somente quando a representação-palavra e a representação-objeto estão conectadas entre si, já que não há conceito sem significado e não há significação sem palavra (Freud, 1891). Um símbolo, aqui, deve ser entendido como o evento psíquico como um todo, cujos correlatos fisiológicos ocorrem ao longo de diferentes vias da área cortical da fala. Os objetos externos, como mencionado anteriormente, estão apenas indiretamente relacionados com esse processo, através das impressões sensoriais empregadas. As representações-objeto devem ser entendidas como “objetos internos”, para falar em uma linguagem mais contemporânea. Portanto, todas as representações-objeto que estão ligadas a uma palavra designam o *símbolo*. A partir das contribuições de Freud, Rizzuto (1993) conclui que “falar é simbolizar em palavras as representações de um psiquismo corporificado” (p. 124).

Ao postular um sistema próprio de classificação, Freud (1891) descreve dois tipos de afasias: (1) uma afasia de primeira ordem, *afasia verbal*, em que apenas as associações entre os elementos singulares da representação-palavra estão prejudicadas; (2) uma afasia de segunda ordem, *afasia assimbólica*, em que

a associação entre a representação-palavra e a representação-objeto está prejudicada. A afasia assimbólica tem uma importância em termos psicológicos, pois pode resultar de um enfraquecimento funcional do aparelho, como fadiga, atenção desviada, ou afetos perturbados. Rizzuto (1993) nos aponta que esta é a única referência ao afeto que Freud faz em sua monografia.

A essas afasias principais Freud acrescenta, por fim, o que ele chamou de afasia de terceira ordem ou *afasia agnóstica*, o que Finkelnburg chama de assimbolia. Essa afasia surge quando há uma lesão bilateral e extensa de áreas corticais e nesse caso há o comprometimento de várias associações de objeto em diferentes áreas do córtex. Essas associações não estão disponíveis para estimular o falar espontâneo. Elas não estão diretamente ligadas ao aparelho de linguagem, de modo que este permanece intacto, podendo ser estimulado por outras associações de objeto, e possibilitar o funcionamento da função da linguagem. Por exemplo, associações através do tato em áreas corticais preservadas podem fazer funcionar a função da linguagem. De acordo com Rizzuto (1993), Freud introduziu o termo “agnosia” para o léxico neurológico. Garcia-Roza (1991) acrescenta que na agnosia o que é afetado é a relação entre a representação-objeto e o objeto; trata-se, pois, de uma perturbação do *reconhecimento* do objeto, sendo que a relação entre a representação-objeto e a representação-palavra permanece intacta, o que corresponde a dizer que o aparelho de linguagem não é atingido. Para ilustrar o quadro da agnosia, segue uma citação feita por Freud referindo-se a um caso de Farges¹⁶ (1885 apud Freud 1891):

“(...) um caso de Farges (p. 72) (...) uma doente cega (...). Quando se lhe dirigia a palavra não reagia, e quando se procurava comunicar com ela, repetia ininterruptamente: ‘*Je ne veux pas, je ne veux pas!*’ (‘Eu não quero, eu não quero’), em tom de extrema impaciência. Não reconhecia o médico nem sequer pela voz. Mas mal o médico lhe apalpava o pulso, fazendo-lhe, portanto, chegar uma representação tátil, ela reconhecia-o, dizia o seu nome (...) e falava com ele sem perturbação da linguagem até ele lhe deixar a mão, para depois se tornar de novo inacessível” (p. 73).

Freud (1891) então esclarece:

“(...) esses casos de *afasia agnóstica* se apóiam num efeito (...) e [num] tipo funcional sem lesões orgânicas do aparelho da linguagem, nos casos de

¹⁶ FARGES (1885) *Aphasie chez une Tactile*, L’encéphale, nº 5.

afasia verbal e assimbólica deve manifestar-se também a lesão do aparelho da linguagem” (p. 74).

Deve-se frisar, entretanto, a visão de Freud, contrária à visão de Broussais¹⁷ (Garcia-Roza, 1991), de que “o patológico não cria nada de novo”, sendo apenas uma decorrência da deficiência ou excesso de excitação. O empirismo de Freud implica a possibilidade do novo, não calcado apenas no dado sensorial, sendo que Freud considera que o funcionamento da linguagem pode ser definido como a criação do novo. É o que Nassif¹⁸ (1977, apud Garcia-Roza, 1991) assinala ao afirmar que os fragmentos do discurso afásico não têm outro papel que o de subverter a essência do discurso bem formado, o que o autor caracterizou como efeito de sujeito. Esse efeito de sujeito não resulta do aparelho de linguagem considerado isoladamente. Sobre esse aspecto, Freud propõe que a construção do aparelho de linguagem se faz na relação com outro aparelho que nos introduz no registro da troca simbólica. Não se tem o objetivo de saber sobre o mundo, mas articular com o outro aparelho saberes que se constituem *na e pela* linguagem (Garcia-Roza, 1991).

Se o signo não é considerado por Freud como a simples reprodução do mesmo, se pode significar algo novo, então ele se constitui como signo a partir do significante, ou, segundo ele, a partir da representação-palavra. Parece originário do exterior, mas é tão interior quanto a representação-palavra. A representação-objeto não se constitui como signo senão a partir da sua ligação com a representação-palavra. Dessa forma, não se pode separar inteiramente a agnosia da afasia. De acordo com Freud nenhum ato de percepção se faz com total independência da linguagem. Relação simbólica é condição para o estabelecimento do signo. Na medida em que o aparelho de linguagem é capaz de produzir um objeto original (por exemplo, cavalo alado), pela relação entre representação-palavra e representação-objeto, o aparelho produz signos que, por serem engendrados no próprio aparelho, são signos arbitrários (Garcia-Roza, 1991).

¹⁷ Garcia-Roza (1991) refere-se ao *Princípio de Broussais*, que na verdade remonta a Bichat, em que se estabelece uma relação entre o fisiológico e o patológico de modo a negar ao patológico qualquer possibilidade de criar algo de novo.

¹⁸ Cf. Nassif, J., *Freud l'inconscient*, Paris, Galilée, 1977, p. 338 (Retirado de Garcia-Roza, 1991, p. 38).

Considerando a relevância da monografia de Freud para a construção da Psicanálise, algumas contribuições de Rizzuto (1989) ajudam a resgatar o suposto “elo perdido”. Nesse sentido, Rizzuto (1989) vai além da discussão neurológica e tenta compreender as verdadeiras motivações de Freud ao criticar a concepção localizacionista sobre a linguagem e suas funções. Rizzuto (1989) sugere que o verdadeiro motivo de Freud foi compreender os surpreendentes padrões de linguagem, que se configuravam como sintomas histéricos, sem lesão anatômica, apresentados por três pacientes em especial: Anna O., Emmy von N. e Caecilie M. Rizzuto (1989) defende que, em última instância, Freud pretendia, ao refutar a concepção de centros anatômicos de linguagem:

“(…) prover um modelo de aparelho de linguagem que permitisse compreender simultaneamente (a) a afasia causada por lesão anatômica, (b) a perturbação funcional da linguagem de pacientes neuróticas, (c) o poder curativo da fala, (d) e a função normal da linguagem” (p. 117).

Alguns exemplos de sintomas dessas pacientes tratadas por Freud, anteriores à publicação de *A Interpretação das Afasias* (1891), podem ilustrar toda essa problemática apontada por Freud acerca das perturbações da linguagem.

Frau Emmy, que procurou Freud em 1889, além de apresentar alguns sintomas característicos da histeria de conversão – movimentos incontroláveis dos dedos – também apresentava distúrbios da fala. Dentre estes, falava em voz baixa, com dificuldade, e eventualmente alterava a voz, falando de forma mais ansiosa. Freud foi informado que, quando mais jovem, Frau Emmy perdeu a capacidade de falar por horas em dois momentos nos quais sofreu situações de ameaça. Mais ainda, esta paciente se queixava de dar respostas sem sentido durante uma conversação, para que as pessoas não pudessem compreendê-la. Durante o tratamento com Freud, quando o mesmo a interrompia com suas perguntas ou conclusões, Frau Emmy pedia-o que não a interrompesse para que ela pudesse falar espontaneamente, sem responder às suas perguntas. É interessante notar que essa paciente contribuiu para a futura técnica da associação-livre¹⁹, adotada posteriormente por Freud. Nesse caso não se pode negar a presença de uma

¹⁹Em seu artigo *Uma breve descrição da psicanálise* (1924), Freud, referindo-se a si próprio, define a associação-livre (*Freier Einfall*): “Ele fazia seus pacientes assumirem o compromisso de se absterem de qualquer reflexão consciente e se abandonarem em um estado de tranqüila concentração, para seguir as idéias que espontaneamente (involuntariamente) lhe ocorressem (...) como meio de investigar o material inconsciente” (p. 244).

perturbação da linguagem. Não se trata, entretanto, de uma permanente perturbação característica de quando há uma lesão anatômica. Possivelmente esse caso intrigou Freud, e ele próprio admite, como nos informa Rizzuto (1989), ter devotado grande parte de seu tempo devido ao grande interesse que lhe suscitaram os sintomas e a personalidade dessa paciente.

Outra paciente, Anna O.²⁰, além de sintomas histéricos, apresentava os seguintes sintomas relativos à perturbação da linguagem descritos por Breuer (1895): tinha dificuldade em encontrar palavras que queria dizer; perdera a capacidade de uso da gramática e da sintaxe; não conjugava verbos, sendo que eventualmente usava apenas verbos no infinitivo; e omitia os artigos definidos e indefinidos. Com o tempo ela foi ficando desprovida de linguagem. Ela falava línguas estrangeiras sem sabê-lo. Havia, porém, algo de incrível em seu quadro patológico: todos os seus sintomas histéricos, contraturas, dores, paralisias, inclusive os distúrbios da linguagem, desapareciam com o ato de falar. Breuer surpreendeu-se, na primeira vez em que isso ocorreu, quando um discurso espontâneo – “*spontaneous utterance*” – durante uma seção de hipnose, eliminou uma antiga perturbação (Breuer, 1895). Possivelmente, esse segundo caso, assim como o primeiro, suscitou em Freud, diante de situações inéditas e inexplicáveis, um grande interesse que o conduziu a aprofundar suas investigações.

Por último, Caecile M., que conhecia bem as estruturas de linguagem, o que se observava através dos poemas de grande perfeição, proporcionou a Freud o primeiro sonho que apresentava trocadilhos com palavras.

Rizzuto (1989), investigando as motivações de Freud, conclui que essas três mulheres, com suas fascinantes personalidades, seus vários sintomas histéricos, e especialmente com suas patologias de linguagem, mantiveram Freud dedicando a maior parte de seu tempo nos seus tratamentos, e refletindo a respeito da incrível forma como elas se punham a falar em direção à cura.

Rizzuto (1993) chama a atenção para as conseqüências que teve para a técnica psicanalítica a forma como Freud concebia o aparelho de linguagem. Rizzuto (1993) faz uma interessante articulação entre os conceitos abordados na monografia de Freud com a descrição do processo analítico. Nesse sentido, tem-se

²⁰ A paciente de Freud e Breuer, Ana O. – cujo verdadeiro nome é Bertha Pappenheim – designou ao seu tratamento psicanalítico o nome de *Talking Cure* – cura pela fala (Freud, 1910).

que uma análise é um processo contínuo de falar espontaneamente. A atenção dividida entre as representações que surgem em sua mente e o comprometimento de não censurá-las gera a possibilidade de muitas “parafasias” (atos-falhos). As parafasias são como setas apontando na direção de um distúrbio na função da linguagem devido à assimbolia, ou seja, a separação entre a palavra verbalizada das ocorrências representacionais que não podem ser toleradas conscientemente. Mais tarde Freud introduziu o conceito de defesa, que consiste em um mecanismo dissociativo mediador que impede a completa verbalização. Fazendo com que o paciente associe livremente, em um estado de atenção relaxada, é possível que a representação a que não se tinha acesso encontre outro caminho, cuja defesa é mais fraca para se conectar com a palavra. O paciente se vê expressando palavras inesperadas. Isso significa que uma representação-objeto finalmente superou a afasia neurótica assimbólica defensiva ao estabelecer sua função normal de estimular o aparelho de linguagem a falar. Conclui-se, portanto, que a associação-livre é a cura adequada para a afasia assimbólica neurótica (Rizzuto, 1993).

Para concluir, gostaríamos de enfatizar a importância da contribuição dos autores consultados aqui (Jones, 1954; Garcia-Roza, 1991; Solms, M. & Saling, M., 1986; Rizzuto, 1889 & 1993). Eles permitem compreendermos que, muito mais que um texto de neurologia, ou de uma crítica aos neurologistas da época, trata-se – *A interpretação das Afasias* – de uma contribuição inédita, que deve ser remetida às manifestações observadas na clínica da neurose, onde possivelmente reside a força que impulsionou Freud a construir um complexo aparelho de linguagem funcional – uma vez que, ao construir o aparelho, Freud trabalhava no nível da representação psíquica –, que mais tarde deu lugar ao aparelho psíquico e a toda a teoria metapsicológica.

Para finalizar, apresentaremos um fragmento de um discurso de Freud, com a sua própria voz, já no fim de sua vida, referindo-se ao início de sua carreira, que ilustra o que mostramos nesse capítulo sobre a relação entre Freud e as afasias: “*I started my professional activity as a neurologist trying to bring some relief to my neurotic patients*”²¹.

²¹“Eu iniciei minha atividade profissional como neurologista tentando trazer algum alívio aos meus pacientes neuróticos” (tradução livre, retirado do DVD produzido por The Carter Jenkins Center: “*Memorial Homage to Sigmund Freud and Anna Freud*” – www.Thecjc.org).

1.3

Contexto do nascimento da Psicanálise

A fim de investigar o contexto que favoreceu a invenção da Psicanálise, deve-se notar que havia uma insuficiência da Neurologia do século XIX no conhecimento e tratamento do que era então chamado de doenças nervosas funcionais, que se referiam a doenças mentais que não apresentavam uma correspondência com uma lesão neuroanatômica. Neurologistas estabeleceram uma vinculação exclusiva entre certas funções psíquicas e regiões específicas do cérebro; não se preocupavam, portanto, com o fator psíquico, pois consideravam-no irrelevante e, portanto, não científico. Nesse contexto, pode-se dizer que a guinada decisiva foi dada, em meados de 1880, a partir das lições extraídas do hipnotismo – técnica utilizada inicialmente por Charcot, e em seguida por Breuer e Freud. As duas lições principais referem-se ao fato de que mudanças somáticas podem ser ocasionadas por influências psíquicas – ou seja, a sugestão do hipnotizador causa sintoma histérico conversivo – e ao fato de existirem processos psíquicos inconscientes, observados em indivíduos *durante* e *após* a hipnose. Portanto, os sintomas que eram desprezados pelos médicos passam a ter um sentido que deve ser investigado (Freud, 1924).

Nesse período Breuer e Freud passam a utilizar o método catártico para tratar esses pacientes que apresentavam doença nervosa funcional. Este método consiste em induzir o paciente sob hipnose a relembrar os traumas esquecidos e reagir a eles com poderosas expressões de afeto – procedimento também designado como ab-reação. Dessa forma, o sintoma, que estava no “lugar” dessas expressões, desaparecia. Portanto, um só e mesmo procedimento servia simultaneamente para investigar o mal (identificar a causa do sintoma) e livrar-se dele. Freud e Breuer publicam *Estudos sobre Histeria*, entre 1893 e 1895, onde elaboram uma teoria sobre a formação do sintoma neurótico. Eles postulam que o afeto de um processo psíquico investido por um *quantum* de afeto muito intenso é impedido de ser conscientemente elaborado, sendo desviado para outros caminhos. Esses autores defendem que a histeria de conversão ocorre quando o afeto é separado da representação a qual estava originalmente ligado (a lembrança do trauma), e dessa forma o afeto livre é deslocado e convertido para as

inervações somáticas. Já no caso da neurose obsessiva, o afeto livre liga-se a outra representação (associada à representação traumática) gerando idéias obsessivas que, por sua vez, podem ocasionar comportamentos obsessivos.

Portanto, a partir da rememoração (sob hipnose) da experiência traumática, seria possível ab-reagir o afeto e se livrar do sintoma através da catarse. Segundo Freud (1924), o método catártico foi o precursor imediato da Psicanálise, que, por sua vez, surgiu após o abandono da hipnose. Sua sucessora, a técnica da associação-livre, é atualmente utilizada no tratamento psicanalítico. Esta técnica procede da seguinte forma: o paciente assume o compromisso de se abster de qualquer reflexão consciente e se abandonar, num estado de tranqüila concentração, para seguir as idéias que espontaneamente lhe ocorram. Entretanto, apesar do nome sugerir, há uma expectativa de que a associação não seja tão livre, de modo que, depois de suprimidos todos os propósitos intelectuais, as idéias que emergem sejam determinadas pelo material inconsciente.

Algumas limitações da técnica do hipnotismo foram responsáveis por sua extinção. O número de casos induzidos à hipnose era insuficiente, e Freud não era um bom hipnotizador. Havia uma insatisfação com os resultados terapêuticos da catarse baseada na hipnose, uma vez que a recuperação era apenas temporária. Outro complicador era a forte vinculação afetiva do paciente em relação ao terapeuta, mas não se podia (nem se sabia como) levar isto em consideração. A hipnose é, então, abandonada, mas a teoria explicativa dos sintomas ainda permanece a mesma. Note-se que justamente este último fator – o vínculo afetivo paciente-médico – que mais tarde foi identificado como o fenômeno da transferência, é hoje considerado uma das chaves para a cura no tratamento psicanalítico. A transferência constitui um processo através do qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos. Ocorre eminentemente no quadro da relação analítica e refere-se à repetição de padrões de relação afetiva estabelecidos, sobretudo, na primeira infância. É, portanto, um fenômeno que permite observar as manifestações edípicas, tendo uma importância fundamental no processo analítico (Freud, 1924).

É importante notar que até 1897 a explicação etiológica dos sintomas neuróticos calcava-se na Teoria do Trauma. Por trauma entende-se um acontecimento que se define pela sua intensidade, e que ao mesmo tempo ocorre

uma incapacidade por parte do sujeito de reagir a este acontecimento de forma adequada, pois seria necessário descarregar a mesma quantidade de excitação recebida. Portanto, ocorre a não ab-reação da experiência, cuja lembrança (representação) permanece no psiquismo como um “corpo estranho”, de modo que os sintomas surgem como *formações substitutivas* da reação adequada no momento do trauma. A experiência traumática é “esquecida”, mas seus efeitos (os sintomas) permanecem imutáveis (Freud, 1924).

Após 1897, a Teoria do Trauma é substituída pela noção de conflito psíquico, que pode ser entendido como a existência de uma oposição entre duas exigências internas contrárias, como, por exemplo, um desejo de amar e matar a mesma pessoa. A partir dessa nova teoria do conflito psíquico, a etiologia dos sintomas histéricos é compreendida a partir da noção de que os sintomas surgem no “lugar” de um impulso a uma ação que não pôde ser efetuada. As causas passam a ser investigadas na vida emocional e afetiva, isto é, não mais no acontecimento traumático, mas no acontecimento psíquico, considerando-se a ação recíproca de forças psíquicas. Ou seja, idéias contrárias convivem no psiquismo, gerando o *conflito psíquico*, sendo de extrema importância considerar-se, a partir dessa segunda teoria da etiologia dos sintomas neuróticos, a existência da fantasia inconsciente, sendo, a mesma, proeminente nesse novo quadro teórico. Assim, o sintoma não necessariamente se refere a um acontecimento externo traumático, mas pode estar ligado a fantasias que são construídas pelo psiquismo – correspondentes, portanto, à realidade interna.

Nesse percurso da investigação do psiquismo, Freud se depara com a resistência do paciente, o que não ocorria na hipnose, cujo estado psíquico não permitia que se colocassem barreiras à investigação do terapeuta. Mais uma vez o que é inicialmente visto como um impasse passa a ser incorporado ao tratamento, tendo recebido posteriormente o mérito de ser o foco principal do tratamento através da *análise das resistências*. As resistências consistem, por exemplo, em objeções críticas feitas pelo paciente a fim de evitar comunicar uma idéia. Note-se que o estudo da resistência conduziu ao conceito de recalque, o que pode ser entendido em função da similaridade entre os dois mecanismos, ou, se preferirem, da cumplicidade. Isto, pois o recalque, considerado a pedra angular da Psicanálise, foi identificado por Freud ao supor que as mesmas forças – resistências – que

lutam contra a rememoração do material inconsciente a ser tornado consciente, devem ser aquelas que anteriormente participaram de seu “esquecimento”, ou seja, as que impediram este material de ascender ao campo da consciência. Freud conclui que um conflito entre dois grupos de tendências psíquicas fundamenta o recalque e é a causa de toda enfermidade neurótica. Por definição, o recalque consiste em um mecanismo pelo qual o sujeito procura repelir, ou manter no inconsciente, representações (pensamentos, imagens, recordações) insuportáveis ou ameaçadoras, que, por sua vez, são incompatíveis com representações conscientes e por isso geram o conflito psíquico.

Diante de todo o panorama do trabalho clínico com suas pacientes histéricas, Freud tenta elaborar um projeto a fim de tornar científicas as suas teorias sobre o funcionamento psíquico, de modo a formular uma teoria não apenas sobre a psicopatologia, mas também um modelo que abrangesse o funcionamento psíquico normal. Esse *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895, resulta na elaboração da obra que inaugura a Psicanálise – *A Interpretação dos Sonhos*, de 1900.

1.4

O projeto de 1895 e a invenção da Psicanálise

Freud inicia o projeto de 1895 com o propósito de conceber uma psicologia como ciência natural (*Naturwissenschaft*). Ele tinha a mais profunda convicção de que a Ciência é a produção suprema do homem, e a única capaz de conduzi-lo ao conhecimento. Assim, elaborar uma ciência do psiquismo entendida como “ciência natural” poderia significar pura e simplesmente elaborar uma ciência. Garcia-Roza (1991) alerta que o termo “ciência natural” poderia estar designando uma exigência de rigor teórico-conceitual mais do que uma exigência naturalista (Garcia-Roza, 1991). Nas palavras de Freud (1895):

“A finalidade deste projeto²² é estruturar uma psicologia que seja uma ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados

²² A redação do projeto foi iniciada em 23 de setembro de 1895, quando Freud estava no trem que o levava de Berlim à Viena logo após uma visita ao seu amigo, Wilhelm Fliess, médico otorrinolaringologista, que residia em Berlim (Jones, 1953).

quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, dando assim a esses processos um caráter concreto e inequívoco” (p. 395).

De acordo com o tradutor inglês das obras completas de Freud, James Strachey (1966), a essência do *Projeto* reside na idéia de combinar, num todo único, duas teorias de origem diferente. A primeira delas deriva, em última análise, da escola fisiológica de Helmholtz, da qual o professor de Freud, o fisiologista Brücke, foi um membro destacado. De acordo com essa teoria, a neurofisiologia e conseqüentemente a psicologia, seriam regidas por leis puramente físico-químicas. Tal é o exemplo da “lei da constância”, que designa que o sistema nervoso se esforça por manter constante em seu estado funcional uma “soma ou quantidade de excitação”. A segunda grande teoria evocada por Freud em seu *Projeto* foi a doutrina anatômica do neurônio, que obtém aceitação dos neuroanatomistas no fim da década de 1880. Essa doutrina estabelece que a unidade funcional do sistema nervoso central é uma célula distinta, sem nenhuma continuidade anatômica direta com as células adjacentes, como supunha a teoria reticular, anterior e antagônica à teoria neuronal. As frases iniciais do *Projeto* mostram claramente como sua base reside numa combinação dessas duas teorias.

Seu objetivo consistia em representar os processos psíquicos como estados quantitativamente definidos de partículas materiais especificáveis. Em seguida, ele postula que essas “partículas materiais” se referem aos neurônios, e que a distinção entre se encontrarem num estado de atividade ou num estado de repouso seria feita por “quantidade” que está sujeita às leis gerais do movimento. Assim, um neurônio poderia estar “vazio” ou “cheio de uma certa quantidade”, ou seja, “catexizado²³”. A “excitação nervosa” deveria ser interpretada como uma “quantidade” fluindo através de um sistema de neurônios, e essa corrente poderia encontrar resistência ou ser facilitada, conforme o estado das “barreiras de contato” entre os neurônios.

Note-se a semelhança entre o conceito de “barreiras de contato”, teorizada por Freud, e o conceito de sinapse – espaço virtual entre neurônios onde ocorre a comunicação química inter-neuronal – que, por sua vez, somente em 1897, foi

²³ Catexia (em alemão, *Besetzung*, que significa “ocupação”). Conceito econômico; o fato de uma determinada energia psíquica se encontrar investida, ou ligada a uma representação ou grupo de representações, a uma parte do corpo, a um objeto, etc. (Laplanche e Pontalis, 1967).

introduzido por Foster e Sherrington. O funcionamento de todo o sistema nervoso estaria sujeito a um princípio geral de “inércia”, segundo o qual os neurônios sempre tendem a se livrar de qualquer “quantidade” de que possam estar cheios — um princípio correlato ao princípio da “constância”. Utilizando como tijolos esses e outros conceitos semelhantes, Freud constrói um modelo altamente complexo e extraordinariamente engenhoso da mente como uma máquina neurológica. (Strachey, 1966). Embora essas idéias mencionadas anteriormente já fossem conhecidas, a novidade estava em como Freud as articulava no *Projeto* (Garcia-Roza, 1991).

Panhuynsen (1998), defendendo o paralelismo psico-físico da concepção freudiana, aponta que não há uma atitude reducionista de Freud ao elaborar o *Projeto*, embora possa parecer o contrário. Em uma carta a Fliess (Masson, 1895), Freud declara que seu modelo de aparato neuronal da mente, que construía no *Projeto*, deveria ser adaptado às leis gerais do movimento. Ou seja, *adaptação* não é o mesmo que *redução*. Quando Freud (1895) afirma que seu objetivo no *Projeto* é “representar processos psíquicos” (p. 395), – no texto em alemão aparece o termo *darstellen* (representar) –, novamente um termo diferente de *reduzir* é utilizado, e essa característica aparece ao longo de todo o texto do *Projeto*. Em outra parte, por exemplo, Freud postula que, além do sistema de neurônios altamente permeáveis que servem à função da percepção, há uma outra classe de neurônios altamente impermeáveis, que devem deixar modificações após a excitação, e que *podem permitir a possibilidade de representar a memória*. Freud desejava mostrar o que se poderia compreender da mente ou da memória, caso se tentasse construir uma *representação* da maquinaria neuronal subjacente. É isso o que ele quis dizer com representar (*darstellen*): simplesmente *construir um modelo*.

Em seu modelo de aparelho psíquico, Freud postula três sistemas de neurônios denominados ϕ (fi), ψ (psi), e ω (ômega). A diferença que Freud vai estabelecer entre os neurônios ϕ , ψ e ω não é uma diferença de natureza, mas uma diferença estrutural. Não se trata de neurônios ϕ , ψ e ω , mas de sistema ϕ de neurônios, sistema ψ de neurônios e sistema ω de neurônios. Os neurônios são condutores de energia, sendo que, dependendo do sistema por eles formado, são também capazes de armazenar energia. O aparelho neuronal concebido por Freud

no *Projeto* é capaz de transmitir e de transformar uma energia determinada. O modelo é tomado de empréstimo à Física, particularmente à Termodinâmica. A quantidade (Q) é a energia que circula entre os neurônios, capaz de deslocamento e descarga. A noção de *quantidade* apresenta alguma dificuldade pelo fato de Freud representá-la ora pela abreviatura Q, ora pela abreviatura Q η . Refere-se a Q como excitação, não mencionando o termo energia psíquica. Algumas vezes ele emprega Q para designar de forma genérica a energia que circula no sistema nervoso; outras vezes ele distingue Q, energia de fonte exógena, de Q η , energia de fonte endógena. Vale considerar Q η como sendo de ordem psíquica e Q indicando uma quantidade externa (Garcia-Roza, 1991).

Note-se que, quando Freud afirma que não temos meio de medir essa quantidade de excitação, ele não se refere a um problema técnico – o da medida dessa quantidade –, mas a um problema metapsicológico – o da distinção entre *quantidades* e *intensidades*. A indefinição referente à *quantidade* e *intensidade*, presente no *Projeto*, deve ser remetida ao fato de que a elaboração da concepção quantitativa calcava-se nas observações clínicas, em que representações excessivamente intensas estariam associadas ao quadro da histeria e da neurose obsessiva. A indefinição desses conceitos se observa também quando Freud, referindo-se à etiologia dos quadros psicopatológicos, afirma que existem motivos que, embora possuidores de eficiência etiológica, têm de atuar com certa *intensidade* (ou *quantidade*) e durante um certo período de tempo para exercerem seu efeito. Em outras palavras: têm que se somar. E sugere a hipótese de que a *intensidade* do trauma e a *intensidade* dos sintomas produzidos por ele são proporcionais. (Garcia-Roza, 1991).

O princípio da inércia refere-se à tendência dos neurônios de se livrarem da quantidade (Q). Além da função de descarga há também a fuga do estímulo. Freud chama de função neurônica primária. Este princípio é inicialmente referido ao princípio do prazer. Freud, então, tenta substituir o princípio da inércia pelo princípio da constância. Ele afirma que o sistema nervoso se esforça para manter constante uma soma de excitação eliminando por via associativa todo aumento sensível de excitação, ou então descarregando-a mediante uma reação motora correspondente. A lei da constância, secundária, impede que a descarga seja total

($Q = 0$), de modo que mantém um nível mínimo necessário para seu funcionamento, impedindo assim que o indivíduo morra (Garcia-Roza, 1991).

Garcia-Roza (1991) nos lembra que o *Projeto* não é um trabalho descritivo baseado em observações e experimentos, mas um trabalho teórico de natureza fundamentalmente hipotética. Não se trata de tentar explicar o aparelho psíquico em bases anatômicas, mas, ao contrário, implica uma recusa da Anatomia e da Neurologia da época e a conseqüente elaboração de uma “metapsicologia” (Garcia-Roza, 1991). Isto, naturalmente, não era uma tarefa simples, de modo que o próprio Freud foi capaz de admitir os impasses com os quais se deparava. Em suas palavras:

“Vivo atormentado por duas idéias: descobrir que forma terá a teoria do funcionamento psíquico se nela se aplicar um método de abordagem quantitativa, uma espécie de economia da força nervosa e, em segundo lugar, extrair da psicopatologia tudo o que puder ser útil à psicologia normal” (Carta a Fliess, número 24, de 25 de maio de 1895).

As obscuridades e dificuldades começaram a se acumular, e durante os meses que se seguiram à redação do *Projeto*, Freud revisou continuamente suas teorias. Com o passar do tempo, seu interesse foi-se desviando gradualmente dos problemas neurológicos e teóricos para os problemas psicológicos e clínicos, e ele acabou por abandonar todo o esquema. E, alguns anos depois, quando no capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos* Freud retomou o problema teórico — embora por certo jamais abandonasse a crença de que uma base física da psicologia seria finalmente estabelecida —, o fundamento neurofisiológico foi aparentemente abandonado. Não obstante — e é por esse motivo que o *Projeto* é importante para os leitores de *A Interpretação dos Sonhos* —, grande parte do modelo geral do esquema anterior, assim como muitos de seus elementos, foram transpostos para o novo esquema. Os sistemas de neurônios foram substituídos por sistemas ou instâncias *psíquicas*; a “catexia” hipotética da energia psíquica tomou o lugar da “quantidade” física; o princípio da inércia tornou-se a base do princípio do prazer. A distinção entre o princípio da inércia e o princípio de constância estão relacionados à distinção entre *processos primários* e *processos secundários* (Garcia-Roza, 1991).

Alguns dos relatos pormenorizados dos processos psíquicos apresentados no Capítulo VII muito devem a seus precursores fisiológicos, e podem ser

compreendidos com mais facilidade mediante referência a eles. Isso se aplica, por exemplo, à descrição do armazenamento dos traços de memória nos “sistemas mnêmicos”, ao exame da natureza dos desejos e das diferentes formas de satisfazê-los, e à ênfase dada ao papel desempenhado pelos processos verbais de pensamento na adaptação às exigências da realidade (Strachey, 1966).

De acordo com Strachey (1966), foi somente em 24 de julho de 1895 que a análise de seu próprio sonho com a injeção de Irma — o sonho modelo do Capítulo II — estabelece em definitivo o início da teoria metapsicológica na mente de Freud (Carta 137, de 12 de junho de 1900). Em setembro desse mesmo ano (1895), Freud escreve a primeira parte de seu *Projeto*, sendo que as seções 19, 20 e 21 do *Projeto* (*Processos Primários – o sono e os sonhos; A análise de sonhos; e A consciência do sonho*, respectivamente) constituem uma primeira abordagem de uma teoria coerente dos sonhos. O *Projeto* já inclui muitos elementos importantes que reaparecem na *Interpretação dos sonhos*, tais como o caráter de realização de desejos presente nos sonhos, o aspecto alucinatório do sonho, o funcionamento regressivo da mente nas alucinações e nos sonhos, o fato de o estado do sonho envolver paralisia motora, a natureza do mecanismo de deslocamento nos sonhos, e a semelhança entre os mecanismos dos sonhos e dos sintomas neuróticos. Mais do que isso, contudo, o *Projeto* traz uma indicação clara do que é, provavelmente, a mais crucial das descobertas oferecidas em *A Interpretação dos Sonhos*: a distinção entre os dois diferentes modos de funcionamento psíquico, os Processos Primário e Secundário (Strachey, 1966). Isso, no entanto, está longe de esgotar a importância do *Projeto* e das cartas a Fliess escritas em relação ao *Projeto* em fins de 1895. Não é exagero afirmar que grande parte do sétimo capítulo de *A Interpretação dos Sonhos* (e, de fato, dos estudos “metapsicológicos” posteriores de Freud) só se tornou plenamente inteligível a partir da publicação do *Projeto*. Entretanto, há muitos elos evidentes entre o *Projeto* e os conceitos posteriores desenvolvidos por Freud. Não se deve, porém, desconsiderar as diferenças básicas entre eles. Há pouquíssimas passagens que antecipam os procedimentos técnicos da Psicanálise. A técnica da associação-livre, a interpretação do material inconsciente e a transferência são apenas insinuadas (Strachey, 1966). Uma diferença importante, que pode ser observada no *Projeto* em comparação às obras posteriores, é o fato da ênfase ser colocada

exclusivamente no impacto do meio sobre o organismo, e na reação do organismo ao meio. As “pulsões” são apenas entidades indefinidas. O que posteriormente se tornaria o quase onipotente princípio do prazer é no *Projeto* encarado como mecanismo de inibição.

Freud abandona o projeto, considerando-o uma aberração, e publica, em 1900 a *Interpretação dos Sonhos*, obra que se apresenta como um marco, na medida em que introduz um novo campo do conhecimento – a Psicanálise. Entretanto, é importante salientar que *A Interpretação dos sonhos* estava concluída, em todos os seus aspectos essenciais, no começo de 1896 (Strachey, 1966). Aqui notamos o risco de se minimizar a relevância do *Projeto*, que, por sua vez, quando lido a partir da perspectiva da clínica das neuroses – e não como um trabalho sobre neurônios –, permite observarmos que a obra inaugural da Psicanálise de 1900 é apenas uma complementação, com algumas modificações e acréscimos das formulações do *Projeto*.

Dando continuidade às suas descobertas, Freud busca a compreensão dos processos psíquicos normais a fim de elaborar sua teoria psicológica, e defende que os sonhos são construídos da mesma forma que os sintomas neuróticos. Ele elabora um primeiro modelo de aparelho psíquico denominado 1ª tópica, onde apresenta os sistemas *Inconsciente*, *Pré-consciente* e *Consciente*. Mais tarde ele o substitui pela 2ª tópica em *O ego e o id* (1923), quando apresenta as instâncias denominadas *Id*, *Ego* e *Superego*.

Ao elaborar a 1ª. Tópica²⁴, Freud alerta que não pretende determinar a localização psíquica por qualquer modo anatômico. Ele permanece no campo psicológico e propõe representar o instrumento que executa as funções mentais:

²⁴ Freud, S. (1900). *A interpretação dos sonhos* (cap. VII, item B). Vol. V.

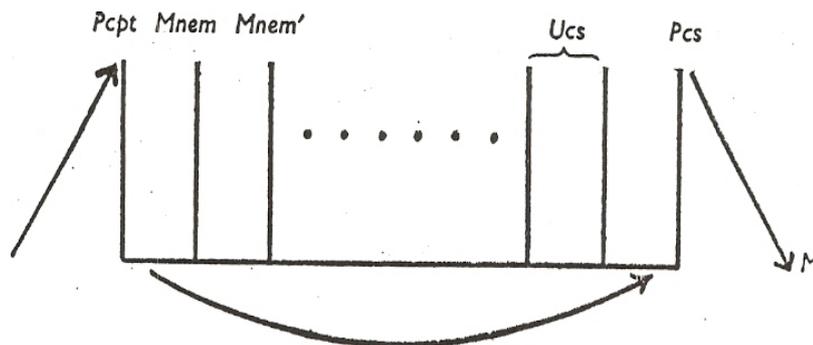


FIG. 3.

Figura 4

Retirado de: FREUD, S. (1900/1977). *A interpretação dos sonhos* (cap. VII, item B). Vol. V

Freud representa o aparelho mental como um instrumento composto, dando aos seus componentes o nome de instâncias ou sistemas. Esse aparelho tem um sentido ou direção, de modo que toda a nossa atividade psíquica inicia-se a partir de estímulos (endógenos ou exógenos) e termina em enervações (sistema eferente, que tende a descarga). Há, portanto, uma extremidade sensória, um sistema que recebe percepções, e uma extremidade motora, que abre o portão de acesso à atividade motora. O último dos sistemas, localizado na extremidade motora, é descrito como *Pré-consciente*: os processos excitatórios que nele ocorrem podem ingressar na consciência caso atinjam um certo grau de intensidade. Relaciona-se com a função da atenção. O sistema subjacente a ele é o sistema *Inconsciente*, porque ele não tem acesso ao consciente, graças à barreira do *recalque*, a não ser por via do *Pré-consciente*. Portanto, no *Inconsciente* a idéia é efetuada em material que permanece desconhecido. No *Pré-consciente* a idéia é colocada em vinculação com representações verbais. O trabalho da análise seria, portanto, fornecer ao *Pré-consciente* vínculos intermediários com representações verbais. Devem ser ressaltadas as quatro características principais do *Inconsciente*: 1) substituição da realidade externa pela interna: fantasias tão válidas quanto as experiências reais; 2) ausência de contradição mútua, ou seja, duas ou mais situações são verdadeiras quando não podem ser ao mesmo tempo; 3) atemporalidade: o tempo não é um fato objetivo, podendo-se usar à vontade. Observa-se a acrogênese que seria a incapacidade de dar seqüência aos

acontecimentos no tempo. Há também a sobreposição de eventos, semelhante ao sonho; 4) mobilidade da catexa ou processo primário: um objeto pode substituir o outro à vontade. Há uma concretização visual e coisificação dos pensamentos abstratos.

Freud afirma que os sonhos auxiliam na compreensão da existência de outra parte do aparelho psíquico, o *Inconsciente*, na medida em que só podemos explicar a formação dos sonhos sob a hipótese de existirem duas instâncias psíquicas, em que uma delas submeteu a atividade da outra a uma crítica que envolveu a exclusão da consciência. Esta instância crítica, por sua vez, dirige a vida de vigília e determina ações voluntárias e conscientes. Os sonhos apresentam um caráter regressivo, ou seja, a excitação se movimenta numa direção *para trás*. Em vez de ser transmitida na direção da extremidade *motora* do aparelho, ela se movimenta no sentido da extremidade *sensorial* e atinge finalmente o sistema perceptivo. No estado de vigília, contudo, essa regressão nunca se estende além das imagens mnêmicas. Já nos sonhos, a regressão consegue produzir uma “revificação” alucinatória das imagens perceptuais, atingindo um nível de completa vividez sensorial. Isso é possível pois, nos sonhos, as intensidades que se vinculam às idéias podem ser completamente transferidas de uma idéia à outra, como se observa na elaboração onírica com os mecanismos de condensação e deslocamento, em que a mobilidade das catexias está de acordo com o funcionamento de processo primário. As regressões que ocorrem em estados patológicos de vigília podem explicar as alucinações observadas na histeria.

A 2ª tópica elaborada por Freud em 1923, por sua vez, introduz as instâncias denominadas de *Id*, ou *isso (Das Es)*; *Ego*, ou *eu (Ich)*; e *Superego*, ou *supereu (Über Ich)*, em que se amplia a distinção presente no modelo anterior. Este se restringia a ser consciente ou inconsciente, o que gerava um impasse à teoria metapsicológica, já que pode ser identificado que existem partes do *Ego* que são inconscientes no que se refere aos seus mecanismos de defesa, tais como o recalque e a resistência. Não faria mais sentido, portanto, igualar o inconsciente ao recalçado. A seguir a figura correspondente a esse segundo modelo:

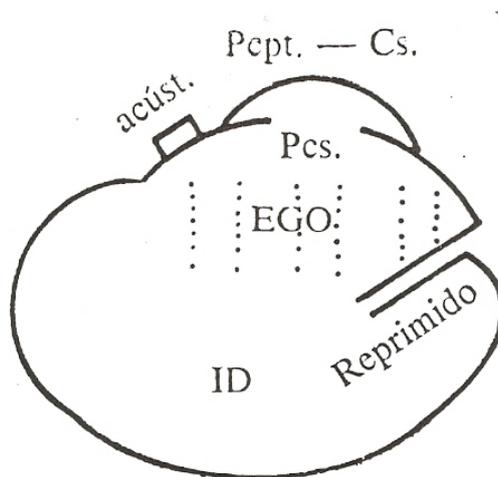


Figura 5

Fonte: Freud, S. (1923). *O ego e o Id* (partes II, p. 38). Vol. XIX. Imago editora.

A figura acima pode ser entendida da seguinte forma: o *Id* constitui o pólo pulsional da personalidade; os seus conteúdos, expressão psíquica das pulsões, são inconscientes, em parte hereditários e inatos e em parte recalçados e adquiridos. O *Ego* é a parte do *Id* que foi modificada pela influência do mundo externo através do sistema perceptivo (sistema *Pcpt.-Cs*). Compete ao *Ego* o controle da motilidade. O *Ego* procura aplicar a influência do mundo externo ao *Id* e às tendências deste. Esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina no *Id*, pelo princípio de realidade. O *Ego* deriva, originalmente, das sensações corporais. Ele pode ser encarado como uma projeção mental da superfície do corpo. São também atribuídas ao *Ego* as operações defensivas, tais como o recalque, a resistência, e os mecanismos de censura da elaboração onírica, tais como a condensação e o deslocamento. Por esse motivo, grande parte do *Ego* é inconsciente (Freud, 1923).

Já o *Superego* – uma diferenciação, por sua vez, do *Ego* – tem a função de impedir a realização e a tomada de consciência dos desejos por parte do *Ego*. Trata-se de uma censura que atua de forma inconsciente. Constitui-se por interiorização das exigências e das interdições parentais. Considerado como herdeiro do Complexo de Édipo, sua formação consiste no momento em que a criança, renunciando à satisfação dos seus desejos edípicos atingidos pela interdição, transforma o seu investimento nos pais em identificação com eles e interioriza a interdição. A instauração do *Superego* pode ser considerada um caso

de identificação bem sucedida com a instância parental. Se o *Ego* não obteve êxito em dominar o complexo de Édipo, surge a formação reativa. O Complexo de Édipo (entre os 3 e os 5 anos), por sua vez, pode ser compreendido como um conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta relativamente aos pais (Freud, 1923).

A partir dessa breve apresentação dos modelos de aparelho psíquico propostos por Freud, e sua vinculação com as diferentes instâncias psíquicas, notamos que através do trabalho clínico de Freud no campo da psicopatologia, novos conceitos foram sendo gradativamente construídos, solidificando-se, assim, o edifício teórico freudiano, e ampliando a trama conceitual metapsicológica. É importante salientar que o termo *metapsicologia* foi empregado por Freud pela primeira vez numa carta a Wilhelm Fliess datada de 13 de fevereiro de 1896 para qualificar o conjunto de sua concepção teórica e distingui-la da Psicologia clássica. Assim, *metapsicologia* define o núcleo teórico da Psicanálise, o conjunto dos conceitos e das hipóteses que sustentam a própria técnica e o método de pesquisa. Portanto, se a clínica é, de um lado, o lócus de aplicação dos conceitos e das hipóteses através do tratamento das afecções psíquicas, de outro lado ela também se oferece como “laboratório” no qual novas hipóteses teóricas (e técnicas) surgem, podendo (ou não) se consolidarem em novos conceitos metapsicológicos (Freud, 1896).

Foi possível observar, a partir dos dados apresentados aqui, o caráter inédito de tal teoria, o que, de certa forma, talvez tenha sido um dos motivos pelo qual esse novo campo do conhecimento sofreu drásticas rejeições por parte da Ciência oficial. Para se ter a dimensão das dificuldades iniciais na legitimação desse campo, note-se que a obra que inaugurou oficialmente a Psicanálise, *A Interpretação dos Sonhos*, sofreu um grande desprezo do mundo exterior — apenas 351 exemplares foram vendidos nos seis primeiros anos após a publicação (Strachey, 1966). Freud, diante do descrédito por parte dos psiquiatras e filósofos a respeito do seu método de interpretar sonhos buscando o seu significado inconsciente, faz uma declaração no prefácio da segunda edição dessa obra, referindo-se à recepção que teve:

“Meus colegas psiquiatras parecem não se ter dado nenhum trabalho de superar o espanto inicial criado por minha nova abordagem dos sonhos. Os filósofos profissionais se habituaram a livrar-se rapidamente dos problemas da vida onírica (que tratam como mero apêndice dos estados conscientes)” (Freud, 1909, prefácio da 2ª edição de *Interpretação dos Sonhos*).

Apesar da depressão que se seguiu, por parte de Freud, ao desprezo desse livro, *A Interpretação dos Sonhos* sempre foi considerada por ele como sua obra mais importante. No prefácio da 3ª edição, ele admite, já em 1931, que “contém, mesmo de acordo com meu julgamento atual, a mais valiosa de todas as descobertas que tive a felicidade de fazer. Um discernimento claro como este só acontece uma vez na vida” (Viena, 15 de março de 1931). Entretanto, não se pode desconsiderar o árduo percurso enfrentado por Freud desde a fundação da Psicanálise, no que diz respeito à sua legitimação como campo de saber, e a persistente discriminação que o campo sofre ainda hoje. Há autores que defendem que a Psicanálise deve importar modelos epistemológicos e conceitos de outros campos para tornar-se científica, o que veremos nos debates sobre Psicanálise e Neurociência, como confirma Watt (2000): “Para os neurocientistas em geral, a Psicanálise é algo inteiramente não-científico e irrelevante”. Essas posições suscitaram-nos o interesse em aprofundar o tema sobre a cientificidade da Psicanálise. Pretendemos ressaltar que nosso intuito não reside em defender ou contrariar a cientificidade da Psicanálise, mas apenas mostrar como funcionam os critérios de demarcação do campo da Ciência. Note-se que a discussão sobre a cientificidade da Psicanálise nos levará inevitavelmente para o que nos parece ser o ponto central quando se pretende discutir a cientificidade de qualquer campo, a saber, *o que é ciência, afinal?*