

## **SOBRE A CONCEPÇÃO DA AFASIA E DA HISTERIA: NOTAS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE ANATOMIA E LINGUAGEM NOS PRIMÁRIOS DA TEORIA FREUDIANA.**

Osmyr Faria Gabbi Júnior\*

**RESUMO:** Freud, em 1891, ao estudar a afasia, vai contra a concepção dominante na época, que era anatômica. Mais tarde, em 1893, começa a pensar a histeria como um tipo de afasia. O que mostra a estreita vinculação entre a teoria freudiana sobre o aparelho psíquico e a linguagem entendida como fala.

**UNITERMOS:** psicanálise, linguagem, afasia, histeria.

O tom com que Freud abre o seu estudo sobre a afasia(1) é, no mínimo, surpreendente. Ele pretende, sem oferecer nenhuma pesquisa própria, modificar de forma radical o próprio entendimento que se tem sobre a afasia. Trata-se de lançar uma suspeita sobre as duas principais teses da concepção de Wernick, considerada naquele momento, 1891, por quase todos os estudiosos da área, como a base segura da qual se deve partir. De acordo com a primeira, deve-se diferenciar entre as afasias de condução, devidas à destruição de vias de condutivas, e as afasias de núcleo, causadas por lesões nucleares. A segunda tese afirma que as diversas

---

\* Professor do Departamento de Filosofia da UNICAMP, Coordenador do curso de especialização em Fundamentos Filosóficos da Psicologia e da Psicanálise da UNICAMP.

funções da fala estão encerradas dentro de certos núcleos do aparelho da fala (Freud, 1891, p. 1). Uma vez que ambas estão fundamentadas na hipótese de que há localizações anatômicas para funções psíquicas, a crítica freudiana dirige-se, em um primeiro momento, contra essa hipótese. Mais tarde, volta-se contra uma suposição de caráter mais geral ainda, a saber, a de que se pode estudar os processos cerebrais a partir de um associacionismo atomista. Em outras palavras, se a crítica se inicia com Wernick, ela vai terminar naquele que fornece os seus fundamentos fisiológicos mais gerais, em Maynert, como veremos mais adiante.

Wernick, para adotar a crença da localização anatômica, é obrigado a pensar a fala como um reflexo corporal. Os sons da fala seriam conduzidos através do nervo acústico até o centro da fala sensorial, uma área no lóbulo temporal, e daí transmitidos para o centro motor da fala, a área de Broca, para finalmente alcançarem a periferia, onde ocorreria a fala articulada. Se aparecesse uma lesão em qualquer um dos centros, acústico ou motor, teríamos uma afasia central. Quando ela se desse entre os dois centros, a afasia seria de condução, ou mais precisamente, uma parafasia: confusão e incerteza sobre o uso das palavras. A tese da localização só seria válida para as funções psíquicas mais simples, ou seja, apenas as representações mais elementares, pensadas como átomos, encontrariam seu lugar na córtex cerebral, onde cada representação estaria contida em uma única célula. Os conceitos, formados pela associação entre essas representações, seriam constituídos a partir do trabalho de vários sistemas que ligariam entre si as diversas partes do cérebro (Freud, 1891, pp. 3-6).

Freud vai atacar inicialmente a concepção de que se deve diferenciar entre afasias de centro e de condução. Para ele, a ocorrência de parafasia não pode ser deduzida da teoria de Wernick. A interrupção da via entre o centro acústico e o centro motor deveria resultar na incapacidade de repetir palavras ouvidas e não na parafasia. Se a fala deve ser pensada como um reflexo, então a interrupção entre o centro acústico e motor só pode acarretar a impossibilidade de associar um som à emissão do mesmo pelo sujeito, ou seja, a incapacidade de repetir algo ouvido, e não a incerteza sobre o uso de uma palavra. Ora, a capacidade de repetir nunca está perdida enquanto a fala e a compreensão estão intactas. Ela só está ausente quando não há mais fala de todo ou quando a audição está prejudicada. Enquanto há capacidade de fala espontânea, existe a de repetir palavras. Contra isso, Wernick poderia objetar que não se encontra a incapacidade de repetir palavras porque a via que une o centro auditivo ao centro motor seria refeita por uma outra linha. Como já sabemos, a tese da localização, está restrita às representações. Em outras palavras, os pacientes manteriam a capacidade de repetir graças aos conceitos. Portanto, a explicação de Wernick é obrigada a recorrer à crença de que há duas

formas de aprendizagem da linguagem: uma que decorre da associação entre som da fala e produção motora da fala e uma posterior que decorre diretamente dos conceitos. Nessa última, a ligação motor-acústico, apesar de ainda reter alguma importância para falar (ela se manifestaria nos casos em que há perda de compreensão do que é falado), não seria responsável pelo falar propriamente dito. Em suma, ou Wernick é obrigado a supor que não há nenhuma possibilidade de conceber um outro caminho que não seja entre o centro motor e o acústico (neste caso, deveria ocorrer uma incapacidade de repetir palavras ouvidas, e a clínica infirma essa previsão) ou ele deve aceitar essa possibilidade (mas aí não deveria ocorrer parafasia) (Freud, 1891, pp. 11-17). Em ambos os casos, existe uma discrepância entre o que ocorre e o que é previsto.

Entretanto, a crítica freudiana não se limita a demolir a concepção de Wernick. Ela também retira algumas conseqüências positivas. A destruição de um centro é equivalente à interrupção simultânea de suas várias vias de acesso. Logo, é possível substituir qualquer pressuposto a respeito de uma lesão de centro por um outro que se refira à destruição de vias de acesso, sem que, com isso, sejamos obrigados a abandonar a teoria da localização das funções psíquicas nas áreas dos centros (Freud, 1891, p. 17). Em outras palavras, a teoria da localização não exige a distinção entre os centros da fala e conexões entre eles. Não se trata de negar que haja afasias devido a perturbações anatômicas, mas sim de que para mantê-la seja necessário aceitar a existência de centros cerebrais supostamente responsáveis por certas funções da fala.

Freud deseja substituir a idéia de localização por uma concepção mais "estruturalista", ou seja, a de que os centros da fala reagem como um todo a lesões parciais que motivariam alterações funcionais (modificações no seu modo de funcionamento) no aparelho da fala. Para realizar esse projeto, ele critica a teoria de Lichtheim, continuador de Wernick, que pretende que exista uma independência funcional do centro motor da fala. Lichtheim, quando descreve a afasia transcortical motora, acredita que ela seja causada por uma interrupção entre o centro motor da fala e certas partes da córtex cerebral responsáveis por certos estímulos da fala. Aqui, o paciente apresenta uma habilidade para repetir palavras acompanhada de uma incapacidade para a fala espontânea. Freud não acredita que existam duas vias diferentes para a produção da fala: uma estimulada da córtex para o centro acústico e outra estimulada da córtex para o centro motor. Se elas existissem, deveriam ocorrer casos de perturbação na repetição da fala sem perda da fala espontânea. Ora, isto nunca ocorre. Portanto, só existe a trilha que vai do centro acústico para o centro motor, ou seja, a fala espontânea ocorre apenas a partir das imagens acústicas (Freud, 1891, pp. 21-22 e p. 26).

Removido o pressuposto de que existam duas vias distintas, não é difícil explicar a ocorrência de parafasia na afasia sensorial. Uma vez que se percam as imagens acústicas, as únicas responsáveis pela aprendizagem da fala, não se pode mais corrigi-las, o que leva à parafasia. Entretanto, Freud não entende que a parafasia seja apenas uma incerteza sobre o uso das palavras, uma perturbação funcional. Ele a redefina como um processo através do qual uma palavra apropriada é substituída por outra menos apropriada que, contudo, retém com a primeira uma certa relação. Os seguintes casos exemplificam a parafasia (Freud, 1891, pp. 22-24): substituição de uma palavra por outra devido a similaridade de conteúdo, a serem associadas frequentemente, a apresentarem sons semelhantes; substituição de uma letra por outra; fusão de várias palavras em uma única palavra; substituição de um substantivo mais específico por um mais geral; empobrecimento de substantivos, adjetivos e verbos com abundância de elementos invariáveis da fala: preposições, conjunções, etc; tendência a repetir palavras que se tenha conseguido pronunciar, pelo menos, uma vez.

Segundo Freud, na parafasia haveria um empobrecimento das palavras com abundância de impulsos para a linguagem (Freud, 1891, p.24). No entanto, permanece o problema de explicar a afasia transcortical motora uma vez que se recusou a explicação de Lichtheim. Para fazê-lo, Freud acrescenta às duas suposições anteriores, a saber, a de que só há uma via entre o centro motor e o centro acústico e a de que se fala apenas através de imagens acústicas, uma terceira relativa à redução de excitabilidade de um centro. Segundo Bastian, citado por Freud, há três situações de excitabilidade de um centro (Freud, 1891, p.30): o centro não reage a estímulos "voluntários", apenas a estímulos sensoriais diretos e a estímulos provenientes de um outro centro associado a ele; o centro reage apenas à estimulação sensorial; o centro não reage mais.

Baseado na distinção acima, Freud explica a afasia transcortical motora como a incapacidade do centro motor de ser estimulada "voluntariamente" mas apenas através de estimulação sensorial direta. O que está de acordo com o fato da repetição permanecer intacta mais longamente do que a fala espontânea. Com essas considerações, chegamos ao final do primeiro movimento do argumento freudiano: é necessário levar em conta a relação entre a lesão e o local onde ela ocorreu. No caso do aparelho da fala, deve-se atentar para o fato de que ele reage como um todo a uma lesão. Em outras palavras, no lugar de uma teoria baseada na idéia de localização, deve-se considerar uma fundamentada no modo de funcionamento do sistema da fala. Contudo, isto não nos deve levar a uma concepção puramente funcional da afasia (início do segundo movimento) como pretende Grashey (Freud, 1891, pp. 34-39).

O paciente de Grashey apresentava uma incapacidade de usar

substantivos na sua fala espontânea. Ele não conseguia nomear os objetos, apesar de reconhecê-los. Em suma, tratava-se de um caso de afasia amnésica. Grashey descobriu, após um exame mais acurado, outros sintomas: incapacidade para reter imagens de objetos, imagens acústicas, símbolos, de sintetizar e percebê-los como um todo. Ele explica o caso como uma desordem devida a uma perturbação geral da percepção, sem postular qualquer tipo de lesão, tanto central como de condução. Em outras palavras, haveria uma alteração numa constante fisiológica do aparelho da fala, segundo ele, responsável pela duração das impressões sensoriais. Freud considera o caso como resultante de uma lesão no centro acústico que o tornaria insensível a estímulos "voluntários" (daí, a incapacidade de falar espontaneamente) mas suscetível a excitações através de associação ou de estímulos sensíveis (Freud, 1891, p. 41).

O exame do caso permite completar o segundo movimento presente no texto freudiano. Através dele, pode-se concluir que (Freud, 1891, pp. 42-44):

a) a atividade de um centro necessita da atividade de outros com os quais está associado, ou seja, não se pode pensar em centros isolados, eles são interdependentes;

b) os diversos centros da fala dependem do centro das imagens acústicas, o que implica na crença de que há uma hierarquia no sistema da fala;

c) enquanto que na aprendizagem da fala a ligação entre os centros obedece à hierarquia existente entre eles (ditada pela época do início do seu funcionamento : sensorial-acústico, motor, visual, gráfico), nos casos patológicos é chamado em auxílio, em primeiro lugar, o centro que sofreu menor dano.

Pelas considerações feitas acima, podemos compreender que as afasias simplesmente reproduzem estados que já existiram no curso do processo normal de aprendizagem da fala. Quando ocorrem lesões, os centros da fala reagem como um todo. Suas modificações funcionais podem ser entendidas a partir da classificação de Bastian. Em um primeiro momento, um centro pode ser excitado a partir de um outro centro. Em um segundo estágio apenas através de excitação sensorial direta. Finalmente, ele não é mais excitável. A questão, agora, resume-se em saber o que deve ser atribuído, numa afasia, a uma perturbação funcional e o que decorre de uma lesão (Freud, 1891, p. 45); questão que abre o terceiro movimento do texto freudiano. Para resolvê-la, torna-se necessário substituir a teoria sobre o funcionamento cerebral presente na concepção de Wernick, ou seja, submeter à crítica os fundamentos da teoria de Meynert. Eles podem ser expressos através de três proposições (Freud, 1891, pp. 47-8):

a) a córtex cerebral é particularmente adequada para recepção e retenção de todos os estímulos sensoriais;

b) a córtex cerebral é semelhante a um organismo protoplasmático complexo que se expandiria sobre um objeto para incorporá-lo, daí ter tomado a forma de uma cavidade;

c) todo o resto do cérebro é um apêndice da córtex cerebral.

Fixadas essas proposições, o corpo, para Meyert, é representado na córtex cerebral ponto a ponto. Freud rejeita essa conclusão. Ele afirma que a representação corporal é feita através de fibras selecionadas cuja importância funcional é fixada pelo caminho que elas percorrem até a própria córtex. Dado isto, elas não refletem uma imagem topograficamente exata da periferia do corpo. Contudo, elas a contêm do mesmo modo que um poema contém o alfabeto, ou seja, em um arranjo completamente distinto, servindo a outros propósitos, em múltiplas associações de elementos individuais, onde alguns estão representados diversas vezes enquanto outros não (Freud, 1891, p. 55). Resumindo, o arranjo é puramente funcional, as relações topográficas são mantidas na medida em que se adequam às exigências do próprio funcionamento.

Sendo assim, o problema reside em saber até que ponto Freud está disposto a sustentar a metáfora poema/alfabeto. Se se trata apenas de uma forma de falar, ou se, ao contrário, o modelo fundamentado na linguagem vai ser aprofundado e chamado a desempenhar um papel mais fundamental. De qualquer maneira, o modelo tem uma série de conseqüências sobre a concepção de Wernick. Ele questiona; de imediato, três crenças caras a Wernick, a saber, a de que (Freud, 1891, pp. 56-61):

a) o aparelho da fala consiste de centros corticais distintos;

b) as células desses centros contêm representações de palavras;

c) os centros estão separados por território cortical sem função e ligados entre si por tratos associativos.

Freud rejeita a tese de que as células nervosas conteriam representações (tese b) porque ela confunde o fisiológico com o psicológico. Ela parte do fato de podermos separar uma representação de uma associação entre representações para supor que o correlato fisiológico também possa ser distinguido. Ela acredita que ele seja simples e diferenciável. No fundo, Meynert crê que as diversas faculdades psicológicas localizam-se em certas áreas do cérebro. Segundo Freud, o correlato tem a natureza de um processo; o que não exclui que ele seja localizável. Entretanto, tal fato não significa que exista de um lado percepções e de outro associações. Perceber é associar imediatamente (2). Portanto, não se pode supor uma localização separada para representações e outra para associações entre representações, isto é, não há nenhuma necessidade de se imaginar que deva existir diferenças entre centros e vias para a fala (tese a). Na concepção de

Wernick, as áreas sem função seriam utilizadas como áreas a serem ocupadas durante o desenvolvimento do sujeito (tese c). Por exemplo, a aprendizagem de uma nova língua ocuparia um novo espaço no cérebro. Para Freud, as coisas são diferentes. As funções da fala apresentam uma certa hierarquia de tal modo que a língua aprendida inicialmente permanece mais tempo do que uma aprendida posteriormente. Logo, a área da fala é uma região cortical contínua onde os chamados centros da fala são o seu limite exterior.

Caracterizada a área da fala, podemos partir agora para determinar o que numa afasia está ligado a uma lesão e o que a uma perturbação de natureza funcional. A teoria freudiana da afasia já estabeleceu os seguintes pontos:

- a) os centros da fala não têm importância fisiológica;
- b) não há diferenças entre afasias de centro e de condução, todas as afasias são afasias de condução, ou seja, são perturbações nas associações entre representações, uma vez que não existem percepções isoladas;
- c) toda afasia é direta ou indiretamente causada por uma perturbação no interior da córtex, isto é, a área da fala não tem vias aferentes ou eferentes próprias que se prolonguem até a periferia do corpo.

Mas o que os diversos casos de afasia nos ensinam sobre a função da fala?

Para responder, Freud acredita que se deva separar, na medida do possível, os aspectos psicológicos dos aspectos anatômicos do objeto de estudo. A parte psicológica nos ensina que a palavra deve ser entendida como a unidade funcional da fala. Ela é uma representação complexa constituída de elementos auditivos, visuais e cinestésicos (imagens dos movimentos da fala e da escrita) (Freud, 1891, p. 75). Se acreditarmos, como Freud, que o patológico é a dissolução de um complexo, poderemos entender cada caso de afasia como o resultado visível, no discurso, da destruição correspondente no aparelho da fala. Em outros termos, vamos entender cada sintoma como um ponteiro que aponta para o tipo de lesão presente no paciente. Para apreendê-las, devemos estudar como se estabelecem as associações entre os diversos elementos constitutivos da palavra. Quando se aprende a falar, existe uma sobredeterminação do aspecto motor da fala. Há duas imagens acústicas: a que decorre da palavra ouvida e a que se origina na palavra falada. Na aprendizagem de uma nova língua, perde-se a função corretora que vincula essas duas imagens acústicas, podendo ocorrer casos de parafasia.

No lugar de Meynert, Freud coloca Jackson (Freud, 1891, p.89). Ele acrescenta, à suposição da afasia como dissolução de um complexo, a crença de que esse complexo apresenta uma história de desenvolvimento em termos hierárquicos. Os modos de reação do aparelho da fala às

diversas lesões representam instâncias de retrogressão funcional de formas altamente organizadas para formas iniciais, menos organizadas. Portanto, um arranjo associativo adquirido posteriormente pertence a um nível mais alto de organização; em caso de lesão, estará perdido, enquanto um inicial e mais simples poderá permanecer intacto. Quando o aparelho da fala sofre algum dano, ele é obrigado a retornar às trilhas associativas mais primárias e seguras, embora menos extensas. O que explica porque nos casos de afasia são geralmente preservados os elementos mais iniciais, mais frequentemente utilizados, de significado mais amplo, etc.

Já sabemos que Freud entende a representação da palavra como uma representação complexa na qual ocorre um processo intrincado de associações onde estão presentes elementos acústicos, visuais e cinestésicos. Para ele, ela é fechada embora capaz de extensão. Mas também os objetos são pensados como representações. Eles são representações complexas, porém não fechadas; são formadas por um complexo de associações composto de representações visuais, auditivas, táteis, cinestésicas, etc (Freud, 1891, pp. 79-80). A tese fundamental da teoria freudiana sobre a afasia consiste em afirmar que a representação da palavra está ligada à representação do objeto apenas através de suas imagens acústicas (Freud, 1891, p. 80). Daí, existirem três tipos fundamentais de afasia (Freud, 1891, p. 80):

- a) afasia verbal (afasia de primeira ordem) - as associações entre os elementos simples da representação da fala estão perturbados;
- b) afasia assimbólica (afasia de segunda ordem) - a associação entre representação da palavra e do objeto está perturbada;
- c) afasia agnósica (afasia puramente funcional) - não há reconhecimento de objetos.

Portanto, se a lesão for situada na periferia do aparelho da fala, os sintomas se relacionarão com a localização, os fatores anatômicos serão preponderantes; se a lesão for interna ao aparelho da fala, as perturbações serão funcionais. No caso da última, Freud elaborou um modelo do aparelho da fala que prescinde completamente de qualquer referência anatômica. Ao mesmo tempo introduziu a idéia de que se pode pensar a afasia como um estado regressivo, um estado de menor organização. Alguns poderiam afirmar que a construção freudiana é frágil, psicológica. A recusa de uma base anatômica deixaria o modelo sem um fundamento universal, vagando no domínio da pura contingência. Ledo engano! Basta atentar para aquilo que vai desempenhar o papel de um universal no lugar da anatomia, ou seja, a imagem acústica. O próprio Freud enfatiza esse ponto quando critica a concepção de Charcot (Freud, 1891, pp.100-102). Para o pensador francês, haveria uma igualdade entre os diversos tipos de representação que formam a representação da palavra. Uma possível diferença entre elas

seria dada pela prática individual ou pela predisposição de cada um para dar, a um ou a outro, o papel central na organização da fala. Freud desconsidera a hipótese de Charcot. Ela dificultaria os diagnósticos de afasia ao torná-los dependentes de inclinações pessoais, isto é, a ausência de um universal impediria uma teoria sobre a afasia.

A importância do trabalho sobre a afasia, na concepção freudiana sobre a histeria, pode ser avaliada devidamente quando nos voltamos para o texto "Algumas Considerações sobre um Estudo Comparativo entre as Paralisias Motoras Orgânicas e Históricas" (1893) (3). Através do seu estudo, é possível mostrar que o tratado sobre a afasia vai servir de modelo para explicitar a natureza da lesão na paralisia histérica. Freud parte da conhecida diferença, presente nas paralisias motoras orgânicas, entre paralisia periférico espinhal e paralisia cerebral. Ele se refere explicitamente ao texto sobre a afasia para assinalar que vai fundamentar a distinção na estrutura do sistema nervoso (Freud, 1893, p. 41). Portanto, na primeira, uma paralisia de detalhe, pode-se encontrar paralisada, por exemplo, uma fibra muscular individual. É uma paralisia de projeção porque a periferia é projetada, ponto a ponto, na substância cinzenta da medula. Na segunda, a paralisia é massiva atingindo, às vezes, um aparelho motor inteiro ou um grupo muscular, responsável por uma certa função. Trata-se de uma paralisia de representação, ou seja, um elemento periférico pode estar representado por numerosos elementos da medula ou um único elemento medular pode representar diversos elementos periféricos.

Segundo Freud, a diferença entre paralisia de projeção e paralisia de representação tem um grande alcance do ponto de vista teórico para o estudo da natureza da lesão presente no caso da paralisia histérica. Sabe-se que aí estão presentes características das paralisias orgânicas de representação. Contudo, há duas condições que jamais são encontradas nas paralisias orgânicas: uma limitação exata da paralisia associada a uma intensidade excessiva. Uma vez que "... só pode existir uma única anatomia cerebral que seja verdadeira e como ela encontra sua expressão nas características clínicas das paralisias cerebrais, evidentemente é impossível que esta anatomia possa explicar os traços distintivos da paralisia histérica" (Freud, 1893, p. 49), ou seja, a paralisia histérica apenas *simula* as paralisias orgânicas de representação. O que nos leva a investigar sobre a natureza dessa representação que não tem fundamento anatômico. Contudo, já podemos inferir que Freud, ao insistir na importância da distinção representação/projeção, pretende substituir o aparelho conceitual de Meynert, ilustrado pelo tipo paralisia de projeção, pelo aparelho conceitual adotado no texto sobre afasia, caracterizado pela paralisia de representação. Em outros termos, a concepção fisiológica de Meynert também é inadequada para o estudo da histeria. Contudo, aqui ainda não aparecem os efeitos da

adoção do modelo de Jackson.

Freud assinala que "a histérica se comporta nas paralisias e nas outras manifestações como se a anatomia não existisse, ou como se ela não tivesse nenhum conhecimento dela" (Freud, 1893, pp. 50-51). Em outras palavras, porque a histérica não conhece a distribuição dos nervos, ela não simula as paralisias de projeção e "toma os órgãos no sentido vulgar, popular do nome que eles trazem: a perna é uma perna até a sua inserção no quadril, o braço é a extremidade superior como ele se desenha sob as vestes. Não há razão para juntar à paralisia do braço a paralisia da face" (Freud, 1893, p. 51). Portanto, a perturbação no caso da histeria deve ser buscada, como nos ensinou a neuropatologia francesa, numa alteração de natureza funcional. Contudo, a essa tese é preciso acrescentar uma de natureza representativa dado que no caso da histeria é preciso passar para o terreno da psicologia: toda impressão psíquica, constituída a partir de um evento, é dotada de um certo valor afetivo. Quando se forma a impressão, o ego procura liberar o valor afetivo através de uma reação motora ou de uma atividade associativa. Se ele *não pode* ou *não quer* se libertar do acréscimo, a impressão dá lugar a um tipo de sintoma histérico. No caso da paralisia, existe uma afinidade associativa entre a concepção do órgão ou função, entendida como a descrição do órgão ou função dada pela linguagem natural, e o trauma. A afinidade é dotada de grande valor afetivo e é não consciente, ou seja, afastada das associações. Estas são formadas pelas representações conscientes; entre as quais, existe um conjunto que define para o sujeito o seu saber prático sobre o seu próprio corpo (Freud, 1893, pp. 51-52). Por conseguinte, Freud sugere que a paralisia histérica decorre da perda de contato entre as representações sobre o corpo, conscientes e dadas pela linguagem, e uma que se vinculou de forma não consciente ao trauma psíquico. O que nos indica que a função perturbada é a de nomear certas partes do corpo, isto é, as que se vincularam ao trauma. A lesão, se se pode chamar assim dado que não há destruição de tecido nervoso da região correspondente da córtex, é produzida pela interrupção associativa entre as representações do ego e a concepção ou função corporal relacionada ao trauma.

Com o objetivo de esclarecer a natureza da lesão, Freud recorreu a uma série de situações retiradas da vida social. Por exemplo, "... conta-se uma história cômica de um indivíduo leal que não lavava as mãos porque elas tinham sido tocadas pelo seu soberano" (Freud, 1893, p. 53). A razão do estranho comportamento está no fato de que a "... a reação que se estabeleceu entre a mão e a concepção de soberano parece tão importante para a vida psíquica do indivíduo que ele se recusava a deixar a mão entrar em qualquer outra relação" (Freud, 1893, p. 53). Mecanismo semelhante também se manifestaria quando "... quebramos o copo no qual brindamos

à saúde de recém-casados" (Freud, 1893, p. 53). Em tais casos a "cota de afeto que atribuímos à primeira associação de um objeto cria repugnância a deixá-la entrar numa nova associação com outro objeto e, conseqüentemente, torna a representação desse objeto inacessível à associação" (Freud, 1893, p. 53).

Assim o mecanismo responsável pela função de nomear encontra suas analogias na vida cotidiana. Nela a existência de certos sentidos apreendidos pela comunidade linguística permite a ocorrência de certos deslocamentos semânticos, o estabelecimento de novas associações entre objetos. Quando o súdito não lava mais as mãos porque elas foram tocadas pelo soberano, estão pressupostas significações trocadas entre os súditos e o soberano. Em outras palavras, o não lavar a mão é atravessado por práticas sócio-históricas. Se o súdito é ridicularizado, é por levar um pouco longe demais a sua lealdade pelo rei. Por outro lado, na histeria, devido à existência de dois estados de consciência, há a perda da relação entre o substrato material e a concepção. O histérico não sabe, pelo menos ao nível da consciência normal, que a paralisia de uma parte do corpo tomou o lugar da palavra. Em outros termos, o símbolo histérico difere do símbolo normal pelo fato do histérico desconhecer a existência de uma relação entre o símbolo e o seu referente. Ou, para expressar o mesmo usando a terminologia do texto sobre a afasia, há uma cisão entre representação de palavra e representação de objeto, onde a primeira é substituída pela segunda.

Por conseguinte, Freud troca a anatomia pela linguagem enquanto universal para a sua teoria sobre a histeria. A ausência de lesões anatômicas não significa que o fenômeno histérico não seja objetivo, capaz de ser investigado cientificamente. Sua objetividade está dada pelas lesões dinâmicas cujas perturbações são fixadas pela linguagem natural. O sintoma histérico é entendido agora como uma forma de afasia, a afasia assimbólica.

## NOTAS

1. Zur Auffassung der Aphasien.

2. Freud, 1891, p. 58. A proposição de Freud é: "Wir koennen keine Empfindung haben, ohne sie sofort zu associiren".

3. Quelques Considérations pour une Étude Comparative des Paralysies Motrices Organiques et Hystériques.

GABBI Jr., Osmyr. On the conception of aphasia and hysteria: notes on the relation between anatomy and language in the beginnings of Freudian theory. DISCURSO; Rev.Dep-to.Filo.USP, S.Paulo, (18):131-142, 1990.

ABSTRACT: In 1891, Freud, in his study about aphasia, argues against the dominant view - an anatomical one - on this disorder.

Later, in 1893, he thinks hysteria as a kind of aphasia. This is a case for a strong connection between freudian's theory of mental apparatus and language thought as speech.

UNTERMS: Psychoanalytis, language, aphasia, hysteria.

## BIBLIOGRAFIA

Freud, S. *Zur Auffassung der Aphasien*, Leipzig und Wien: Franz Deuticke, 1891.

Freud, S. (1893) Quelques Considérations pour une Étude Comparative des Paralysies Motrices Organiques et Hystériques, in: *Gesammelte Werke*, Frankfurt, S. Fischer Verlag, 1952, vol. I, pp. 37-55.