

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA**

**TRANSITORIEDADE E PERMANÊNCIA NA CONSTRUÇÃO
DOS CONCEITOS PSICANALÍTICOS**

**Curitiba
2006**

Bianca Scandelari

**TRANSITORIEDADE E PERMANÊNCIA NA CONSTRUÇÃO
DOS CONCEITOS PSICANALÍTICOS**

Dissertação submetida à banca de defesa, do programa de mestrado em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob a orientação do prof. Dr. Francisco Verardi Bocca como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

**Curitiba
2006**

Pela possibilidade de construção e conclusão deste trabalho ofereço meus agradecimentos:

Aos professores do programa de Mestrado em Filosofia da PUCPR, pela oportunidade e ensinamentos;

Ao professor Dr. Antônio Edmilson Pascoal, pelo apoio e encorajamento;

Ao professor Dr. Cleverson Leite Bastos, pelas sugestões e direcionamentos;

Ao professor Dr. João José Rodrigues Lima de Almeida, pela gentileza e precisão dos apontamentos.

Ao professor Dr. Francisco Verardi Bocca, pelo acolhimento dessa causa e pela arte da prudência transmitida;

Finalmente aos membros da banca de defesa pelo investimento do tempo e leitura atenciosa.

“(...) Não se comem palavras que são vento, nem se vive de cortesias que é cortês engano. (...) As palavras hão de ser prendas das obras, e assim terão valor. As árvores que não dão frutos, mas só folhas, não costumam ter coração. Convém conhecê-las, umas para proveito, outras para sombra.” (**CLXVI**)

“(...) Nem todo o cabedal há de ser empregado, nem mostradas todas as forças a cada vez. Mesmo no saber há de haver resguardo, pois isso é dobrar perfeições.” (**CLXX**)

(GRACIÁN, Baltazar [1601 – 1658]. *Arte da prudência*.)

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| APRESENTAÇÃO..... | 8 |
| | |
| Capítulo 1 - O estatuto da histeria e do tratamento no método hipnótico..... | 15 |
| Capítulo 2 - Os obstáculos à cura..... | 27 |
| Capítulo 3 - A relutância no abandono da hipnose..... | 34 |
| Capítulo 4 - O método catártico..... | 44 |
| Capítulo 5 - Deslocamento do método para o objeto (reflexão acerca dos casos clínicos)..... | 56 |
| Capítulo 6 - Mecanismos psíquicos do processo de cura | 64 |
| | |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 90 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA..... | 93 |

RESUMO

Em função da leitura acerca da ciência psicanalítica que a interpreta comportando um momento identificável como inaugural e por isso de ruptura em relação às elaborações anteriores de Freud, propomo-nos, nesta pesquisa, aprofundar uma discussão interna acerca do que poderíamos chamar de nascimento dessa ciência, bem como do ineditismo que muitas vezes é atribuído às suas teses principais, com a finalidade de definir e adotar um ponto de vista divergente. Explicitaremos nossa recusa à interpretação de que a psicanálise de Freud seria sustentada por conceitos que, a partir de um dado momento, ocuparam posições definitivas responsáveis por terem lhe conferido constituição e sustentação. Antes, defenderemos uma perspectiva de continuidade bem como de um movimento nuançado em sua construção teórica. Desta forma, contribuímos com o apontamento de uma espécie de transição entre o que ficou conhecido como período pré-psicanalítico e o psicanalítico propriamente dito, efetivada por intuições teóricas que sobreviveram à custa de reformulações e destaques crescentes. Assim, justificamos nosso entendimento de que as noções fundamentais dessa ciência já estavam de alguma forma apontadas e identificadas por Freud antes mesmo de conceber, por exemplo, o método da livre associação, tendo gozado de um período no qual obtiveram sua importância progressivamente reconhecida, justamente pelo deslocamento que sofreram em virtude do foco sempre renovado. As noções referidas são: os mecanismos da resistência, da relação transferencial e da sexualidade na etiologia da histeria. Procuramos ainda justificar nossa tese de que tais noções, bem como o método livre associativo, não resultaram do advento da ciência psicanalítica, mas antes que oportunizaram a sua sustentação, bem como os métodos anteriores, que foram rearticulados principalmente pelo critério da eficácia de cura pretendida, este sim o fio condutor de sua reavaliação constante. Portanto, teria sido por conta desse critério mencionado que a psicanálise assumiu seus contornos definitivos

num movimento crescente de continuidade e articulação de suas principais noções.

ABSTRACT

Due to an understanding about the psychoanalytic science, interpreted as bearing an inaugural movement, and so, causing the rupture in relation to Freud's previous ideas, this research intends to deepen in a discussion about what can be called the birth of this science, as well as on the newness that is attributed many times to his main theses, intending to define and to adopt a different point of view. It will be shown why the interpretation that Freud's psychoanalysis is sustained by concepts that from a certain moment occupied definitive positions giving it constitution and sustentation must be refused. Before that, it will be defended the continuity perspective as of a movement traced with theoretical construction. This way, the intention is to contribute by indicating the species of transition between what became known as the pre-psychoanalytic period and the psychoanalytic period, made real by theoretical intuitions that survived due growing reformulations. Then, it will be justified the understanding according to which the fundamental notions of this science were, somehow, already pointed out and identified by Freud even before conceiving, for instance, the free association method, having lived in a period in which their importance was progressively recognized by the misplacement suffered as a result to the always renewed focus. The referred notions are: the resistance mechanism, the transference and sexuality relation in history etiology. Efforts are made to justify the thesis that those notions, as the free association method, did not result from the coming of the psychoanalytic science, but made its sustentation, as the previous methods, that were rearticulated mainly by the intended healing effectiveness criterion, the true leading element of its constant revaluation. To conclude, hence, that it would have been by means of this criterion that psychoanalysis started displaying its definitive traces in a growing movement of continuity and articulation of its main notions.

APRESENTAÇÃO

A psicanálise, como concebida e elaborada por Freud é, muitas vezes, interpretada como tendo uma *gênese*, um momento reconhecível e apontável como de *ruptura* em relação às suas concepções anteriores¹, que inclusive foram agrupadas e identificadas - para efeito de organização e publicação de suas obras completas - como tendo um período pré-psicanalítico, seguido de um outro reconhecido como propriamente psicanalítico. O objetivo de nossa pesquisa é o de nos inserirmos nessa discussão interna à psicanálise, isto é, de seus intérpretes, acerca do que poderíamos chamar propriamente do *nascimento* dessa ciência, a saber: de sua data e momento, das circunstâncias e, em especial, do ineditismo que muitas vezes é atribuído às suas teses principais, com a finalidade de definir e adotar, de nossa parte, um ponto de vista divergente como explicaremos adiante.

Lembremos que o argumento da ruptura foi muitas vezes sugerido e incentivado pelo próprio Freud, por exemplo, na obra *A história do movimento psicanalítico*, de 1914, na qual afirma que “a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose”², tendo como consequência a transição para a associação livre, sempre apontando o estreito vínculo que esse método mantém com a *descoberta* igualmente considerada inédita e surpreendente do fenômeno da resistência e da transferência. Certamente por isso Strachey³ declara que Freud acaba por endossar uma cisão

¹ Como exemplo seguimos os comentários da obra *Freud: o movimento de um pensamento*, cujo autor Monzani refere-se a um texto, *Conceitos psicanalíticos e a teoria estrutural*, de Arlow e Brenner, onde estaria sustentada de forma clara uma incompatibilidade identificada nos textos de Freud referente às suas duas tópicas. Eles afirmam uma certa descontinuidade entre a teoria topográfica e a teoria estrutural. Esta afirmação dividiria duas épocas da produção freudiana em que os conceitos elaborados se mostrariam incompatíveis dependendo da teoria em que se incluem, identificando diferenças de importância crucial que sustentariam uma ruptura. Como o presente trabalho não aborda questões referentes à fase comentada dos textos de Freud, não nos aprofundaremos nos questionamentos diretos a esses autores.

² FREUD. *A história do movimento psicanalítico*. (1914), p.26.

³ Estes são os comentários que precedem a edição eletrônica das obras completas de Freud, em CD-ROM: “As dificuldades impostas pela Segunda Guerra Mundial transformaram Sigmund Freud em um asilado de

entre período pré-psicanalítico e psicanalítico propriamente dito, além de identificar certos mecanismos psíquicos como *descobertas* pontuais.

De qualquer forma, temos que reconhecer uma construção nuançada em diversos outros aspectos da obra de Freud; levando em conta esse aspecto, o próprio Strachey, mais uma vez confirma que:

Na verdade, toda a base da teoria da repressão na histeria, e a do método catártico de tratamento, exigiam uma explicação psicológica, e só através dos mais penosos esforços foram elas explicadas neurologicamente na Parte II do 'Projeto'. Alguns anos depois, em *A interpretação dos sonhos* (1900a), uma estranha transformação ocorre: não só a explicação neurológica da psicologia desaparece completamente, mas também grande parte do que Freud havia escrito no 'Projeto' em termos do sistema nervoso torna-se agora válido, e muito mais inteligível, ao ser traduzido em termos mentais.⁴

Isso posto, devemos reconhecer que esse tipo de argumento é o que permitiu a muitos pesquisadores postular uma ruptura no percurso de construção teórica de Freud, pautada em termos neurológicos até a data da produção de *Interpretação de sonhos*, a partir da qual sua obra estaria pautada em explicações predominantemente psicológicas sobre a formação do sintoma histérico. No entanto não nos ocuparemos desse aspecto, pois nos tomaria o tempo que não dispomos além de que nos desviaria do foco dessa pesquisa.

Devemos deixar claro que a perspectiva de uma ruptura teórica, de um ponto de inflexão com o passado ou mesmo de um marco inaugural por muitos

guerra, na Inglaterra. Foi lá que encontrou James Strachey, a quem delegou a tarefa de editar a *Standard Edition of The Psychological Works of Sigmund Freud*. A primeira edição das Obras Psicológicas Completas de Freud foi a *Standard Edition* inglesa, organizada por James Strachey com a supervisão parcial do próprio Freud e publicada em 1966. Ao contrário das assim chamadas, mas incompletas *Gesammelte Werke*, publicadas em alemão entre 1940 e 1950, a *Standard Edition* é uma edição crítica. A *Standard Edition* tem servido de base para o estabelecimento das normas editoriais de toda a edição acadêmica posterior a ela; veja-se por exemplo, a edição italiana de 1977, ou a edição argentina de 1982, ou ainda a nova edição alemã de 1969/79. A Edição *Standard* Brasileira, publicada pela IMAGO (1969-80) sob a coordenação de Jayme Salomão, segue, passo a passo, a organização da *Standard Edition*, seja no que diz respeito à seqüência dos textos e divisão dos volumes, seja no que concerne às notas e demais material editorial, assumindo papel importante no desenvolvimento da psicanálise no Brasil". (FREUD, Obras completas; Edição Standard; CD-ROM).

⁴ STRACHEY, James. Volume XIV das *Obras completas de Sigmund Freud*. (1969), p.168.

reconhecido constitui, em nosso entendimento, uma perspectiva legítima, inclusive por ter sido endossada pelo próprio Freud em ainda outras oportunidades em que relata a história de sua teoria, em obras como *Cinco lições de psicanálise*, de 1909 e *Um estudo autobiográfico*, de 1925, identificando adicionalmente como tendo ocorrido no período de sua parceria com Breuer, mais especificamente a partir da adoção do método da livre associação. Vale lembrar que, freqüentemente, o uso desse método tornado definitivo depois da superação de outros, é reconhecido como a oportunidade de elaboração, por parte de Freud em sua clínica, dos conceitos que passaram a constituir os pilares de sua ciência, como a resistência, a transferência, a sexualidade infantil, entre outros, e ainda da importância dada à fala do paciente, à noção de cura, de sintoma, de conflito psíquico, da posição do analista etc.

Levando em conta essa perspectiva que admite e reconhece um marco inaugural na psicanálise, nossa pesquisa, como antecipamos acima, adotará um ponto de vista divergente. Para efeito disso, explicitaremos nossa recusa à interpretação de que a psicanálise teria tido efetivamente tal tipo de gênese, proporcionando o advento datado do método e dos conceitos “definitivos” que lhe dariam constituição e sustentação posteriores. Recusaremos, por exemplo, a interpretação de Roudinesco de que “Bernheim antecipou, com a sugestão, a separação entre neurologia e o fato psíquico, que conduziria Freud à *descoberta* da transferência, ao emprego da catarse e, posteriormente, ao uso da associação livre”⁵. Isso, particularmente em relação aos termos que sugerem separação e descoberta, justamente por que deixam de imprimir à psicanálise uma perspectiva de *continuidade* e de um *movimento* de construção, como se Freud tivesse tentado, diante de cada novo obstáculo clínico, superá-lo com recurso a inusitados e surpreendentes instrumentais teóricos e práticos.

Antes, pretendemos contribuir com o apontamento de uma *transição* entre o que ficou conhecido como período pré-psicanalítico e o psicanalítico propriamente dito efetivada por intuições que foram sobrevivendo à custa de reformulações e destaques crescentes. Em apoio a este ponto de vista, assumiremos, por

⁵ ROUDINESCO, Elizabeth. *História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos*. (1989), p.49.

exemplo, argumentos como o de Jones⁶ que faz referência “à importantíssima questão da transição do método catártico para o método da ‘associação livre’ ao qual remonta a psicanálise”, relacionando a isso “as profundas descobertas com as quais seu nome (de Freud) está imperecivelmente associado”, mas acrescentando que “embora ele tivesse uma intuição muito rápida, que agia livremente em sua maturidade, há boas razões para se pensar que no período de que estamos tratando, em especial entre 1875 e 1892, seu desenvolvimento foi lento e laborioso”⁷.

Nesta querela nos apoiaremos em Monzani quando argumenta que entre defender a existência de uma descontinuidade ou ruptura, ou a formação de um bloco monolítico, seria mais sensato identificar que tipo de *desenvolvimento* particular teria sido inaugurado nos escritos freudianos, ou seja, que tipo de movimento animou sua obra. Portanto se trata de uma recusa à adoção de um posicionamento radical em relação às opções apresentadas.

Por conta disso, pretendemos então demonstrar, de início, com recurso a alguns textos redigidos entre os anos de 1886 a 1895, - *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*, de 1886, *Histeria*, de 1888, *Tratamento psíquico ou anímico*, de 1890/1905⁸, *Resenha de hipnotismo de August Forel*, de 1889, *Hipnose*, de 1891, *Um caso de cura pelo hipnotismo*, de 1892, *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar*, de 1893, *Neuropsicoses de defesa*, de 1894 e finalmente *Estudos sobre a histeria*, de 1895 - a existência de uma transitoriedade que comporta ao mesmo tempo uma continuidade na construção conceitual da psicanálise. Isso, justificados em nosso entendimento de que as noções fundamentais dessa ciência já estavam

⁶ Ernest Jones, colaborador e biógrafo de Freud.

⁷ Ernest Jones. *Sigmund Freud, vida e obra* (1989), p. 247-248.

⁸ Este texto consta nas obras completas como publicado em 1905, embora sendo esta a data de sua terceira edição, foi de fato publicado pela primeira vez em 1890, sem modificações de uma edição à outra segundo o editor Strachey. De acordo com seus comentários nas notas antecedentes ao texto da edição Standard, esta primeira publicação data de 1890 na editora alemã *Die Gesundheit*, a segunda edição em 1900, e a terceira em 1905. Desta forma justifica: “Até 1966, afirmava-se invariavelmente que esse artigo datava de 1905 (recebera na Ed. *Standard* a data de 1905b.), uma vez que só se examinara a edição de 1905 de *Die Gesundheit*. Sabe-se agora que, na verdade, essa fora a terceira edição, embora os organizadores do trabalho tenham deixado de fornecer tal indicação. (...) O texto foi reimpresso sem alterações na segunda e terceira edições do trabalho, ocupando no primeiro volume as mesmas páginas em que constara na primeira edição.” (STRACHEY, 1969, vol VII, p. 269). Por isso, nesta pesquisa, o recurso a seus argumentos, bem como suas citações, serão referidas ao ano de 1890.

apontadas e identificadas por Freud, antes mesmo de conceber o último método e que, por isso, gozaram de um período de maturação, no qual obtiveram sua importância progressivamente reconhecida e levada em conta, justamente pelo deslocamento que sofreram em virtude do foco sempre renovado, que lhes foi sendo atribuído. As noções referidas são: o mecanismo de resistência, antes compreendido e descrito a partir da dificuldade do paciente em deixar-se hipnotizar e em libertar-se dos sintomas; a relação transferencial, antes identificada na relação entre médico e paciente, ou seja, na influência do médico no tratamento; o sexual como a etiologia principal da neurose, antes admitida como de importância secundária. A escolha dessas três noções, correspondente a um recorte metodológico, deve-se ao fato de apresentarem uma interdependência, ou seja, de se articularem sempre de forma recíproca, o que impede que sejam abordadas isoladamente.

Para nosso propósito mostraremos em que medida essas noções estiveram presentes desde o considerado período pré-psicanalítico - embora tenham recebido estatutos diferenciados em oportunidades diversas - até o momento que passaram a participar da constituição e sustentação consideradas “definitivas” da psicanálise freudiana e de seu método fundamental. Procuraremos ainda justificar nossa intuição de que tais noções não resultaram do advento e emprego do método livre associativo, antes que igualmente lhe oportunizaram, isto é, que mantiveram uma relação de mão-dupla.

Com essa intenção acompanharemos o percurso de Freud em sua transição da hipnose à livre associação. Por seu intermédio mostraremos que, como apontamos acima, as noções que vieram a ser formuladas posteriormente como mecanismo de resistência, relação transferencial e etiologia sexual da neurose, já haviam sido reconhecidas e identificadas como presentes, sempre de forma relevante, na sustentação teórica dos métodos hipnótico e catártico⁹. Registremos adicionalmente que o trânsito entre esses métodos foi justificado principalmente pelo critério da eficácia de cura pretendida, este sim o fio condutor da reavaliação e reformulação constante que Freud imprimia aos métodos empregados. Inclusive, numa perspectiva auxiliar, mostraremos em que medida

⁹ Adiante mostraremos que a distinção entre eles não se apresenta tão definida como sugerido.

esse critério contribuiu para os desdobramentos da concepção da psicanálise em suas rearticulações conceituais. Pensamos inclusive que teria sido por conta da mudança de expectativa em relação ao critério de cura que a psicanálise assumiu seus contornos “definitivos” num movimento crescente de continuidade e articulação de suas principais noções.

Portanto, segundo nosso posicionamento, não se pode falar propriamente em *nascimento* da psicanálise, mas antes em sua *maturação*, em seu movimento de *transitoriedade* e *permanência* em que a trama dos conceitos elaborados por Freud nunca teria sido rompida, seus fios nunca teriam sido cortados em nome de novos e insuspeitos conceitos. Sustentamos que a construção da psicanálise foi decorrência de um movimento crescente de deslocamento e rearticulação de situações, constatações, desafios e fatos já reconhecidos por Freud. Tal movimento, reforçamos, pode ser percebido ao contato com seus escritos, particularmente quando enfocada a descrição do que caracteriza sua ação ou modo de tratamento da histeria - o método - tendo como um dos seus objetivos uma oferta de cura, acrescentamos agora a da pesquisa científica. A seqüência dos métodos pontualmente nomeados como hipnose, catarse e associação livre é o que nos leva aqui a seguir, como dissemos, em linha auxiliar, o percurso trilhado por Freud na pesquisa do mecanismo da histeria.

Entendemos ainda que o tipo de leitura aqui adotado reforça a construção de uma lógica própria de interpretação do percurso de Freud em seu contexto histórico no período de sua elaboração, de 1886 a 1895, como já dissemos, fase em que contextualizamos a presente pesquisa. Acrescentamos agora que em apoio ao nosso objetivo recorreremos estrategicamente a algumas obras posteriores, como *Hereditariedade e a etiologia das neuroses*, de 1896, *A sexualidade na etiologia das neuroses*, de 1898, *Sobre a psicoterapia*, de 1905, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905, *Dinâmica da transferência*, de 1912, *Sobre o início do tratamento*, de 1913, *Recordar, repetir e elaborar*, de 1914, *Observações sobre o amor transferencial*, de 1915, *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, de 1917, e *Psicologia de grupo*, de 1921, que explicitaram os deslocamentos avançados e as funções assumidas pelas noções que estaremos tematizando, visando demonstrar os desdobramentos bem como a

importância que assumiram ao longo da teorização. Desta forma, em todos os capítulos estaremos rastreando os antecedentes dos mecanismos da resistência, transferência e do papel da sexualidade na etiologia da histeria, identificando seus estatutos iniciais e apontando seus desdobramentos.

Para dar conta desse propósito, esta dissertação foi dividida em seis capítulos. O primeiro aborda o estatuto da histeria e do tratamento hipnótico, contextualizando a concepção de doença e objetivo de cura. No segundo, analisa as conseqüências dos obstáculos aos intuits do método para, no terceiro, avaliar a relutância em modificá-lo. O quarto capítulo aborda a rearticulação das noções que contribuíram para a transição do método hipnótico ao método catártico. O quinto tem como intuito estabelecer as funções específicas dessas noções na sustentação da nova forma de tratamento de acordo com os casos clínicos de 1895. E finalmente, o sexto capítulo identifica-as ainda como condições de possibilidade para a associação livre, bem como aponta os deslocamentos conceituais posteriores que sofreram, visando estabelecer o vínculo de continuidade com suas formulações iniciais. Passemos a eles.

1– O estatuto da histeria e do tratamento no método hipnótico

A partir de algumas obras de Freud, correspondentes ao período anterior ao reconhecido como o do *nascimento* da psicanálise, abordaremos seus argumentos pertinentes à adoção e abandono dos métodos de tratamento da neurose, relacionados ao uso da hipnose e catarse, desde 1886 até 1895, momentos em que se destacam contribuições de outros médicos no tratamento e pesquisa das neuroses que influenciaram as elaborações freudianas de forma crucial. Tomando a histeria¹⁰ como principal foco deste período, o que nos interessa por ora, são as duas influências principais: Charcot e Breuer, autores dos referidos métodos iniciais e provisórios que anteciparam o surgimento do último e definitivo, o da livre associação.

Na análise das obras correspondentes ao período citado podemos notar dois movimentos na utilização da hipnose; um correspondente à técnica de indução ao “sonambulismo”¹¹ ou estado profundo de hipnose e outro, que pelas dificuldades no uso deste recurso, incentiva o uso da sugestão aplicada em estados gradativamente mais leves de hipnose até chegar à consciência plena do paciente, o que ainda aponta que a influência do médico seria cada vez mais valorizada como um recurso de efeito no tratamento.

Nossa intenção é a de apontar o movimento da passagem de uma tendência de Freud a privilegiar determinada eficácia dos métodos que primava inicialmente pela eliminação imediata dos sintomas histéricos via sonambulismo, a uma inclinação crescente que trouxe consigo o objetivo de pesquisa e obtenção

¹⁰ Freud afirma a respeito de Charcot, em seu relatório, que: “Por muitos anos, então, seu trabalho centralizou-se quase por completo nas neuroses, principalmente na histeria, que, desde o início das atividades do departamento de ambulatório e da clínica, ele teve oportunidade de estudar tanto nos homens como nas mulheres” (FREUD, 1886, p.44).

¹¹ Em *Tratamento psíquico ou anímico* (1980) Freud delimita o sonambulismo como uma gradação do estado hipnótico: “O estado hipnótico tem muitas gradações diferentes; no grau mais leve, o hipnotizado sente apenas algo como uma ligeira insensibilidade, enquanto o grau mais elevado e marcado por curiosidades especiais é chamado de *sonambulismo*, por sua semelhança com o fenômeno natural observável de andar durante o sono. Mas a hipnose de modo algum é como nosso sono noturno ou como o sono provocado por soporíferos. Nela ocorrem mudanças e se conservam funções anímicas que faltam ao sono normal” (FREUD, 1890, p.43).

de conhecimentos acerca do conflito neurótico. Este segundo momento foi guiado principalmente pela busca de uma etiologia da histeria, possibilitando seu avanço e deslocamento na abordagem de tratamento e eficácia, isto é, repercutindo nele. Adiantemos que esta última perspectiva só se mostrou viável após a ultrapassagem da prática da indução ao sonambulismo.

Neste movimento de elaboração da psicanálise, possibilitado pelos avanços na compreensão da histeria, podemos localizar inicialmente a presença de noções como a de resistência e de transferência, e de maneira ainda mais rudimentar a sexual, inclusive com a possibilidade de declarar que já estavam presentes, mesmo que em estado inicial e incipiente, ao mesmo tempo em que estavam sendo formadas suas condições de possibilidade para que viessem a ocupar seus lugares de destaques, desenvolvimentos que abordaremos ao longo dos três primeiros capítulos.

A exposição desse movimento, referido na apresentação dessa dissertação, solicita o registro de que a sintomatologia histérica já havia sido teorizada por Charcot através do método do hipnotismo; este alvo de injusto ceticismo segundo Freud que, por sua vez, documentou no *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*, de 1886, que a partir deste ano começava a tomar contato com a técnica, pontuando sua utilização como estritamente de interesse científico, o que denota que seu intuito de pesquisa, já estava presente desde o início.¹² Desta forma afirma: “Estudando cientificamente o hipnotismo - área da neuropatologia que teve que ser arrancada, de um lado, do ceticismo e, de outro, do embuste -, Charcot chegou a uma espécie de teoria da sintomatologia histérica”¹³.

Freud faz elogios à coragem de Charcot, pois numa época de obscurantismo sobre a definição de tal doença, o estudo que este realizara teria constituído o ponto de partida da pesquisa sobre ela, uma vez que a retirou do caos que estava inserida com a tentativa de definição das neuroses atribuindo-lhe uma compreensão lógica. Charcot, em primeiro lugar, teria inserido o hipnotismo

¹²Em seu relatório Freud comenta o contexto em que estava inserida a histeria até o momento dos estudos de Charcot e o início de sua (de Freud) pesquisa sob a influência de seu mestre: “Durante as últimas décadas, é quase certo que uma mulher histérica seria tratada como simuladora, do mesmo modo que, em séculos anteriores, certamente seria julgada e condenada como feiticeira ou possuída pelo demônio” (FREUD, 1886, p.45).

¹³FREUD. *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. (1886), p.45.

no âmbito médico como uma técnica respeitável, por sua possibilidade de funcionar como uma analogia ou produção artificial dos fenômenos histéricos, os quais estariam ligados a fatores fisiológicos e supostamente genéticos/hereditários. Mas apesar do avanço, ainda não enfocariam, ambos, as possíveis influências de aspectos psicológicos na formação da histeria, como os biográficos, os que figuram na relação do paciente com o médico e os da significação psíquica da sexualidade¹⁴. Estes aspectos, que serão abordados adiante, seriam mencionados por Freud apenas nos textos subseqüentes como no verbete escrito para a “Enciclopédia de Villaret”, com título *Histeria* (1888), no qual assume a linha de pensamento de Charcot, mas já demonstra uma independência com relação às suas idéias.

Antes disso, pontuemos que Freud, nessa obra de 1888, postula a desvinculação dos sintomas de um substrato anatômico, partindo para uma hipótese de causalidade fisiológica. Argumenta:

A histeria é uma neurose no mais estrito sentido da palavra — quer dizer, não só não foram achadas nessa doença alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar alguma dessas alterações. A histeria baseia-se total e inteiramente em modificações fisiológicas do sistema nervoso; sua essência deve ser expressa numa fórmula que leve em consideração as condições de excitabilidade nas diferentes partes do sistema nervoso.¹⁵

Desta forma declara: “Pode-se dizer que a histeria é tão ignorante da ciência da estrutura do sistema nervoso como nós o somos antes de tê-la aprendido”¹⁶. Com este argumento, já descarta a idéia de que a origem da histeria estaria situada num substrato anatômico, mas não se desfaz ainda da hipótese de uma causalidade situada na hereditariedade e deixa a concepção de um mecanismo funcional fisiológico a ser descrito em suas pesquisas futuras¹⁷,

¹⁴ FREUD. *Relatório sobre meus estudos* (1886).

¹⁵ FREUD. *Histeria*. (1888), p.77.

¹⁶ Idem, p. 85.

¹⁷ Ver em *Projeto para uma psicologia*, de 1895.

embora já admita concomitantemente a possibilidade de causas acidentais. E continua:

Uma fórmula fisiopatológica desse tipo, no entanto, ainda não foi descoberta; por enquanto, devemos-nos contentar em definir a neurose de um modo puramente nosográfico, pela totalidade dos sintomas que ela apresenta, da mesma forma como a doença de Graves se caracteriza por um grupo de sintomas — exoftalmia, bócio, tremor, aceleração do pulso e alteração psíquica —, sem qualquer consideração relativa a alguma conexão mais íntima entre esses fenômenos.¹⁸

É verdade que se refere ao caráter fisiológico da doença como modificações do sistema nervoso, mas não havendo uma fórmula que especificaria esta consideração, alerta-nos para a dificuldade de sua definição nosográfica já que a histeria era pensada como uma totalidade de sintomas não interligáveis entre si, que mudavam de hora para outra, descaracterizando lesão orgânica. Nesta perspectiva descreve a histeria como doença de sintomas físicos - dando especial atenção a estes - mas inclui seus aspectos psicológicos, sendo que seus argumentos a respeito revelam os primórdios de seu interesse pelo caráter subjetivo que já relacionava à histeria:

Por outro lado, as modificações psíquicas, que devem ser assinaladas como o fundamento do estado histérico, ocorrem inteiramente na esfera da atividade cerebral inconsciente, automática. Talvez ainda se possa acentuar que na histeria (como em todas as neuroses) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, e que os pacientes histéricos funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso — excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como irritante, deslocando-se com grande mobilidade dentro do sistema nervoso.¹⁹

Esta hipótese, como dito, que inclui os aspectos psicológicos à etiologia da histeria permanece sustentada até o fim das obras de Freud, apesar de

¹⁸ FREUD. *Histeria*. (1888), p.77.

¹⁹ Idem, p. 86.

posteriormente reformulada em virtude da consideração das causas acidentais e da teoria do trauma envolvidos na manifestação histérica - elementos já presentes no verbete *Histeria* de forma ainda pouco explorada dada a importância etiológica secundária que ocupavam²⁰.

No verbete citado, também encontramos as primeiras declarações sobre o papel da sexualidade no desenvolvimento da doença, não propriamente como um ato genital (o que envolveria os órgãos sexuais e a maturidade física e psicológica), mas destacando a funcionalidade de sua significação psíquica para o paciente:

Entretanto, tem-se de admitir que as condições *funcionalmente* relacionadas à vida sexual desempenham importante papel na etiologia da histeria (assim como na de todas as neuroses), e isto se dá em virtude da elevada significação psíquica dessa função, especialmente no sexo feminino.²¹

Como dissemos, Freud sinaliza desde já com uma concepção independente, pois apresentava-a diversa à de Charcot que, por sua vez, concebia a histeria como um fenômeno de origem hereditária. Ou seja, Freud já estipulava uma linha de abordagem diferenciada em relação ao seu mestre, pois relacionava os sintomas físicos à significação psíquica de uma sexualidade, além de demonstrar maior interesse por tipo de origem psicológica da histeria, apontando que a análise desta mal começara. A consequência disto está no fato de que as características da histeria e seu fundamento serão encontrados, posteriormente, em seus sintomas de origem psíquica e na atividade inconsciente do paciente. Mas ainda que tenha considerado a função do sexual no psíquico, continua cauteloso, desde 1888 e ao longo dos próximos seis anos, no que diz respeito à efetivação do papel desta função na causalidade da histeria. Desta forma, fica assim resumida a definição da histeria, adicionada de uma primeira noção de cura:

²⁰ Futuramente, (1894 – 1896) Freud vai promover uma inversão da importância etiológica da Histeria, promovendo a significação psíquica da sexualidade à determinação de principal causa do sintoma histérico.

²¹ FREUD. *Histeria*. (1888), p.87.

Para sintetizar, podemos dizer que a histeria é uma anomalia do sistema nervoso que se fundamenta na distribuição diferente das excitações, provavelmente acompanhada de excesso de estímulos no órgão da mente. Sua sintomatologia mostra que esse excesso é distribuído por meio de idéias conscientes ou inconscientes. Tudo o que modifica a distribuição das excitações no sistema nervoso pode curar os distúrbios histéricos: esses efeitos são, em parte, de natureza física e, em parte, de natureza diretamente psíquica.²²

Todas estas abordagens iniciais nos apontam o movimento de constituição de um estatuto da histeria tal como era concebida na ocasião do primeiro método, a hipnose, lembrando que, de início, a hipnose foi tomada com grande entusiasmo. Seus resultados faziam pressupor que o sintoma poderia estar relacionado a um desconhecido e obscuro funcionamento da mente não admitido pela ciência médica da época, na qual os sintomas eram pensados como oriundos de desordens anatômicas²³. Porém, esta mudança de enfoque do anatômico para o psíquico não se deu como uma ruptura pontual, antes foram necessários muitos anos de pesquisa e distanciamentos com alguns arcabouços teóricos provocados, em grande parte, por insistentes especulações teóricas e observações clínicas que permitiram a Freud dar constituição à sua própria concepção de psicogênese da histeria e por fim, à lógica do conflito neurótico.

Para dar seqüência, no que se refere ao tratamento da histeria, Freud já reconhece que o uso da hipnose é penoso para o médico fazendo-o sentir-se impotente e, muitas vezes, relegar a cura ao milagre. A despeito disso, haveria três tarefas a serem cumpridas: o tratamento da disposição histérica (considerada como hereditária), dos ataques histéricos e dos sintomas isolados. A primeira não poderia ser cumprida, em função da impossibilidade de sua eliminação, podendo-se instituir apenas medidas profiláticas. A segunda, referente aos ataques, que consistem geralmente em crises compostas primeiramente de sintomas isolados que anunciam o agravamento da situação, seguindo-se de movimentos de contorções e culminando numa fase alucinatória que se distingue pelas atitudes e palavras do doente de caráter passional, consiste em reclusão e repouso

²² Idem, p. 94.

²³ FREUD. *Relatório sobre meus estudos* (1886).

adicionados de intervenções médicas isoladas de acordo com os sintomas físicos, ou seja, a remoção das fontes de estímulos de natureza física como um processo indireto de cura. Quanto à terceira tarefa, reconhece que o tratamento dos sintomas histéricos isolados não ofereceria perspectiva de êxito, pois sem eliminar a disposição histérica eles reapareciam ou eram substituídos por novos. Portanto, Freud propõe como tratamento direto, a remoção das fontes psíquicas que influenciavam os sintomas histéricos, através da sugestão hipnótica, com o intuito de provocar a erradicação das fontes psíquicas que estimulam os sintomas.²⁴

Para tanto promove uma variação na técnica, acrescentando a pressão com as mãos no lugar afetado pelo sintoma, por exemplo, na faringe por causa de uma tosse, assegurando que com isso eliminaria o estímulo que a provocava. Surge aqui pela primeira vez o relato do uso da “técnica da pressão”, aplicada à localização de manifestação do sintoma. Vale antecipar que posteriormente Freud faria uso da pressão na testa relacionada a uma função de memória, já em pleno uso do método catártico.

Também nessa obra declara, pela primeira vez, o início de seu interesse pelo sucesso do método catártico criado por Joseph Breuer em Viena, com o qual já mantinha contato, muito antes de Freud havê-lo reconhecido oficialmente nos escritos psicanalíticos. Nesta técnica que viria a ser completamente desenvolvida no texto da autoria de ambos, *Estudos sobre a histeria*, de 1895, tratava-se de fazer “o paciente, sob hipnose, remontar à pré-história psíquica da doença, compelindo-o a reconhecer a ocasião psíquica em que se originou o referido distúrbio”²⁵.

Sobre esta técnica, Freud a reconhece como a mais apropriada para a histeria porque imita “o mecanismo da origem e da cessação desses distúrbios histéricos”²⁶. Ou seja, por isso permitiria uma revivência da ocasião originária do distúrbio, para que pudesse então haver a correção do eventual erro no

²⁴ FREUD. *Histeria* (1888).

²⁵ Idem, p.93.

²⁶ Idem, p.93. Sobre isso, o comentário do editor da edição Standart, James Strachey: “Trata-se de uma passagem, quase na parte final, em que o método catártico de tratamento é descrito explicitamente e atribuído a Breuer. Nessa data (1888), o método de Breuer não tinha sido publicado nem por ele próprio nem por outra pessoa. Sua primeira publicação deu-se na *Comunicação Preliminar*, de Breuer e Freud, mais de quatro anos depois (1893a). Freud, segundo ele próprio nos relata (1925d, Edição *Standard* Brasileira, Vol. XX, [1], IMAGO Editora, 1976), há muito gozava da confiança de Breuer e tinha tomado conhecimento de seu método ainda antes de ir a Paris (em 1885)” (pág. 76).

mecanismo responsável pela manutenção da doença, o que já caracteriza uma noção de cura própria do método catártico como a correção de direcionamentos psíquicos ou descargas fisiológicas que não teriam ocorrido, ocasionando um trauma.²⁷ A respeito da técnica e de seus efeitos, Oscar Masotta nos acrescenta: “A hipnose mostrava a existência de coisas que não estavam na consciência e que tinham efeitos sobre o comportamento e a vida desperta dos sujeitos. (...) que, na relação com o hipnotizador o paciente podia produzir e suprimir os sintomas”²⁸. Ou seja, que os efeitos da hipnose se produziam na relação com o hipnotizador, dado que destacamos e retomaremos ao longo dos próximos capítulos.

Retornando aos argumentos de Freud sobre a técnica, ainda que tenha observado - quando faz referência a Breuer – a existência da prática de remontar os aspectos (psíquicos) da história do paciente, visando a identificação da ocasião de origem do distúrbio, é necessário notar que a técnica terapêutica diria respeito somente a uma utilização especialmente eficaz da sugestão que não abrangeria ainda a “ab-reação”. Ou seja, a expressão verbal não tomava um lugar central ainda, nem era encarada como instrumento do tratamento como viria a ser com o método catártico aplicado posteriormente, com a participação de Freud.

Ressaltamos também que ainda nessa ocasião, apesar de Freud ter aberto uma perspectiva particular da psicogênese da histeria e possivelmente simpatizado com a teoria da causalidade acidental, admitia a hereditariedade como causa primária, como comenta nesta passagem: “Comparados com o fator, da hereditariedade, todos os outros fatores situam-se em lugar secundário e assumem o papel de causas incidentais, cuja importância quase sempre é superestimada na prática”²⁹. Posição esta, herdada de Charcot, da qual não se desvencilharia até quatro anos depois, quando passaria a criticá-la nas notas de rodapé acrescentadas às suas *Leçons du mardi* (1892-94)³⁰. No entanto, mais

²⁷ O método catártico também denominado catarse, foi criado e nomeado por Breuer e consistia numa forma de descarga de afetos ligados a uma experiência passada, que se tornou traumática por, em sua ocasião pretérita, não passar pela operação fisiopsicológica de descarga do afeto relacionado. Assim, este processo posterior de catarse visa, através da técnica hipnótica, promover uma revivência da situação do trauma em forma de lembrança e então, corrigir o desvio causado através da intervenção sugestiva do médico. Esta revivência de expurgação dos afetos é chamada de “ab-reação”.

²⁸ MASOTTA, Oscar. *O comprovante da falta: lições de introdução à psicanálise* (1987), p.17.

²⁹ FREUD. *Histeria* (1888), p.86.

³⁰ Nos extratos das notas de rodapé, referentes à tradução das conferências das terças-feiras de Charcot, Freud comenta que abordando o problema dos ataques histéricos segundo um outro critério, ou seja, questionando os

tarde, Freud apresentaria uma completa inversão desta ordem causal, que começaria, por exemplo, na obra *Neuropsicoses de defesa*, de 1894, e teria clara expressão em *A sexualidade na etiologia das neuroses*, de 1898, época em que a visão de conflito psíquico apresentou revisões fundamentais para o movimento de elaboração conceitual da psicanálise freudiana. Adiante, no capítulo 6, mostraremos como os fatores causais seriam rearticulados por Freud, o que resultou no destaque para o fator psíquico sexual.

Podemos perceber também, desde 1888, como a noção de cura e de método de tratamento são alteradas em função do movimento de construção de uma etiologia da neurose, iniciando de forma confusa quanto às possibilidades, mas ainda defendendo a utilidade do método hipnótico sugestivo justamente pela sua capacidade em produzir efeitos psíquicos, representando um meio de “eliminar” os aspectos físicos dos sintomas, como argumenta Freud:

Entre os meios capazes de remover os sintomas histéricos, cabe mencionar com especial ênfase a influência da excitação e da sugestão hipnótica, esta última porque atinge diretamente o mecanismo dos distúrbios histéricos e não se pode suspeitar que produza nenhum outro efeito além dos efeitos psíquicos.³¹

A partir daí há uma primeira distinção clara na noção de possibilidade de cura³² que podemos identificar concomitante à adoção de um método: a tentativa de eliminação dos sintomas através da remoção de suas fontes psíquicas, que se ocorresse de fato, endossaria o sucesso do tratamento. Esta perspectiva curativa poderia estar relacionada a uma concepção médica comum de tratamento dos sintomas, mas por outra via que até então era rechaçada, a de uma terapêutica sugestiva. Freud comenta como seria capaz de remover os sintomas com a

pacientes em estado hipnótico, chegou ao ponto central de um ataque histérico, uma lembrança, ou revivescência de uma cena que é significativa para o desencadeamento da doença e que denomina de trauma.

³¹ Idem, p. 84.

³² Não há em Freud uma noção de cura única ou compacta, assim como acontece com sua teorização dos mecanismos psíquicos a exemplo da transferência, resistência e do papel etiológico da sexualidade na histeria. Por conta disso apresentaremos nesta pesquisa as rearticulações do que chamamos de “noções de cura” a partir da transição dos métodos, destacando alguns pontos de seu desenvolvimento em que há uma definição clara, mesmo que momentânea, de seus respectivos objetivos terapêuticos específicos para a promoção da cura.

prática da sugestão hipnótica, alcançando a chamada “vida ideativa inconsciente”³³. Este campo, porém, não se assemelha ainda ao instituído a partir de 1900, que comportava a hipótese de uma distinção entre dois diferentes modos de funcionamento psíquico, os Processos Primário e Secundário³⁴. O inconsciente de que se trata aqui nada mais é do que uma forma de diferenciação funcional e talvez didática de um conjunto de idéias que Freud teria se deparado, localizando o que chama de “fontes psíquicas que estimulam os sintomas histéricos”³⁵. Caracteriza assim os estímulos que mantêm o sintoma histérico como fontes localizadas no inconsciente e que deveriam ser removidas para a promoção da cura.

Mas esta possível consideração de uma fonte psíquica desconhecida influenciando o surgimento dos sintomas tinha até então um papel secundário em relação à aplicação do método na tentativa de cura. Desta forma, não estaria inteiramente relacionada ainda com a concepção de uma divisão da consciência, elaborada posteriormente em 1894, já relacionada a uma incipiente teoria da repressão. Como ressalta Jones, um ano depois (1889), Freud assistiria aos experimentos de Berheim, com o objetivo de aperfeiçoar a técnica hipnótica, ocasião em que aponta a possibilidade de processos mentais “escondidos da consciência dos homens”³⁶. Pensamos que a constatação de processos mentais ocorrendo além do domínio consciente trouxe a possibilidade de um direcionamento interessante para a teoria psicanalítica, se considerarmos a construção de conceitos como a repressão, a sexualidade e a transferência, mesmo que este direcionamento tenha iniciado com importância secundária em relação ao estudo dos mecanismos fisiológicos e teoria genética da histeria.

Em sua *Resenha de hipnotismo de August Forel*, de 1889, ocasião em que Freud critica a visão de opositores ao uso da hipnose de que a sugestão seria um fator prejudicial ao paciente, encontramos construções que apontam para a

³³ Idem, p.93.

³⁴ Sobre estes dois processos ver em *Interpretação de sonhos* (1900).

³⁵ FREUD. *Histeria* (1888), p.93.

³⁶ JONES, Ernest. *Sigmund Freud: vida e obra*. (1989), p.245. A citação completa de Freud está no texto *Um estudo autobiográfico* (1925): “Eu era um espectador dos assombrosos experimentos de Bernheim em seus pacientes do hospital, e tive a mais profunda impressão da possibilidade de que poderia haver poderosos processos mentais que, não obstante, permaneciam escondidos da consciência dos homens” (FREUD, 1925, p. 87).

existência de mecanismo psíquico e até mesmo cultural de formação do sintoma histérico, presente e ativo inclusive na ocasião do tratamento, idéias que sustentariam posteriormente sua teoria da repressão e transferência. Assim afirma que, em primeiro lugar, há o argumento de ser um ato realizado involuntariamente por qualquer médico, mesmo que não pretenda realizar o hipnotismo, mas o faz por meio de sua personalidade e influência de palavras mediante sua autoridade. Sendo assim defende que, de fato, seria mais interessante que se utilizassem desta influência de forma sistemática a fim de manejarem o tratamento ao invés de tropeçarem inadvertidamente nela.

Inclusive, ressalta que desde épocas em que a memória não alcança “Todos nós estamos dando sugestões constantemente”³⁷, ou seja, a prática sugestiva que visava a repressão ou supressão dos sintomas da doença histérica, tentativa realizada pelos médicos em tratamento, estaria presente desde os primórdios da educação social dos seres humanos e, acrescenta, estava baseada:

(...) numa repressão de idéias e motivações impróprias e na sua substituição por outras melhores; e que, diariamente, a vida produz em todas as pessoas efeitos psíquicos que, ainda que as atinjam no seu estado de vigília, nelas produzem modificações muito mais intensas do que aquelas produzidas pela sugestão do médico que tenta eliminar uma idéia penosa ou angustiante, usando a eficácia de uma contra-idéia.³⁸

Com isso notamos, mesmo que precocemente, uma concepção primária tanto acerca da influência do médico como de repressão. O cerne desta última identificamos em sua teoria, formalizada em 1911 na obra *Sobre o mecanismo da paranóia*, na qual apresenta o caso Schereber. Por ora, a *repressão de sentimentos* nomeada já em *Histeria*, é encarada como um distúrbio psíquico semelhante a inibições da atividade da vontade e alterações no curso e associação de idéias, definidos como alterações na distribuição normal de quantidades de excitação do sistema nervoso. Ainda vale destacarmos a influência deste médico que utilizava a hipnose de forma a valorizar seu poder

³⁷ FREUD. *Resenha de hipnotismo de August Forel* (1889), p. 132.

³⁸ Idem, p. 132.

terapêutico. Berheim em seus estudos corresponderia ao líder pioneiro de uma forma de pensar o tratamento hipnótico como o estabelecimento de uma postura em que se poderia considerar o caráter psicológico e relacional das afecções nervosas, demonstrado justamente na relação terapêutica que se estabelecia.³⁹

A partir deste momento até meados de 1892, quando Freud ainda relutava em abandonar o uso do sonambulismo, o que registrou em seus escritos *Um caso de cura pelo hipnotismo*, a busca de uma etiologia neurótica se fazia presente, mas de forma frustrada e sem segurança, sendo possíveis somente inferências, como comentará no exame deste caso que também traremos adiante.

Para efeito de continuidade, chamaremos a atenção para obstáculos que possivelmente foram identificados também neste período (1890), aproximadamente um ano após o início de sua prática do hipnotismo, como as dificuldades em induzir os pacientes ao sonambulismo e também em contornar as recaídas sintomáticas dos que haviam sido submetidos ao uso desta técnica. Por meio disso pretendemos, no próximo capítulo, mostrar em que medida a noção de resistência e transferência já se mostravam presentes, mesmo que de forma incipiente.

³⁹ Citado por Roudinesco, em *A história da psicanálise na França* (1989).

2- Os obstáculos à cura

Seguindo as declarações de Jones, Freud não conseguia sempre realizar ou manter o estado hipnótico profundo de que necessitava para promover a eliminação dos sintomas (1989). Nesta afirmação, toma como referência *Um estudo autobiográfico*, de 1925, onde Freud declara que:

No momento havia apenas dois pontos passíveis de queixa: em primeiro lugar, que eu não era capaz de hipnotizar todos os pacientes, e, em segundo, que fui incapaz de pôr os pacientes individuais num estado tão profundo de hipnose como teria desejado.⁴⁰

Por conta disso, Freud nos conta que teriam lhe confiado um caso em que ninguém mais saberia o que fazer, se gabando de ter proporcionado à paciente um modo de vida tolerável através da hipnose, mas que logo esbarrara em seus limites, pois acrescenta, “ela sempre recaía após breve tempo, e em minha ignorância eu atribuía isso ao fato de que sua hipnose jamais alcançara a fase de sonambulismo com amnésia. Berheim tentou então várias vezes provocar isso, mas ele também fracassou”⁴¹.

Quanto ao fato, Jones acrescenta que Freud “Aprendeu nesse caso que a razão pela qual tantos efeitos benéficos da sugestão hipnótica são transitórios é que eles são realizados pelo paciente a fim de agradar ao médico, e por isso estão prontos a desaparecer quando o contato é eliminado”⁴². Ou seja, estaria se referindo a uma relação muito particular que somente anos depois receberia devido destaque, ressaltando a importância da presença do médico e do alcance da sua influência psicológica no tratamento, conseqüentemente, de sua posição como elemento direcionador do processo de cura.

Por enquanto, Freud somente enumerou as dificuldades no uso do método que acarretaram na problematização de sua eficácia e os entraves na tentativa de remontar o histórico do sintoma, desejo presente desde o início, perceptível

⁴⁰ FREUD. *Um estudo autobiográfico* (1925), p.24.

⁴¹ Idem, p.25.

⁴² JONES, Ernest. *Sigmund Freud: vida e obra* (1989), p.246.

nessas obras iniciais e que estaria guiando o curso de suas escolhas desde 1886⁴³. Portanto, passemos aos entraves referentes ao uso da hipnose, mas especificamente aqueles atrelados ao seu conceito de eficácia de cura, ou seja, a eliminação bem sucedida do sintoma, desde já encontrando mais um notável impedimento à sua realização devido à resistência dos pacientes em se submeterem à técnica.

Enquanto predominavam as tentativas da técnica sugestiva mediante indução ao sonambulismo, notamos que havia dificuldades em remontar um mecanismo de origem e constituição do sintoma, apesar de todo o empenho neste sentido. Em virtude de esclarecer as condições da problematização em torno da hipnose também nos deteremos ainda um pouco na obra *Tratamento psíquico (ou anímico)*, de 1890, em que ressalvas ao método seriam admitidas textualmente. As reflexões quanto à efetividade da hipnose foram pela primeira vez relatadas por Strachey, desde a data em que, segundo ele, Freud teria começado a utilizar o hipnotismo. O que comprova que com este método as expectativas de sucesso integral nas tentativas de cura teriam durado somente cerca de dois anos, período a partir do qual passa a problematizá-lo.⁴⁴

Nos referimos, portanto, à primeira edição do artigo *Tratamento psíquico (ou anímico)*, no qual aborda as dificuldades com o método de forma mais incisiva. De fato esta obra, como dito acima, foi inserida no conjunto das obras completas com a data da terceira edição, de 1905, mas como nos explica Strachey, sua primeira edição se deu em 1890, motivo pelo qual será abordada agora. O que nos interessa de sua precocidade é que no momento em que provavelmente estava sendo escrita Freud não dispunha dos elementos principais para a vindoura revisão da noção de conflito e sintoma histérico que ocorreria a partir de 1895. No entanto, já parece intuí-los ao que se percebe em sua escrita, assim como também nos parecem germinar aqui os relatos de dificuldades com o método. Muito embora, tenhamos que admitir que Freud retomaria sua defesa,

⁴³ Jones (1989) comenta: “Descobrir alguma coisa nova e, dessa maneira, ampliar o nosso acervo de conhecimento era talvez o motivo mais forte em sua natureza” (Jones, 1979, p.86).

⁴⁴ Nota do editor inglês ao volume II da obra “Estudos sobre a histeria” (1893-95), onde coloca também à respeito de um caso (Sra. Emmy Von N.): “Não podemos, infelizmente, ter certeza de quando ele iniciou esse caso; foi em maio de 1888 ou 1889 — isto é, cerca de quatro ou cerca de dezesseis meses depois de ele haver pela primeira vez ‘adotado a hipnotismo’” (STRACHEY, 1969, p.16).

dois anos mais tarde em outra obra de forma tão animadora quanto sugere seu título⁴⁵.

Retomando, na obra de 1890 Freud ressalta um de seus meios de intervenção dentro da técnica hipnótica, que é justamente o uso da palavra como mediador mais importante da influência de um homem sobre outro, que provocaria modificações naquelas a que se destina e por isso teria um poder, o de eliminar os sintomas patológicos dos estados psíquicos. Registremos que até esse momento o uso da palavra estava assegurado principalmente ao médico. Posteriormente, como veremos adiante, o recurso da expressão verbal seria delegado ao paciente na promoção da ab-reação.

Freud narra pela primeira vez nesta obra, de forma decisiva, os entraves deste método no tratamento e baseia suas críticas na já familiar dificuldade de hipnotizar os neuróticos; portanto estamos diante de dois limites: o do próprio método enquanto tal, bem como o da capacidade do médico em aplicá-lo. Adiante identificaremos uma terceira dificuldade, ou seja, a identificação de um *elemento da vontade* do paciente em deixar-se hipnotizar ou resistir a isso. Desta forma, Freud argumenta que os estados profundos do transe hipnótico eram raramente alcançados, deixando a desejar no caso de cura, além de que não se pode prever quem será hipnotizável, acrescentando que em se submetendo a repetidas sessões, tanto para o médico quanto para o paciente, se tornaria desgastante. Assim conclui: “O poder curativo da sugestão hipnótica é algo de factual e dispensa recomendações exageradas”⁴⁶.

Nesta visada, insiste na importância que associa esta forma de tratamento à figura do médico, sugerindo prematuramente um esboço de idéias sobre o que mais tarde foi teorizado sob o nome de transferência, por enquanto entendido como a importância da relação deste com o paciente no processo de aplicação do método e da cura dele esperada, já que este conceito não havia sido formulado em todas as suas nuances, mas até aqui apenas intuído. Por exemplo, comenta que sua conduta deve ser influenciada pelo movimento anímico do paciente, ou seja, por sua forma de se portar em relação aos elementos de sua própria história,

⁴⁵ *Um caso de cura pelo hipnotismo*, 1892.

⁴⁶ FREUD. Tratamento psíquico ou anímico (1890), p.287.

- adquiridos aqui talvez, mais por uma entrevista de anamnese com o paciente e seus familiares - declarando que a cura dependeria da idéia que este faz daquele, do poder que lhe atribui e até da simpatia que desperta.

Segundo Freud, esta seria uma condição para que o paciente tivesse vontade de se curar, o que definiu como a “expectativa confiante e esperançosa” quanto ao fim do tratamento, a qual teria importante desempenho em seu sucesso. Em apoio a esse aspecto comenta sobre as “curas milagrosas” provocadas pela intensificação do sentimento religioso, sem nenhum auxílio da medicina, que proveria deste mecanismo, o mesmo que faz um médico ter sucesso em algum caso, que outro perfeitamente adequado, não conseguiu⁴⁷. Esta constatação se configura, em nosso entender, como a primeira participação do paciente em seu processo de cura assumida por Freud, isto é, nessa obra reconhece um elemento do qual dependeria sua ação dali para adiante. Esta participação com a qual Freud teria que lidar também acarretou complicações para as tentativas de eliminar as fontes psíquicas dos sintomas, ou seja, para a promoção da cura, pois o elemento do arbítrio do paciente se encontraria além das fronteiras do seu saber, sendo que mesmo podendo influenciá-lo, este “elemento da vontade” - identificado em 1892 como uma “fraqueza da vontade” ou “contravontade”, na obra *Um caso de cura pelo hipnotismo*⁴⁸ - em sua origem não seria previsível ou mensurável.

Neste contexto Freud ainda nos alerta sobre como não influenciar demasiadamente o paciente provocando afetos intensos, pois se alguma emoção forte teria o poder de curar as doenças, que devessem deixá-las ao encargo do destino. Assim chama a atenção para o perigo que representaria, ainda para este profissional, invocá-los na clínica, já que a ele só caberia *dirigir* e não provocar a função volitiva do doente. Podemos notar ainda que a conseqüência desta insuspeita e imponderável participação ativa do paciente em seu tratamento cerceia as intervenções médicas, sendo este o terceiro limite anteriormente apontado.

⁴⁷ FREUD. Tratamento psíquico ou anímico (1890), p. 277.

⁴⁸ FREUD. Um caso de cura pelo hipnotismo (1892), p. 164.

Em relação a este ponto cita a hipnose, apesar das limitações identificadas, reconhecida como um grande avanço na arte de curar, justamente no que tange à influência do hipnotizador, o qual tem de fazer o paciente submeter-se ao processo fazendo-o acreditar nos seus efeitos. Porém essa tarefa se tornaria, em outro aspecto, mais um obstáculo à cura oferecida pela hipnose, de forma ocasional por enquanto e mais intensamente em meados de 1895, já que em nem todos os casos o poder influenciador do médico teria êxito. Portanto já em seguida retorna às críticas do método hipnótico, chegando a afirmar que ainda é preciso levar em consideração diversas circunstâncias para conduzir as pessoas ao transe e que não se pode prever quem será hipnotizável, pois este recurso se colocaria mais do lado da vontade do paciente que da do médico.

O indicativo de uma vontade do paciente no tratamento sugere o aparecimento de um elemento relativo que não pode ser controlado por intervenções ou medido em pressupostos. O que começamos a perceber agora em relação ao processo de cura, é que haveria uma variável que não poderia nem ser antecipada pelo próprio paciente, o qual por vezes cooperaria com as ordens do médico, mas em outras ocasiões oporia uma imensa dificuldade ou resistência, uma má-vontade em fazê-lo. Há neste sentido um terceiro elemento, como dissemos, que parece fazer barreira ao objetivo do médico e demanda do paciente à forma como este processo será conduzido, que Freud identificou na época como uma “contravontade”.

Podemos notar este elemento da vontade na análise de casos que constam nesta mesma obra. Freud nos relata que:

(...) mesmo considerando isoladamente a docilidade hipnótica como o aspecto mais essencial desse estado, convém admitir que cada pessoa mostra sua particularidade nesse aspecto, deixando-se influenciar apenas até determinado grau de docilidade e detendo-se aí.⁴⁹

Além disso, cabe ainda um questionamento acerca da demanda do paciente neste sentido, uma vez que a cura dependeria mais dele, considerando

⁴⁹ Idem, p.286.

que as chamadas peculiaridades de seu comportamento atrasavam e inclusive impediam que atingisse o seu objetivo. Igualmente, Freud nos apresenta ocasiões em que a ação sugestiva não funciona a não ser em comandos leves, como se mexer ou morder uma pêra, mas no caso de mandar uma moça pudica despir-se, ela não consegue se livrar de seu pudor; se apega a ele, pois lhe parece um grande sacrifício se desfazer de seus sintomas (FREUD, 1890). Comenta:

(...) quando lidamos com um doente e o impelimos, através da sugestão, a renunciar a sua doença, notamos que isso significa para ele um grande sacrifício, e não uma pequena oferenda. O poder da sugestão confronta-se aqui com a força que criou e mantém os fenômenos patológicos, e a experiência mostra que esta é de uma ordem de grandeza muito diferente da que caracteriza a influência hipnótica. O mesmo doente que se resigna com perfeita docilidade em qualquer situação onírica que lhe seja sugerida, desde que não seja francamente escandalosa, pode ficar completamente rebelde a uma sugestão que o prive, digamos, de sua paralisia imaginária.⁵⁰

Estes obstáculos constatados, além de incentivarem a problematização do método quanto ao alcance de sua eficácia de eliminação dos sintomas, dão início ao questionamento sobre as forças que estariam agindo para manter a doença. Por conta disso a perspectiva de Freud segue sendo não simplesmente a da tentativa de eliminar o mal-estar com uma ordem sugestiva, mas de identificar mecanismos que exigiam um trabalho maior nos entremeios para se chegar à cura. Havia um elemento misterioso que se destacava, como argumenta Freud:

Acresce ainda que, na clínica, justamente os pacientes neuróticos, em sua maioria, e que são difíceis de hipnotizar, de modo que a luta contra as forças poderosas com que a doença se consolidou na vida anímica tem de ser travada, não com a totalidade da influência hipnótica, mas apenas com um fragmento dela. (...) A sugestão, portanto, não constitui de antemão a certeza de uma vitória sobre a doença tão logo se consiga a hipnose, ou mesmo a hipnose profunda.

⁵⁰ Idem, p. 287.

Falta ainda travar uma outra batalha, cujo desfecho é amiúde muito incerto.⁵¹

Nesta espécie de seleção de sugestões hipnóticas a serem acatadas pelo paciente e confrontadas com uma força poderosa que mantém os fenômenos patológicos, nos chama a atenção a semelhança dos comentários que Freud iria tecer mais tarde, em 1895, sobre o mecanismo da resistência. Não resta dúvida quanto a já se tratar de um reconhecimento precoce da resistência à cura, ou quanto a uma de suas nuances, anunciada em sua característica de resistir à tentativa de emancipação do sintoma. Embora saibamos que tanto a transferência, quanto a resistência ganhariam a importância de conceitos elaborados somente anos depois e, em épocas distintas, podemos dizer que seus estados primordiais estavam presentes simultaneamente nesta época, pois percebemos que nesta obra aparecem como funções notáveis e participantes do processo clínico e inclusive das elaborações teóricas de Freud. Estas constatações suscitam o reconhecimento de que ambas as noções de fato não apresentavam aqui elaboração mais fina, mas que já estavam manifestadas como condições de possibilidade para sua futura elaboração.

⁵¹ Idem, p. 287.

3 - A relutância no abandono da hipnose

Apesar de Freud já ter identificado e apontado as grandes limitações que envolvem o método hipnótico, nos anos seguintes passou a insistir em seu interesse pela hipnose, o que pode ser atestado em publicações como, por exemplo, um artigo para um dicionário médico, em 1891, ano seguinte ao das restrições acima apresentadas, intitulado *Hipnose*. Neste artigo, externa um ponto de vista relativamente diverso do apresentado em 1890, reconhecendo os méritos do método:

E não há nenhuma justificativa para a acusação de que a hipnose só é capaz de influenciar sintomas, e apenas por breve período de tempo. Se o tratamento hipnótico é dirigido somente contra os sintomas, e não contra os processos patológicos, está seguindo justamente o mesmo caminho que todos os demais métodos de tratamento são obrigados a trilhar. (...) Quando a hipnose tem êxito, a estabilidade da cura depende dos mesmos fatores que a estabilidade de todas as curas conseguidas por outros métodos.⁵²

Mantendo essa expectativa, um ano após, em 1892, na obra *Um caso de cura pelo hipnotismo*, no primeiro entre três casos relatados, Freud declara utilizar a hipnose na forma tradicional, com intuito mais eliminatório do que voltado à pesquisa da formação do sintoma. Pensamos que isto se deu, talvez, por nesta época não dispor de outra forma de tratamento que se mostrasse mais efetiva, inclusive em esclarecer a lógica do mecanismo histérico.

Ousaríamos apontar também a presença de uma relutância que podemos identificar no próprio Freud em abandonar tal método. Explicamos melhor: desde o início de sua empreitada, ele defendia o tratamento pela hipnose como a única forma de avançar na cura e compreensão da neurose dado o entusiasmo proporcionado por seus primeiros resultados. Relembrando estes momentos, Freud nos conta em seu estudo autobiográfico que “(...) havia algo de positivamente sedutor em trabalhar com o hipnotismo. Pela primeira vez havia um

⁵² FREUD, *Hipnose* (1891), p. 153.

sentimento de haver superado o próprio desamparo, e era altamente lisonjeiro desfrutar da reputação de ser fazedor de milagres⁵³. Ou seja, somente depois é que sucumbiria às suas dificuldades, mas não sem resistir ao abandono das facilidades que este método parecia oferecer. Sem dúvida, convencer a comunidade científica de seus avanços era crucial nesta altura de seu percurso.⁵⁴

De fato, em certos momentos da clínica Freud se depara com a dificuldade em lidar com o paciente consciente, pois nessa condição, segundo sua compreensão, o doente resistia em recordar a origem do mal que lhe acometia. Desta forma, mesmo em plena constituição e uso do método catártico, declarava em sua *Comunicação preliminar*, de 1893, que:

Na grande maioria dos casos não é possível estabelecer o ponto de origem através da simples interrogação do paciente, por mais minuciosamente que seja levada a efeito. (...) Via de regra, é necessário hipnotizar o paciente e provocar, sob hipnose, suas lembranças da época em que o sintoma surgiu pela primeira vez; feito isso, torna-se possível demonstrar a conexão causal da forma mais clara e convincente.⁵⁵

Voltando à perspectiva principal da problematização da superação da hipnose, de acordo com Jones, esses avanços na construção de uma causalidade representariam já um pouco dos ensinamentos de Breuer⁵⁶, os quais compreendiam um uso diferenciado da técnica, abarcando a investigação da história de vida do paciente com o intuito de reconhecimento da origem dos sintomas. Inclusive Freud já estaria sendo influenciado por esta maneira diferenciada de abordar o sintoma e de condução da cura. Assim retoma em 1925:

⁵³ FREUD, *Um estudo autobiográfico* (1925), p.24.

⁵⁴ Sobre a incumbência de Freud em relatar suas pesquisas à Sociedade Médica, ver Jones em *A vida e a obra de Sigmund Freud*, livro 1, capítulo “O período Breuer”.

⁵⁵ FREUD, *Comunicação preliminar* (1893), p.41.

⁵⁶ Os quais já estariam presentes claramente em 1891, neste trecho da resenha de um livro de August Forel: “Pode-se, sem receio, permitir às pessoas sonambúlicas que falem, andem e ajam, e obtemos uma influência psíquica de máximo alcance sobre elas perguntando-lhes, quando estão sob hipnose, a respeito dos seus sintomas e da origem deles” (FREUD, 1889, p.118).

Comecei então a repetir as pesquisas de Breuer com meus próprios pacientes e afinal, especialmente depois que minha visita a Bernheim, em 1889, me havia ensinado as limitações da sugestão hipnótica, não trabalhei em outra coisa. Isso implicou, naturalmente, em eu ter abandonado o tratamento de doenças nervosas orgânicas; mas isso foi de pequena importância, pois, por um lado, as perspectivas no tratamento de tais desordens em nenhum caso jamais eram promissoras, enquanto que, por outro lado, na clínica particular de um médico exercendo suas atividades numa grande cidade, a quantidade de tais pacientes era nada em comparação com as multidões de neuróticos, cujo número parecia ainda maior pelo modo como eles corriam, com seus males não solucionados, de um médico a outro.⁵⁷

Esta afirmativa indica claramente uma definição sobre um campo da prática médica - como resultado da influência dos avanços já realizados por Breuer - que teria impulsionado as antecipações intuitivas de Freud na construção da causalidade da histeria a partir deste momento de forma menos dificultada e mais sustentável pelas informações obtidas através da segunda forma de hipnose. Ao que demonstra nesta perspectiva, Freud foi afastando-se aos poucos da influência dos ensinamentos de Charcot sobre a técnica hipnótica e se aproximando de uma outra maneira de utilizá-la sugerida por Breuer (JONES, 1989)⁵⁸.

Se examinarmos agora a obra *Um caso de cura pelo hipnotismo*, de 1892, constatamos mais indícios para o argumento da dificuldade da busca de uma etiologia da histeria. Nessa obra Freud apresenta o caso mais convincente e claro que a maioria dos outros nos quais houve êxito, o que o torna crucial ao nosso propósito. Narra a queixa de uma mãe que era incapaz de amamentar seu bebê

⁵⁷ FREUD, *Um estudo autobiográfico* (1925), p.28.

⁵⁸ Sobre isso há um comentário do editor James Strachey nas notas comentadas para “Comunicação preliminar” (1893) sobre a técnica da sugestão: “Mas quando esses métodos se revelaram insatisfatórios, seus pensamentos (de Freud) se voltaram para outra área. ‘Nessas últimas semanas’, escreve ele a seu amigo Fliess em 28 de dezembro de 1887, ‘atirei-me à hipnose e logrei toda espécie de sucessos pequeninos, mas dignos de nota’. E nos deu uma descrição pormenorizada de um desses tratamentos bem-sucedidos”. Referindo-se ao texto de 1892 “Um caso de cura pelo hipnotismo”, o último que escreveria defendendo o uso da sugestão. E o editor continua: “Mas o caso de Anna O. ainda estava em sua mente, e ‘desde o início’, conta-nos ele (1925d), ‘vali-me da hipnose de *outra* maneira, independentemente da sugestão hipnótica’. Essa ‘outra maneira’ foi o método catártico” (STRACHEY, 1969).

recém-nascido, mas que com a intervenção da sugestão hipnótica, pela segunda vez do aparecimento de seu sintoma, teria se curado.

O tratamento consistiu no uso tradicional do método em pauta; induzir à hipnose fazendo sugestões neste sentido para contestar os eventuais temores em relação à não recuperação⁵⁹. Havia uma preocupação, de fato, em fazer com que a paciente se convencesse de que desta forma poderia eliminar sua incapacidade. Ao findar esse primeiro tratamento, o qual correspondeu à ocasião de pleno cuidado do filho recém nascido, o sintoma havia aparentemente desaparecido, sugerindo uma cura, mas retornou da mesma forma e com maior intensidade com o nascimento do segundo filho. Freud repetiu os mecanismos e eliminou as queixas. Conta que sua paciente apresentava certa resistência, ou má vontade para com seu método, pois em suas palavras, a deixava envergonhada: “porque uma coisa como a hipnose podia obter resultado, ao passo que eu, com toda a minha força de vontade, não conseguia nada”⁶⁰. O que é notável, pois mesmo a despeito da paciente, o hipnotizador conseguiu nesse caso levar a cabo sua finalidade sendo, portanto, um indício do poder de influência que declarava possuir com a hipnose aliada à sugestão; é verdade que em poucos, mas privilegiados casos. Ou seja, o tratamento rápido consistiu em duas ou três sessões em cada ocasião, pois já ofereceu sucesso em seus propósitos; o sintoma desaparecia e, nesse caso, nem houve a necessidade de relacionar algo da história de vida de sua paciente.

Contudo, quanto à possibilidade de teorização que os casos lhe proporcionaram, destacamos a forma particular dos sintomas observada na histeria:

Essa emergência de uma contravontade é predominantemente responsável pela característica demoníaca tão freqüentemente mostrada pela histeria — isto é, a característica de os pacientes serem incapazes de fazer alguma coisa precisamente quando e onde mais ardentemente desejam fazê-la; de fazerem justamente o oposto

⁵⁹ A intervenção era a seguinte: “Não tenha receio! Você vai poder cuidar muito bem do seu bebê, ele vai crescer forte. O seu estômago está perfeitamente calmo, o seu apetite está excelente, você já está na expectativa da próxima refeição etc.” (FREUD, 1892, p. 161)

⁶⁰ FREUD, *Um caso de cura pelo hipnotismo* (1892), p. 162.

daquilo que lhes foi solicitado; e de serem obrigados a cobrir de maus-tratos e suspeitas tudo o que mais valorizam. A perversidade de caráter que os histéricos mostram, sua ânsia de fazerem a coisa errada, de parecerem doentes quando mais necessitam estar bem — as compulsões dessa ordem (como as conhece todo aquele que já teve contacto com esses pacientes) muitas vezes podem comprometer os caracteres mais irrepreensíveis, quando, durante algum período, esses pacientes se tornam vítimas desamparadas de suas idéias antitéticas.⁶¹

Desta forma, Freud elabora uma teoria sobre a origem dos sintomas histéricos através do que chama de contravontade, chamando a atenção para as idéias inibidas pela consciência normal nomeadas de idéias antitéticas aflitivas que ocupariam o primeiro plano no momento da disposição para a histeria⁶². Nesse momento inclui explicações sobre a repressão e o recalque, conceitos que se definem de forma ainda um tanto indiferenciada, como vemos na afirmação a seguir:

São os grupos de idéias recalçadas — laboriosamente recalçadas — que entram em ação nesses casos, pela operação de uma espécie de contravontade, quando a pessoa cai vítima de exaustão histérica. Talvez, na realidade, a conexão possa ser mais íntima, pois o estado histérico é possivelmente *produzido* pela repressão laboriosa.⁶³

Deste modo, analisa primeiramente a forma particular em que os sintomas aparecem de acordo com a suposta disposição para a histeria e chega à conclusão de que a característica “perversidade de caráter” demonstrada pelos histéricos é ocasionada pela emergência destas idéias recalçadas resultando na incapacidade de fazer algo precisamente quando mais desejam fazê-lo ou de fazerem seu oposto. Trata-se de construções teóricas relativas ao registro duplo das representações e dos afetos, de uma espécie de divisão da consciência que

⁶¹ FREUD, *Um caso de cura pelo hipnotismo* (1892), p. 169.

⁶² Como argumento Freud acrescenta: “Não é mera coincidência que o delírio histérico das monjas durante as epidemias da Idade Média tenha assumido a forma de blasfêmias violentas e linguagem erótica desenfreada, ou (como observou Charcot no primeiro volume de suas *Leçons du Mardi*) que sejam justamente os meninos de boa educação e bem-comportados os que sofrem de ataques histéricos, nos quais dão livre vazão a todo tipo de insubordinação, a todo tipo de má-criação e má conduta” (1892, p. 168).

⁶³ Idem, p. 168.

logo seria nomeada em *Neuropsicoses de defesa*, de 1894, e ganharia crescente atenção ao longo dos anos, contribuindo na formação do conceito de repressão, ainda sem elaboração final. Dessa forma, se a intenção de definir conceitualmente o destino das idéias recalçadas ainda não está declarado, mesmo assim nos deparamos com a possibilidade de maior precisão teórica para a nomeada parte sombria do psiquismo na histeria.

Voltando aos exemplos, podemos pensar que, nesse caso por conta da eliminação imediata e eficaz do sintoma não teria havido por parte de Freud um interesse maior em relacionar dados da história do paciente. Mas ainda assim não deixou de especular sobre o surgimento destes sintomas e seu mecanismo psíquico, sobre o que acontece às intenções inibidas que, segundo Freud “são armazenadas e levam a vida unsuspeitada numa espécie de reino das sombras, até emergirem como maus espíritos e assumirem o controle do corpo, que, geralmente, está sob as ordens da predominante consciência do ego”⁶⁴. Contudo, até aqui, sobre tais forças, só se pode afirmar sua existência, sem dispor de elementos para explicá-las.

Por conta dessas hesitações características dos momentos iniciais da constituição de uma teoria, podemos dizer que apenas pequenos progressos foram realizados na compreensão dos mecanismos histéricos, como por exemplo, a sucinta explicação sobre dissociação da consciência presente nesta obra, mas que já antecipava sua concepção posterior acerca da formação de sintomas, publicada dois anos mais tarde em *Neuropsicoses de defesa*, de 1894, de forma mais detalhada, já de posse de mais dados clínicos e começando a considerar, mesmo que de forma sutil, a sexualidade como fator de grande importância na etiologia neurótica, constatação que seria reafirmada com plena segurança na seqüência da construção do legado freudiano, como veremos adiante no capítulo 6.

Em outras ocasiões talvez tenha deixado de perceber possíveis mecanismos em ação pela falta de destaque dirigida a estes dados. Este é o caso, pensamos, do termo “perversão da vontade”, ou seja, uma inversão do desejo que

⁶⁴ Idem, p. 169.

aparece como sintoma no corpo, os quais impedem de levar a cabo sua satisfação. Neste caso, Freud comenta:

Mas a histérica se conduz de modo muito diverso. Pode não estar consciente do seu receio, estar bastante decidida a levar a cabo sua intenção e passar a executá-la sem hesitação. Aí, porém, comporta-se como se fosse sua vontade não amamentar a criança em absoluto. Ademais, essa vontade desperta nela todos os sintomas subjetivos que uma simuladora apresentaria como desculpa para não amamentar seu filho; perda do apetite, aversão à comida, dores quando a criança é posta a mamar. E, como a contravontade exerce sobre o corpo um controle maior do que a simulação consciente, também produz no aparelho digestivo uma série de sinais objetivos que a simulação seria incapaz de engendrar.⁶⁵

Queremos dizer que esse novo estatuto da vontade como “contravontade” desaloja primeiramente uma parcela do arbítrio do médico no tratamento, como vimos na obra de 1890, assim como faz com o do próprio paciente que não consegue cooperar com os esforços pela cura, anunciando aqui um traço de força autônoma que justamente atua como obstáculo ao sucesso terapêutico. Ora, poderíamos, apesar das inferências escassas, relacionar este mecanismo ao da resistência - no aspecto como seria construída a partir de três anos mais tarde, em 1895 - relacionada a uma dificuldade em cooperar na própria cura. Este se manifesta pelo que Freud chama de “contravontade” e que, inclusive, tem a capacidade de exercer uma influência sobre o corpo que ultrapassa a vontade declarada ou a simulação consciente da paciente. Mas só o que podemos afirmar, por enquanto, é que Freud percebe certos mecanismos e nomeia-os com os recursos que dispõe para construir suas teses mediante os fenômenos clínicos que estavam surgindo.

A despeito do sucesso terapêutico obtido no caso relatado, Freud declara que por seu intermédio só teria compreendido o mecanismo psíquico por inferências. Visando ultrapassar estas circunstâncias afirma que muitas vezes só teria conseguido “estabelecer *diretamente* a ação de um mecanismo psíquico

⁶⁵ Idem, p. 165.

semelhante em sintomas histéricos, investigando o paciente sob hipnose”⁶⁶. Por conta disso já está fazendo referência à investigação que se dava sob o uso da catarse nos casos da *Comunicação preliminar*, de 1893, obra em que apresentou o novo método. Portanto, ainda na obra de 1892, que com o fato de ser a sugestão o principal artifício da hipnose para eliminação do sintoma, o principal intuito no tratamento não poderia ser ainda o de obter um entendimento mais profundo do mecanismo psíquico. Mesmo que esta intenção já estivesse presente Freud argumenta: “Não tenho informações diretas sobre o assunto, como as tenho referentes a alguns *outros casos*, que discutirei noutra ocasião; por isso sou forçado a recorrer à alternativa de deduzir qual teria sido esse mecanismo”⁶⁷.

Ou seja, nesta tentativa de eliminação imediata dos sintomas, uma vez exauridos, não sobraria ali nem o objeto de pesquisa, nem mesmo oportunidade para investigá-lo. Freud chega ao momento em que teria que escolher entre persistir nesta modalidade de cura incompatível com seus objetivos de pesquisa ou avançar numa adaptação dela, uma que conciliasse seu desejo de saber e eficácia do tratamento. Sobre este percurso, Jones relata:

O caminho ortodoxo para um grande gênio realizar uma importante descoberta ou invenção é um lampejo de intuição – e a história da ciência está plena de impressionantes relatos desse tipo. Pode constituir desapontamento para aqueles que se regozijam com essas crônicas, mas temos de afirmar que a história de Freud é bastante diferente. Embora ele tivesse uma intuição muito rápida, que agia livremente em sua maturidade, há boas razões para se pensar que no período de que estamos tratando entre 1875 e 1892, seu desenvolvimento foi lento e laborioso.⁶⁸

Entendemos que Jones se refere justamente aos entraves que se apresentaram a Freud na tentativa da “descoberta” dos mecanismos psíquicos – desde quando passou a demonstrar interesse pela histeria, em 1886, – com o uso da técnica sugestiva, o que vai desaparecendo na década de 90 com o emprego

⁶⁶ Idem, p.165.

⁶⁷ Idem, p.163.

⁶⁸ JONES. *Sigmund Freud: vida e obra* (1989), p. 248.

da investigação e ab-reação dos afetos, permitindo a Freud um raciocínio mais sólido (JONES, 1989).

Podemos dizer agora que apesar de relatar o caso de cura de 1892, Freud já se interessava mais pela “outra maneira” de utilizar a hipnose. A catarse foi uma forma diferenciada de utilizá-la, que sugere que seu objetivo terapêutico estaria se modificando, da eliminação pura e simples do sintoma, para agregar um campo possível de investigação psíquica, sustentando pelo menos que o sintoma permanecesse por mais um tempo em cena a fim de explicar a que veio, permitindo a compreensão de seu sentido. Assim conclui:

(...) bem desde o início fiz uso da hipnose de outra maneira, independentemente da sugestão hipnótica. Empreguei-a para fazer perguntas ao paciente sobre a origem de seus sintomas, que em seu estado de vigília ele podia descrever só muito imperfeitamente, ou de modo algum. Não somente esse método pareceu mais eficaz do que meras ordens ou proibições sugestivas, como também satisfazia a curiosidade do médico, que, afinal de contas, tinha o direito de aprender algo sobre a origem da manifestação que ele vinha lutando para eliminar pelo processo monótono da sugestão.⁶⁹

Porém, se parecia mais fácil proceder nessa pesquisa, o que era mais que um interesse, mas um direito do médico como cita Freud, o uso remanescente da hipnose oporia mais dificuldades na sua nova empreitada terapêutica. Segundo Jones, já com o uso da catarse “(...) ele fora incapaz de hipnotizar vários de seus pacientes, pelo menos tão profundamente quanto julgava necessário, e assim eram encarados como inadequados para o método catártico”⁷⁰.

Tendo inserido o contexto do tratamento da histeria dado pela utilização do hipnotismo e abordado o início desta passagem para uma outra forma de seu emprego, passaremos à sua análise, na qual veremos, se configura ainda como uma transição definida pela “intersecção” dos três métodos, pois a catarse comportava em sua técnica elementos da sugestão, da expressão verbal dada na

⁶⁹ FREUD, Um estudo autobiográfico (1925), p. 247-248.

⁷⁰ JONES. Sigmund Freud: vida e obra (1989), p. 248.

ab-reação e do caráter associativo na direção de cura, sendo este último o que permaneceria na regra fundamental da livre associação. Continuaremos no próximo capítulo mantendo a intenção de identificar as condições que permitiram a Freud avançar no intuito de sua pesquisa sobre a manifestação histórica.

4 - O método catártico

Começamos considerando que a posterior participação consciente do paciente no tratamento se dá por meio de um papel ativo como alguém que pode recordar. Sendo este o inevitável voto de confiança com o qual Freud deve contar daqui para frente, como demonstraremos. O que não cessaria, entretanto, seriam as dificuldades em alcançar o intuito do método, entendido como a eliminação do sintoma.

É curioso que esta recém conhecida particularidade do paciente em resistir à hipnose, revelaria muito do processo de formação do sintoma por um lado, mas dificultaria seu imediato desaparecimento por outro, ou seja, havia mais um desafio a ser enfrentado, como por exemplo, a novidade que se apresenta como a de curar quem parece não desejar ser curado, revelando-se complicada a forma de reconhecer e remover o sintoma da estrutura em que se encontra. A despeito disso, ocorrem benefícios terapêuticos para os pacientes no próprio exercício de associação de idéias que ultrapassam o propósito do método catártico de promover recordações pontuais, como veremos neste capítulo. Por conta disso os benefícios aparecem justamente onde Freud não esperava que pudesse encontrá-los. Sem dúvida esta seria uma vantagem em seu intuito de pesquisa enquanto a promoção de cura como eliminação imediata se tornava menos importante.

A conseqüência da permanência em vigília do paciente que o novo método prescreve, trará à tona um encontro com sua subjetividade que a partir de então será reconhecida como um equivalente do fator resistente aos comandos sugestivos dos métodos anteriores. A partir disso, demonstraremos nos próximos capítulos os deslocamentos na concepção de mecanismo psíquico e, além disso, na direção da cura, que embora permaneça como sendo a da remoção do sintoma, porta doravante uma possibilidade de reconfiguração em seu processo. O reconhecimento dessa realidade permitirá a Freud identificar de forma mais clara uma nova maneira de estabelecer um laço com o paciente no tratamento, que será decorrência da própria rearticulação da relação terapêutica. Para efeito de esclarecimento dessa nova relação abordaremos a seguir o estudo do método catártico e de alguns casos relatados em *Estudos sobre a histeria*, de 1895.

Antes porém, retomando partes da obra *Comunicação preliminar*, de 1893, escrito em parceria com Breuer, destacaremos a precocidade relativa à outra maneira de utilizar a hipnose dando maior ênfase à chamada “expressão verbal” do paciente. Podia ser assim definido o mecanismo da ab-reação, como parte da nova forma de tratamento, o método catártico⁷¹:

É que verificamos, a princípio com grande surpresa, que cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras.

72

O que nos indica uma noção de eficácia que, ao menos em parte, está ainda pautada numa idéia de eliminação imediata e permanente do sintoma, justamente a expectativa que Freud teve dificuldades de sustentar desde o início, mas que permaneceu numa ou outra nuance de seus textos⁷³. E acrescenta: “Esse método de exame tem produzido, num grande número de casos, resultados que se afiguram valiosos tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista prático”⁷⁴. Essa afirmação aponta um crescente interesse de pesquisa acerca do mecanismo histérico, visando construir seu arcabouço teórico. É o que observa Freud em *A história do movimento psicanalítico*, de 1914:

⁷¹ No *Dicionário enciclopédico de psicanálise*, P Kaufmann faz uma aproximação do método psicanalítico com um elemento do discurso perdido de Aristóteles sobre a ação da tragédia, destacando que a noção freudiana deve-se ao ensaio publicado em 1857 por Jacob Bernays. Este último comenta sobre forças das paixões humanas contidas na alma que podem ser purificadas por cerimônias orgíacas, as quais restabeleceriam o equilíbrio da excitação por seu extravasamento. Devemos apontar, entretanto, que mesmo mediante a possibilidade de aproximação - que não nos interessa mediante a perspectiva deste trabalho - que deve ser estabelecido também um distanciamento do termo *kátharsis* de Aristóteles para o que foi resignificado por Freud na teoria psicanalítica, a partir de um estudo bem específico. Assim endossamos particularmente a seguinte perspectiva de Kaufmann: “Em suma, se pode ser útil restabelecer a filiação do tratamento catártico, e até alguns de seus prolongamentos freudianos, à purificação antiga, a partir do que foi dito acima (refere-se a Bernays), é para evitar substituí-los por modelos que estão longe de esgotar seu sentido” (p. 82).

⁷² FREUD. *Comunicação preliminar* (1893), p. 43.

⁷³ Ver em 1937, *Análise terminável e interminável*.

⁷⁴ FREUD. *Comunicação preliminar* (1893), p. 43.

Mas a prática de *investigar* pacientes em estado hipnótico, com a qual me familiarizou Breuer – prática que combinava um modo de agir automático com a satisfação da curiosidade científica – era, sem dúvida, incomparavelmente mais atraente do que as proibições monótonas e forçadas usadas no tratamento pela sugestão, proibições que criavam um obstáculo a qualquer pesquisa.⁷⁵

Este modo de agir automático⁷⁶ referido acima por Freud - uma variação da sugestão empregada para suprir as falhas na indução à recordação pelo sonambulismo e realizada pela prática de pressão na testa dos pacientes, como um meio de contato para ajudar-lhes a se recordarem das associações necessárias – combinado à expressão verbal dos afetos e ao fato de esclarecer a lógica dos conflitos presentes, utilizando-se da técnica associativa, constitui o que identificamos como um método intermediário entre a hipnose e associação livre o que, do nosso ponto de vista, confere à catarse o estatuto de transição entre os métodos.

Nesta altura Freud ainda não admitia totalmente que a capacidade de associação dos pacientes lhe proporcionaria atingir o cerne das questões sobre a lógica do conflito psíquico em cada caso. Sobre isso comenta que:

(...) ao abrir mão do sonambulismo, talvez me estivesse privando de uma precondição sem a qual o método catártico não parecia utilizável, pois esse método era claramente baseado na possibilidade de os pacientes, em seu estado alterado de consciência, terem acesso às lembranças e serem capazes de identificar ligações que não pareciam estar presentes em seu estado de consciência normal. Se a extensão sonambúlica da memória estivesse ausente, também não haveria nenhuma possibilidade de estabelecer quaisquer causas determinantes que o paciente pudesse apresentar ao médico como algo desconhecido para ele (o paciente); e está claro que são

⁷⁵ FREUD. *A história do movimento psicanalítico* (1914), p.20.

⁷⁶ Freud explica mais sobre esta técnica em 1895, no caso de Miss Lucy, da seguinte maneira: “Colocava a mão na testa do paciente ou lhe tomava a cabeça entre as mãos e dizia: ‘Você pensará nisso sob a pressão da minha mão. No momento em que eu relaxar a pressão, verá algo à sua frente, ou algo aparecerá em sua cabeça. Agarre-o. Será o que estamos procurando. — E então, o que foi que viu ou o que lhe ocorreu?’” (FREUD, 1895, p. 92).

precisamente as lembranças patogênicas que, como já tivemos ocasião de dizer em nossa 'Comunicação Preliminar' [ver em [1]], se acham 'ausentes da lembrança dos pacientes quando em estado psíquico normal, ou só se fazem presentes de forma bastante sumária'.⁷⁷

Por isso, nas dificuldades que enfrentava, escolheu suprir a falta de acesso às recordações que o sonambulismo proporcionava com recurso a uma técnica, digamos, mais conveniente a seus propósitos. Para tanto partiu do pressuposto ensejado por Bernheim de que na verdade as lembranças dos acontecimentos obtidas que seriam aparentemente esquecidas no estado de vigília, podem ser revividas por meio desta ordem acompanhada de uma pressão na testa.

Apesar da adoção dessa técnica, o exame dos casos relatados por Freud deixa claro sua crescente preferência pela expressão verbal progressivamente dirigida à capacidade de associação de idéias do paciente, certamente também como um meio de atuação para alcançar a eliminação do sintoma, o que por isso não deixava de exercer no paciente um efeito terapêutico diferenciado. Segundo Pinheiro, "Sendo assim, podemos destacar que o efeito terapêutico do método catártico se apresentava vinculado, não ao processo rememorativo em si, mas à possibilidade de encontrar uma tradução psíquica para os afetos"⁷⁸. Isto é, esta proposta de abordagem dos fenômenos psíquicos que alia características da hipnose, como usada anteriormente, ao uso da palavra falada pelo paciente, inaugura um método terapêutico que se prestava à tradução psíquica de seus afetos com conseqüências apaziguadoras para o paciente, enquanto ao médico, lhe permitia a busca da lógica da formação dos sintomas. O emprego dessa técnica promove, dessa forma, o princípio de uma aliança entre analista e paciente num nível de cooperação até então não apresentado. Adiante veremos que essa aliança também não se daria sem uma significativa cota de influência do médico, bem como de resistência do paciente.

Na obra *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar*, de 1893, podemos reconhecer que a catarse constituía

⁷⁷ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p.129.

⁷⁸ PINHEIRO, Nadja. *Entre a teoria e a clínica psicanalítica: as propostas terapêuticas em Freud* (1997), p.31.

uma forma de tratamento que tinha como objetivo a procura de um acontecimento traumático como fator causal⁷⁹. Desse modo, fica anunciada uma noção de cura já diferenciada em sua concepção, mas que carrega ainda a mesma expectativa:

(...) o método psicoterápico que descrevemos nestas páginas tem um efeito curativo. Ele põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento, ao permitir que seu afeto estrangulado encontre uma saída através da fala; e submete essa representação à correção associativa, ao introduzi-la na consciência normal (sob hipnose leve) ou eliminá-la por sugestão do médico, como se faz no sonambulismo acompanhado de amnésia. Em nossa opinião, as vantagens terapêuticas desse método são consideráveis. (...) quaisquer resíduos que possam ter ficado sob a forma de sintomas crônicos ou ataques costumam ser removidos de forma permanente por nosso método, porque ele é radical; e nesse sentido ele nos parece muito superior em sua eficácia à remoção através da sugestão direta, tal como é hoje praticada pelos psicoterapeutas.⁸⁰

Notamos que o tratamento consistia especialmente em uma correção dos mecanismos anormais que tiveram lugar em determinada época primitiva do desenvolvimento psíquico do paciente, se tornando traumático e comprometendo sua saúde psíquica desde então. Assemelhava-se a uma intervenção pedagógica ou uma precisão cirúrgica que acabava por desconsiderar importantes e possíveis conexões causais (sexualidade infantil, complexo de Édipo) que seriam formuladas ao longo dos anos posteriores, até 1897, em detrimento da gradual superação da hipnose no relato da prática que se desenrolaria nesse mesmo intervalo.

Para iniciar o destaque a esse ponto da pesquisa da etiologia, coincidindo com os últimos recursos à técnica hipnótica e conseqüente percepção do papel da sexualidade na causalidade do sintoma histérico, abordaremos as constatações de Freud apresentadas em *Neuropsicoses de defesa*, de 1894, elaboradas antes

⁷⁹ Sendo que a noção de trauma nesta passagem precede a da teoria da sedução freudiana, em que apresenta um pano de fundo de conotação sexual, assim, aqui somente se apresenta contrapondo a idéia de uma etiologia pautada na hereditariedade e inserida nas possíveis conseqüências de uma experiência, a qual também não tinha sido detectada como de natureza especificamente infantil.

⁸⁰ FREUD. *Comunicação preliminar* (1893), p. 49.

das conclusões finais de *Estudos*, em virtude da necessidade de modificar a teoria das neuroses até ali estabelecida.

Freud chama a atenção para o papel da divisão da consciência na etiologia da histeria e avança em sua construção inclusive se contrapondo à teoria de Janet que confere a característica de deficiência inata ao mecanismo. Dessa forma sugere segurança ao afirmar, desde então, uma base secundária e adquirida para a histeria e explica que ela resulta de um ato voluntário do paciente diante de uma experiência tão aflitiva que ele “prefere” esquecer. O que aconteceria em seguida, em relação à evolução do sintoma histérico, é que esse ato ou tentativa de esquecimento falha, produzindo uma série de reações patológicas relacionadas aqui a uma explicação fisiológica, ou seja, que foram ocasionadas pela soma de excitação anteriormente vinculada à experiência recalçada, posteriormente sobrecarregando algum ponto da inervação motora ou sensorial, resultando nos sintomas de somatização comuns à histeria.

Neste ponto Freud considera a “vida sexual” como um fator de grande probabilidade causal e importância para o surgimento das consideradas representações incompatíveis ou passíveis de recalque, como afirma a seguir:

Em todos os casos que analisei, era a *vida sexual* do sujeito que havia despertado um afeto aflitivo, precisamente da mesma natureza do ligado à sua obsessão. Teoricamente, não é impossível que esse afeto possa às vezes emergir em outras áreas; resta-me apenas relatar que, até o momento, não deparei com nenhuma outra origem.⁸¹

Portanto, neste ponto de nossa argumentação devemos ressaltar um questionamento a respeito da reconhecida vida sexual e sua natureza; sobre de que forma será definida daqui por diante, mediante seu papel gradativamente mais expressivo na etiologia da histeria. Se até este momento era distinguida primordialmente como uma funcionalidade física de aspectos fisiológicos, que se apresenta como origem secundária de uma espécie de distúrbios provindos de uma impossibilidade de satisfação de sua função, com conseqüências desequilibradoras no sistema neurológico, doravante devemos marcar o início de

⁸¹ FREUD. Neuropsicoses de defesa (1894), p.59.

uma revisão também de sua concepção. Embora esta visão de influência unilateral já estivesse sendo revisada de forma indireta desde 1890, em *Tratamento psíquico ou anímico*, somente a partir de *Esboços para uma comunicação preliminar*, de 1892, é que notamos algum destaque ao aspecto sexual relacionado à função psíquica, como veremos em destaque no último capítulo.

Estes termos são referidos nos casos publicados em *Estudos*, partindo da admissão da maior participação de fatores externos na etiologia da histeria. Nesse momento podemos considerar o aspecto sexual como um fator aflitivo de ordem cultural com resultados traumáticos, nos casos de algum evento sexual ter tomado lugar na fase infantil da vida de um sujeito.

A partir disso, retomamos a linha de pesquisa relacionada ao método de cura da histeria. Ainda poderíamos argumentar que no caso do método catártico se o papel da fala no tratamento fosse submetido, mesmo que em caráter associativo, a uma espécie de correção ou normalização, que a direção do tratamento ainda estava pautada muito mais no saber do médico. Ou seja, abriu-se um campo da escuta que parecia destinado, de início, ao critério de construção teórica do saber médico para o qual as informações clínicas não eram mais do que dados. Esta era a forma de justificar a história do paciente ao retratá-la diante da comunidade médica. Justamente o que Freud realiza nestas linhas:

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognósticos, e ainda me causa estranheza que os relatos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, falte-lhes a marca de seriedade da ciência. (...). A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como as que estamos acostumados a encontrar nas obras dos escritores imaginativos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção. Os casos clínicos dessa natureza devem ser julgados como psiquiátricos; entretanto, possuem

uma vantagem sobre estes últimos, a saber: uma ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença.⁸²

Ao que se verifica, no andamento da pesquisa clínica, o que foi superado aos poucos na prática da hipnose foi justamente a intervenção exclusiva pela ação sugestiva para dar lugar aos relatos das lembranças, sendo o estado hipnótico ainda um meio fértil para as lembranças mais difíceis e busca das causas, pois estas informações eram sempre as peças chave da lógica da formação do sintoma. Na obra *Estudos sobre a histeria*, de 1895, é afirmado que o caso de Anna O.⁸³ foi o que revelou esta “outra maneira” associada à palavra. O método foi assim configurado como um meio de levantamento das possíveis conexões lógicas que mantinham os sintomas, o que acabou por se revelar eficaz para o processo equivalente de cura. A “descoberta” para Breuer se deu como uma outra forma de utilizar a sugestão hipnótica, a qual passou a ser empregada não para finalidades diretamente terapêuticas, mas para persuadir o paciente a confessar o material proveniente da região inconsciente da mente, isto é, recordar as possíveis associações causais do seu sintoma.

Como declara Freud, esta “descoberta” foi relatada a ele por Breuer ao final do caso de Anna O. em 1882, e desde então não teria saído de sua mente, chegando a afirmar que no princípio de sua clínica teria empregado a hipnose desta outra maneira⁸⁴. Contudo, e para todos os efeitos, as obras anteriormente aqui citadas e analisadas não nos permitem aceitar tal afirmação de Freud que certamente alimenta dúvidas sobre quando pontuar o “nascimento ou invenção” da psicanálise. Não podemos aceitar o argumento de que, desde o início, o uso do hipnotismo teria se dado da mesma forma que no período do método catártico. No entanto, o que fica demonstrado na análise do percurso de Freud tecido até este suposto momento inaugural é que a nomeação de um nascimento pontual da psicanálise não comporta essa inflexão. Antes houve inúmeras dificuldades até que a ciência do terapeuta estivesse completamente associada ou derivada do

⁸² FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p.124.

⁸³ Breuer e Freud contam que a paciente descrevia de modo apropriado esse método, falando sobre uma cura pela fala, e em tom de brincadeira, como *chimney-sweeping* ou limpeza de chaminé. (BREUER e FREUD, 1895)

⁸⁴ Em 1925 em *Um estudo autobiográfico*.

saber do paciente. Em favor de nossa visão nuançada acerca da construção teórica de Freud nos colocamos em acordo com a afirmação de Strachey, para quem o caso clínico da Sra. Emmy revelaria como foi difícil para Freud adaptar-se a esse novo uso da sugestão hipnótica ouvindo tudo o que a paciente tinha a dizer, sem tentativas de interferir ou de levá-la a encurtar o relato (STRACHEY, 1969).

Neste sentido, em seu relato, Freud afirma: “Essa foi minha primeira tentativa de lidar com aquele método terapêutico. Estava ainda longe de tê-lo dominado; de fato, não fui bastante à frente na análise dos sintomas, nem o segui de maneira suficientemente sistemática”⁸⁵. Sugerimos ser precisamente este percurso não linear que de certa forma legitima nossa interpretação acerca do movimento de elaboração teórica de Freud. Essa perspectiva permite afirmar que as supostas “descobertas” teriam ocorrido gradualmente em função de sua obstinação dada, nesse caso, diante das dificuldades resultantes da necessidade de “engolir”⁸⁶ sua palavra para dar lugar à do paciente em tratamento. Contudo no uso regular do método catártico ele assume progressivamente essa conduta. Assim, mesmo diante de suas restrições, assume o seguinte posicionamento:

(...) em vista de tudo isso, portanto, sem dúvida, todos hão de sentir-se inclinados a perguntar se não seria mais vantajoso, em vez de enfrentar todas essas complicações, fazer uso mais enérgico da hipnose ou restringir o emprego do método catártico a pacientes que possam ser colocados em hipnose profunda. Quanto à segunda proposta, eu teria de responder que, nesse caso, o número de

⁸⁵ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p.77.

⁸⁶ Esta palavra é usada como alusão ao relato de Freud sobre a conversão histérica como a simbolização de vivências aflitivas, que faz neste texto (*Estudos*, 1895) e ilustra o que a dificuldade do não poder dizer representou para as pacientes, restando apenas se contentar com a saída possível no correspondente funcional do corpo: “O que poderia ser mais provável do que a idéia de que a figura de linguagem ‘engolir alguma coisa’, que empregamos ao falar de um insulto ao qual não foi apresentada nenhuma réplica, originou-se na verdade das sensações inervatórias que surgem na faringe quando deixamos de falar e nos impedimos de reagir ao insulto? Todas essas sensações e inervações pertencem ao campo da ‘Expressão das Emoções’, que, como nos ensinou Darwin [1872], consiste em ações que originalmente possuíam um significado e serviam a uma finalidade. Em sua maior parte, estas podem ter-se enfraquecido tanto que sua expressão em palavras nos parece ser apenas um quadro figurativo delas, ao passo que, com toda probabilidade, essa descrição um dia foi tomada em seu sentido literal; e a histeria tem razão em restaurar o significado original das palavras ao retratar suas inervações inusitadamente fortes. Com efeito, talvez seja errado dizer que a histeria cria essas sensações através da simbolização. É possível que ela não tome em absoluto o uso da língua como seu modelo, mas que tanto a histeria quanto o uso da língua extraíam seu material de uma fonte comum”. (FREUD, 1895, p. 136)

pacientes apropriados, até onde vai *minha* habilidade, seria por demais reduzido; e quanto ao primeiro conselho, desconfio de que a imposição forçada da hipnose não nos pouparia de muita resistência.⁸⁷

A partir deste posicionamento Freud sustenta em sua clínica a importância do encadeamento dos elementos particulares da história de cada paciente, que nesse caso, poderíamos chamar de sua mais importante contribuição para o trânsito em direção ao novo método da associação livre. Ainda a despeito disso lembremos que no caso de Elizabeth Von R. fica claro que a importância da lembrança da história pessoal confidenciada ao médico não teria ocorrido sem uma suspeição declarada. Esta posição fica deduzida desta passagem:

No que concerne ao médico, a confissão da paciente foi, à primeira vista, uma grande decepção. (...) Aquela confissão parecia oferecer ainda menos ajuda para a cura de sua doença do que para sua explicação. Não era fácil verificar que tipo de influência benéfica a Srta. Elisabeth poderia obter da recapitulação da história de seus sofrimentos de anos recentes — com os quais todos os membros da sua família estavam acostumados — para um estranho que a ouvia com solidariedade apenas moderada. Nem havia qualquer sinal de que a confissão produzisse um efeito curativo dessa espécie. (...) Se eu tivesse interrompido o tratamento psíquico da paciente nesse estágio, o caso da Srta. Elisabeth von R. não teria lançado nenhuma luz sobre a teoria da histeria. Mas continuei minha análise porque esperava, convicto, que os níveis mais profundos de sua consciência proporcionariam uma compreensão tanto das causas como dos determinantes específicos dos sintomas histéricos.⁸⁸

Nesse caso, o que sustentou a insistência de Freud, como ele mesmo declara ao final de citação acima, teria sido, a possibilidade de pesquisa etiológica, ainda que a despeito da eficácia terapêutica pautada na eliminação que, tudo indica, estaria sendo sacrificada nesse momento. Isso, como dissemos, em favor da oferta de compreensão das causas determinantes dos

⁸⁷ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 142.

⁸⁸ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p.113-114.

sintomas histéricos, guiada neste momento pelo discurso da paciente, mesmo que este parecesse ilógico aos olhos do médico. Sobre isso a psicanalista D. T. Fingermann concorda que “foi no *après-coup* da sua eficácia sobre a neurose que Freud deduziu uma homogeneidade entre fala e sintoma que explicava o efeito ‘depurativo da narração’”⁸⁹. Ou seja, justamente deixando para trás a monotonia da eliminação imediata foi possível encontrar na elaboração pela fala uma maneira de compreender as supressões ou lacunas do discurso histérico.

No mesmo sentido, nos aponta R. T. Selde: “O *après-coup* nos solicita, assim, para entender uma transmissão que de nenhuma maneira é da ordem da iniciação e sim das conseqüências, algo que não é tão simples de considerar de forma direta”⁹⁰. A partir daqui a dificuldade de Freud em entender os motivos da enunciação de sua paciente, que aparentemente não contribuía para sua cura, é substituída pela consideração de que sua palavra ou seu relato é reconhecido como um correspondente posterior ao acontecimento traumático, que o representa, que ocupa seu lugar e que por isso, indica o prelúdio de uma outra concepção analítica que resulta inclusive na revisão da eficácia curativa, a qual traria possibilidades de rearranjos da significação original do trauma através do recurso da interpretação que seria possível desde então a partir de um laço mais efetivo com o médico.

Ainda relativo ao método, em obra posterior, *Fragmentos da análise de um caso de histeria*, de 1901, Freud declara que desde 1893-95, quando escreveu os *Estudos*, a técnica da psicanálise sofreu revolução radical, pois ao invés de analisar os sintomas e esclarecê-los um a um aos pacientes, passou a permitir que eles determinem o tema do tratamento em cada encontro, no intuito de encontrar aspectos inconscientes reconhecidos em fragmentos do discurso entremeados em épocas e contextos que se apresentam enlaçados. Esta passagem, portanto, indica uma espécie de recurso interpretativo que se tornaria característico da livre associação, pautado no direcionamento do discurso apresentado pelo paciente, ou seja, baseado em sua lógica associativa e não no

⁸⁹ FINGERMANN. *Associação livre: rumo ou âmago do sintoma?* (1998), p.83.

⁹⁰ SELDES. *Indicações e contra-indicações: uma resistência à inércia* (2004), p. 35.

direcionamento do saber médico, como notamos, já em 1900, no segundo capítulo de *Interpretação de sonhos*, no relato da análise do sonho de Irma:

Era minha opinião, na época (verão de 1895) (embora desde então a tenha reconhecido como errada), que minha tarefa estava cumprida no momento em que eu informava ao paciente o sentido oculto de seus sintomas: não me considerava responsável por ele aceitar ou não a solução — embora fosse disso que dependia o sucesso. Devo a esse erro, que agora felizmente corrijo, o fato de minha vida ter-se tornado mais fácil numa ocasião em que, apesar de toda a minha inevitável ignorância, esperava-se que eu produzisse sucessos terapêuticos.⁹¹

Apesar do recurso interpretativo não estar diretamente citado nesta fase da obra (1895), em que Freud traz o primeiro relato em bloco de casos com emprego da catarse, havia através da palavra concedida à histérica, uma via para que ela pudesse retomar, num endereçamento ao médico como suposto conhecedor único de seus possíveis dramas, os percalços por que passou, sendo encorajada por ele a dotá-los de um significado novo⁹², que dessa forma pudesse dissipar seu sofrimento. Com isso posto, apontamos para o fato de que a instituição deste laço constituiu mais um passo, somado aos já dados, ao que posteriormente será chamado de transferência.

A partir disso, no próximo capítulo daremos continuidade à descrição do movimento de elaboração teórica de Freud a partir do redirecionamento da eficácia terapêutica em sua transição de uma perspectiva de eliminação de sintoma, considerando a resistência e o laço com o médico em segundo plano, para uma dinâmica que visa a permanência do sintoma com o paciente consciente para que se possa contar com algo dele na busca de seu conhecimento e no processo de cura.

⁹¹ FREUD. *Interpretação de sonhos*. (1900), p.143.

⁹² Mesmo que ensejado pelo médico, quem costumava dar a solução do conflito apoiado em conhecimentos sobre a histeria colecionados até aquele momento, com o método catártico.

5 – Deslocamento do método para o objeto (reflexão acerca dos casos clínicos)

A consideração desses casos aparece como estratégica para o propósito desse capítulo na medida em que, por abrangerem o período de 1893 – 1895, ilustram a passagem do método catártico para a progressiva adoção da livre associação de idéias. Lembremos que a partir da concepção do método catártico a perspectiva da análise se direcionou para a restituição do que foi reprimido na forma de uma fala com o intuito de produzir uma história que recupera o que foi tornado inacessível, para que possa ser finalmente reconhecido. Houve um progressivo prestígio do recurso à fala do paciente que foi se deslocando da função meramente recordativa para uma livre associação de lembranças. Sendo assim, veremos mais adiante como foi difícil para Freud fazer a passagem do acento em sua metodologia de eliminação de sintomas para o acento em seu objeto de estudo que favorecesse a compreensão de seu mecanismo. Tudo isto se delinearía de forma mais clara na obra *Estudos sobre a histeria*, na qual foram analisados casos que possibilitaram um panorama detalhado de sua prática, ao mesmo tempo em que apresenta a reconceituação de mecanismos psíquicos como a resistência, bem como a importância do laço entre médico e paciente no tratamento, ganhando cada vez mais evidência e teorização por parte de Freud.

Em nossa perspectiva nos contrapomos a alguns argumentos de Strachey, na introdução dessa obra de Freud, quando ele declara: “Mas foi o abandono do hipnotismo que ampliou ainda mais sua compreensão dos processos mentais. Esse abandono revelou a presença de mais um obstáculo — a ‘resistência’ dos pacientes ao tratamento, sua relutância em cooperarem na própria cura”⁹³. Pois é justamente contra o caráter de revelação e ineditismo apontado na citação que nos posicionamos. Na verdade, pensamos que a opção de Freud de enfrentar e investigar esse obstáculo ou resistência do paciente ao tratamento, ao invés de contorná-lo pela sugestão hipnótica como fazia até então, demonstra claramente um reposicionamento com relação a estes mecanismos e não uma nova conduta como resposta a um fator igualmente novo.

⁹³ STRACHEY, *Obras completas de Sigmund Freud* (1969), p. 178.

Por conta disso, nos anos seguintes Freud vai confiando cada vez mais no fluxo de associações livres oferecido pelo paciente, além do fato de que muitos deles se mostravam inadequados, segundo seu relato, à experiência catártica que também dependia da “hipnotizabilidade” de cada um. Em sua biografia, Jones nos fala que aos poucos o que estava progressivamente sendo percebido e destacado era o relacionamento pessoal entre médico e paciente na melhora terapêutica⁹⁴. Ele faz alusão a um caso em que, num certo dia, uma paciente envolve Freud com seus braços, incidente que o fez compreender algo de especial no relacionamento entre paciente e médico; uma base erótica que endossava a origem das neuroses relacionada à sexualidade. Esta característica especial percebida desde cedo por Freud foi localizada por ele como um indicativo científico, ao contrário do que fez Breuer quando se surpreendeu com esse tipo de contato com Anna O.. Na verdade se tornava inegável a influência da presença do médico bem como a predileção por alguns na atuação dos casos, como por exemplo, nos relatam Breuer e Freud sobre Anna O. ⁹⁵:

Mas ela jamais começava a falar antes de haver confirmado plenamente minha identidade, apalpando-me as mãos com cuidado. Nesse intervalo não fora efetuada nenhuma ‘cura pela fala’, porque foi impossível persuadi-la a confiar o que tinha a dizer a qualquer pessoa senão eu — nem mesmo ao Dr. B., a quem, sob outros aspectos, ela se havia afeiçoado.⁹⁶

A partir da mesma perspectiva, no caso de Elisabeth Von R. ⁹⁷, Freud adota já uma posição perspicaz quando relata ter reservado para si o tratamento com correntes elétricas de alta tensão aplicado nas pernas da paciente, a fim de manter-se em contato com ela, que mostra inclusive gostar muito dos choques dolorosos de modo que promoviam uma ligeira melhora. Comenta:

⁹⁴ Ver em Jones, capítulo XI.

⁹⁵ Strachey nos relata na introdução aos *Estudos sobre a histeria*, que o tratamento da Srta. Anna O. feito por Breuer, ocorreu entre 1880 e 1882, tendo encerrado no início de junho de 1882.

⁹⁶ FREUD e BREUER. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 40.

⁹⁷ De acordo com Strachey o tratamento do caso da Srta. Elisabeth Von R., teve início no outono de 1892.

Quando se inicia um tratamento catártico dessa natureza, a primeira pergunta que se faz é se a própria paciente tem consciência da origem e da causa precipitante de sua doença. Em caso afirmativo, não se faz necessária nenhuma técnica especial para permitir-lhe reproduzir a história de sua doença. O interesse que o médico demonstra por ela, a compreensão que lhe permite sentir e as esperanças de recuperação que lhe dá, tudo isso faz com que a paciente se decida a revelar seu segredo.⁹⁸

Portanto esta influência do médico que esteve até então recebendo reconhecimento progressivo, vai preenchendo o lugar inseguro da técnica hipnótica, seja o da indução ao sonambulismo, seja o da pressão na testa. Além disso, vai revelando, em consequência da espontaneidade das associações de idéias do paciente no tratamento, uma nova dinâmica de formação do sintoma, a qual demandará uma adaptação ou correção do método empregado.

Neste sentido, na análise com Lucy R.⁹⁹, Freud conduziu-a enquanto ela se encontrava num estado que, a rigor, talvez tenha diferido muito pouco do estado normal, justificando que teria se defrontado com a opção de deixar para trás o método catártico na maioria dos casos ou de se aventurar à experiência de empregá-lo sem o sonambulismo, o que acabou realizando, como argumenta em seguida:

Parecia-me indiferente qual o grau de hipnose – de acordo com uma ou outra das escalas propostas para medi-la – que era alcançado nesse estado sonambúlico, pois, como sabemos, de qualquer modo cada uma das várias formas assumidas pela sugestionabilidade (...) não funciona, nem favorecendo nem prejudicando aquilo de que eu precisaria para minha finalidade, ou seja, que o despertar das lembranças esquecidas fosse facilitado. Além disso, logo abandonei a prática de fazer testes para indicar o grau de hipnose alcançado, visto que num bom número de casos isso provocava a resistência dos pacientes e abalava sua confiança em mim, da qual eu necessitava para executar o trabalho psíquico mais importante.¹⁰⁰

⁹⁸ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 110.

⁹⁹ O tratamento, segundo Strachey, teria tido início no fim de 1892.

¹⁰⁰ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 136.

Percebe-se que Freud, longe de desconhecer a resistência e o laço de confiança entre médico e paciente, já mostra a consideração de sua relevância para executar o que chamou de seu trabalho psíquico mais importante, ou seja, as preferências de Freud neste momento, como já declarado, eram seu desejo de pesquisa e de cura ao proporcionar alívio do mal-estar por via da recordação e eliminação do sintoma. Mas as tentativas de aplicação do método catártico, em seu conjunto, se tornavam cada vez mais árduas e tão trabalhosas no que diz respeito às tentativas de aplicação da hipnose ainda presentes, que não adicionavam vantagem, neste aspecto, em relação às dificuldades narradas anteriormente, de obter as lembranças do paciente em estado de consciência. É o que se observa no caso da Sra. Emmy ¹⁰¹:

(...) na única ocasião em que me aconteceu pedir-lhe uma reminiscência que envolvesse um elemento erótico, achei-a tão relutante e indigna de confiança no que me dizia quanto o foram, mais tarde, quaisquer de meus pacientes não sonambúlicos. Já me referi, no relato do caso dessa senhora, à resistência que ela opunha, mesmo durante o sonambulismo, a outras solicitações e sugestões minhas. Tornei-me inteiramente cético quanto ao valor da hipnose na facilitação dos tratamentos catárticos, visto ter vivenciado situações em que, durante o sonambulismo profundo, houve absoluta recalcitrância *terapêutica*, ao passo que em outros aspectos o paciente era perfeitamente obediente.¹⁰²

A partir deste comentário é possível entender que esta resistência identificada inicialmente diz respeito à própria hipnose, não só quanto a aspectos que envolvessem a particularidade da sexualidade da paciente, mas ainda em favor de estabelecer e fazer permanecer o laço das suas palavras com a escuta do médico, pois Freud afirma anteriormente que em relação a esta senhora nada de seu relato poderia ter exigido qualquer superação especial de objeções que ela não pudesse ter dito em estado de vigília, levando-se em conta que a conhecia há

¹⁰¹ De acordo com Strachey, a cronologia desse caso clínico é contraditória, datando seu início em maio de 1889, mas podendo ter iniciado em 1888. A questão é melhor detalhada no *Apêndice A: a cronologia do caso da Sra. Emmy Von N.*

¹⁰² FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 63.

algum tempo e que ela o tinha em boa conta. Mas ainda assim permanecia como um enigma para Freud a razão pela qual as pacientes preferiam ser escutadas a curadas prontamente como era oferecido pela técnica hipnótica. A questão aponta para a natureza do benefício engendrado por esta relação da fala e escuta que vai além, ao que parece, do benefício proporcionado pela emancipação dos sintomas da forma que estava sendo empregada.

Já com o caso de Elizabeth Von R., apareceria o primeiro relato de uso da técnica da livre associação, ainda em construção e que viria a se estabelecer posteriormente numa forma mais elaborada. Com o intuito de recuperar os níveis mais profundos da consciência da paciente, que de acordo com Freud proporcionariam uma compreensão tanto das causas como dos determinantes específicos dos sintomas histéricos, declara: “Resolvi, portanto, formular uma pergunta direta à paciente num estado ampliado de consciência e indagar-lhe qual teria sido a impressão psíquica à qual se vinculara a primeira emergência de dores nas pernas”¹⁰³. Posicionamentos como este apontam as conseqüências do progressivo abandono do recurso ao transe hipnótico. A partir disto muitas perspectivas se abriram, como relata Freud:

Era trabalhosa essa questão de ampliar o que se supunha ser, uma consciência limitada – muito mais trabalhosa, pelo menos, do que uma investigação durante o sonambulismo. Não obstante tornou-se independente do sonambulismo e me proporcionou uma compreensão dos motivos que muitas vezes determinam o 'esquecimento' das lembranças. Posso afirmar que esse esquecimento é muitas vezes intencional e desejado, e seu êxito nunca é mais do que aparente.¹⁰⁴

A partir da indiferença cada vez maior em relação à eficácia de aplicação da técnica, em favor do intuito de pesquisa do mecanismo psíquico e consideração progressiva da influência do médico, Freud promove avanços em suas construções, ao mesmo tempo em que narra os impedimentos para o bom funcionamento da catarse, momento ainda de uma virada importante que desacentua este método. Esta consistiu nas ocasiões em que a paciente

¹⁰³ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 114.

¹⁰⁴ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 139.

sustentava uma amnésia, ou seja, não associava seu sintoma, ou situações dele a nenhuma idéia ou recordação. Nestes momentos em que teria de se referir, como de costume, a falhas no método, ou ainda, de admitir que não funcionava, Freud age de maneira diversa. Desta vez demonstra uma insistência no argumento de que o problema não estaria no método, pois nele não residiria a falha, mas antes passou a sustentar que havia algo que faltava atribuído à paciente que, segundo Freud: “(...) nem sempre estava preparada para comunicá-las (as lembranças) a mim e tentava reprimir mais uma vez o que fora evocado”¹⁰⁵. Posicionamento possível na medida em que já havia sido constatada a característica de um esquecimento intencional, citado anteriormente.

Esse movimento de deslocamento do acento do método para o objeto de estudo é o que futuramente dará consideração ao mecanismo da transferência como recurso para a promoção da cura. Até então, com o foco no método, o laço entre médico e paciente era encarado como um processo secundário, mas com o reposicionamento da relação clínica correspondente ao período de dificuldades de aplicação do método catártico, o foco se dirige ao paciente e o laço mencionado passa, aos poucos, a ser considerado como principal. Consideramos que esta inversão da preocupação com o método para o objeto de estudo, não seria possível se não fosse levado em conta algo mais do que a metodologia e sua eficiência de aplicação, ou seja, se não fosse percebido algo que figurasse na relação do paciente com sua história de vida numa dinâmica particular, além da inferência de que havia uma lógica nisso, que acarretaria certa transformação no estado de coisas para aquele que fala, uma terapêutica da palavra que neutraliza o mal-estar proveniente do sintoma. Ou seja, foi preciso ir além do que predizia a ordem de seu método, em que somente o médico ordenaria o percurso da análise através de questionamentos, para ser possível surpreender-se com os destinos dos direcionamentos proporcionados pelo paciente.

Nessa perspectiva de guiar sua intervenção pautada no que dizia a paciente Freud obteve sucesso no processo de rememoração, pois ela muitas vezes acabava por expressar a informação procurada confessando que pensava

¹⁰⁵ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 117.

poder evitá-la “mas que ficava voltando todas as vezes”¹⁰⁶. Assim, Freud argumenta: “comecei a atribuir maior importância à resistência oferecida pela paciente na reprodução de suas lembranças e a compilar cuidadosamente as ocasiões em que era particularmente acentuada”¹⁰⁷. Com isso conclui pela importância de uma lógica de tratamento que reconhece a resistência como obstáculo que deveria ser encarado para ser removido e não contornado ou evitado como ocorria no uso da técnica sugestiva, desde que pudesse ser trabalhada “por associações facilmente acessíveis”¹⁰⁸, que seriam alcançadas e possibilitariam agora um manejo dessa força psíquica.

A resistência por parte do paciente passou a ocupar o lugar proeminente do sintoma no tratamento e, com sua definição como um mecanismo psíquico, trouxe a possibilidade de um manejo na relação clínica reconfigurada, anunciando para Freud uma nova concepção do mecanismo psíquico. Por isso afirma:

... eu tinha de superar uma resistência, a situação conduziu-me de imediato à teoria de que, por meio de meu trabalho psíquico, eu tinha de superar uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações patogênicas se tornassem conscientes (fossem lembradas). Uma nova concepção pareceu abrir-se ante os meus olhos (...) esta deveria ser a mesma força psíquica que desempenha um papel na geração do sintoma histérico e que, na época, impedira que a representação patogênica se tornasse consciente.¹⁰⁹

Com os argumentos postos, apresentando as condições que permitiram uma reformulação da concepção da histeria, podemos concluir que na medida em que foram contornadas as dificuldades com o sonambulismo, Freud admitiu uma disposição da histérica em sofrer efeitos da relação conjugada com o tratamento que não poderia mais ser mantida em segundo plano, como de início. As primeiras percepções da resistência e da importância do laço do paciente e médico, como vimos, foram constatações clínicas de longa data. Mas na medida em que elas se repetiam sistematicamente, provocaram um reconhecimento que se deu

¹⁰⁶ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p. 284.

¹⁰⁷ Idem, p.284.

¹⁰⁸ Idem, p.285.

¹⁰⁹ Idem, p.283.

progressivamente numa abertura para a capacidade do paciente associar livre de ordens sugestivas, embora motivado pelos laços afetivos. A mudança na noção de formação do sintoma possibilitada foi, como bem demarcado por Freud, conseqüência de uma permissão para que esses mecanismos passassem a ter existência em primeiro plano na relação clínica, esta que seria o pano de fundo para seu manejo, o que veremos em detalhes no próximo capítulo.

6 – Os mecanismos psíquicos do processo de cura

O que se reconhece no percurso de construção teórica de Freud é que não se pode identificar um exato ponto onde teria ocorrido uma “descoberta” do método da associação livre (JONES, 1989). Na tentativa de abordar essa questão destacamos o ano (meados) de 1895 como sendo aquele em que teria início o desenvolvimento da regra fundamental da psicanálise.

Na obtenção dessa regra destacamos a relevância da obra *Estudos sobre a histeria*, de 1895, por sua importância quanto à reconfiguração do processo de cura, que tem dois alcances ou conseqüências. Em primeiro lugar, a relação médico/paciente, resignificada passa a ocupar um lugar de destaque considerável. Lembrando que eles se tornaram aliados pela relação de confiança estabelecida no tratamento. Em segundo, o foco do problema deixou de incidir sobre a técnica, dando lugar ao esclarecimento da lógica do mecanismo psíquico da histeria que, podemos dizer, a partir desse deslocamento foi impulsionada com a resignificação da resistência, de início, encarada como relativa ao tratamento e agora ao conteúdo afetivo particular do sintoma, apontando para o aspecto psíquico sexual.

Antes disso, lembremos que desde 1891 num texto para um dicionário médico intitulado *Hipnose*, Freud já indicava ter percebido a importância da confiança que deveria conquistar para fazer alguém sucumbir aos poderes da hipnose, reconhecendo como inútil impô-la ao paciente. Ele já declarava nesta obra que “sempre que surge uma intensa resistência contra o uso da hipnose, devemos renunciar ao método e esperar até que o paciente, sob a influência de outras informações, aceite a idéia de ser hipnotizado”¹¹⁰. Porém, se havia antes a identificação de uma resistência, não ainda diretamente relacionada à tentativa de remoção do sintoma, mas de um modo geral contra o método, demonstrada inclusive pelas particularidades observadas nos pacientes pela recusa ao estado hipnótico ou pelo ato de “desobedecer” às sugestões do médico, percebemos que a partir de *Tratamento psíquico ou anímico*, de 1890, a soma de um outro viés de resistência, justamente referente à eliminação dessa arbitrariedade da vida anímica, ou seja, desta escolha que o paciente gozava em rechaçar o tratamento

¹¹⁰ FREUD, *Hipnose* (1891), p.145.

da forma em que estava sendo conduzido. Esta eleição era entendida como a autonomia do psiquismo que escapava aos domínios do médico. Sobre isso, Freud afirma que:

Se fosse possível descobrir um meio pelo qual todos esses graus particulares do estado hipnótico pudessem ser intensificados até a hipnose completa, as peculiaridades dos enfermos seriam novamente eliminadas, atingindo-se o ideal do tratamento anímico. Mas esse progresso não foi obtido até agora; o grau de docilidade com que a sugestão será recebida ainda depende muito mais do doente que do médico, ou seja, reside, por sua vez, no arbítrio do enfermo.¹¹¹

Em suma, poderíamos concluir que estes aspectos referentes à resistência identificados no emprego da hipnose, mesmo que apresentados didaticamente separados, referiam-se à atividade do médico, ou seja, ao manuseio da relação clínica. Mas Freud bem sabia que por maiores que fossem as tentativas de controle deste ato de confiança e da dificuldade na colaboração da paciente em sujeitar-se à forma de cura oferecida, ainda dependia somente desta mesma arbitrariedade desconhecida. Desta forma reconhece os limites da técnica já no início de sua utilização:

Antes de mais nada, verifica-se que uma premissa básica é insustentável, qual seja, a de que se conseguiria, através da hipnose, retirar dos doentes a arbitrariedade que é perturbadora em sua conduta anímica. Eles a conservam e já a evidenciam em sua postura perante a tentativa de hipnotizá-los. Quando se disse acima que cerca de oitenta por cento das pessoas são hipnotizáveis, esse número elevado só pôde ser atingido computando-se entre os casos positivos todos aqueles que mostravam algum indício de serem influenciáveis. Na realidade, as hipnoses profundas e com plena docilidade, como as escolhidas para servir de modelo nas descrições, são efetivamente raras ou, em todo caso, não tão freqüentes quanto seria desejável no interesse da cura.¹¹²

¹¹¹ FREUD. *Tratamento psíquico ou anímico* (1890), p.286.

¹¹² *Idem.*

Porém o que Freud confirma adiante é que mesmo nas esperanças depositadas na outra forma de emprego da hipnose, no método catártico, não encontra escapatória da resistência que progressivamente ganhava vários prismas, desde a recusa da técnica, passando pela arbitrariedade da vida anímica, até a dificuldade em recordar e com isso, impedir a própria cura. Após estas constatações, restaria o derradeiro golpe de superação da técnica hipnótica, quando deixou em definitivo a aplicação do procedimento catártico, pois a previsão da hipnose profunda, como dito acima, tornara-se recurso incerto, mesmo como auxiliar, no processo de cura.

Adiantamos, porém que este recurso ao hipnotismo seria retomado posteriormente em *Psicologia de grupo e análise do ego*, de 1921, não com a perspectiva de técnica, mas como apoio à construção teórica de Freud referente ao laço social, que serviria inclusive de base para pensar peculiaridades da transferência. Mediante o fato de que se passaram trinta anos desde o início do uso da técnica sugestiva, o mecanismo da sugestão não encontrava explicação psíquica ou fundamento lógico; nessa obra Freud oferece uma construção relativa à libido, considerando-a como os instintos envolvidos sob a palavra amor, mas especialmente os que tendem à união sexual, supondo esta energia instintiva¹¹³ como constituinte das relações grupais. Vínculo que abordaremos mais à frente.

Retomando a linha de raciocínio, em síntese, o laço admitido entre médico e paciente passa a ter como objetivo, desde *Estudos*, destituir as resistências que se instalam nesta relação, ou seja, já se admite desde o reconhecimento da resistência relacionada ao processo de repressão em elaboração nesta obra, uma espécie de manejo para que se preserve e direcione o vínculo clínico, sem o qual não se alcançaria a pretensão de cura. Mas, de fato,

¹¹³ Freud nos esclarece sobre o curso de evolução seguido pela vida erótica do homem na oitava parte de *Psicologia de grupo e análise do ego*: “Em sua primeira fase, que geralmente termina na ocasião em que a criança está com cinco anos de idade, ela descobriu o primeiro objeto para seu amor em um ou outro dos pais, e todos os seus instintos sexuais, com sua exigência de satisfação, unificaram-se nesse objeto. A repressão que então se estabelece, compele-a a renunciar à maior parte desses objetivos sexuais infantis e deixa atrás de si uma profunda modificação em sua relação com os pais. A criança ainda permanece ligada a eles, mas por instintos que devem ser descritos como ‘inibidos em seu objetivo’. As emoções que daí passa a sentir por esses objetos de seu amor são caracterizadas como ‘afetuosas’. Sabe-se que as primitivas tendências ‘sensuais’ permanecem mais ou menos intensamente preservadas no inconsciente, de maneira que, em certo sentido, a totalidade da corrente original continua a existir” (FREUD, 1921, p.121).

a resignificação das noções do laço entre paciente e médico no tratamento e de resistência seriam resultado, inclusive, de uma crítica à teoria dos estados hipnóides de Breuer.

Em relação ao período de parceria entre Breuer e Freud, identificamos que o afastamento de ambos se deu por uma série de deslocamentos na teoria psicanalítica, ocasionados principalmente pela independência com que Freud conduziu sua construção da etiologia das neuroses em geral. No entanto encontramos, referentes a este ponto, afirmações de autores que insistem em dar sustentação ao ponto de vista de que a psicanálise teve uma gênese por ruptura com seu passado pré-psicanalítico. É o caso de Renato Mezan, em *Freud: a trama dos conceitos*, de 2006, cuja abordagem passa, por declarações como esta:

Na verdade, podemos dizer que a Psicanálise consiste na demolição, peça por peça, do conteúdo da *Comunicação preliminar*. Aquilo que nela é essencial vai ser abandonado paulatinamente: primeiro a teoria dos estados hipnóides, depois o método catártico, e por fim a noção de que a histeria se funda na reminiscência. (...) E justamente aquilo que aparece como um termo ainda sem conceito – a sexualidade e a repressão – vai ser utilizado como ponto de partida para as concepções verdadeiramente freudianas.¹¹⁴

De acordo com a linha de raciocínio de nossa pesquisa consideramos o termo “abandonado”, utilizado por Mezan, inadequado para a interpretação dos escritos freudianos, uma vez que apontamos que não teria ocorrido nenhuma renúncia total a métodos ou conceitos, mas sim uma reformulação destes em que algumas idéias sempre foram reconsideradas mediante uma mudança de contexto. É o caso do método catártico que posicionamos como uma passagem, uma transição, da hipnose para a associação livre, esta tendo mantido a perspectiva da cura pela palavra mediante os questionamentos e interpretações, mesmo que incipientes, sobre a história de vida do paciente. O mesmo movimento ocorreu com a teoria dos estados hipnóides em relação à teoria da dissociação psíquica. No entanto Mezan comenta mais à frente, na mesma obra, que a

¹¹⁴ MEZAN, Renato. *Freud; a trama dos conceitos* (2006), p.08.

hipótese dos estados hipnóides teria servido como uma solução insatisfatória, porém menos inadequada que a teoria de Janet. Acrescentamos, porém que apesar de seu caráter não satisfatório, ou mesmo justamente por este motivo, esta teoria de Breuer serviu como base de divergência da hipótese de falha congênita na histeria, qualificando-a assim como um dos alicerces para a construção do conceito freudiano de defesa, em *Neuropsicoses de defesa*, de 1894.

Assim concordamos com Etchegoyen, em seus *Fundamentos da técnica psicanalítica*, de 1989, que nomeia o método catártico de forma conveniente: “De todo modo, e sem pretender discutir essas teorias, o que importa para o raciocínio que estamos fazendo é que uma técnica, a hipnose catártica, levou a uma descoberta, a dissociação da consciência, e a certas teorias (do trauma, dos estados hipnóides), as quais, por sua vez, levaram à modificação da técnica”¹¹⁵. Ou seja, a trama de conceitos denota um movimento dinâmico em que as mudanças de certos aspectos rearticulam outros, que acabam por manifestar em períodos específicos da obra freudiana uma forma tão segura e destacada que alguns ousam interpretar como “definitiva”. Antes, portanto seguimos mais de perto o argumento de Monzani, em *Freud: o movimento de um pensamento*, que aponta uma característica do movimento na psicanálise de Freud que metaforicamente sugere uma espiral:

(...) quando penetramos nessa complicada rede teórica que é o freudismo, (percebemos) um movimento *espiralado* com a condição de se pensar essa imagem no espaço e cilindricamente, onde as mesmas questões são abordadas, ‘esquecidas’, retomadas, mas não no mesmo nível em que estavam sendo tratadas anteriormente... Trata-se de vários procedimentos e operações... o que temos é sempre uma progressiva rearticulação e redefinição dos conceitos determinada por sua lógica interna e pela progressiva integração dos dados da experiência.¹¹⁶

Voltando às divergências com Breuer, Freud rememora em relação à história do movimento psicanalítico que a teoria dos estados hipnóides - estados mentais em que as excitações porventura ocorridas tornam-se facilmente

¹¹⁵ ETCHEGOYEN. *Fundamentos da técnica psicanalítica* (1989), p.06.

¹¹⁶ MONZANI. *Freud: o movimento de um pensamento* (1989), p.303.

patológicas por não encontrarem descarga normal - teria sido alvo de críticas por ter constatado processos “que era mister descobrir atrás das fronteiras dos estados hipnóides”¹¹⁷. No entendimento de Freud as conseqüências deste deslocamento em seu ponto de vista teriam chamado a atenção para algo surpreendente e inesperado, como relata mais tarde, em 1914:

(...) dois fatos surpreendentes e inesperados que se observam sempre que se tenta remontar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: a transferência e a resistência. (...) Qualquer linha de investigação que reconheça esses dois fatos e os tome como ponto de partida de seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus.¹¹⁸

Em nosso entender, a transferência e a resistência não constituem exatamente fatores surpreendentes e inesperados como afirma Freud na citação acima, antes pensamos tratar-se de noções, como procuramos demonstrar, com as quais ele já vinha se debatendo e que a partir daqui passam a ter uma nova concepção e destinação conferida por ele. No entanto, em seus termos, haveria uma autorização a tomar o conceito de resistência¹¹⁹, inesperado ou não, como intrinsecamente relacionado à teoria da repressão, aqui considerada um fundamento de verdade que caracteriza uma particularidade da psicanálise. Diz ele:

Eu me oporia com a maior ênfase a quem procurasse colocar a teoria da repressão e da resistência entre as premissas da psicanálise em vez de suas descobertas. Essas premissas, de natureza psicológica e biológica em geral, na verdade existem e seria útil considerá-las em outra ocasião; mas a teoria da repressão é um produto do trabalho psicanalítico, uma inferência teórica legitimamente extraída de inúmeras observações.¹²⁰

¹¹⁷ FREUD, *Cinco lições* (1909,) p. 31.

¹¹⁸ FREUD. *A história do movimento psicanalítico* (1914), p. 26.

¹¹⁹ A resistência vista até então, principalmente como um obstáculo a ser contornado, sofre um deslocamento em momentos posteriores e passa a figurar como mecanismo da repressão. Embora esteja ainda em construção em 1895, inclusive desde 1889 como mencionado anteriormente nesta pesquisa, já traz previamente suas noções principais que posteriormente se firmarão como sustentação a essa teoria.

¹²⁰ FREUD. *A história do movimento psicanalítico* (1914), p. 26 -27.

Acrescentemos que o aspecto sexual não pode ser desvinculado de sua relação com estes conceitos, pois em suas construções eles se mostram interdependentes. Ou seja, não poderiam ter seu estatuto desvinculado ou hierarquicamente distanciado do par conceitual repressão/resistência. Segundo Strachey, existiu ainda um terceiro fator para que tivessem início as diferenças entre Breuer e Freud: o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. Na realidade, a divergência em relação a este aspecto pode ser ainda melhor reconhecida nos relatos posteriores de Freud sobre este período, como em *Cinco conferências de psicanálise*, de 1909 e *História do movimento psicanalítico*, de 1914 e ainda em muitos outros. De fato, enquanto a função psíquica do sexual não fosse seguramente incorporada como determinante principal na etiologia da histeria, Freud não teria disponível seu fio condutor de análise da relação de confiança no tratamento, impossibilitando sua concepção madura acerca da relação transferencial.

Avançando em nossa argumentação, lembremos que mesmo no caminho da passividade dócil que permitia executar as ordens sugestivas, surgiam as peculiaridades de cada paciente no processo clínico, reconhecidas como obstáculos ou resistências ao retorno do que foi recalado e ainda ao seu regresso sob forma de esclarecimento, mesmo que o paciente estivesse apoiado na segurança oferecida pelo médico. A natureza do que causou esse *não querer saber*, em nosso entendimento, seria mais seguramente definida como tendo uma justificativa de caráter sexual - admitida desde *Esboços* como especialmente passível de causar problemas de excitabilidade neuronal - que os pacientes expunham a Freud numa relação clínica plena de idiosincrasias a respeito do amor, que merecem ser destacadas. O enlaçamento recíproco entre essas três noções pode ser atestado quando Freud comenta a respeito do laço, de início positivo, entre hipnotizado e hipnotizador, desde *Tratamento psíquico ou anímico*, de 1890:

Mas a marca mais significativa da hipnose, e para nós a mais importante, reside na atitude do hipnotizado perante seu hipnotizador. Enquanto o hipnotizado comporta-se perante o mundo externo como se estivesse

adormecido, com todos os seus sentidos desviados dele, está *desperto* para a pessoa que o hipnotizou: vê e ouve apenas a ela, compreende-a e lhe dá respostas. Esse fenômeno, chamado de *rapport* na hipnose, encontra um paralelo na maneira como algumas pessoas dormem — por exemplo, a mãe que está amamentando um filho. Trata-se de algo tão curioso que há de facilitar nosso entendimento da relação entre o hipnotizado e o hipnotizador. (...) Mas o fato de o mundo do hipnotizado estar como que restrito ao hipnotizador não é tudo. Ocorre ainda que o primeiro torna-se completamente dócil perante o segundo, ficando *obediente e crédulo*, e de um modo quase ilimitado na hipnose profunda. Na maneira como se dão essa obediência e essa credulidade mostra-se então, como característica do estado de hipnose, que a influência da vida anímica sobre o físico aumenta extraordinariamente no hipnotizado.¹²¹

Ora, é uma relação de tratamento em que nos casos bem sucedidos a entrega se afigura total, o que nos permite pensar a tamanha confiança do paciente depositada no médico, na crença de que seguramente esse profissional (mas não qualquer outro, como vimos) daria conta de equacionar todos os enigmas do seu sintoma¹²². O que entendemos nestas declarações de Freud sobre a hipnose é que já havia uma relação particular entre médico e paciente no tratamento como um dado a ser levado em conta no processo e que inclusive, em muitos casos, apresentava um fundo amoroso ou mesmo erótico, como observado no caso de 1882, mas que tomou evidência a partir de 1895, de Anna O. com Breuer, relativo ao delírio de gravidez da paciente.

Mas se afirmamos anteriormente que a presença de uma resistência em relação à hipnose/catarse se dava no momento em que era tentado estabelecer um laço das palavras do paciente com a escuta do médico, é justamente porque indica que existia nessa reação uma relação especial entre hipnotizador e hipnotizado, que deve ser reconhecida tanto positiva quanto negativamente e que era considerada como contexto do tratamento. Isso, mesmo sem que tenha toda clareza, nessa época, da dimensão que essa relação de confiança viria a ter

¹²¹ FREUD. *Tratamento psíquico ou anímico* (1890), p.282.

¹²² Poderíamos dizer que, mais tarde, especialmente a partir do momento em que é adicionado o objetivo de pesquisa acerca do mecanismo da histeria, o próprio Freud passa a contar com a confiança depositada pelo paciente, como um meio de atingir este objetivo.

posteriormente como instrumento terapêutico¹²³. De fato, o laço é percebido como de tamanha intensidade que Freud declara que alguns pacientes “relatam ter estado sob uma compulsão psíquica à qual não puderam opor nenhuma resistência”¹²⁴. Ou seja, seu resultado algumas vezes era de uma docilidade para com as ordens do hipnotizador, o que lembra uma relação de amor a que não se podia resistir, como fica registrado:

Observe-se, de passagem, que uma credulidade como a que é demonstrada pelo hipnotizado perante o hipnotizador, fora da hipnose e na vida real, só é *encontrada nos filhos perante os pais amados*, e que uma adaptação semelhante da própria vida anímica à de outra pessoa, com uma submissão análoga, encontra um paralelo único, mas integral, em algumas *relações amorosas* plenas de dedicação. A combinação da estima exclusiva com a obediência crédula costuma estar entre as marcas distintivas do amor.¹²⁵

Portanto havia uma dimensão amorosa muito fértil às intervenções em determinados pacientes que pareciam influenciáveis e em quem o tratamento funcionava, mas da qual não se sabia a natureza. Pensamos que particularmente nos casos que Freud considera dessa forma, não haveria aparentemente razão nenhuma para o aparecimento de resistências. Porém, os casos bem sucedidos quanto à relação positiva de obediência do paciente dependiam do lugar especial que o médico suscita na relação terapêutica. Sobre isso, Freud argumenta:

Entretanto, para avaliar a importância prática desses novos conhecimentos, é preciso colocar o médico no lugar do hipnotizador e o doente no lugar do hipnotizado. Acaso a hipnose não parece apta a satisfazer todas as necessidades do médico, na medida em que ele pretende proceder perante o doente como ‘médico da alma’? A hipnose dota o médico de uma autoridade da qual os sacerdotes ou os milagreiros

¹²³ Como por exemplo, muitos anos mais tarde, na obra *Recordar, repetir e elaborar*, de 1914, em que o mecanismo de transferência é pensado como um instrumento para que o analista promova como que neuroses artificiais, na forma de revivências de conflitos pretéritos, a fim de possibilitar seu manejo. Pensamos que isso seria suficiente para apontar o papel que o laço – transferência passou a ter ao longo da construção teórica de Freud.

¹²⁴ FREUD. *Tratamento psíquico ou anímico* (1890), p.284.

¹²⁵ FREUD. *Tratamento psíquico ou anímico* (1890), p.283.

provavelmente nunca foram possuidores, pois concentra todos os interesses anímicos do hipnotizado na pessoa do médico; abole no doente a arbitrariedade da vida anímica, na qual identificamos um entrave obstinado à exteriorização da influência anímica no corpo.¹²⁶

A arbitrariedade da vida anímica, ou as peculiaridades do paciente no tratamento, tal como suas resistências em colaborar com o processo hipnótico, ainda eram vistas por Freud como um entrave em 1890. Isto ocorria, pensamos, por não encontrarmos claramente a edificação subsequente de tais noções, referentes ao manejo dos aspectos negativos da relação entre o médico e o paciente, ou de desamor, para fazer referência às ocasiões apaixonantes da clínica em que tudo parecia caminhar com presteza.

Voltando aos apontamentos da relação hipnótica mencionados, em obras posteriores, Freud retoma o viés psicológico do tratamento, por exemplo, no ponto correspondente à relação de amor na hipnose, relacionado ao aspecto psíquico sexual na etiologia, como é o caso do título *Estar amando e hipnose*, de 1921. Adiantando as conclusões dessa obra, Freud identifica um estado amoroso caracterizado como de fascinação ou de servidão em que o objeto de amor é colocado como um ideal do ego, ou seja, tudo o que o objeto pede e faz é julgado como correto e inocente, fazendo com que o ego se entregue a suas reivindicações. Ele relaciona este estado à relação hipnótica pelos aspectos da sujeição humilde e da debilidade da iniciativa do sujeito que se encontram ainda mais evidentes na hipnose, chegando a afirmar que “A relação hipnótica é a devoção ilimitada de alguém enamorado”¹²⁷. Conclui que a hipnose pode ser um artifício didático aos pesquisadores, para a procura da definição psicológica da relação amorosa, embora na relação hipnótica se trate de impulsos sexuais inibidos em sua finalidade. Esta última constatação sobre a peculiaridade da relação clínica na hipnose atrelada à libido ou ao amor implicado, ao nosso ver, denota um claro vínculo entre a teoria psicanalítica considerada prévia - pré-psicanalítica - e as construções posteriores, por permitir uma série de

¹²⁶ FREUD. *Tratamento psíquico ou anímico* (1890), p. 284.

¹²⁷ FREUD. *Estar amando e hipnose* (1921), p.124.

possibilidades de questionamento a respeito da natureza da transferência e de seu “nascimento” como conceito dependente de um método ou de um período.

Porém, no momento de elaboração da obra *Tratamento psíquico ou anímico*, de 1890, o que mais interessava a Freud era a “influência anímica no corpo” citada acima, que correspondia à influência da sugestão fornecida pelo hipnotizador. Assim, Freud nos diz que os efeitos da influência do médico causam: “de um lado, a obediência, mas de outro há um aumento da influência física de uma idéia. A palavra, nesse caso, volta realmente a tornar-se magia”¹²⁸. Esta magia corresponde ao poder do médico em desalojar os sintomas no corpo do paciente. Sobre isso há uma novidade teórica apontada por Pinheiro, de que apesar da desconexão da causalidade da histeria com a localização anatômica, há um vínculo dos fenômenos histéricos com o corpo, este que funcionaria como um representante psíquico (1997). Acrescentamos, porém, que este vínculo já se mostrava desde o início atrelado à própria hipnose, em termos da teoria fisiológica e psíquica, embora esta última em menor evidência, mas em relação a qual Freud reconhecia que intervenções psicológicas deveriam atingir o mecanismo histérico. Mas é verdade que durante a fase de emprego da técnica hipnótica ele não havia ainda desenvolvido em sua obra a complexidade da relação do discurso corriqueiro do paciente com a fisiologia do corpo, ou os possíveis efeitos de uma simbolização¹²⁹ de sua experiência, como percebe mais tarde na valorização da expressão verbal dada na ab-reação:

Sou de opinião, contudo, que quando um histérico cria uma expressão somática para uma idéia emocionalmente colorida, através da simbolização, isso depende menos do que se poderia imaginar de fatores pessoais ou voluntários. Ao tomar uma expressão verbal ao pé da letra e sentir uma ‘punhalada no coração’ ou uma ‘bofetada no rosto’ após um comentário depreciativo vivido como um fato real, o histérico não está tomando liberdades com as palavras, mas simplesmente revivendo mais uma vez as sensações a que a expressão verbal deve sua justificativa.¹³⁰

¹²⁸ FREUD. *Tratamento psíquico ou anímico* (1890), p. 282.

¹²⁹ O termo simbolização está presente no texto referido.

¹³⁰ FREUD. *Estudos sobre a histeria* (1895), p.136.

Anteriormente, em *Tratamento psíquico*, ao contrário de reconhecer a expressão verbal em seu efeito de simbolização, ele se referia a esta relação, do vínculo psíquico do paciente com seus sintomas pelo corpo, como uma mágica que dotava o médico de um poder semelhante ao de um curandeiro ou sacerdote. De fato, quando colocada assim, a relação clínica se tornava demasiadamente concentrada na atividade médica, mas por outro lado, dependia totalmente da fé ou confiança que o paciente lhe depositava para que pudesse alcançar o efeito fisiológico causado pela palavra.

Não deixemos de observar ainda que este efeito de simbolização observado em *Estudos* já referia uma origem psíquica de uma teoria baseada na experiência vivenciada externamente, como seria no caso do trauma definido até então, cujas conseqüências de alterações fisiológicas transpareciam no corpo. Assim, seria prudente ponderarmos sobre a consideração do corpo como um representante psíquico neste ponto da teoria freudiana, uma vez que este seria essencialmente ainda um reflexo das alterações fisiológicas, estando os aspectos psíquicos subordinados na teoria.

Dessa forma, a consideração do corpo ou do discurso do paciente se mostrava ainda principalmente atrelada a efeitos fisiológicos de descarga de afetos como ficou explicado desde *Comunicação preliminar*, portanto desconectado em muitos pontos do seu alcance psíquico que seria reconhecido com cada vez mais destaque em decorrência da definição avançada do mecanismo transferencial. O que ressaltamos aqui é que indubitavelmente para Freud chegar à fase de reconhecimento que mencionamos precisaria aprofundar-se na consideração do aspecto sexual na etiologia da histeria, como faria nos anos seguintes, em função do impulso que sua significação representaria na construção da sexualidade infantil, da fantasia, do complexo de Édipo e outros mecanismos que explicam o psiquismo considerando a dimensão inconsciente.

Portanto, declaramos que o gradativo avanço da consideração do aspecto sexual e psíquico na pesquisa etiológica apresentou idêntico movimento ao observado e descrito em relação à resistência e transferência. Adicionalmente, Freud, como médico também deslocou sua posição, que passou a ser a de

analista e, deste modo, movimentava mais uma vez seu ponto de vista acerca das noções de resistência, transferência e sexualidade.

Como viemos afirmando, o papel do aspecto sexual não pode ser elidido das elaborações que resultaram nas pré-condições para a definição do mecanismo da transferência e resistência. A fim de destacar os pontos de encontro dessa tríade, continuaremos acompanhando seus desdobramentos no intuito de mapear sua crescente importância na teoria sobre a formação dos sintomas desde *Histeria*, de 1888, até *A sexualidade na etiologia das neuroses*, de 1898, buscando inclusive detectar um movimento que desencadeou a relevância de sua funcionalidade psíquica.

Retomando o percurso até aqui (1895), destaquemos que o elemento sexual foi apresentado cada vez com mais evidência como conteúdo (traumático) da histeria sob o cunho de “vida sexual”. Ressaltamos que esta definição remetia ao seu lugar como um possível problema nos processos fisiológicos normais do sistema nervoso, descrito como uma distribuição de excitações excedentes desencadeadas por estímulos suficientemente aflitivos. Estes estímulos, já admitidos no início, como no verbete *Histeria*, se mostravam relacionados a condições funcionais da esfera sexual, principalmente para as mulheres, atesta Freud, por sua significação psíquica, mas aqui considerada somente como uma consequência de um evento:

O trauma é uma causa incidental freqüente da doença histérica, em dois sentidos: primeiro, porque a disposição histérica, anteriormente não detectada, pode manifestar-se por ocasião de um trauma físico intenso, que se acompanha de medo e perda momentânea da consciência; em segundo lugar, porque a parte do corpo afetada pelo trauma se torna sede de uma histeria local.¹³¹

Inclusive no reconhecimento de distúrbios de natureza psíquica da histeria, descritos como “alterações no curso e na associação de idéias, inibições na atividade da vontade, exagero e repressão dos sentimentos etc.”, encontramos sua redução à simples “*alterações na distribuição normal, no sistema nervoso,*

¹³¹ FREUD. *Histeria* (1888), p.87.

*das quantidades estáveis de excitação (...)*¹³². Seguindo este raciocínio, se as modificações psíquicas assinaladas como o fundamento do estado histérico são localizadas numa esfera da atividade cerebral inconsciente, é porque se referem a uma falta de controle totalmente dependente de termos neuronais. Ou seja, se Freud admite que há uma influência do anímico sobre o físico, esta seria desencadeada por uma origem fisiológica.

Este seria mais um fator, muitos pensariam, que poderia ter dificultado para Freud o início do processo de construção do método psicanalítico e de sua trama conceitual. Contudo, demonstramos nesta pesquisa que esse começo se deu repleto de elaborações teóricas nuançadas apesar dos pontos de indefinição. Nesse sentido é verificável nos textos freudianos um desacento ascendente relativo aos processos fisiológicos da histeria, em favor dos psíquicos e culturais, mas não seu abandono, o que impede de toda maneira a consideração ou a legitimação de caminhos de descontinuidade que justificassem rupturas na obra de Freud. Caropreso argumenta em favor deste ponto de vista: “(...) a reflexão neurológica inicial de Freud se prolonga na metapsicologia que a substitui a partir de certo momento; que essa reflexão neurológica inicial permanece subentendida na metapsicologia posterior reaparecendo de forma explícita de quando em quando”¹³³.

Esse raciocínio é afinado ao de Monzani que comenta as afirmações de Hyppolite, segundo as quais a obra de Freud teria um efeito estimulante quando enfatiza a pesquisa de sentido e decepcionante quando deslocada para o mecanicismo conceitual do positivismo, leitura que acaba muitas vezes cedendo à tentação de uma clivagem dos escritos freudianos. A partir disso declara:

Assinalemos o quanto essa clivagem é estranha ao discurso de Freud, o qual, no decorrer de sua obra, jamais deu a entender que vislumbrava qualquer espécie de contradição entre uma técnica de decifração de sentido operada na prática analítica e a sua montagem teórico-conceitual, que procurava dar conta dessa prática. Aos olhos de Freud,

¹³² FREUD. *Histeria* (1888), p.85.

¹³³ CARPRESO, Fátima. A natureza do psíquico e o sentido da metapsicologia na psicanálise freudiana (2006), p.3.

tudo indica, não havia a menor contradição, o menor espaço, entre esses dois domínios.¹³⁴

Isto posto, se nos remetemos ao *Esboços*, constatamos que a chamada “vida sexual” se encontrava relacionada mais especialmente com a teoria da etiologia presente como apropriada para desencadeamento do trauma “devido ao contraste muito grande que representa para o restante da personalidade e por ser impossível reagir a suas idéias”¹³⁵. Ou seja, já se pode identificar um viés significativo do psicológico presente no termo *idéias*, mas de forma muito modesta, visto que seria de mesma magnitude que eventos de natureza diversa como sustos, ofensas, humilhações ou frustrações. Esta consideração dos aspectos psicológicos contribuiu para a construção da noção de trauma psíquico, definido a partir do princípio de que o sistema nervoso procura manter constante a soma de excitação nas suas relações funcionais mediante descarga motora apropriada ou eliminando-a associativamente vinculada a uma representação semelhante à da original aflitiva, que não pôde eliminar. Sobre isso Freud afirma:

Se partirmos desse enunciado, o qual, aliás, tem implicações de amplo alcance, verificaremos que as experiências psíquicas que formam o conteúdo dos ataques histéricos têm uma característica que lhes é comum. Todas são *impressões que não conseguiram encontrar uma descarga adequada*, seja porque o paciente se recusa a enfrentá-las, por temor de conflitos mentais angustiantes, seja porque (tal como ocorre no caso de impressões sexuais) o paciente se sente proibido de agir, por timidez ou condição social, ou, finalmente, porque recebeu essas impressões num estado em que seu sistema nervoso estava impossibilitado de executar a tarefa de eliminá-las.¹³⁶

O que destacamos, porém, no *Esboços*, é a maior abrangência que o termo “vida sexual” apresenta por estar relacionado a afetos passíveis de serem descarregados na oferecida ab-reação do tratamento. Ponto de vista idêntico

¹³⁴ MONZANI. *Freud: o movimento de um pensamento* (1989), p.71.

¹³⁵ FREUD. *Esboços* (1892), p.193.

¹³⁶ FREUD. *Esboços* (1892) p.196.

continua a ser elaborado em *Comunicação Preliminar* a partir da consideração do trauma que permanece excluído da consciência associativa e do controle da histórica. Mais adiante, no desenvolvimento da teoria em *As neuropsicoses de defesa*, de 1894, fica destacado o papel que a vida sexual desempenha nas neuroses, servindo de justificativa para a origem de representações psíquicas denominadas inconciliáveis a partir de um viés nitidamente psicológico denotado no termo *afeto aflitivo*:

Em todos os casos que analisei, era a *vida sexual* do sujeito que havia despertado um afeto aflitivo, (...) resta-me apenas relatar que, até o momento, não deparei com nenhuma outra origem. Ademais, é fácil verificar que é precisamente a vida sexual que traz em si as mais numerosas oportunidades para o surgimento de representações incompatíveis.¹³⁷

Ressaltamos que algumas características referentes à noção de representação incompatível, já estavam anunciadas desde *Resenha de hipnotismo*, de 1889, em elementos correspondentes ao do poder de modificação do psiquismo que a sugestão apresenta nas relações cotidianas, relativo a uma espécie de repressão de idéias impróprias que, eram substituídas por outras mais adequadas. Dessa forma, o que foi introduzido nesta obra que trata da defesa, foi a relação do conteúdo sexual com a existência de um substrato psíquico da mente inconsciente, uma vez que as lembranças recalcadas não deixam de existir, como Freud exprime neste parágrafo:

Quando alguém com predisposição à neurose carece da aptidão para a conversão, mas, ainda assim, parece rechaçar uma representação incompatível, dispõe-se a separá-la de seu afeto, esse afeto fica obrigado a permanecer na esfera psíquica. A representação, agora enfraquecida, persiste ainda na consciência, separada de qualquer associação.¹³⁸

¹³⁷ FREUD. *As neuropsicoses de defesa* (1894), p.59.

¹³⁸ FREUD. *As neuropsicoses de defesa* (1894), p.58-59.

A propósito, haveria ainda nesta obra de 1894, indicações sobre a teoria de defesa que podemos relacionar à arbitrariedade da vida anímica do paciente já mencionada em 1890 e posteriormente relacionada a um movimento da vontade - elemento nomeado em 1892 sob um aspecto denominado contravontade¹³⁹ - definida inclusive como “força que criou e mantém os sintomas” que, a esta altura, remete de forma quase que direta ao mecanismo da repressão e resistência como elementos psíquicos alheios ao controle do paciente ou do médico, como fica sugerido nesta passagem:

Além disso, as mais inequívocas declarações dos pacientes evidenciam o esforço de vontade e a tentativa de defesa enfatizados pela teoria; e pelo menos num bom número de casos os próprios pacientes informam-nos que sua fobia ou obsessão apareceu pela primeira vez depois que um esforço de vontade aparentemente atingiu seu objetivo com êxito. “Certa vez me aconteceu uma coisa muito desagradável, e tentei com muito empenho afastá-la de mim e não pensar mais nisso. Finalmente, consegui, mas aí me apareceu essa outra coisa, de que não pude livrar-me desde então”. Foi com essas palavras que uma paciente confirmou os pontos principais da teoria que aqui desenvolvi.¹⁴⁰

Ou seja, apesar do esforço de vontade ou de resistência ao retorno de uma coisa desagradável, ela retorna associada à outra coisa que o incomoda da mesma forma, uma definição interessante para o fenômeno do sintoma histérico, cuja origem continuaria a ser pesquisada por Freud em *Estudos*. Embora a importância do aspecto psíquico sexual continuasse a se desenvolver, notamos que estes insistiam em serem dirigidos à esfera fenomenológica de explicação. Ou seja, por mais que o conteúdo sexual fosse considerado fonte de um trauma, dizia respeito a efeitos psíquicos de um acontecido que por alguma incompatibilidade com a personalidade, devido a fatores culturais e maturacionais - como é o caso dos ocorridos na infância - tiveram que ser recalçados ou elididos da consciência

¹³⁹ Como afirmamos anteriormente, Freud discute a teoria sobre a origem dos sintomas histéricos através do que chama de contravontade, exemplificando-a pelo comportamento histérico de fazer o contrário do que justamente mais se quer, ou seja, livrar-se de um sofrimento ocasionado por situações indesejáveis, veiculadas pelo sintoma histérico. Desta forma, chama a atenção para as idéias inibidas pela consciência normal, nomeadas de idéias antitéticas aflitivas que ocupariam primeiro plano no momento da disposição para a histeria.

¹⁴⁰ FREUD. *As neuropsicoses de defesa* (1894), p.59.

do sujeito. O sintoma fica então definido como uma forma de retorno do que foi recalçado, mas de forma confusa, escamoteada devido às associações que teve que realizar para passar pela resistência. Assim, Freud dispunha de uma construção da etiologia que coincidia com um método de cura disposto a eliminar as resistências para que as representações aflitivas fossem reavaliadas e corrigidas e, conseqüentemente, acomodadas no sistema psíquico do paciente sem que houvesse maiores implicações.

Mas, como vimos, as resistências não seriam tão fáceis de serem eliminadas, fazendo supor que havia sempre algo mais a ser desvendado a partir da notável arbitrariedade anímica dos pacientes no tratamento. Sendo assim, em *A Hereditariedade e a etiologia das neuroses*, de 1896, Freud continua oferecendo questões a respeito de causas específicas da neurose e expondo as razões através das quais a crença na vida sexual como fonte específica dos sintomas das neuroses - dentre elas seguramente a histeria - se justificaria. Estas constatações forneceria as bases para a construção de sua teoria da sedução. Por conta disso Freud conclui: “Creio mesmo que a decisão quanto ao desenvolvimento de uma das duas neuroses, histeria ou obsessões, em determinado caso, não provém da hereditariedade, mas de uma característica especial do evento sexual na tenra infância”¹⁴¹. Mas somente dois anos depois é que afirmaria uma inversão dos fatores responsáveis pela etiologia da histeria:

O que penso, antes, é que, além de todos os conhecidos fatores etiológicos já reconhecidos por essas autoridades — provavelmente de forma acertada — como conducentes à neurastenia, os fatores sexuais, que até hoje não foram suficientemente apreciados, também devem ser levados em conta. Em minha opinião, porém, esses fatores sexuais merecem que se lhes conceda um lugar especial na série etiológica. Porque só eles nunca estão ausentes de todos os casos de neurastenia, só eles são capazes de produzir a neurose sem nenhuma ajuda adicional, de modo que os outros fatores parecem reduzir-se ao papel de etiologia auxiliar e complementar, e só eles permitem ao médico reconhecer

¹⁴¹ FREUD. *A Hereditariedade e a etiologia das neuroses* (1896), p.155.

relações sólidas entre sua natureza diversificada e a multiplicidade dos quadros clínicos.¹⁴²

E continua:

A hereditariedade é sem dúvida um fator importante, quando está presente; possibilita a manifestação de um forte efeito patológico onde, de outra maneira, o resultado seria apenas um efeito muito fraco. Mas a hereditariedade é inacessível à influência do médico; todos nascem com suas próprias tendências hereditárias à doença e nada podemos fazer para alterá-las. Tampouco devemos esquecer que é precisamente na etiologia das neurastenias¹⁴³ que devemos, necessariamente, negar o primeiro lugar à hereditariedade.¹⁴⁴

Não devemos esquecer que Freud ainda teria constituído, a despeito disso, uma teoria da sedução em que a histérica é sempre vítima, na infância, dos abusos sexuais cometidos pelos adultos, na maioria das vezes os próprios pais, fatos posteriormente reconhecidos como fantasiosos. Mas mediante as constatações acerca da centralidade do aspecto psíquico sexual, levaria pouco tempo de mais observações clínicas e elaborações teóricas para que se pudesse saber do papel da *fantasia* na causa da histeria, o que delimitaria com mais segurança o aspecto psíquico do papel da sexualidade na etiologia da histeria.

A partir daqui, portanto, demonstraremos de que forma ocorreu a rearticulação da função que estas noções assumiram em sua teorização. Assim, abordaremos estrategicamente momentos posteriores de sua elaboração teórica,

¹⁴² FREUD. *A sexualidade na etiologia das neurose*. (1898), p.258.

¹⁴³ Para apresentar uma distinção entre neurastenia e histeria e ainda sua localização entre as mais diversas neuroses referidas nos argumentos de Freud, relativos ao estudo da etiologia realizado nesse período considerado pré-psicanalítico, recorreremos ao *Dicionário de psicanálise* (1995), de Roland Chemama. Segundo esse autor: “De um lado, (Freud) situa a neurastenia e a neurose de angústia, cujos sintomas se originam diretamente da excitação sexual, sem a intervenção de um mecanismo psíquico (estando a primeira ligada a um modo de satisfação sexual inadequado, a masturbação, e a segunda, à ausência de satisfação). (...) Essas neuroses, às quais iria ulteriormente acrescentar a hipocondria, serão chamadas de ‘neuroses atuais’. Do outro lado, situa as neuroses nas quais ocorre um mecanismo psíquico de defesa (o recalçamento), denominando-as ‘psiconeuroses de defesa’. Nessas, o recalçamento é exercido em relação às representações de ordem sexual consideradas ‘inconciliáveis’ com o eu, o que determina os sintomas neuróticos. Na histeria, a excitação, desligada da representação pelo recalçamento, é convertida ao domínio corporal; nas obsessões e na maioria das fobias, a excitação permanece no domínio psíquico, sendo deslocada por outras representações (*As neuropsicoses de defesa*, 1894)” (p.140-141).

¹⁴⁴ FREUD. *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898), p.258.

onde encontraremos os mecanismos de resistência, transferência e sexualidade já em avançada elaboração.

Os argumentos de Freud no texto *Sobre a psicoterapia*, de 1905, em favor da sugestão trazem um alerta sobre a influência psíquica do médico no processo de cura. Partem do pressuposto de que a técnica sugestiva não seria um procedimento terapêutico moderno, ou seja, os médicos já realizavam uma espécie de indução à cura através do estímulo à “expectativa crédula” dos pacientes. O que é ressaltado, porém, é “que constitui uma desvantagem deixar tão completamente entregue aos enfermos o fator psíquico da influência que os senhores exercem sobre eles”¹⁴⁵. É importante observar que o próprio Freud continua sendo enfático a este respeito, no artigo *Observações sobre o amor transferencial*, de 1915, ao afirmar que o médico é quem evoca esse fator na medida em que institui o tratamento, sendo que é preciso reavaliar sua posição para considerá-lo como instrumento de cura da neurose.

Ainda em 1905, Freud acrescenta: “Um fator que depende da disposição psíquica do doente contribui, sem que tenhamos essa intenção, para o resultado de qualquer procedimento terapêutico introduzido pelo médico, quase sempre num sentido favorável, mas também com freqüência num sentido inibitório”¹⁴⁶. Indicando que suas construções teóricas já estariam avançando no sentido da explicação da manifestação transferencial percebida subseqüentemente como negativa, ou seja, de seu viés como resistência.

Quando passamos à obra *Sobre o início do tratamento*, de 1913, identificamos que o mecanismo da resistência permanece concebido como um aliado do sintoma, sendo responsável inclusive pela manutenção da dinâmica da repressão e assim passa a requisitar sua eliminação no processo de cura, pela via da rememoração ou reconstrução de lembranças em busca de seu sentido e conseqüente esclarecimento da situação originária da neurose, alcançadas pela associação livre. Desta forma, o efeito esperado desse esclarecimento ao paciente permanece declarado, desde *Estudos*¹⁴⁷, como relacionado com a superação da resistência, sob pena de que em caso de fracasso, invalide os esforços do analista

¹⁴⁵ FREUD. *Sobre a psicoterapia* (1905), p.245.

¹⁴⁶ FREUD. *Sobre a psicoterapia* (1905), p.245.

¹⁴⁷ *Estudos sobre a histeria* (1895).

em comunicar sentidos ao paciente, já que no momento de constituição do sintoma as resistências aliadas ao mecanismo de repressão foram responsáveis pelo “não querer saber”¹⁴⁸ que resultou num sintoma psíquico. Justamente por isso, nem sempre o simples esclarecimento seria suficiente para vencê-la, antes, em momento inadequado poderia até mesmo potencializá-la.

Portanto, de início, a comunicação do analista ao analisando pode até mesmo atuar como um despertador de resistências, mas que, diz Freud, “depois, quando estas forem superadas, estabelece um processo de pensamento no decorrer do qual a influência esperada da recordação inconsciente acaba por realizar-se”¹⁴⁹. Ou seja, está apontado um contexto do tratamento que pode levá-lo ao sucesso, ou inclusive ao fracasso, o da transferência, que aqui encontramos definida como uma espécie de projeção de sentimentos à pessoa do analista, “que já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico”¹⁵⁰, ou seja, representações inconscientes participantes do processo de formação de sintoma que encontram, na relação com o médico, uma forma de projeção ou mesmo de realização.

Mas estas constatações dependeriam ainda da construção sobre o vínculo que a influência psíquica do médico mantém com a libido do paciente. Portanto, retomando a citada dimensão amorosa na relação entre médico e paciente, já apontados em 1890 e retomados por Freud com grande destaque somente 15 anos depois, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, observamos numa nota sobre a crédula submissão do hipnotizado perante o hipnotizador, o início da elaboração da hipótese sobre a essência da hipnose residir na fixação inconsciente da libido no médico, ou na pessoa do hipnotizador.

Ele avança, e em *Dinâmica da transferência*, de 1912, advertindo que a própria transferência, mesmo como mecanismo que permite acesso à história do

¹⁴⁸ Aspecto mencionado pela primeira vez no texto *Estudos sobre a histeria* (1895): “Assim, uma força psíquica, uma aversão por parte do ego, teria originariamente impelido a representação patogênica para fora da associação e agora se oporia a seu retorno à memória. O ‘não saber’ do paciente histérico seria, de fato, um ‘não querer saber’ — um não querer que poderia, em maior ou menor medida, ser consciente. A tarefa do terapeuta, portanto, está em superar, através de seu trabalho psíquico, essa resistência à associação”. (FREUD, 1895, p.284)

¹⁴⁹ FREUD. *Sobre o início do tratamento* (1913), p.157.

¹⁵⁰ FREUD. *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1917), p. 443.

paciente, já é ela “a arma mais forte da resistência”¹⁵¹, uma vez que também amplia consideravelmente o obstáculo ao sucesso terapêutico. Aponta assim para um fato que reconfigura a própria transferência, pois, lembra que “a idéia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, porque ela satisfaz a resistência”¹⁵². Insistimos na hipótese de que esta concepção estava prematuramente presente, mesmo que Freud não tenha tido condições de destacá-la, já na relação entre médico e paciente dada na hipnose, a exemplo da resistência em deixar-se hipnotizar. Já naquela época a oposição se dava em função de peculiaridades anímicas dos pacientes, - que podemos identificar agora como referida inclusive à sua libido, nomeada outras vezes como sentimentos ou representações inconscientes - que deveriam ser eliminadas para que se atingisse “o ideal do tratamento anímico”¹⁵³.

Ainda rememorando, encontramos a relação entre médico e paciente reconhecida como possível entrave ao tratamento em *Estudos sobre a histeria*, em que Freud destacaria uma espécie de resistência externa à técnica, quando ainda não considerava esse relacionamento clínico como instrumento direcionador da cura. Sobre isso diz:

Mas existe ainda uma terceira possibilidade que da mesma forma testemunha a presença de obstáculo, porém um obstáculo externo, e não inerente ao material. Isso acontece quando a relação entre o paciente e o médico é perturbada e constitui o pior obstáculo com que podemos deparar. No entanto, podemos esperar encontrá-lo em qualquer análise relativamente séria. (...) O empenho do médico e sua cordialidade têm que bastar na condição desse substituto. Ora, quando essa relação entre a paciente e o médico é perturbada, a cooperação da primeira também falha; quando o médico tenta investigar a representação patogênica seguinte, o paciente é retido pela interposição da consciência das queixas que nele se acumulam contra o médico”¹⁵⁴

¹⁵¹ FREUD. *Dinâmica da transferência* (1912), p.115.

¹⁵² FREUD. *Dinâmica da transferência* (1912), p.115.

¹⁵³ FREUD. *Tratamento psíquico* (1890), p.286.

¹⁵⁴ FREUD. *Estudos* (1895), p. 42.

Sobre isso, Strachey declara que Freud “Já tivera um vislumbre de sua impressionante natureza (da transferência), e talvez já tivesse começando a reconhecer que ela iria revelar-se não só um obstáculo como também mais um instrumento fundamental da técnica psicanalítica”¹⁵⁵.

Quanto a isso, em suas elaborações posteriores Freud aponta na obra de 1912 que seria preciso reconhecer que os nomeados “sentimentos inconscientes” transferidos para a figura do médico já são um tipo de deformação, como as demais já empreendidas pelo psiquismo. Isso quer dizer que enquanto manifestação psíquica, ela constitui uma expressão e mesmo um efeito da resistência, já que a transferência satisfaz a resistência na medida em que a figura do analista vem ocupar o lugar do reconhecimento do conflito psíquico. Ele nos diz ainda que o trabalho da resistência utiliza, no momento adequado, a cota de amor como obstáculo à continuidade do tratamento já que muda o foco das atenções e altera a posição do analista na relação. Sendo que nesse ponto Freud retoma o correlato psíquico amoroso já mencionado nas análises empreendidas durante o hipnotismo, mas aqui destacando, inclusive, como um possível obstáculo.

No entanto, apesar de demonstrar como a transferência intervém na condição de obstáculo à eficácia terapêutica, Freud afirma que na terapia analítica “todo conflito tem de ser combatido na esfera da transferência”¹⁵⁶. É justamente aí que intervém o analista, pois esse acréscimo de obstáculo reconhecido demanda uma atuação ainda mais eficaz já que o trabalho analítico persevera na intenção de livrar a paciente de suas aflições. Segundo Freud, o analista “tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve de modo igualmente resolutivo recusar-lhe qualquer retribuição”¹⁵⁷. Lembremos que seu otimismo já havia sido externado, dois anos antes, quando afirmou que “é nesse campo que a vitória deve ser conquistada – vitória cuja expressão é a cura permanente da neurose”¹⁵⁸. Assim, o manejo dos desdobramentos da transferência constitui o grande desafio do

¹⁵⁵ STRACHEY. Obras completas de Freud (1969) (volume II) p.21.

¹⁵⁶ FREUD. *Dinâmica da transferência* (1912), p.115.

¹⁵⁷ FREUD. *Observações sobre o amor transferencial* (1915), p. 183.

¹⁵⁸ FREUD. *Dinâmica da transferência* (1912), p.119.

analista, na medida em que, por sua prática, torna “imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente”¹⁵⁹.

A partir do que foi dito nos cabe o questionamento sobre que tipo de intervenção o analista realiza para promover tal alteração. Ora, Freud reconhece no paciente um desejo de ser curado proveniente de seu próprio sofrimento que busca alívio, mas que não o obtém sozinho, pois segundo argumenta, seu ego não dispõe de energia para se opor à resistência e de orientação quanto aos caminhos a seguir. Nesse caso, diz:

(...) o tratamento analítico ajuda a remediar ambas deficiências. Fornece as quantidades de energias necessárias para superar as resistências, pela mobilização das energias que estão prontas para a transferência; e, dando ao paciente informações no momento correto, mostra-lhe os caminhos ao longo dos quais deve dirigir essas energias.¹⁶⁰

A expectativa é de que esse movimento, pelo manejo do processo transferencial proporcione o alívio de seu sofrimento psíquico, um dos avatares da cura. Recorreremos à obra *Recordar, repetir e elaborar* na qual a inclusão, pela primeira vez, da noção de compulsão à repetição traz contribuições para a compreensão da relação transferencial com a ação terapêutica. Nesta obra Freud rememora as diferentes técnicas pelas quais passou sua carreira, desembocando “na arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá¹⁶¹ aparecem, e torná-las conscientes ao paciente”¹⁶². A partir disso ele passa a reconhecer que em lugar da recordação acerca do reprimido, possibilitada pela intervenção da nova técnica analítica, o que de fato ocorre ao paciente é uma atuação acerca do reprimido, isto é, ele, ao invés de lembrar de seu conteúdo psíquico, repete-o sem saber que está repetindo na forma de uma ação. A transferência é capitalizada na medida em que o analista consegue mostrar ao

¹⁵⁹ FREUD. *Dinâmica da transferência* (1912), p.115.

¹⁶⁰ FREUD. *Sobre o início do tratamento* (1913), p. 157.

¹⁶¹ Aqui se refere à superfície da mente do paciente.

¹⁶² FREUD. *Recordar, repetir e elaborar* (1914), p.163.

paciente o quanto do conflito atual há de repetição de um pretérito, o que, como diz Freud, “desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança”¹⁶³.

De acordo com Joel Birmam, em seu artigo *Sujeito e estilo em psicanálise*, de 1995, esse texto de Freud nos indica:

...os limites insuperáveis do processo de rememoração em análise e o impacto da repetição na cena analítica. (...) não é certamente a mesma coisa rememorar por meio de atos e pela mediação de palavras. (...) Portanto o que esse ensaio indica de forma crucial são os limites do processo de representação em análise e no psíquico.¹⁶⁴

Assim, mesmo com a identificação de um obstáculo ao método associativo, a esta altura não interessava mais a Freud realizar alterações em sua técnica, mas sim se voltar à construção vigente de seu aparato teórico, em busca de um encaixe para mais esta constatação clínica que iniciará outra série de deslocamentos na elaboração dos conceitos avalizada até esse momento. Dessa forma, esse processo é doravante pensado como inerente ao tratamento, como uma compulsão a repetir que caracteriza a maneira de recordar do paciente, processo esse que evidentemente está relacionado diretamente com a transferência e com a resistência, isto é, a repetição aparece como conteúdo transferido do passado esquecido com o seguinte adendo; é tanto mais encenado (portando de início não recordado) quanto maior a intensidade da resistência. Ele resume sua tese da seguinte forma; “aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência”¹⁶⁵.

Por conta dessa visão, cada vez mais ampla acerca da atuação da resistência, Freud atinge o auge de sua expectativa na possibilidade de conversão de um conflito psíquico passado em uma vivência atual, incorporando essa visão à pretensão de cura, ou seja, redirecionando o objetivo do método. Tal consideração deverá colocar o conflito pretérito “dentro do campo e alcance do tratamento e, enquanto o paciente o experimenta como algo real e contemporâneo, temos de fazer sobre ele nosso trabalho terapêutico, que consiste, em grande parte, em

¹⁶³ FREUD. *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1917), p. 445.

¹⁶⁴ BIRMAN. *Sujeito e estilo em psicanálise* (1995), p.39.

¹⁶⁵ FREUD. *Recordar, repetir e elaborar* (1914), p.167.

remontá-lo ao passado”¹⁶⁶. A eficácia pretendida com esse recurso que proporciona uma evocação de fragmentos da vida real, não pode, como pensou Freud, ser inócuo, antes, diz ele, “ocasiona uma mudança na atitude consciente do paciente para com sua doença”¹⁶⁷.

Pensado dessa forma, o objetivo do tratamento analítico se remodela, no sentido de pavimentar o caminho para a reconciliação do paciente com seu material reprimido - que, em análise, apareceu como sintoma e tornado consciente pela transferência - permitindo-lhe preparar-se para ter conhecimento em relação a ele, suprimindo a dor psíquica, o que corresponde em nosso entender a uma revisão bastante radical da perspectiva inicial de cura analítica: ela consiste no “sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma neurose de transferência, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico”¹⁶⁸. Sobre isso continua Freud, “o médico nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem continuamente apressado”¹⁶⁹. Tudo isto evidencia o fluxo contínuo de desdobramentos que acometeram as noções de resistência, transferência e sexualidade, organizadas nesta perspectiva a partir do fio condutor da eficácia de cura.

Dessa forma, com os últimos argumentos esperamos ter exposto alguns dos desdobramentos principais dos mecanismos, como dito, de transferência, resistência e sexualidade, seguindo um deslocamento que, em nosso entender, sutura a fratura entre o que foi denominado período pré-psicanalítico e o psicanalítico, propriamente dito. Assim, concluímos com a sensação de termos proporcionado ao leitor uma boa compreensão acerca da interpretação que nos propusemos sustentar aqui, a de um movimento constante e ininterrupto, como dito acima espiralado, de articulações e rearticulações de noções e conceitos que caracterizou o legado de Freud.

¹⁶⁶ FREUD. *Recordar, repetir e elaborar* (1914), p.167.

¹⁶⁷ FREUD. *Recordar, repetir e elaborar* (1914), p.167.

¹⁶⁸ FREUD. *Recordar, repetir e elaborar* (1914), p.170.

¹⁶⁹ FREUD. *Recordar, repetir e elaborar* (1914), p.171.

Considerações finais

Como conseqüência do objetivo anunciado na apresentação dessa pesquisa, cremos ter contribuído para a construção de uma lógica diferenciada de leitura e interpretação do percurso de elaboração teórica de Freud. Perseguimos o objetivo de contribuir para a construção de uma perspectiva de movimento e de permanência na construção teórica, em oposição particularmente à interpretação que sugere rupturas e cortes no percurso e que se vale de noções como descoberta e nascimento. Assim, julgamos ter apresentado uma interpretação alternativa com o apontamento de uma transição entre o que ficou conhecido como período pré-psicanalítico e o psicanalítico, propriamente dito. Por conta disso, mostramos em que medida noções como transferência, resistência e sexualidade, desde sempre relevantes, foram partícipes da constituição e sustentação, consideradas “definitivas” da psicanálise e de seu método fundamental, e não uma decorrência de sua elaboração, isto é, que mantiveram uma reciprocidade constitutiva.

Resta-nos, ainda para efeito de conclusão, apontar de forma sintética, o que sustentou nossa opinião sobre o movimento de elaboração teórica de Freud, ou seja, a consideração das noções de transferência, resistência e sexualidade, de certa forma sempre presentes, acrescentando agora, que foram reconhecidas e instrumentalizadas segundo estatutos variados, e mesmo nuançadas, ao longo da obra. Apontamos assim para o fato de sua presença, como vimos, desde o período inicial, o que já lhes imprime um caráter constante e não de presença surpreendente e inédita nascida de circunstâncias especiais. Sendo assim, elas próprias passaram por processos (i)rregulares de elaboração, ocupando em diferentes momentos, diferentes papéis. Tomando a relação transferencial como exemplo, rememoremos que essa noção ocupou desde o período em que, pensada simplesmente como algo da relação médico/paciente, não sugeria ou não era concebida como algo que possibilitasse mais do que uma oportunidade do médico exercer influências terapêuticas sobre a paciente. Posteriormente, vimos essa mesma influência passa a ser, digamos, capitalizada como instrumento de enfrentamento da resistência da paciente, pelo manejo possibilitado de sua

função. Na medida em que a resistência vai progressivamente sendo relacionada à sexualidade temos, por fim, o entrelaçamento das três noções.

Vimos, desde o primeiro capítulo, que a influência do médico foi, no trânsito entre os métodos, cada vez mais valorizada como recurso no tratamento. Julgamos importante registrar que sua influência era reconhecida bastante precocemente em relação à própria capacidade de hipnotizar a paciente, isto é, que já estava relacionada à sua execução, tanto como elemento facilitador, quanto como elemento obstaculizador. É igualmente importante registrar que, no uso da hipnose, a capacidade de influência do médico sobre a paciente, nos casos bem sucedidos, bem como a recusa que frequentemente recebia, nos casos mal sucedidos, explicitam uma íntima articulação e interdependência entre os fatores da transferência e os da resistência, o que progressivamente foi levado em conta por Freud. Devemos reconhecer que fica difícil para o leitor, mesmo o atento, concluir se o destaque dado por Freud à suscetibilidade da paciente em relação ao médico ocorria mais em relação aos momentos em que reconhecia que havia uma excessiva boa vontade dela em obedecer às sugestões, numa perspectiva positiva, ou se ocorria em relação aos momentos em que a paciente resistia em se submeter à sugestão, numa perspectiva negativa. De qualquer forma, o que não se pode negar, é que para Freud, o tratamento sempre esteve ligado às nuances dessa relação afetiva.

O importante é notarmos que a influência do médico, mais tarde definida no interior da relação transferencial, foi desde o início pensada tanto como incentivo quanto obstáculo à terapia. Porém, num momento posterior, como vimos, sem desconsiderar os entraves que provoca, recebeu um reforço quanto à possibilidade de proporcionar sucesso, justamente pela noção de manejo transferencial, o que faz dela algo alçado a um plano superior de atuação terapêutica, isto é, um mecanismo que passa a ser capitalizado como instrumento de enfrentamento das resistências do paciente.

Em relação ao papel da sexualidade na etiologia da histeria, percebemos sua consideração num movimento de transitoriedade que vai, da função fenomenológica, relativa a práticas sexuais; e neurológica, como possível estímulo causador de energia excedente e potencialmente patológica, para a crescente

exposição de sua funcionalidade, em seus aspectos psíquicos e inclusive culturais, já observados de certa forma desde *Esboços*, de 1893, a partir de seu valor como conteúdo representativo passível de provocar afetos aflitivos. Esta representatividade sexual se torna, com gradativa clareza, alvo declarado do mecanismo de resistência como percebemos desde a obra *Estudos*, de 1895.

O que ressaltamos, porém, é sua possível veiculação presente na relação de amor já citada em *Tratamento psíquico*, de 1890, somente posteriormente destacada como impulso sexual inibido em sua finalidade, o que forneceria as condições para a compreensão do viés erótico do laço clínico mencionado em *Estudos*, de 1895. O conjunto dos aspectos existentes, incluindo as suspeitas de Freud em relação aos fatores amorosos ou erotizados na relação entre médico e paciente relatados desde o uso da prática hipnótica, formam em nossa opinião, as noções que seguramente serviram de base para a construção do mecanismo transferencial.

Por fim, tendo tomado sua obra em bloco e por meio do reconhecimento dessas articulações, como dissemos na apresentação, sempre movidas pelo fio condutor da expectativa de cura, pudemos identificar no percurso de Freud um movimento lento, laborioso e ininterrupto, que se desdobrou sempre deslocando o foco e a importância, atribuída em cada fase, de intuições que sempre o acompanharam, inclusive quando a expectativa de cura supera a oferta de remoção do sintoma em direção a uma convivência com ele, e deram sustentação a uma trajetória intelectual de aproximadamente 53 anos¹⁷⁰.

¹⁷⁰ As Obras Completas de Freud abrangem textos de 1886 a 1939.

Bibliografia

ASSOUN, Paul-Laurent. *Freud, a filosofia e os filósofos*. R.J.: Livraria Francisco Alves, 1978.

ETCHEGOYEN, R. Horacio. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FREUD, Sigmund. *Obras completas*. R. J.: Imago, CD ROM, 1969-80.

_____ (1886) *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. R. J.: Imago, vol I., 1969.

_____ (1888) *Histeria*. R. J.: Imago, vol I. 1969.

_____ (1891) *Hipnose*. R. J.: Imago, vol I, 1969.

_____ (1892) *Um caso de curación hipnótica*. Madrid, *Biblioteca Nueva*, 4.ed. 1981.

_____ (1893) *Sobre os mecanismos psíquicos da histeria: Comunicação preliminar*. R. J.: Imago, vol II. 1969.

_____ (1893-95) *Estudos sobre a histeria*. R. J.: Imago, vol II. 1969.

_____ (1900) *Interpretação de sonhos*. R. J.: Imago, vol . 1969.

_____ (1901) *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. R. J.: Imago, vol . 1969.

_____ (1905) *Tratamento psíquico ou anímico*. R. J.: Imago, vol VII. 1969.

_____ (1912) *A dinâmica da transferência*. R. J.: Imago, v. XII, 1969.

_____ (1913) *Sobre o início do tratamento*. R. J.: Imago, v. XII, 1969.

_____ (1914a) *A história do movimento psicanalítico*. R. J.: Imago, v. XII, 1969.

_____ (1914) *Recordar, repetir e elaborar*. R. J.: Imago, v. XII, 1969.

_____ (1915) *Observações sobre o amor transferencial*. R. J.: Imago, v. XII, 1969.

_____ (1917) *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. Conf. XXVII. R. J.: Imago, v. XVI, 1969.

_____ (1909) *Cinco lições de psicanálise*. R. J.: Imago, v. XVI, 1969.

- _____ (1921) *Psicologia de Grupo*. R. J.: Imago, v. XVI, 1969.
- _____ (1925) *Um estudo autobiográfico*. R. J.: Imago, v. XVI, 1969.
- FINGERMANN, Dominique Touchon. *Associação livre: rumo ou âmagô do sintoma?* In II Encontro brasileiro do campo freudiano: “Rumo ao âmagô da cura psicanalítica” Salvador-BA: Escola Brasileira de Psicanálise -18 a 21 de 1998.
- GIUSTI, Maria Eliza. *A descoberta freudiana: uma nova razão*. São Paulo, USP-SP, 2003.
- GRACIÁN, Baltazar (1601–1658). *Arte da prudência*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- JONES, Ernest. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1989.
- MASOTTA, Oscar. *O comprovante da falta: lições de introdução à psicanálise*. Campinas-SP.: Papirus, 1987.
- MEZAN, Renato. *Freud: a trama dos conceitos*. S.P.: Perspectiva, 4. ed., 2003.
- MONZANI, Luiz Roberto. *Freud; o movimento de um pensamento*. Campinas-SP: Editora da Unicamp. 2. ed., 1989.
- MOURA, A . H. (Org.) *As pulsões*. São Paulo: Escuta – EDUC, 1995
- PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. *Entre a teoria e a clínica psicanalítica: as propostas terapêuticas em Freud*. Rio de Janeiro, IP, UFRJ, 1997.
- PRADO, Jr. Bento (org.). *Filosofia da psicanálise*. S.P.: Brasiliense, 1990.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *A história da psicanálise na França a batalha dos cem anos*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, vol I, 1989.
- SELDES, Ricardo. *Indicações e contra-indicações: uma resistência à inércia*. Opção lacaniana, revista internacional de psicanálise. São Paulo - SP: Edições Eolia, n. 40, Agosto. 2004.
- SIMANKE, Richard Theisen. *A formação da teoria freudiana das psicoses*. R.J.: Editora 34, 1994.

