

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Maria Rosa Ferrucci Monção

**A CONSTITUIÇÃO DO MÉTODO TERAPÊUTICO DA PSICANÁLISE (1888 –
1900): INTERDEPENDÊNCIA ENTRE TÉCNICA E TEORIA EM FREUD**

MARINGÁ

2016

MARIA ROSA FERRUCCI MONÇÃO

**A CONSTITUIÇÃO DO MÉTODO TERAPÊUTICO DA PSICANÁLISE (1888 –
1900): INTERDEPENDÊNCIA ENTRE TÉCNICA E TEORIA EM FREUD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Helio Honda

MARINGÁ

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço sinceramente,

Ao meu pai, Edson, pela paciência e confiança tão carinhosamente demonstradas no almoço decisivo de um dia frio de julho de 2013;

À minha irmã mais velha, minha Tatá, Carolina, que, com seu estilo rápido de pensar e seu jeitinho inquieto, estimula-me a sempre caminhar. À minha irmã caçula, Maria Isabel, por sempre demonstrar estar confiante e confortável ao meu lado;

À minha avó, Rosa, por me inspirar diariamente com sua inteligência e sensatez admiráveis; à prima Kênia, pela atenção e cuidados inquestionáveis para com a vó;

Ao professor Helio Honda, pela orientação sempre cuidadosa e delicada, cujas exigências me deixavam cada vez mais confiante;

Aos professores Daniel Kupermann e Eliane Domingues, por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e defesa e por contribuírem de forma honesta, coerente e admirável para um melhor desenvolvimento deste trabalho;

Às minhas mais que amigas: Bárbara, por ampliar meu conceito de família, por sempre me confortar com suas orações sinceras e por se dedicar de forma tão bela à nossa amizade; Thiwae, por saber me acalmar ao ouvir meus gritos de desespero e por aceitar ouvir minhas angústias mais íntimas; Sthephannie, por sua postura sempre otimista e pelo seu jeitinho delicado de sempre buscar compreender meus sentimentos. Ao amigo Natanael, pela paciência e dedicação em me ajudar com algumas e importantes traduções;

Ao Djeison, pela cumplicidade, companhia e estímulo diários e pelo ombro que busquei em muitos momentos;

Aos primos Cássia, Denerval e Sueleni pela recepção carinhosa, almoços e apoio.

Aos companheiros de mestrado, Gustavo, Kelen e Livia, com quem pude dividir angústias, mas também muitas risadas gostosas;

À família Ciabattari, Tia Gio, Milene e Maria Olímpia, por cuidarem tão carinhosamente do - agora nosso - cãozinho Breno, deixando-me tranquila ao me ausentar para estudar;

À professora Nilza Tessaro, por me incentivar sinceramente a encarar o desafio do mestrado;

Às secretárias do PPI, Tânia e Wal, pela prontidão e paciência com os alunos.

À memória de minha mãe, Rosilei,
e de meu avô, Orlando.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo analisar a constituição do método terapêutico da psicanálise nos textos de Freud correspondentes ao período de 1888 a 1900. Para isso, buscou-se elucidar as ideias freudianas iniciais a respeito da etiologia da histeria, correspondente a uma concepção francesa desta patologia que via na hereditariedade sua principal fonte etiológica e a degeneração como consequência dessa herança, impedindo qualquer possibilidade de cura. A hipótese de Freud, contrária a esta etiologia da histeria, começa a ganhar corpo quando ele adota o método de Breuer no tratamento de seus pacientes. Procurou também analisar o modo como ocorreu o abandono do método de Breuer em favor do trabalho com o paciente em vigília, o que levou Freud a se deparar com certos fenômenos que dificultavam o avanço do tratamento e com a noção de resistência. Partindo da noção de representações-meta, buscou explicitar a justificativa teórica para a plausibilidade da técnica da associação livre e do fenômeno da transferência, justificativa que compõe os pilares metapsicológicos da psicanálise enquanto método terapêutico. O método da associação livre busca eliminar a seleção voluntária dos pensamentos, o que significa retirar a censura entre o consciente e o pré-consciente. Contudo, no lugar destas emergem as defesas inconscientes, aquelas existentes entre o pré-consciente e o inconsciente e, por isso, podem ser reveladas. Conclui-se, então, que há uma relação íntima, uma interdependência, entre técnica e teoria na psicanálise, ao menos freudiana, a qual precisa ser reconhecida e conhecida por seus praticantes.

PALAVRAS-CHAVE: método catártico, associação livre, transferência, representações-meta, metapsicologia.

ABSTRACT

This work analyzed the constitution of the psychoanalysis's therapeutic method in Freud's writings in the period of 1888 to 1900. For this purpose, it were elucidated the early Freudian ideas about the etiology of hysteria, that corresponded to a French idea about this pathology, in which the main etiological source was in the heredity and in the degeneration, a consequence from this inheritance, preventing any possibility of healing. Freud's hypothesis, contrary to this etiology of hysteria, begins to take shape when he adopts Breuer's method for treating their patients. This dissertation also tried to analyze how the abandonment Breuer's method took place in favor of working with the patient in a waking state, which led Freud to come across certain phenomena that hindered the advancement of treatment and with the notion of resistance. Following the concept of meta-representations, this dissertation sought to explain the theoretical justification for the plausibility of the technique of free association and the phenomenon of transference, justification that makes up the metapsychological pillars of psychoanalysis as a therapeutic method. The method of free association seeks to eliminate the voluntary selection of thought removing the censorship between the conscious and the preconscious. However, instead of these, the unconscious defenses emerge, those that exist between the pre-conscious and the unconscious, and, therefore, they can be revealed. It follows, then, that there is a close relationship, an interdependence, between technique and theory in psychoanalysis, at least the Freudian one, which needs to be recognized and known by its practitioners.

KEYWORDS: cathartic method, free association, transfer, representations-goal, metapsychology.

SUMÁRIO

Introdução	9
Capítulo 1	18
Origens do método psicanalítico	18
1.1. Etiologia da histeria: concepções iniciais.....	20
1.2. Hipnose e método catártico: uma pré-história da técnica psicanalítica.....	23
1.3. O trabalho terapêutico de Freud nos primórdios da psicanálise: das neuroses às psiconeuroses.....	32
1.4. Do trabalho clínico a uma hipótese sobre a gênese das psiconeuroses: a noção freudiana de defesa.....	34
1.5. A técnica e o desvelamento dos mecanismos psíquicos das psiconeuroses.....	37
1.5.1. Histeria: conversão somática	37
1.5.2. Neurose obsessiva e fobia.....	44
Capítulo 2	47
Técnica e teoria na constituição do processo terapêutico	47
2.1. O abandono da hipnose por Freud e o tratamento em vigília: a descoberta do fenômeno da resistência	47
2.2. A sexualidade na origem das neuroses	52
2.2.1. Etiologia específica das neuroses <i>versus</i> hereditariedade.....	52
2.2.2. A relação entre o método terapêutico e a origem da doença: condições determinantes para o potencial causal de uma cena traumática	55
2.3. Da teoria da sedução à teoria da fantasia	65
2.3.1. A sedução infantil: um trauma real?.....	65
2.3.2. O abandono da hipótese da sedução e a emergência da fantasia.....	73
Capítulo 3	77
Os pilares do método terapêutico da psicanálise: bases teóricas da associação livre e da transferência	77
3.1. Psicoterapia da histeria e interpretação dos sonhos: primórdios da associação livre e transferência	77
3.1.1. A associação livre	77
3.1.2. A Transferência	83
3.1.3. O Deslocamento da excitação e a realização de desejos.....	88
3.2. O papel das representações-meta na associação livre e na transferência: fundamento teórico do método terapêutico da psicanálise	90

CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS	102

Introdução

Freud (1923/2011h) define a psicanálise como um meio de investigar processos psíquicos dificilmente acessíveis de outra forma; um método de tratamento, ou seja, um método terapêutico; e uma disciplina científica nova composta por conhecimentos psicológicos alcançados por esta forma mesma de investigação. Como indica Nogueira (2004), a psicanálise apresenta e é, em si mesma, algo novo, uma vez que não há nenhuma referência anterior à ela. Esta novidade se apresenta em três aspectos, a saber, tratamento, pesquisa e teoria, os quais, segundo o autor, encontram-se sempre unidos. Concordando com ele, Tavares e Hashimoto (2013) relembram que a psicanálise é, sim, fundada em sua prática clínica, em seu fazer; todavia, também surge da elaboração feita exaustivamente por Freud de sua metapsicologia, um arcabouço teórico que dá base para as situações vivenciadas na clínica.

Hermann (1989) considera três esferas, a saber, processo, técnica e teoria e afirma que as três atuam reciprocamente. Para ele, processo é a encarnação do método (caminho para um fim) em uma situação clínica, está ligado ao estilo de cada analista e pode variar; a técnica - a associação livre e a atenção flutuante - é a condução do processo em conformidade com o método, engloba aspectos dos mais abstratos aos mais concretos, como a interpretação que leva em conta a transferência, a interpretação centrada no ponto de angústia, o uso do divã, o tempo de duração da sessão, etc., os quais também são passíveis de mudança. Por fim, a teoria são generalizações organizadas oriundas das interpretações do analista e, também, norteadoras das próximas interpretações. Assim, técnica, teoria e processo são três esferas que se relacionariam mutuamente: “a teoria organiza a técnica, que orienta o processo, que origina a teoria” (p. 18).

Outros autores, como Garcia-Roza (1994), entendem que a prática clínica é derivada, constituída e orientada por uma teoria. “É a teoria enquanto formação discursiva, possuindo regras de constituição de seu objeto, possuindo modalidade de enunciação etc., que faz da prática clínica uma prática específica e irreduzível” (p. 13).

Assim, importantes autores parecem ter opiniões diferentes a respeito do que antecede a que. A presente dissertação tem como objetivo analisar a constituição do método terapêutico da psicanálise nos textos de Freud correspondentes ao período de 1888 a 1900. Procura-se mostrar como, para bem compreender os fundamentos da técnica psicanalítica e sua possibilidade de produzir efeito terapêutico, faz-se necessário

o seu contexto teórico, ou melhor, o desenvolvimento teórico da psicanálise no período em que emerge a técnica.

Para tanto, este trabalho busca retomar genealogicamente o trajeto do “primeiro Freud” (Kupermann, 2008f, p. 67), o Freud anterior à *Interpretação dos sonhos*, para, com isso, compreender sobre quais bases emerge uma técnica psicanalítica com capacidade de gerar efeitos terapêuticos e cura, melhor sistematizada em 1900, em *A interpretação dos sonhos*.

Não pretendemos esgotar essa discussão, nem aprofundá-la demais. Contudo, consideramos que, no período estudado da obra freudiana (1888-1900), fica difícil estabelecer uma linha que separe claramente o desenvolvimento da técnica e o desenvolvimento da teoria. Em outras palavras, a partir do momento em que Freud se interessa pelas históricas, as coisas começam a acontecer de forma tão ligada umas às outras que pensar em uma separação radical parece ser inapropriado.

Para tentar justificar essa proposta e situar algumas das questões que animam a realização deste trabalho, optamos por uma apresentação preliminar e bastante sintética do percurso técnico desse primeiro Freud.

De acordo com Jones (1953/1989c), em torno de 1890, o interesse de Freud estava voltado muito mais à psicopatologia clínica do que à neurologia clínica, embora tenha se tornado um neurologista competente. Seu trajeto é iniciado em seu trabalho clínico com a histeria. Nele, Freud se depara com as limitações das teorias e métodos de estudo da mente existentes até o momento e passa a desenvolver seu próprio método de investigação e cura.

O primeiro método com que se deparou foi a hipnose, utilizada por Charcot para induzir e suprimir sintomas por meio de sugestões. Em sua *Autobiografia*, Freud (1925/2011e) relata que, após abrir mão do trabalho com as doenças nervosas orgânicas, a sugestão hipnótica foi seu principal instrumento de trabalho no início de sua carreira prática, apesar de algumas dificuldades com ela.

Freud (1925/2011e) fora para Nancy, em 1889, para aperfeiçoar sua técnica hipnótica. Ele a utilizava para, além das sugestões, fazer com que o paciente rememorasse experiências esquecidas relacionadas aos sintomas. Para isso, o autor fazia perguntas ao paciente sobre o surgimento de seus sintomas enquanto este se encontrava hipnotizado. A sugestão somada às perguntas, ambas feitas pelo médico ao paciente em hipnose, consistiam na técnica proposta por Josef Breuer, denominada posteriormente método catártico.

Segundo Laplanche e Pontalis (1967/2001), o psicanalista vienense teria abandonado a sugestão hipnótica rapidamente, focando apenas no seu diálogo com o paciente hipnotizado com o objetivo de fazer o paciente trazer à consciência lembranças de experiências relacionadas aos seus sintomas e que havia esquecido. Esperava-se que o paciente revivesse as experiências traumatizantes e descarregasse os afetos reprimidos. Essa descarga dos afetos patogênicos, uma ab-reação, tinha como efeito a catarse, daí o nome método catártico.

Breuer chamou nosso procedimento de *catártico*; o objetivo terapêutico explicitado era fazer com que o montante de afeto empregado na manutenção do sintoma, que caíra em trilhas erradas e nelas permanecera como que entalado, tomasse as vias normais, onde podia chegar à descarga (ab-reagir) (Freud, 1925/2011e, p. 96, grifo do autor).

De acordo com Kupermann (2008f, p. 71), “é isso que faz com que se considere este o momento do nascimento do método psicanalítico propriamente dito, ainda que de forma rudimentar: *coincidência entre investigação e terapêutica*”. A investigação pela origem do sintoma do paciente coincidia com o fato de, ao reviver o momento de sua formação, o sintoma desaparecia, mesmo que apenas temporariamente.

Devido a alguns problemas com o hipnotismo, Freud (1950/2011f) abandonou esta técnica. Em seu lugar, passou a aplicar a técnica da pressão na testa, utilizada por Bernheim. Consiste em, após o paciente acordar da hipnose, pressionar-lhe a testa com as mãos e afirmar com insistência que ele se recordaria de tudo o que ocorrera enquanto estava em estado de sono. Realmente, com insistência do terapeuta, o paciente retomava as lembranças esquecidas.

Ao abandonar a técnica da pressão por considerá-la cansativa e não livre de objeções, Freud (1925/2011e) desenvolveu a associação livre. Esta passou a ser considerada a regra fundamental da psicanálise, pois cumpria o propósito de levar à consciência o material reprimido.

De modo abreviado, este teria sido o percurso técnico de Freud que se iniciou com a clínica da histeria e que alcança a associação livre e a interpretação. Todavia, os desenvolvimentos do autor no campo da terapia, ou seja, as mudanças do método de análise, não estariam desvinculadas de noções teóricas sobre as neuroses.

O tratamento da histeria praticado por Charcot e o método catártico de Breuer requeriam necessariamente a hipnose, uma vez que a suposição era a de que, devido a uma divisão da psique, apenas mediante hipnose seria possível alcançar as ideias localizadas fora da parte da consciência considerada normal.

Entretanto, Freud (1896/2008c), com base em hipóteses e nas mudanças das técnicas utilizadas, concluiu, em seu artigo *Hereditariedade e a etiologia das neuroses*, de 1896, que existe uma etiologia específica para a formação das neuroses, na ausência da qual a hereditariedade, sozinha, não seria capaz de desencadear um quadro patológico. Ao deixar em segundo plano a concepção hereditária e, aos poucos, abandoná-la, o autor abre caminhos para uma possibilidade de cura por meio do método psicanalítico, uma vez que pouco teria a fazer em termos terapêuticos com aquilo que é considerado hereditário.

No entanto, elas merecem ser objeto de um estudo assíduo; embora seu poder patológico seja, geralmente, apenas secundário ao da herança, o conhecimento desta etiologia possui um grande interesse prático, que dará acesso ao nosso trabalho terapêutico, enquanto a predisposição hereditária, fixada de antemão para o enfermo desde seu nascimento, opõe um obstáculo intransponível a nossos esforços (Freud, 1896/2008c, pp. 145-146).

Freud (1896/2008d) chegou à noção de etiologia específica aplicando o método de Breuer no tratamento de pacientes com sintomas histéricos. Também observou, pelo método de Breuer, que a origem dos sintomas estava em uma experiência da vida sexual do sujeito.

Ao abandonar o método de Breuer e passar a trabalhar com o paciente em vigília, Freud (1925/2011e) conseguiu explicar o motivo pelo qual estes eventos traumáticos haviam sido esquecidos. Tratava-se da teoria da repressão, manifestada na clínica pela resistência do paciente. “Considerando esse novo estado de coisas, não mais chamei de *catarse* o procedimento de investigação e cura, e sim de *psicanálise*” (p. 106, grifo do autor).

Todavia, Freud (1925/2011e) reconheceu que a técnica de que se utilizava estava levando-o a cometer um erro, a saber, o de acreditar que todos os casos de psiconeuroses eram oriundos de um trauma sexual e real sofrido pelo paciente em sua

infância. Foi então que percebeu que tais experiências consistiam apenas em fantasias dos pacientes e que os sintomas neuróticos não estavam diretamente relacionados a experiências reais, mas sim a estas fantasias. Esta transição da chamada teoria da sedução à teoria da fantasia é importante, pois levou Freud a reconhecer uma realidade psíquica, a qual era de maior importância para a neurose do que a realidade material.

Até o momento, a psicanálise estava ocupada com os fenômenos patológicos. Em 1900, Freud publicou a obra *A interpretação dos sonhos*. Os sonhos consistem em um fenômeno da vida psíquica normal e pode acontecer com qualquer pessoa sadia. Como conclusão de seus estudos sobre eles, Freud (1925/2011e) afirmou que os modos de construção e de explicação dos sonhos estavam pautados nas mesmas hipóteses de construção e explicação dos sintomas. Com isso, o modo de interpretar ambos seria o mesmo, ou seja, a interpretação dos dois estaria apoiada na técnica da associação livre. A psicanálise passa, então, a não ser mais apenas “uma ciência auxiliar da psicopatologia” (Freud, 1925/2011e, p.132) e sim “o começo de uma nova e aprofundada ciência da mente, que também para a compreensão do normal se tornará indispensável” (Freud, 1925/2011e, p.132).

Jones (1953/1989c) acredita que aí está a genialidade de Freud: na contramão do que geralmente ocorre, ele partiu da doença e conquistou um conhecimento amplo, que abarca do normal ao patológico.

Nisso estava o verdadeiro gênio. Enquanto outras pessoas encaravam, e ainda encaram, as neuroses como meras anormalidades, como doenças que são desvios do normal, Freud bastante cedo deve ter adivinhado não só que elas representam simplesmente uma variedade do funcionamento mental, mas também que propiciam acesso a camadas profundas da “mente”, ou seja, de todas as mentes (p. 275).

Com a formulação sobre os sonhos, Freud fundamenta a técnica de interpretação. Segundo Laplanche e Pontalis (1967/2001), enquanto modo de ação terapêutica, embora seja sugerida já em *Estudos sobre a histeria* (1895), aparece definitivamente em 1911, no artigo *O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise*.

O método da associação livre permitiu à psicanálise demonstrar que os sonhos têm sentido – um sentido oculto - passível de ser decifrado, interpretado, por um

método específico. A obra *A Interpretação dos Sonhos* é considerada por Boczar (2007) um divisor de águas da obra freudiana. É a partir dela que a sua metapsicologia passa a ser melhor sustentada, o que se observa, principalmente, nos artigos: *Dois Princípios do Funcionamento Psíquico* (1911), *Sobre o Narcisismo* (1914), *Pulsão e seus Destinos* (1915), *Recalque* (1915) e *O Inconsciente* (1915), todos posteriores à *Interpretação dos sonhos*.

Contudo, como se procurou indicar nessa breve apresentação histórica, consideramos que o período anterior à *Interpretação dos sonhos* é de alta importância para compreender o desenvolvimento do método terapêutico da psicanálise. Freud (1900/2012b) mesmo sugere isto várias vezes ao longo do capítulo sete, *Sobre a psicologia dos processos oníricos*, com afirmações como “Assim, remeto (...) aos resultados de meus estudos ainda não publicados sobre a psicologia das psiconeuroses para reforçar que (...)” (p. 573); “Posso citar aqui como um resultado dos estudos sobre a histeria que as cenas infantis (sejam elas lembranças ou fantasias) são vistas alucinatoriamente (...)” (p. 574); “Considero que esses desejos inconscientes, segundo as indicações obtidas da psicanálise das neuroses, estão sempre em movimento (...)” (p. 581); “(...) esses desejos recalçados, digo, são eles próprios, contudo, de origem infantil, segundo descobrimos pela investigação psicológica das neuroses” (p. 581); “Ela só pode ser compreendida se nos detivermos no papel do desejo inconsciente e então pedimos informações à psicologia das neuroses” (p. 590); “(...) certa vez fiz a tentativa de fundamentar uma teoria das paralisias histéricas sobre essa tese” (p. 591); “Recebemos a impressão mais forte disso no estudo das neuroses, em especial da histeria” (p. 606).

Frases como estas são encontradas ao longo de todo o capítulo sete de *A Interpretação dos sonhos*; assim, temos claro que os estudos de Freud sobre as psiconeuroses, que tiveram início antes de 1900, são importantes para compreender o desenvolvimento técnico e teórico da psicanálise a partir desta data e, em especial, para clarear os argumentos de Freud em favor do emprego da associação livre para a interpretação das produções psíquicas.

Apesar de ter formulado uma concepção de aparelho psíquico em 1900, em 1895, em *Projeto de uma psicologia*, ou seja, cinco anos antes de *A Interpretação*, Freud já havia esboçado uma concepção de aparelho muito parecida. Esta, porém, pautada nas condições anatômicas, neurológicas, mas que guardam noções fundamentais para compreender a proposta a partir de 1900.

Em carta a Fliess de 12 de junho de 1900, Freud (*apud* Masson, 1986) brinca com a possibilidade de colocarem uma placa sobre o local onde passava as férias com frequência (Bellevue) com a seguinte informação: “Aqui, no dia 24 de julho de 1895, o segredo do sonho se revelou ao Dr. Sigm. Freud” (p. 418), fato este que sugere que em 1895 ele já conhecia a fórmula sobre os sonhos publicada em 1900.

Monzani (1989), por exemplo, discute os modelos teóricos de cada uma destas obras. Ele entende que o *Projeto de uma psicologia* é uma tentativa de Freud de fundamentar suas descobertas clínicas por meio de um modelo neurológico-mecanicista que descreve, com fidelidade, o funcionamento do sistema nervoso, reduzindo, assim, os processos psíquicos a este funcionamento. Consiste em uma representação anatômica abstrata, uma vez que “se trata de uma representação esquematizada ao extremo do sistema dos neurônios” (p. 118). As leis que regem este sistema não se diferem, em natureza, das leis que regem outros funcionamentos fisiológicos.

Para o mesmo autor, o capítulo sete de *A interpretação dos sonhos* pretende, por outro lado, construir uma representação auxiliar do aparelho psíquico que não tem um referencial neuroanatômico, mas cuja representação se dá na base da comparação, de uma analogia. Freud está, com isso, ainda segundo Monzani (1989), abstraindo o modelo neurológico, mas somente no sentido de localização dos processos psíquicos. Inclusive, o autor atenta para o fato de que a linha de leitura psicológica não é incompatível, em princípio, com a leitura neurológica. Ou seja, não se trata de uma ruptura entre o neurológico e o psicológico, mas sim de “uma passagem para a circunscrição de um conjunto de fenômenos que vão ser encarados como um conjunto de processos, processos que não precisam ser detectados num referencial anatômico” (p. 123).

Quando Monzani (1989) adentra nas particularidades do esquema montado por Freud, no capítulo sete de *A interpretação dos sonhos*, para explicar o caráter alucinatório do sonho, diz que não há como afirmar uma negação radical da anatomia nele, pois se fala de percepção, de motricidade, ou seja, de pele, de músculos.

A respeito das teses contidas em *A interpretação dos sonhos*, Monzani (1989) considera que elas já estavam presentes em *Projeto de uma psicologia*, apesar de não estarem tematizadas nele como estão na obra de 1900. Assim, pensar em um rompimento produzido pela *Interpretação dos sonhos* com as produções anteriores não seria correto. Um exemplo dado por ele é a análise do sonho *Injeção de Irma*, por meio da qual, além de distinguir o conteúdo manifesto do conteúdo latente e entender este

como realização de um desejo infantil recalcado, também propiciou o desvelamento de mecanismos, como o deslocamento e a condensação, presentes no processo onírico. Estes materiais foram fornecidos pela leitura interpretativa deste sonho e, com eles, emergiu a necessidade de elaboração teórica. É, segundo Monzani (1989), no capítulo sete de *A interpretação dos sonhos* que Freud tenta elevar ao caráter universal as teses levantadas pela interpretação, porém o aparato teórico para isso é buscado por ele em *Projeto de uma psicologia*.

Foi esse trabalho de leitura do sentido que, mostrando quais são os processos psíquicos que estão em jogo, vai agora orientar o trabalho de edificação de uma teoria do sonho, isto é, de uma teoria que explique como deve ser e funcionar o aparelho psíquico para que tais processos ocorram efetivamente nele, que sejam possíveis (Monzani, 1989, p. 105).

Tendo em vista a discussão apresentada e a constatação de que o período anterior a 1900 é de alta importância para compreender as bases teóricas do desenvolvimento da técnica psicanalítica, o presente trabalho é dividido em três capítulos.

O primeiro capítulo tem como objetivo elucidar as ideias iniciais a respeito da etiologia da histeria, enquanto esta era considerada uma unidade clínica. Trata-se de uma concepção francesa da histeria que via na hereditariedade a principal fonte etiológica desta patologia e a degeneração como consequência dessa herança. O caráter inato desta doença possibilitava apenas a eliminação momentânea de seus sintomas, o que se dava por meio da hipnose. Em seguida, visa mostrar o modo como a hipótese de Freud em relação à etiologia da histeria começa a ganhar corpo, o que só ocorre quando Freud adota o método de Breuer no tratamento de seus pacientes. A adoção deste método traz importantes consequências para a teoria das neuroses.

O segundo capítulo visa analisar o modo como ocorreu o abandono do método catártico em favor do trabalho com o paciente em vigília e como, a partir disso, Freud se deparou com certos fenômenos que dificultavam o avanço do tratamento, um jogo de forças antes ocultado pelo uso da hipnose, chegando à noção de resistência. Também busca mostrar a transição da teoria da sedução à teoria da fantasia.

Por fim, o terceiro capítulo pretende discutir os pilares teóricos da associação livre e da transferência, pautando-se na análise de certas proposições constantes do capítulo sete de *A interpretação dos sonhos*. Buscaremos mostrar que estas proposições fundamentam a regra fundamental da associação livre e a transferência, bem como constituem os pilares metapsicológicos da técnica psicanalítica como método terapêutico.

Capítulo 1

Origens do método psicanalítico

O caminho de Freud até *A Interpretação dos Sonhos* contém um material rico que o permitiu desenvolver a teoria nela proposta e fundamentar a técnica da associação livre, a qual possibilitaria a interpretação dos sonhos e de outras produções do inconsciente. Este material diz respeito aos seus estudos sobre as neuroses, os quais iniciaram com a histeria. Vale lembrar que o presente trabalho tem como objetivo percorrer este período para compreender o desenvolvimento técnico da psicanálise, levando em consideração a relação deste com o desenvolvimento teórico.

O ponto de partida de Freud é a clínica da histeria e, portanto, também será o nosso. Freud (1888/2011a) nos conta que na Idade Média acreditava-se que as neuroses eram resultados de possessões e de feitiçaria, espalhando-se como uma epidemia devido ao contágio psíquico. Os doentes eram jogados na fogueira ou exorcizados e os sintomas não eram muito diferentes dos que estavam sendo verificados posteriormente. Segundo Jones (1953/1989c), antes da atenção de Charcot a esta doença, ela também era compreendida como uma anomalia do útero, tratada com a retirada do clitóris ou com a recolocação do útero em seu lugar, como se a histeria fosse decorrente do desvio deste órgão. Esta compreensão acarretou no nome desta neurose, uma vez que histeria é proveniente de *Hysteron*, que, em grego, significa útero e excluiria a possibilidade de existência da histeria masculina. Charcot e a escola do Salpêtrière, de acordo com Freud (1888/2011a), iniciaram estudos adequados desta doença e possibilitaram que os pacientes histéricos fossem dignos de observação clínica e tratamento, impedindo, assim, que fossem expostos ao ridículo por serem julgados estarem simulando os sintomas.

O ensino de Charcot foi indubitavelmente bem-sucedido ao sancionar uma atitude mais científica em relação à histeria nos círculos médicos franceses e – está aí o mais importante – por parte do próprio Freud. Teve poucos efeitos em outras partes do continente europeu e apenas efeitos negativos nos países anglo-saxões (Jones, 1953/1989c, p. 234).

Em 1885, Freud (2011g) saiu de Viena com destino a Paris interessado em se aprofundar nos estudos relativos à neuropatologia, mais especificamente nos estudos referentes às atrofia e degenerações secundárias consequentes de afecções cerebrais em crianças. No entanto, as condições para realizar estes estudos eram precárias. Seu foco passou a ser a histeria e o hipnotismo, visto que constituíam o objeto de estudo de Charcot, que Freud passou a acompanhar.

Todavia, na mesma época em que Charcot se debruçava sobre a histeria, Breuer, entre 1880 e 1882, tratava de Anna O., um caso de uma histeria aguda e complicada adquirida enquanto tratava de seu pai doente. Consiste em um caso importante para a história da histeria, pois foi o primeiro em que um médico teve sucesso em elucidar todos os sintomas histéricos, desvendando a origem de cada um e descobrindo o meio de fazê-los desaparecer. Após retornar da França, em 1886, Freud tomou conhecimento do caso de Anna O. e, junto com Breuer, começou a fazer muitas observações detalhadas sobre casos de histeria. O resultado fora o de que as inferências feitas a partir do caso de Anna O. poderiam ser estendidas a muitos outros casos e talvez a todos (Freud, 1893/2011b).

O que fora aprendido com Charcot a respeito da histeria, sua etiologia e a técnica da sugestão hipnótica, esteve presente em grande parte do desenvolvimento teórico de Freud a respeito das neuroses, porém é possível observar que, aos poucos, Freud assume autonomia, ideias próprias, as quais o encaminham de uma noção neurológica para um olhar psicológico. Para Jones (1953/1989c), é na década de 90 que ele se sente mais confiante em sua própria trajetória, fazendo com que se tornasse mais criativo e mais rápido entre uma percepção e outra. Todo este percurso tem início em seus estudos sobre a histeria e, em se tratando de uma patologia, nas técnicas para eliminar seus sintomas. O desenrolar deste trajeto culmina na psicanálise.

Este primeiro capítulo busca expor e discutir as origens do método psicanalítico. Para isto, ele fora organizado em cinco seções. A primeira delas visa discorrer sobre as concepções etiológicas iniciais da histeria, pautada em uma divisão inata e degenerativa da consciência (Janet) ou decorrente de estados anormais da mente (Breuer), bem como a opinião de Freud sobre elas. A segunda seção tem como objetivo expor as opiniões iniciais de Freud a respeito da sugestão hipnótica e sua adoção pelo método de Breuer (método catártico). A terceira visa mostrar o alcance do método terapêutico desenvolvido por Freud nos primórdios da psicanálise, partindo do novo quadro geral das neuroses; e a quarta discute a origem das psiconeuroses, destacando a noção defesa.

Por fim, a quinta visa expor o mecanismo das psiconeuroses, evidenciando a diferença das manifestações histéricas, obsessivas e fóbicas, conhecidas por Freud pelo método catártico.

1.1. Etiologia da histeria: concepções iniciais

Em 1888, no verbete para a enciclopédia de Villaret, Freud (2011a) esclarece que os histéricos possuíam uma predisposição hereditária para distúrbios nervosos e que o desenvolvimento da histeria se daria por causas acidentais. Esta era a opinião de Charcot sobre a etiologia das neuroses; as referidas causas acidentais que desencadeariam a histeria eram denominadas por ele de *agents provocateurs* (agentes provocadores). Assim, qualquer incidente que propiciasse a histeria só o faria caso a pessoa apresentasse uma predisposição hereditária a ela.

Janet (*apud* Freud, 1910/2003), fiel às ideias dominantes na França a respeito da hereditariedade e da degeneração, acreditava que a histeria era fruto de uma debilidade mental inata, que levava a uma modificação degenerativa do sistema nervoso. Tal alteração fazia com que a pessoa histérica perdesse sua capacidade de manter a multiplicidade dos processos mentais, acarretando na dissociação psíquica, ou seja, na divisão da consciência.

Breuer (1895/2012a) concorda com a ideia de divisão psíquica e a considera condição para a neurose, pois vai ao encontro da existência de estados psíquicos anormais e da amnésia referente ao agente provocador da doença, ambos características da histeria. Todavia, este autor discorda de Janet quanto ao fato de essa dissociação ser herdada pelo indivíduo. Para Breuer (*apud* Laplanche & Pontalis, 1967/2001), a divisão da mente seria fruto do que ele denominou estados hipnóides, cujo nome é justificado pelo fato de consistirem em estados análogos aos produzidos pela hipnose.

Os estados hipnóides, ou auto-hipnoses, diferenciam-se das hipnoses por iniciarem de modo espontâneo. Variam na frequência e duração; alternam-se com os estados de vigília; o controle e a crítica estão reduzidos; seus acontecimentos estão sujeitos à amnésia parcial ou total durante a vida de vigília; facilita a conversão somática; seus produtos psíquicos são esquecidos e impedidos de correção durante a vigília (Breuer, 1895/2012a). Tudo isso porque as representações que recebem, as quais são muito intensas, encontram-se apartadas do tráfego associativo e, por isso, não podiam ser elaboradas associativamente (Laplanche & Pontalis, 1967/2001).

A respeito da natureza destes estados, Breuer (1895/2012a) pouco tem a dizer, uma vez que o caso de Anna O. fora o único observado. No caso dela, parece que a auto-hipnose teve o terreno preparado por devaneios habituais enquanto cuidava do pai doente e foi estabelecida por um afeto de angústia prolongado. Deste modo, Breuer infere que os devaneios seguidos de afetos intensos, propiciados por situações como as de cuidado para com entes enfermos e estados amorosos, seriam condições para os estados hipnóides.

Muitos estados, mesmo os diferentes do estado hipnóide, poderiam, de acordo com Breuer, conduzir à ausência da mente, contudo nos casos em que há trabalho intelectual a excitação em excesso é consumida por esse trabalho. Nos casos de distração e devaneio, a excitação intracerebral cai abaixo de seu nível lúcido de vigília; se, durante este estado, o fluxo de representações é inibido e em seu lugar entrar em ação um grupo de representações carregado de afeto, haverá um aumento da excitação que não será consumida pelo trabalho intelectual e que ficará à disposição do funcionamento anormal. Assim, o que pode ser classificado como patogênico são os devaneios carregados de emoção e os estados de fadiga decorrentes de afetos prolongados. “Então, a auto-hipnose patológica talvez apareça em muitas pessoas quando o afeto ingressa no devaneio habitual” (p. 229).

Nos casos em que os estados hipnóides se encontram presentes antes da instalação da doença, eles oferecem as condições para que o afeto instale a lembrança patogênica com suas conseqüentes manifestações somáticas. Trata-se de uma histeria disposicional. Porém, há também o mecanismo da histeria psiquicamente adquirida. Neste, um trauma grave ou uma repressão difícil pode excluir da memória grupos de representações mesmo em pessoas que não possuíam essa dissociação anteriormente.

Contudo, Breuer (1895/2012a) esclarece que é o trauma psíquico, ou seja, o afeto decorrente do susto, e não o trauma físico, o fator desencadeador das neuroses traumáticas. Consistem em traumas que geram afetos aflitivos, como susto, vergonha e angústia associadas à suscetibilidade da pessoa. Na histeria comum, a causa desencadeadora não está fixa em um trauma isolado, mas em vários traumas que se adicionam e que são, em parte, componentes de uma mesma história de sofrimento, formando um grupo de causas desencadeadoras. Pode ocorrer de uma situação comum, não traumática em si, combinar-se com outro fato traumático ou ocorrer em um momento de maior suscetibilidade ao estímulo e se configurar como um trauma, passando a persistir enquanto tal daí para frente.

Uma situação é considerada traumática quando, de acordo com Laplanche e Pontalis (1967/2001), o indivíduo não consegue reagir adequadamente e devido à intensidade com que ocorre. Breuer (1895/2012a) apresentou dois grupos de condições que impossibilitam as reações ao trauma. O primeiro diz respeito ao conteúdo das lembranças: a pessoa não reagiu ao trauma porque a situação não comportava uma reação (morte de alguém querido, por exemplo) ou porque o conteúdo da lembrança é penoso e a pessoa decide esquecê-la, reprimindo-a e mantendo-a ausente de sua memória normal. Nestes casos, o traumatismo é patogênico por si só. O segundo grupo é determinado pelo estado psíquico da pessoa no momento em que a experiência ocorreu, ou seja, o traumatismo e o estado hipnóide se encontram aliados na produção da doença. Ambos os tipos de condições podem acontecer ao mesmo tempo e isso ocorre com frequência.

Freud, por outro lado, não concorda com a ideia da hereditariedade e dos estados hipnóides para a etiologia das neuroses. No que diz respeito à hereditariedade, sua opinião é expressa em 1896, no artigo *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*, quando assume sempre ter tido receio em aceitar a hipótese de o paciente herdar a predisposição para a neurose. Mas, afirma que esperou até que sua experiência lhe desse meios para argumentar contra ela. Nos *Estudos sobre a histeria*, de 1895, seu posicionamento desfavorável aos estados hipnóides fica claro quando evidencia que se trata de uma hipótese levantada só e inteiramente por Breuer. Segundo Laplanche e Pontalis (1967/2001), o único valor que Freud vê na noção de estados hipnóides está na sua capacidade em explicar a dissociação psíquica, opondo-se à ideia de hereditariedade de Janet. Para Jones (1953/1989c), a opinião de Freud quanto aos estados hipnóides seguiu o seguinte caminho: antes de discordar completamente, afirmou que um ato defensivo o antecedia; depois os repudiou completamente, considerando-os uma ideia supérflua e enganosa.

Embora não concordasse com essas concepções etiológicas da histeria, Freud precisou encará-las por um tempo até que outras conjecturas o levassem a outra proposta etiológica. A noção de hereditariedade e de dissociação psíquica na etiologia da histeria apoiavam a técnica pela qual os sintomas histéricos eram eliminados, a saber, a técnica da sugestão hipnótica. Esta foi a primeira técnica aplicada aos casos de histeria e com a qual Freud trabalhou por um tempo e será melhor elucidada na seção seguinte. Devido ao fato de estar apoiada na noção de inatismo, as sugestões feitas pelo médico enquanto o paciente se encontrava hipnotizado visavam apenas à supressão dos

sintomas, a qual, na maioria das vezes, consistia em uma ausência temporária. A cura não era o objetivo final deste método, pois uma doença de origem hereditária e degenerativa não a possibilitava. E, por se apoiar na noção de dissociação psíquica, consistia em um meio pelo qual a outra parte da consciência, fruto desta divisão, poderia ser acessada.

A seção seguinte visa expor a forma como Freud compreendia esta técnica da hipnose, como ele a defendia e o que o levou a abandoná-la posteriormente. Quando tomou conhecimento do método de Breuer (método catártico), passou a experimentá-lo em seus pacientes e esta experiência o levou a novos rumos referentes ao quadro geral das neuroses; o método catártico trouxe importantes implicações para a teoria freudiana das psiconeuroses. Todavia, devido ao fato de encontrar dificuldades em hipnotizar alguns pacientes, Freud passou a aplicar o método catártico, que se apoiava na hipnose, com algumas modificações.

1.2. Hipnose e método catártico: uma pré-história da técnica psicanalítica

A sugestão hipnótica consistia na técnica utilizada para tratamento dos sintomas neuróticos na época em que Freud se aproximou deste assunto. Foi seu principal instrumento de trabalho no início de sua carreira prática com doentes histéricos e sua utilização resultou em artigos que expressavam seu posicionamento a favor desta técnica, bem como argumentos que respondiam possíveis objeções a ela. De acordo com Jones (1953/1989c), podemos pensar na data de dezembro de 1897 para marcar o início do interesse por essa técnica.

Contudo, já em 1891, Freud (2011d) discutiu algumas questões práticas e éticas desta técnica. Hipnotizar era considerado por ele um método tão difícil quanto qualquer outro e, por isso, um médico deveria aprendê-lo com alguém que realmente soubesse e, depois disso, a experiência própria seria muito importante. A segurança do médico viria de curas anteriores que realizou; e o ceticismo, a descrença na importância da influência hipnótica e a ideia de que, ao hipnotizar, a dignidade médica era ferida, segundo ele, provavelmente levariam ao fracasso.

A hipnose não deveria ser imposta ao paciente, pois a ideia de que ela é perigosa estava bastante difundida. Este preconceito poderia fazer surgir no paciente sensações desagradáveis resultantes de sua ansiedade em estar sendo dominado, mas ele poderia

acreditar que seriam efeitos da hipnose. Assim, o médico deveria abrir mão do uso desta técnica quando houvesse muita resistência a ela e aguardar até que o paciente aceitasse, com base em informações diversas, ser hipnotizado. A descrença do paciente não atrapalharia a hipnose, pois o importante seria sua atenção e colaboração. Já a insistência por parte do médico e/ou a falta de vontade do paciente poderiam impedir este de ser hipnotizado. De um modo geral, todas as pessoas poderiam ser hipnotizadas, mas sempre haveria um grupo que levaria essa técnica ao fracasso e as considerações acima poderiam ser alguns dos motivos.

A respeito das indicações para o tratamento hipnótico, Freud disse que a reação de cada pessoa a esse tratamento seria tão importante quanto a natureza da doença a ser tratada. Esse método deveria ser evitado no tratamento de sintomas de origem orgânica e usado apenas em casos de doenças nervosas puramente funcionais, nas de origem psíquica, em casos de dependências e para diagnóstico diferencial. Nos casos em que a decisão tomada foi a de se realizar o tratamento por meio da hipnose, dever-se-ia decidir se seria feito na presença de um terceiro ou se o médico ficaria sozinho com o paciente. A presença de outra pessoa evitaria denúncias de abuso por parte do médico, etc., porém poderia dificultar o trabalho.

As sugestões feitas ao paciente enquanto este se encontrava hipnotizado era, segundo Freud o que dava à hipnose uma eficácia terapêutica. Esta consistia em um efeito imediato ou após um tempo estipulado pelo médico. As sugestões eram feitas pelo médico e caracterizadas por falas que teriam por objetivo modificar o estado do qual o paciente se queixava, como paralisias e contraturas. Além das falas, poder-se-ia associar a elas uma intervenção do médico sobre o paciente, como, por exemplo, pressionar-lhe a região incômoda ao mesmo tempo em que se afirmava, pela fala, que esta região não incomodará mais.

Freud (1891/2011d) orienta que, caso o paciente esteja sob hipnose completa, pode-se permitir que ele ande, fale e aja, pois o alcance da influência psíquica é, neste caso, máxima e as respostas verbais ou motoras do paciente falam sobre seus sintomas e a origem destes. Por outro lado, não é indicado que o paciente em estado incompleto de sonambulismo tivesse essas ações.

O tempo de duração da hipnose era relativo, sendo que um tempo longo poderia não ser ruim, uma vez que, se curto, poderia propiciar dores de cabeça ou sensação de pressão na testa, como a que se sente quando o sono não é completo. O sucesso do tratamento hipnótico não estaria, necessariamente, relacionado à sua profundidade.

Porém, quando, após muitas sessões, ainda não se via resultados satisfatórios, o paciente passava a desconfiar do tratamento e ambos, médico e paciente, cansariam. A indicação de Freud era de que o médico buscasse sempre um novo ponto de partida para suas sugestões para, com isso, renovar a prova de seu poder.

Freud (1891/2011d) alegou que a cura obtida pelo tratamento hipnótico bem sucedido poderia ou não ser permanente. Dependeria de mesmos fatores de que dependeriam outros métodos de cura. A permanência geralmente se daria nos casos em que a hipnose se deparava com resíduos de processos anteriormente realizados e concluídos. Todavia, quando as causas do problema ainda eram atuantes, os sintomas provavelmente reapareceriam e era somente sobre eles que a sugestão hipnótica atuava. Objetar a respeito da ação da hipnose somente sobre os sintomas e não sobre a causa não seria adequado, uma vez que outros métodos de tratamento, tais como os medicamentos, também faziam isso. Em casos de sintomas de origem psíquica, as perguntas ao paciente e a tentativa de mantê-lo calmo seriam a receita para o êxito.

Em 1889, ano em que foi a Nancy aperfeiçoar sua técnica de hipnose, Freud (2011c) escreveu uma resenha do livro *Hipnotismo*, de August Forel. Nela, ele se posiciona a favor desta técnica e discute algumas objeções feitas à hipnose, incluindo objeções de autoridades da época, cujo principal exemplo citado por ele é Meynert. Este, segundo Jones (1953/1989c), acreditava que a hipnose apenas apressaria a degeneração nervosa e mental da pessoa. Freud esclarece que, em Viena, o professor H. Obersteiner foi quem deu o primeiro impulso ao estudo científico da hipnose e que o professor Krafft-Ebing, psiquiatra e neurologista muito conceituado, pronunciou-se a favor dela.

Freud (1889/2011c) considerava que as opiniões contrárias ao tratamento que se utilizava deste instrumento foram apressadas e até exageradas. Tendo em vista que o tratamento hipnótico consistia em, primeiro, induzir um estado hipnótico e, segundo, em veicular uma sugestão à pessoa hipnotizada, ele questionou: em qual destas etapas estaria o perigo da hipnose?

Quanto à primeira etapa, induzir o estado hipnótico, ele argumentou que a hipnose, em seu pleno êxito, seria igual à situação de sono e que, quando menos desenvolvida, corresponderia às diferentes fases do adormecer.

É verdade que durante o sono perdemos o equilíbrio psíquico, que em seu curso a atividade de nosso cérebro é perturbada, que, em muitos sentidos, parece um delírio, mas esta analogia não impede que despertemos fortalecidos, mesmo que espiritualmente (Freud, 1889/2011c, p. 102).

Contudo, Meynert nutria opiniões que demonstravam efeitos prejudiciais da redução da atividade cortical e segui-las seria, a partir da analogia acima, manter as pessoas sem dormir, mas ninguém gostaria disso, seria inviável. Assim, induzir a hipnose não seria o problema (Freud, 1889/2011c).

Em relação à segunda etapa, a da sugestão, Freud afirmou que ela sempre esteve presente na atuação dos médicos e que, geralmente, eles ficavam felizes quando conseguiam retirar a atenção do paciente sobre um sintoma por influência de sua personalidade, suas palavras e sua autoridade.

Outra objeção a esta etapa poderia ser a de que o paciente, em estado de sono induzido, estaria completamente à disposição do médico, o qual acabava por ter um poder sobre o direcionamento sobre o cérebro adormecido. Em resposta, Freud argumentou novamente que a indicação de medicamentos que atuavam no cérebro do paciente não seria diferente disso. A sugestão, diferentemente dos medicamentos, visava apenas os sintomas de uma doença e não a personalidade como um todo. Além disso, considerando que toda a educação social dos homens era pautada na repressão de algumas ideias e substituição por outras melhores, a sugestão buscava, do mesmo modo, apenas eliminar, ou substituir por outra, uma ideia causadora de dor cujas modificações no indivíduo são muito mais intensas que as produzidas pela sugestão.

Sob influência de Breuer, Freud (1925/2011e) relata que passara a, além de fazer sugestões enquanto o paciente estava hipnotizado, fazer-lhe perguntas sobre o surgimento de seus sintomas. Breuer havia chegado a esse método, denominado posteriormente de método catártico por ele mesmo, durante o tratamento de Anna O., nome fictício dado à paciente Bertha Pappenheim.

Segundo Gay (1988/1989b), Freud dava a Breuer os créditos pelo nascimento da psicanálise devido ao seu tratamento para com Anna O. e pelo fato de, posteriormente, comunicar-lhe o caso. Contudo, a força deste caso para a história da psicanálise estaria na própria paciente, pois foi ela quem fez sozinha a maior parte do trabalho de imaginação, oferecendo as condições para o nascimento da psicanálise. E teria sido Freud – e não Breuer – quem reconheceu e se aproveitara dessas condições.

Considerando a importância que Freud aprenderia a atribuir ao dom de escutar do analista, é muito cabível que um paciente tenha contribuído para a formação da teoria psicanalítica quase tanto quanto seu terapeuta Breuer ou, nesse sentido, o teórico Freud. Breuer alegou, um quarto de século depois, e com razão, que seu tratamento de Bertha Pappenheim continha a “célula germinativa do conjunto da psicanálise”. Mas foi Anna O. quem fez descobertas importantes, e haveria de ser Freud, e não Breuer, quem as cultivaria com afinco, até lhe renderem uma colheita rica e insuspeitada (p. 75).

Pelo relato de Breuer (1895/2012a), Anna O. tinha 21 anos quando ficou doente; era uma moça inteligente, bondosa, filantrópica, com dotes poéticos e imaginativos e com senso crítico. Sua inteligência, porém, não era estimulada desde que saíra da escola. Devido ao seu senso crítico, era influenciada somente por argumentos, ou seja, não era sugestionável. Sua noção de sexualidade não era desenvolvida, nunca havia se apaixonado e em suas alucinações a sexualidade nunca emergira.

Devido à vida monótona que levava, entregava-se com frequência ao seu teatro particular, um devaneio em que se imaginava vivendo em um conto de fadas. Estes devaneios habituais foram, aos poucos, convertendo-se em doença.

Em 1880, seu pai ficou muito doente; Anna O. era muito apegada a ele e não mediu esforços para lhe cuidar. Aos poucos, contudo, Bertha ficou doente, debilitada, com anemia, aversão aos alimentos, estrabismo convergente e uma intensa tosse. Em 11 de dezembro de 1880, caiu de cama e assim ficou até abril do ano seguinte. Seus sintomas pioraram, muita dor de cabeça, impressão de que as paredes estava desmoronando, contraturas, anestésias, *absences* (dois estados de consciência distintos, sendo um deles bem tranquilo e outro muito rebelde), alucinações com cobras negras no lugar de seus cabelos ou coisas semelhantes, desorganização funcional da fala, perda do domínio da gramática e da língua materna (alemão), um tempo de mudez e, depois, falava apenas em inglês ou outros idiomas diferentes do alemão sem se notar disso.

Em 05 de abril de 1881, seu pai falecera. Devido ao seu estado, Anna O. pouco o vira em seus últimos meses de vida. A reação à morte do pai foi de um grande choque, em que seus sintomas pioraram. Somou-se aos sintomas mencionados anteriormente, o fato de não reconhecer pessoas, reconhecer com dificuldade ou, ainda, de não ver pessoas em sua frente (alucinação negativa); também desenvolveu impulsos suicidas.

Durante as visitas que Breuer fazia à paciente, ela se encontrava em estado de hipnose auto-induzida - que posteriormente Breuer denominou estados hipnóides - e lhe

contava histórias, na maioria tristes e fascinantes. Essa forma de expressar livremente suas alucinações a acalmava e aliviava temporariamente seus sintomas. A ela, Anna O. deu o nome de *talking cure* (cura pela fala) ou, de forma humorada, de limpeza da chaminé. Como indica Gay (1988/1989b), este procedimento era catártico, uma vez que despertava importantes lembranças e dava vazões a fortes emoções, incapazes de serem lembradas ou expressas no estado normal da paciente. Um pouco adiante haverá uma explicação mais detalhada sobre o termo catártico.

Contudo, ainda segundo Gay, sua cura decisiva ocorreu quando, em 1882, desenvolveu uma hidrofobia que a fazia não ingerir nenhum líquido, embora sentisse uma sede extrema. Certa vez, quando se encontrava em estado de hipnose auto-induzida, comunicou a Breuer que vira o cãozinho de sua dama de companhia inglesa, de quem não gostava, bebendo água em um copo. Ao falar sobre isso, o nojo reprimido relativo a esse fato veio à tona e a hidrofobia desapareceu.

Após este fato, Breuer hipnotizou a paciente e notou que, sob hipnose, poderia encontrar a origem de cada um de seus sintomas: o início da doença do pai. Embora fosse um processo difícil, pois os sentimentos vinham à tona com intensidade, Anna O. foi bastante ativa no procedimento de cura pela fala. Seus sintomas consistiam em traços de sentimentos que ela precisara reprimir. Mas, eles foram desaparecendo conforme comunicados e, de certa forma, revividos e, em junho de 1882, todos estavam extintos, segundo Breuer.

Gay (1988/1989b), no entanto, afirma que esse relato de Breuer, presente nos *Estudos sobre a histeria*, fora feito de modo inadequado como uma cura total. Na verdade, a paciente, embora tivesse melhorado bastante e voltado a sua condição ativa na vida, ainda tinha recaídas frequentes, conforme ela mesma havia descrito em setembro de 1882. A razão para que Breuer omitisse esta realidade estaria em sua dificuldade em admitir que a origem da histeria era de natureza sexual e não apenas do trauma de vivenciar a doença e morte do pai.

Uma coisa era reconhecer os sintomas de conversão histérica como reação significativa a traumas específicos, e a neurose não como simples desabrochar de alguma tendência hereditária, mas como possível consequência de um ambiente sufocante. Outra coisa totalmente diferente era admitir que as origens últimas da histeria, e algumas de suas manifestações ostensivas, eram de natureza sexual (p. 77).

Embora o caso de Bertha Pappenheim tenha sido de extrema importância para o nascimento da psicanálise, Gay (1988/1989b) acredita que propiciou mais um afastamento entre Freud e Breuer do que a manutenção da amizade entre eles. Contudo, Freud se aproveitara deste caso e levou as descobertas de seu colega até onde podiam chegar; deve-se reconhecer também que, por meio dele, Freud conheceu a catarse, livrou-se das terapias mentais conhecidas até então e pôde levar seu procedimento como um modelo.

Com o objetivo de verificar se esta técnica valeria também para outros casos, Freud a utilizou em seus pacientes.

Cada sintoma histérico individual desaparecia após ser trazido à consciência o fato que o havia feito surgir e após esse acontecimento ser descrito em detalhes por palavras, de modo a expressar o afeto. Nisto consiste, de acordo com Laplanche e Pontalis (1967/2001), a ab-reação, um efeito esperado por Freud e Breuer da catarse, uma espécie de purificação, que levou ao nome desta técnica de método catártico. Assim, a comunicação em palavras, fosse a decorrente das perguntas feitas pelo médico ou a sugestão, já consistia num método terapêutico, pois eliminava o sintoma de forma imediata e permanente. Este método possibilita “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” (Freud, 1895/2012a, p. 263). Como afirmam Laplanche e Pontalis (1967/2001), Breuer e Freud já reconheciam na expressão verbal seu valor catártico.

Como exposto na primeira seção deste capítulo, um único sintoma era, muitas vezes, fruto de várias experiências, vários traumas e, por isso, cada um deles deveria ser alcançado. Para isso, do ponto de vista da técnica terapêutica, a cadeia de lembranças precisaria ser reproduzida por um caminho inverso, que partiria das últimas experiências às primeiras (Freud, 1910/2003). Veremos que aí já se encontram as bases para a associação livre.

Toda essa cadeia de recordações patogênicas devia ser reproduzida em sequência cronológica e em sentido inverso: as últimas em primeiro, e as primeiras em último lugar; sendo completamente impossível chegar ao primeiro trauma, que seria o mais ativo, saltando-se sobre os que ocorreram posteriormente (p. 11).

Todavia, essa técnica terapêutica em vias de estabelecimento viu-se comprometida por algumas limitações. Freud (1895/2012a) se deparou com dificuldades em hipnotizar algumas pessoas que manifestavam sintomas histéricos e notou também que alguns pacientes não permitiam nenhuma tentativa de hipnose. Ao mesmo tempo em que se viu diante destas dificuldades, sobre as quais ele não conseguia dar uma explicação, ele também estava diante do problema que buscava saber qual era, de fato, a principal característica da histeria e que a diferenciava de outras neuroses.

As implicações resultantes da primeira dificuldade – nem todas as pessoas poderiam ser hipnotizadas – serão abordadas posteriormente, no segundo capítulo, devido aos objetivos da presente dissertação. Aqui seguimos na discussão das implicações do segundo problema, dedicado à distinção da histeria em relação às demais formas de neurose.

A fim de solucionar este, Freud (1895/2012a) selecionou para tratamento catártico alguns casos que possuíam fortes indícios de histeria. Observou que os resultados do método terapêutico eram poucos e não traziam nada de significativo. Ele também aplicou o método de Breuer a casos de neurose que nada tinham a ver com aquilo que caracterizava a histeria e, a partir destes, verificou que também eram influenciados pelo tratamento e podiam ser solucionados por este método. Todas as neuroses passaram, então, a ser tratadas pelo autor do mesmo modo que a histeria, ou seja, pelo método catártico. O resultado desta investigação confirmaria ou não o diagnóstico de histeria. O que Freud fez foi seguir o caminho inverso: ao invés de diagnosticar e, em seguida, aplicar um tipo específico de tratamento seguindo as necessidades impostas pelo resultado do diagnóstico, ele lançou mão de um método terapêutico para verificar/chegar ao diagnóstico.

Deste modo, o método de Breuer permitiu a Freud, apesar de suas dificuldades com a hipnose, adentrar ao campo de investigação sobre a etiologia e o mecanismo geral das neuroses, uma vez que estas informações influenciam no tipo de tratamento empregado. Em suma, ao observar que o método catártico, a princípio destinado somente aos casos de histeria, não era eficaz em alguns pacientes diagnosticados como tal e que, para outros pacientes, cujos sintomas não correspondiam aos sintomas histéricos, o tratamento podia levar à solução do caso, Freud estava diante da possibilidade de identificar a característica da histeria que a diferenciava das outras neuroses.

Esta investigação levou Freud (1895/2012a) a concluir que a histeria não consiste em uma entidade clínica independente e que as causas que levam à aquisição das neuroses estão nos fatores sexuais. Consiste em uma conclusão provisória que traz importantes consequências, pois o quadro geral então corrente no meio médico sobre as perturbações neuróticas fora reorganizado e o fator sexual possibilitou pensar as neuroses enquanto uma doença adquirida e, como tal, passível de tratamento e cura. A respeito dos fatores sexuais na origem da neurose, discutiremos no segundo capítulo.

Não há como compreender melhor um caso difícil de neurose complicada, com maior ou menor influência histérica, que o submetendo a uma análise com o método de Breuer. Com ele, desaparece qualquer mecanismo histérico; neste ínterim, no decorrer das análises, *aprendi a interpretar o resto dos fenômenos e a identificar sua etiologia, obtendo assim os pontos de apoio para saber qual arma, do arsenal da teoria das neuroses, é indicada no caso em questão* (Freud, 1895/2012a, p. 273, grifo nosso).

Além da importância que teve sobre as conclusões a respeito da etiologia das neuroses, o método catártico também levou Freud (1895/2012a) a observar os primeiros sinais do que posteriormente nomeou de transferência. Ele destacou a importância de o médico ter, além do interesse por questões psicológicas, um interesse pessoal pelo paciente, uma aprovação. Este interesse não é necessário nos casos de tratamento de um paciente reumático, por exemplo, todavia é importante para os tratamentos psicológicos, visto que estes buscam expor questões íntimas do paciente, as quais tendem a ser mantidas em segredo absoluto. Deste modo, também deve haver uma aprovação do paciente a respeito do médico. Caso contrário, na medida em que observa a direção para a qual o tratamento está seguindo, o paciente tende a abandoná-lo e o médico continua a ser um estranho para ele. O conceito de transferência também será melhor abordado adiante, no terceiro capítulo.

Todavia, é importante expor aqui - já que estamos falando da hipnose e do método catártico, que também se utilizava da hipnose - o destaque que Freud dá a esta relação pessoal com o médico. Ela parece ser uma condição para que o tratamento seja eficaz e é independente do uso da hipnose; ou seja, caso a hipnose seja substituída por outro método, a relação entre paciente e médico mantém as mesmas condições, que são essenciais. Isto se deve ao fato de que as exigências para esta relação estão ligadas com

as condições predeterminantes da neurose e com qualquer atividade que busque solucioná-la por meio de uma alteração psíquica. Por enquanto, o autor afirmou que a relação entre o paciente e o médico era independente da hipnose ou de outro método. Entretanto, em 1925, Freud (2011e) esclareceu que a hipnose deixava fora de controle esta relação tão importante e que este fora um dos motivos para abandoná-la.

1.3. O trabalho terapêutico de Freud nos primórdios da psicanálise: das neuroses às psiconeuroses

O primeiro resultado ao qual Freud (1895/2012a) chegou pelo método catártico foi o de que as neuroses adquiridas eram determinadas por fatores sexuais. Com base nisso, outra conclusão foi a de que diferentes fatores sexuais produziam diferentes quadros de neuroses. Assim, foi possível se basear na etiologia para caracterizar as neuroses e fazer uma distinção entre os quadros clínicos de cada uma delas.

Sua constatação fora a de que o diagnóstico de histeria não era justo somente pelo fato de serem os sintomas histéricos os de maior destaque. Diagnosticar como histeria era uma prática comum, pois essa é a doença mais antiga e mais conhecida das neuroses. Todavia, era necessário separar as neuroses e parar com o hábito de dar o nome de histeria a qualquer quadro de neurose cujos sintomas coincidiam com os sintomas histéricos. Casos de degeneração psíquica e perversão, por exemplo, eram, muitas vezes, rotulados como histeria, resultando em um diagnóstico errado e nos mostrando que este rótulo poderia ser, também em outros casos, contraditório.

Como indica Jones (1953/1989c), Freud apresentou, então, uma descrição que distinguia a neurastenia da neurose de angústia, por um lado, e a as fobias histéricas de outro. “Foi sua primeira incursão independente no campo da psicopatologia” (p. 261).

Freud (1895/2012a) considerou que a neurastenia não era baseada em disfunções da esfera psíquica. Diferentemente dela, a neurose obsessiva era decorrente de um mecanismo psíquico mais ou menos claro e possuía uma etiologia parecida com a da histeria com possibilidade de ser reduzida pela psicoterapia. Da neurastenia, Freud destacou a neurose de angústia, cujos sintomas são resquícios de manifestações de angústia. Ela também não é desempenhada por nenhum mecanismo psíquico, mas pode influenciar a vida mental; na verdade, seria consequência de um acúmulo de tensão sexual física.

A neurastenia e a neurose de angústia foram agrupadas no quadro denominado neuroses atuais por Freud (1925/2011e). Este nome é justificado pelo fato de que suas causas não correspondem a lembranças de algum evento importante do passado, o que faz com que o termo atual deva ser compreendido no sentido de uma atualidade no tempo. Tanto a neurastenia como a neurose de angústia possuem como causa uma desordem na vida sexual do paciente, contudo trata-se de uma desordem atual, presente, e é ela que leva à produção de sintomas. Assim, estes não consistem em expressões simbólicas, mas apenas expressão da ausência ou da inadequação da satisfação sexual. O fator desencadeante das neuroses atuais, portanto, encontra-se na esfera somática e não na esfera psíquica. A diferença entre a neurastenia e a neurose de angústia estaria no fato de que, na primeira, a satisfação sexual é buscada por meios inapropriados (masturbação, por exemplo) e, na segunda, não há satisfação sexual, ou ela é incompleta, o que leva ao sentimento de angústia. Tendo em vista a procedência dos sintomas, ao menos neste período inicial das elaborações de Freud, as neuroses atuais acabariam sendo consideradas como não tendo relação com a psicanálise, pois, nestes casos, não haveria nada no passado a ser elucidado por algum método psicoterapêutico (Laplanche & Pontalis, 1967/2001).

Sua explicação era, essencialmente, a seguinte: quando a tensão sexual que surge no corpo atinge certo grau, acarreta, na mente, o desejo sexual, libido, com a companhia de várias ideias e emoções; mas, quando por qualquer razão esse processo natural é obstruído, a tensão é “transformada” em ansiedade¹. (...) Insistiu em que a ansiedade é um efeito *físico* desse estado de coisas e em que nem a própria ansiedade nem qualquer de seus acompanhamentos somáticos (palpitação, suor, etc.) são suscetíveis de análise psicológica (Jones, 1953/1989c, pp. 262-263, grifo do autor).

Em outro quadro, o das psiconeuroses, Freud incluiu a histeria, a neurose obsessiva e a fobia. A causa destas, ao contrário das neuroses atuais, são encontradas em lembranças de algum ou de vários eventos sexuais do passado do paciente, evento(s) que precisa(m) ser elucidado(s). Seus sintomas consistem em expressões simbólicas e

¹ Apesar do uso do termo ansiedade, Paulo Cesar de Souza esclarece, em nota de tradução de *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921/2011, p. 50), que o termo alemão *Angst* pode também ser traduzido como medo ou angústia.

seu fator desencadeante, encontrado na esfera psíquica, está relacionado a um conflito defensivo (Laplanche & Pontalis, 1967/2001).

Freud (1895/2012a) acredita que a neurastenia e a neurose de angústia podem ser encontradas em sua forma pura em pessoas jovens; as neuroses obsessivas e a histeria são raras em suas formas puras e geralmente se encontram associadas à neurose de angústia. Muitas vezes, os fatores etiológicos das neuroses se encontram entrelaçados; isto pode se dar por acaso ou como fruto de relações causais entre os processos que levam aos fatores etiológicos de cada neurose; é o que explica as neuroses mistas. Segundo Jones (1953/1989c), Freud fez uma comparação entre a histeria e a neurose de angústia, afirmando que esta última é uma contrapartida somática da primeira, o que explicaria o fato de ocorrerem juntas com frequência. Em ambas ocorre um desvio da excitação para o campo somático, ao invés de ocorrer assimilação psíquica; a diferença é que na neurose de angústia, a excitação é puramente somática, enquanto na histeria é puramente psíquica.

Ainda segundo este autor, tudo isso indica o início do afastamento de Freud da fisiologia e da utilização da linguagem puramente psicológica para anunciar suas descobertas e teorias de suas observações clínicas.

Distinguir o papel desempenhado pela histeria, no quadro das neuroses mistas, do papel desempenhado pela neurastenia e pelas outras neuroses, além de evitar erros diagnósticos, também era necessário para mostrar a importância do método catártico, ou seja, o alcance deste método psicoterapêutico. Este poderia eliminar qualquer sintoma histérico, mas seria impotente diante da neurastenia e só interferiria nos efeitos psíquicos da neurose de angústia de forma indireta. Assim, sua eficácia estaria relacionada com a preponderância dos componentes históricos dos quadros clínicos. Todavia, ele não poderia impedir que novos sintomas históricos aparecessem, pois não eliminaria as causas que os levaram a surgir; mas nem por isso ele seria desprezível. Nos casos em que a histeria já terminara seu curso e o que restava eram apenas sintomas residuais, o método catártico promoveria sucessos completos e permanentes, acreditava Freud (1895/2012a).

1.4. Do trabalho clínico a uma hipótese sobre a gênese das psiconeuroses: a noção freudiana de defesa

Uma das conclusões decorrentes do trabalho de redefinição dos quadros de neuroses era a de que a conversão somática seria a característica principal da histeria. Freud (1894/2008b) chegou a ela por meio de suas análises sobre as obsessões e as fobias. Ambas foram diferenciadas da histeria por consistirem numa neurose com um mecanismo diferente de conversão, se é que pode ser denominado assim, mas as três tinham como característica comum a defesa contra uma representação incompatível com o restante das representações ou ideais morais ou estéticos da pessoa.

Os pacientes com esse tipo de histeria que foram observados por Freud (1894/2008b) possuíam uma saúde normal até o momento em que teria ocorrido uma incompatibilidade em sua vida representativa, ou seja, seu eu se deparou com um afeto muito aflitivo e decidiu esquecer a representação a ele vinculada por não se sentir capaz de resolvê-la por meio das atividades de pensamento, ou seja, precisou se defender desse afeto. Nas mulheres, a representação geralmente expulsa era de caráter sexual e elas lembravam-se de seus esforços em afastar aquilo de vez. Freud afirma não ser possível afirmar que essas tentativas de esquecimento sejam, em si, patológicas, nem se e como elas são bem sucedidas fazendo com que as pessoas continuem saudáveis. Nos casos observados, o esquecimento não foi bem sucedido e a consequência foi patológica.

Freud (1894/2008b) acredita que o eu tenta se defender voluntariamente da representação incompatível como se ela nunca tivesse existido, porém ele é incapaz disso. O traço mnêmico, ou seja, a lembrança, e o afeto ligados à representação estão lá e não podem ser eliminados. Em *Projeto de uma psicologia*, Freud (1895/1995) defende a ideia de que os processos psíquicos em geral são formados por neurônios portadores de memória, os quais, ao contrário dos neurônios destinados às percepções, opõem alguma resistência à passagem da excitação que lhe chega, retendo-a em certa medida; por essa razão, após cada excitação que chega a esse tipo de neurônio seu estado se torna diferente do anterior e estas modificações são permanentes, formando, assim, a memória. Deste modo, ele acredita que “uma psicologia de alguma relevância tem de fornecer uma explicação da “memória”” (p. 13). Da excitação retida, o eu transforma a representação forte em uma representação fraca, retirando dela o afeto, a soma de excitação. Esta passa a não participar das associações, mas deve ser utilizada de alguma outra forma (Freud, 1894/2008b).

No que diz respeito à histeria, Freud (1896/2008c), pelo método de Breuer, conseguiu atingir o ponto de partida do processo patológico e observou que, em todos

os casos, o agente que passou a ser a causa específica da histeria era uma lembrança relacionada à vida sexual. Esta lembrança assumia sempre duas condições: uma experiência sexual precoce (antes da puberdade) e passiva com excitação real dos órgãos (abuso). No âmbito do tratamento, essas lembranças só se tornariam acessíveis sob a técnica analítica e vencendo uma grande resistência.

É importante destacar que foi por meio do método catártico que Freud chegou a estas informações etiológicas. Assim, a técnica vem se apresentando o tempo todo como indissociável da concepção etiológica das neuroses.

Devido ao fato de o indivíduo estar em sua primeira infância, a excitação sexual praticamente não surte efeito, pois a sexualidade só se manifesta após a puberdade. Trata-se de uma suposição corrente na época compartilhada por Freud e que será melhor esclarecida no capítulo dois desta dissertação. Contudo, segundo Freud, seu traço psíquico é preservado e, na puberdade, esse traço inconsciente é, de algum modo, despertado e a lembrança atua como se fosse um evento atual. Trata-se da ação póstuma de um trauma sexual. “Eu entendo que essa *relação inversa entre o efeito psicológico da memória e do evento* contém a razão pela qual *a memória permanece inconsciente*” (p. 153, grifo do autor).

A neurose obsessiva emerge de uma causa específica parecida com a da histeria. A diferença entre elas está no fato de, na histeria, ter ocorrido um evento sexual passivo, ao qual alguém foi submetido com indiferença ou com um pequeno grau de medo. Por outro lado, na neurose obsessiva, teria havido um evento que proporcionou prazer; no caso dos meninos, um ato de agressão movido pelo desejo; no caso das meninas, relações sexuais seguidas de gozo. As representações obsessivas, que constituem o sintoma da neurose obsessiva, acabam sendo nada mais que uma “*censura a qual o sujeito se dirige por causa deste gozo sexual antecipado*, porém algumas censuras sofrem um trabalho psíquico inconsciente de transformação e substituição” (Freud, 1896/2008c, p. 154, grifo do autor).

Freud observou que as neuroses obsessivas são mais comumente observadas em meninos e a explicação para este fato está no elemento ativo da sexualidade presente na origem das obsessões. Por outro lado, a passividade sexual explicaria a maior frequência da histeria em meninas. O autor relatou um caso em que um menino e uma menina realizaram atividades sexuais na infância e, posteriormente, na vida adulta, desenvolveram neurose obsessiva e histeria, respectivamente.

A importância do elemento ativo da vida sexual como causa de obsessões, e da passividade sexual para a histeria, parece revelar a razão para a ligação mais íntima com a preferência do sexo feminino pela histeria e do masculino pela neurose obsessiva (Freud, 1896/2008c, p. 155).

Freud defende o evento sexual na tenra infância para a etiologia das neuroses e coloca a hereditariedade como incapaz de, por si só, provocar estas doenças. Conforme afirma Gay (1988/1989b), ele ainda não estava preparado para excluir completamente o fator hereditário, contudo estava mais empenhado em encontrar vivências traumáticas que pudessem indicar a causa dos estranhos sintomas apresentados pelos pacientes. Estava cada vez mais crente, baseado nas palavras dos próprios pacientes, que o mistério dos neuróticos eram conflitos sexuais ocultos a eles próprios.

Acredito que sua presença seja indispensável nos casos graves, duvido que seja necessária para os casos leves, mas estou convencido de que a hereditariedade nervosa, por si só, não pode produzir as psiconeuroses se a etiologia específica desta, a irritação sexual precoce, estiver ausente. E até vejo que a questão de saber qual a neurose, histeria ou obsessão, ocorrerá em cada caso não seja resolvido pela hereditariedade, mas por um caráter especial deste evento sexual infantil (Freud, 1896/2008c, pp. 155-156).

Tudo o que foi dito até aqui consiste, de acordo com Freud (1894/2008b), num mecanismo que acontece igualmente nas histerias de conversão, fobias e obsessões. Todavia, a partir daí, Freud avança rumo a uma elucidação mais detalhada sobre os mecanismos próprios a cada um desses quadros de psiconeurose.

1.5. A técnica e o desvelamento dos mecanismos psíquicos das psiconeuroses

1.5.1. Histeria: conversão somática

A conversão somática diz respeito a um mecanismo psíquico acionado na tentativa de resolver um conflito psíquico, do qual resultariam sintomas somáticos, ou seja, os sintomas que parecem ser de ordem neuroanatômica ou fisiológica, como as paralisias de membros do corpo, anestésias e dores em regiões localizadas deste. A

noção de conversão ainda está relacionada a uma concepção econômica do funcionamento psíquico em que a energia de uma representação recalçada, que não fora drenada psiquicamente por algum motivo, é transformada em energia de inervação ou afeto. Com isso, essa energia segue por inervações, resultando no que se considera expressões afetivas por meio de sintomas somáticos, motores ou sensitivos. (Laplanche & Pontalis, 1967/2001).

Embora, como indicam Laplanche e Pontalis (1967/2001), a palavra conversão seja encontrada pela primeira vez em *As psiconeuroses de defesa* (1894) e em *Estudos sobre a histeria* (1895), é possível notar que já em 1888, Freud estava disposto a defender a ideia de que os sintomas que se manifestavam no corpo não eram de origem fisiológica/neurológica. Por exemplo, em sua contribuição para a enciclopédia de Villaret com o verbete histeria (Strachey, 1996a), Freud (1888/2011a) afirma: “Pode-se dizer que, acerca da teoria sobre a estrutura do sistema nervoso, a histeria ignora tanto como nós mesmos antes de tê-la conhecido” (p. 53). Trata-se de uma afirmação que indica que Freud não conseguia conciliar a estrutura conhecida do sistema nervoso com os sintomas histéricos. Seria necessário analisá-los sob outro ponto de vista.

Em 1888, Freud lançou a afirmação acima, mas ainda sem dar maiores explicações. Estas vieram em 1893, no artigo *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. Nele, Freud (1893/2011b) demonstra o motivo pelo qual acredita que os sintomas histéricos atuam de modo independente da estrutura do sistema nervoso.

Ele afirma que existe uma aceitação geral, ou seja, um consenso, a respeito das paralisias motoras orgânicas na neurologia clínica. Esta considera que as paralisias motoras orgânicas são de dois tipos, a saber, a paralisia periférico-medular e a paralisia cerebral. Tal diferenciação está diretamente relacionada com a anatomia do sistema nervoso conhecida, a que indica que o trajeto das fibras condutoras da motricidade se divide em dois segmentos: “o primeiro vai da periferia até as células dos cornos anteriores, e o segundo segue daí até o córtex cerebral” (p. 197).

Freud indica também que a diferença entre essas paralisias é a de que a paralisia periférico-medular é uma paralisia *détaillé*, ou seja, uma paralisia detalhada, e a paralisia cerebral é uma paralisia *en masse*, uma paralisia geral. Na primeira, cada músculo ou fibra muscular pode paralisar individualmente e o resultado depende da localização e da extensão da lesão. Por outro lado, a paralisia cerebral afeta uma parte extensa da periferia, um membro ou aparelho motor completo. Neste caso, nunca afeta

apenas um músculo isoladamente e os segmentos distais acabam sendo mais comprometidos que os proximais (por exemplo, mão mais comprometida que o ombro), a menos que a paralisia não seja completa.

Esta dissociação é tanto mais chamativa quanto mais complexa for a função à qual se refere. Na sintomatologia orgânica, quando houver um enfraquecimento desigual de várias funções, a mais afetada pela paralisia será sempre a função mais complexa, de aquisição posterior (Freud, 1983/2011b, p. 201).

Freud relembra que, em seus estudos sobre a afasia, de 1891, propôs nomear a paralisia periférico-medular *détaillé* de paralisia de projeção. Este nome demonstraria a relação deste tipo de paralisia com a estrutura do sistema nervoso: os elementos da periferia são projetados, um por um, aos elementos da massa cinzenta da medula; assim, a terminação nervosa de cada elemento da periferia corresponde a um elemento da massa cinzenta da medula.

Todavia, esta ideia não é, para Freud, verdadeira no caso da paralisia cerebral ou *en masse*. As fibras que se estendem da medula até o córtex não representam um elemento, mas sim um grupo de elementos periféricos. Também pode acontecer o inverso, ou seja, um elemento da periferia corresponder a várias fibras condutoras medulo-corticais. Assim, a reprodução não é mais uma projeção verdadeira, ponto por ponto; é uma relação por meio de fibras representativas, o que fez Freud (1893/2011b) denominar a paralisia cerebral como uma paralisia de representação.

Uma crença muito comum era a de que as histéricas simulavam doenças nervosas, ou seja, de que seus ataques eram, na verdade, fingimento. Qual tipo de paralisia, dentre os dois apresentados, seria, então, o escolhido para a simulação? O que se nota é que a caracterização do quadro histérico, no que diz respeito às paralisias histéricas flácidas, estaria de acordo apenas com as paralisias orgânicas em representação.

Apenas no que diz respeito às paralisias histéricas flácidas se pode sustentar que nunca afetam somente um músculo, exceto no caso em que esse músculo seja o único instrumento de uma função; que são sempre paralisia *en masse*, e que nesse aspecto correspondem à

paralisia de representação, ou paralisia cerebral orgânica (Freud, 1893/2011b, pp. 199-200).

Entretanto, para Freud, a paralisia histérica difere da paralisia em representação em outros aspectos importantes. Ela não obedece à regra segundo a qual o segmento distal se encontra mais comprometido que o proximal, como o caso da paralisia da mão ser mais intensa que a paralisia do ombro; e podem ser encontradas paralisias isoladas, como o caso de uma paralisia de apenas um dos dedos da mão. Assim, a paralisia histérica é intermediária entre a paralisia em projeção e a paralisia em representação. “Se não dispõe de todas as características de dissociação e isolamento próprios da primeira, tampouco está sujeita às leis estritas que regem a segunda, a paralisia cerebral” (p. 200). Assim, a paralisia histérica seria também paralisia em representação, mas, importante notar, com um tipo especial de representação, uma ideia especial do órgão paralisado, noção esta que será desenvolvida um pouco mais adiante.

Segundo Freud (1893/2011b), os sintomas da paralisia cerebral aparecem na histeria como que fracionados: podem ocorrer paralisias de uma parte isolada de um membro, enquanto outras partes dele continuam normais; ou abolição total de uma função enquanto outra função executada pelo mesmo órgão pode não ser prejudicada.

Outra característica importante da histeria, já apontada por Charcot (*apud* Freud, 1893/2011b), é a grande intensidade de todos os seus sintomas e manifestações, inclusive de suas paralisias; possui intensidade muito maior que a das doenças orgânicas. Consiste, assim, num sinal identificador de neurose, pois na paralisia cerebral orgânica, essas características, delimitação precisa e intensidade excessiva, não se associam entre si, ela não consegue se tornar absoluta e delimitada ao mesmo tempo.

Nas palavras de Jones (1953/1989c), podemos resumir as principais diferenças entre a paralisia histérica e a paralisia cerebral da seguinte forma:

(1) Uma paralisia histérica pode ser completa em uma parte do corpo, como, por exemplo, no braço, sem que outras partes sejam afetadas. Onde uma paralisia cerebral é intensa, ela é sempre extensa em distribuição. (2) Alterações sensoriais, especialmente anestesia, são mais acentuadas que alterações motoras (isto é, paralisia) na histeria; o contrário é verdade quanto à paralisia cerebral. (3) O mais importante de tudo é o fato de que a distribuição da última é explicável pelos dados da anatomia, ao passo que a histeria se comporta, como Freud

maliciosamente expôs, como se não existisse algo como a anatomia do cérebro; sua distribuição é puramente ideativa (p. 240).

Para Freud (1893/2011b), havendo uma única anatomia cerebral verdadeira que se expressa nas características clínicas das paralisias cerebrais, essa anatomia não pode explicar os aspectos diferenciais das paralisias histéricas. Nas paralisias orgânicas, a natureza da lesão não é tão importante, pois o papel primário está na extensão e localização da lesão que, em determinadas condições estruturais do sistema nervoso, produzem as características da paralisia orgânica. Porém, para entender a situação da paralisia histérica (que não respeita a localização nem a extensão da lesão), passa a ser importante considerar a sua natureza.

Freud afirma que Charcot acredita ser a paralisia histérica resultado de uma lesão cortical, mas puramente dinâmica ou funcional. Uma lesão dinâmica é realmente uma lesão orgânica verdadeira, mas que não deixa nenhum vestígio após a morte, tal como um edema ou anemia. Ao contrário de Charcot, Freud afirma que a lesão nas paralisias histéricas “deve ser totalmente independente do sistema nervoso, visto que *a histeria se comporta em suas paralisias e outras manifestações como se a anatomia não existisse, ou como se nunca tivesse tido alguma notícia dela*” (p. 206, grifo do autor).

Freud (1893/2011b) indica, então, uma linha de pensamento que pode levar a uma concepção que considera as propriedades da paralisia histérica sem que exista uma lesão orgânica relacionada a tais modificações funcionais e, com isso, considera indispensável adentrar ao campo da psicologia.

Procurarei mostrar que pode existir uma alteração funcional sem lesão orgânica concomitante, ao menos sem lesão palpável mesmo após exame apurado. Em outros termos, darei um exemplo apropriado de uma alteração funcional primitiva; para isso só peço que me permitam passar ao campo da psicologia, inevitável quando se lida com a histeria (p. 207).

Trata-se de um momento fundamental na obra freudiana, em que o autor reconhece que o conhecimento da neurologia não seria suficiente para lidar com a histeria. Tendo em vista as observações que fez sobre os sintomas histéricos e a impossibilidade de serem explicados pelas leis neurológicas conhecidas, Freud se

permite adentrar ao campo da psicologia e analisar suas contribuições para o conhecimento das neuroses, posteriormente reconhecidas, não à toa, como psiconeuroses.

Ele concorda com Janet em relação à ideia de que o que está em questão nas manifestações históricas é a concepção corrente, popular, dos órgãos, oriundas de percepções táteis e, principalmente, visuais.

Toma os órgãos no sentido vulgar, popular, do nome que levam: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é a extremidade superior tal como é desenhado sob os vestidos. Não há razão para unir paralisia do braço e paralisia da face. A histérica que não sabe falar não tem motivo para duvidar de sua compreensão da língua, visto que afasia motora e surdez verbal não possuem nenhum parentesco segundo a noção popular, etc (Freud, 1893/2011b, pp. 206-207).

A concepção popular dos órgãos consiste na noção das pessoas a respeito de sua anatomia sem que tenham tido algum tipo de estudo específico sobre ela. Deste modo, os membros do corpo são geralmente compreendidos de forma isolada um do outro; os dedos parecem não ter nenhuma relação com o braço; a situação deste nada diz, por exemplo, sobre o ombro e vice-versa. Contudo, os estudos sobre a anatomia mostram que há relações entre as diferentes partes do corpo. Os sintomas históricos atuam como se desconhecêssem essa anatomia verdadeira, levando em conta apenas a concepção do indivíduo histérico sobre a região em que atuam. Embora os mecanismos da fala e da audição possuam íntima relação, o paciente, desconhecendo-a, compreende-os como mecanismos isolados entre si. Assim, passa a ser possível que o paciente histérico tenha como sintoma a dificuldade ou a impossibilidade em falar, mas mantenha intacta a sua audição, bem como a compreensão do que ouve.

Desta forma, na paralisia histérica, a lesão será, para Freud (1893/2011b), uma modificação da concepção, da ideia, da representação do órgão afetado. A paralisia do órgão consiste no fato de que a representação deste não consegue se associar às outras ideias que constituem o eu. “A lesão seria então a abolição da acessibilidade associativa da concepção de braço” (p. 208). O órgão afetado passa a se comportar como se ele não existisse para essas associações e a sua concepção pode estar afetada sem que o seu componente material esteja lesionado.

Isso acontece quando a quantidade de afeto, ou seja, o valor afetivo empregado à primeira associação de um objeto é de tamanho tal que o impede de entrar em uma nova associação com outro objeto e, assim, a representação do primeiro objeto fica inacessível a qualquer associação. “Se a concepção de braço está envolvida em uma associação de grande valor afetivo, será inacessível ao livre jogo das outras associações” (Freud, 1888/2011b, p. 208). Freud dá, como exemplo da vida social, a tradição dos recém-casados de quebrarem as taças usadas para brindar a união. Após o brinde, as taças passam a representar o casamento, ficam associadas a ele. Quando destruídas, perdem sua capacidade de uso e, com isso, de entrar em algum outro processo associativo, o que faz com que a associação das taças ao casamento seja perpetuada e exclusiva.

Com as observações dos casos de histeria, Freud (1893/2011b) concluiu que o órgão afetado ou uma função extinta estaria em uma associação com algo subconsciente, sobre o qual haveria um grande investimento afetivo e que levou às modificações deste membro. Assim que essa carga de afeto fosse eliminada, o órgão ou a função voltaria ao normal, porque “(...) toda sua afinidade associativa, por assim dizer, está saturada em uma associação subconsciente com a lembrança do acontecimento, do trauma, produtor dessa paralisia” (p.209). Para ser eliminada, é necessária uma reação motora adequada ou um trabalho psíquico associativo. Caso a pessoa não consiga ou não queira eliminar esse afeto, que é excedente, a lembrança da primeira impressão adquire a importância de um trauma e passa a consistir no motivo pelo qual os sintomas histéricos permanecem.

As paralisias histéricas não poderiam, deste modo, ser explicadas fisiologicamente, pois o conhecimento que se tinha da anatomia não correspondia aos fatos observados por meio desse sintoma. A histeria adentra, assim, ao campo da psicologia, pois traz consigo algo que estaria além do que é conhecido pelas regras neuroanatômicas: uma representação especial, como afirmado anteriormente, uma ideia.

Considerando que a paralisia, enquanto sintoma histérico, rompe a associação de um objeto com outras associações e que as conclusões a que Freud chegou sobre as paralisias podem ser generalizadas aos outros sintomas, então na base de todos os sintomas neuróticos encontrar-se-ia algum tipo de inibição nas associações de ideias. Os sintomas indicam que há elementos inibidos, impedidos de serem associados, por estarem fora de acesso à consciência – por isso, o paciente não sabe a razão de seu sintoma - e envoltos por uma carga de afeto muito grande que não fora eliminada.

Quando o elemento retorna às associações e o afeto a ele vinculado é drenado por vias motoras ou por elaboração psíquica, o sintoma cessa. O afeto precisa, assim, ser ab-reagido. Daí, conforme mencionado na discussão sobre o método catártico, o nome desta teoria: a ab-reação dos aumentos de estímulo (Freud, 1893/2011b).

É disso que trata a *Comunicação preliminar*, de mesma data. De acordo com Strachey (1996b) em nota de tradução, neste artigo Freud e Breuer explicam que no caso de pacientes histéricos que tiveram uma experiência carregada de grande dose de afeto, este não fora desgastado pela associação com outros materiais conscientes nem por atos reflexos conscientes. No caso destas pessoas, a lembrança da experiência (traumática), permanece estrangulada e fora da consciência. Com isso, esta lembrança se manifesta em sintomas. A eficiência do método catártico está no fato de introduzir na consciência o evento traumático, carregado de alta dose de afeto, e com isso, descarregar este afeto. Assim, os sintomas somáticos resultantes do mecanismo de conversão histérica tendem a desaparecer.

No artigo *As neuropsicoses de defesa*, de 1894, Freud (2008b) destacou da histeria as obsessões e fobias e considerou a conversão somática uma característica apenas da histeria. Os sintomas obsessivos e fóbicos possuíam outra forma de se manifestar.

1.5.2. Neurose obsessiva e fobia

Nos casos em que a pessoa não apresenta uma aptidão à conversão e se depara com uma representação incompatível, Freud (1894/2008b) afirma que no processo de defesa o eu separa da representação o seu afeto e ambos se mantêm na esfera psíquica. O afeto, porém, torna-se livre e se liga (falsa ligação) a outras representações que não são incompatíveis à representação original, as quais se tornam representações obsessivas, cujo caráter aflitivo não é justificado. Trata-se do mecanismo psíquico de formação da neurose obsessiva e das fobias.

Mas a neurose obsessiva, em que não se vê aquele enigmático salto do psíquico ao físico, na verdade tornou-se para nós, graças ao empenho psicanalítico, mais transparente e familiar do que a histeria, e percebemos que ela mostra de maneira bem mais acentuada certas características extremas da neurose (Freud, 1917/2014, pp. 344-345).

Em todos os casos observados por Freud, o afeto que se encontra em uma falsa ligação era oriundo da vida sexual. A obsessão vem para substituir a representação sexual incompatível; esta sai da consciência e o elemento obsessivo fica em seu lugar.

Em outras palavras, o afeto da representação obsessiva se aparece como *deslocado* {*dislozieren*}, *transportado* {*transponieren*}, e no caso de haver aceitado as pontuações aqui fornecidas, o médico pode tentar a *retradução ao sexual* em uma série de casos de representação obsessiva (Freud, 1894/2008b, p. 55, grifo do autor).

Segundo Freud, o afeto livre pode se utilizar também das fobias comuns aos humanos, como medo de animais ou do escuro, ou de qualquer coisa relacionada ao que é da ordem do sexual, como micção, defecação ou sujeira e contágio. Isto porque o afeto livre pode se ligar a qualquer representação que pareça adequada como substituta da representação incompatível.

Todavia, para Freud, há uma desvantagem deste mecanismo em relação à conversão somática; na segunda, o afeto é, de alguma forma, eliminado, enquanto na obsessão ou na fobia ele permanece afligindo o eu e apenas abafando a representação incompatível, mantendo-a ausente da memória.

No ano seguinte, Freud (1895/2008a) excluiu as fobias e obsessões do quadro da neurastenia, uma vez que os pacientes obsessivos ou fóbicos às vezes são e às vezes não são neurastênicos. Segundo ele, tais síndromes não devem ser vistas como consequência de degeneração mental, pois muitas vezes os pacientes se recuperam ou são, até mesmo, curados. Além disso, ele distinguiu obsessões de fobias, denominando as obsessões propriamente ditas de obsessões verdadeiras, que se destacavam das fobias.

Nas obsessões, são encontradas representações que se impõem ao paciente e um estado emocional que a elas se associa. Este estado emocional pode ser o de angústia, dúvida, raiva, entre outros. Diferentemente, nas fobias, este estado emocional é sempre a angústia.

Nas obsessões verdadeiras, Freud afirma que o estado emocional permanece o mesmo e a representação que a ele se associa pode variar. Também pode ocorrer de a representação permanecer fixa. O estado emocional é, na maioria das vezes, apropriado e justificado quando associado à representação original. Todavia, quando a representação muda para uma menos apropriada, uma representação que aparece apenas

para se adaptar ao estado emocional, é que começam os sinais da obsessão. As representações originais correspondem a lembranças de experiências penosas e antigas da vida sexual, conforme indicado acima, oriundas da infância, as quais o paciente deseja esquecer. Elas também podem ser substituídas por atos ou impulsos que servem como alívio ou como procedimentos protetores.

No que diz respeito à fobia, Freud (1895/2008a) diz que sua diferença mais aparente em relação às obsessões, já mencionada acima, é o fato de ter como estado emocional o medo, a angústia. Além disso, enquanto as obsessões são mais variadas, as fobias são mais típicas. Entre elas, existem as fobias comuns, que consistem em medo exagerado de coisas que amedrontam também as pessoas sadias (por exemplo: medo de determinados animais e doenças); e existem também as fobias contingentes, medo de condições que não representam medo às pessoas sadias (por exemplo: agorafobia). Nestas últimas, o estado emocional só aparece em condições especiais.

De modo geral, diferentemente das obsessões, não se encontra nas fobias a substituição de representações. O que se encontra é apenas o estado emocional de angústia que traz à tona as representações adequadas para se tornarem alvo de uma fobia. Sua causa é um acúmulo de tensão sexual produzida pela abstinência. Seria uma manifestação da neurose de angústia, considera Freud nessa etapa inicial.

Este capítulo buscou mostrar a importância que as mudanças introduzidas por Freud na técnica tiveram sobre o desenvolvimento da teoria das neuroses. A partir da utilização do método de Breuer, Freud chegou a reorganizar o quadro geral destas patologias. Embora a técnica catártica tenha sido originalmente elaborada para tratar da histeria, Freud estende sua aplicação, passando a utilizar-se dessa técnica no tratamento de outros sintomas, como os obsessivos e fóbicos. Este passo teria lhe possibilitado obter resultados terapêuticos novos, que, por sua vez, teria estimulado o levantamento de novas hipóteses sobre a etiologia de diversos quadros de psicose.

O capítulo seguinte prosseguirá na análise desses desenvolvimentos técnicos e teóricos, e buscará mostrar como o abandono da técnica hipnótica abre um horizonte ainda mais promissor para os rumos tomados pela atividade clínica e teórica de Freud.

Capítulo 2

Técnica e teoria na constituição do processo terapêutico

Este capítulo abordará o modo como se deu o abandono do método catártico, em virtude das dificuldades de Freud em hipnotizar seus pacientes, e a passagem para o trabalho com o paciente em vigília, o que o levou ao conhecimento do fenômeno da resistência. Também pretende expor o modo como Freud chegou à ideia de que a etiologia específica das psiconeuroses se encontrava em uma experiência real, sexual e que ocorrera na infância do paciente. Se, por um lado, a suposição de um trauma de sedução na infância é abandonada em favor da teoria da fantasia, por outro, a técnica então utilizada no âmbito da teoria do trauma de sedução é consolidada com os avanços teóricos proporcionados pela nova concepção sobre a dinâmica do psiquismo.

2.1. O abandono da hipnose por Freud e o tratamento em vigília: a descoberta do fenômeno da resistência

Como exposto anteriormente, Freud (1895/2012a) encontrou dificuldade ao observar que nem todas as pessoas diagnosticadas como histéricas eram hipnotizáveis. Além disso, notou que algumas pessoas sequer permitiam uma tentativa de hipnose. Miss Lucy R e Elisabeth von R., por exemplo, não entraram em estado hipnótico nas tentativas de Freud. “Veja você, não estou dormindo, não posso ser hipnotizada” (p. 160), disse a última após Freud tentar colocá-la em estado de sonambulismo.

Mas ao tentar praticá-lo com meus próprios pacientes, notei que pelo menos os *meus* esforços neste terreno se moviam dentro de limites estreitos, e que se um paciente não caía no sonambulismo após três tentativas, eu não possuía nenhum meio para conseguir tal feito. Além disso, na minha experiência a porcentagem de pacientes que alcançavam o sonambulismo era muito menor que o relatado por Bernheim (pp. 125-126, grifo do autor).

Ele não conseguia explicar a razão pela qual uma pessoa podia ser hipnotizada e outra não. De acordo com Jones (1953/1989c), Freud também já estava atento, desde o caso da Sra. Emmy von N., iniciado em 1889, ao fato de que a eficácia terapêutica

dependia também do relacionamento entre analista e paciente, ocultado pela hipnose - o que culminou no conceito de transferência, que será abordado no capítulo seguinte.

Porém, para continuar seu trabalho clínico, ele precisava de algum método para obter as lembranças patogênicas de modo independente da hipnose. Como proceder já que o método catártico mostrava-se limitado? Recordou-se, então, da visita que havia feito a Nancy, em 1889, na qual visitara Bernheim e, nesta visita, verificara que ele, após acordar o paciente do estado de hipnose, fazia-lhe perguntas sobre o que teria ocorrido durante o sono hipnótico, ao mesmo tempo em que exercia uma pressão com as mãos sobre a testa da pessoa. O paciente, a princípio, não se recordava de nada, contudo, com a insistência do terapeuta, algumas lembranças começavam a lhe aparecer. Para Bernheim, como indica Jones (1953/1989c), tudo o que era experimentado durante o sono hipnótico era somente aparentemente esquecido ao acordar e que, sob insistência do médico, estas experiências poderiam ser trazidas à lembrança a qualquer momento.

Para obter as lembranças, Freud (1895/2012a) inspirou-se no experimento de Bernheim e passou, então, a perguntar ao paciente em vigília se ele sabia o que tinha levado ao surgimento do seu sintoma. Algumas pessoas respondiam não terem ideia desta origem e outras relatavam algumas experiências cujas lembranças eram obscuras e limitadas. Quando Freud insistia afirmando que a pessoa sabia sim a origem de seu sintoma e que a lembrança lhe viria à mente, empregando-lhe uma força com as mãos sobre a testa do paciente, ele percebeu que a lembrança aparecia e, aos poucos, ficava mais clara. Com bastante insistência de Freud e com o paciente deitado e de olhos fechados (semelhança com a hipnose), as lembranças relacionadas ao surgimento do sintoma apareciam. Assim, verificou-se que era possível trazer as lembranças à consciência mesmo com o paciente em vigília, concentrado, sem que houvesse a hipnose. “Dessa maneira pude, sem o emprego da hipnose, conseguir que os doentes revelassem todo o necessário para estabelecer os nexos existentes entre as cenas patogênicas esquecidas e os sintomas que estas haviam deixado como sequela” (Freud, 1910/2003, p. 20).

Segundo Jones (1953/1989c), os únicos resquícios da hipnose eram o fato de o paciente se manter de olhos fechados, o que ainda foi sugerido em 1900, na *Interpretação dos sonhos*, mas entendido como desnecessário em 1904; e a prática de o paciente se manter deitado no divã, que permanece na maioria das vezes.

Uma conclusão decisiva a que Freud (1910/2003) chegou por meio deste procedimento foi a de que as lembranças esquecidas pelo paciente não estavam perdidas, mas se encontravam sob poder do doente. Contudo, havia uma força que as obrigavam a permanecer inconscientes, a qual era sentida sempre que se tentava trazer à consciência as lembranças inconscientes, mantendo a pessoa doente. Assim, Freud chegou, com o abandono da hipnose, à teoria da repressão, ao identificar a força da resistência.

Assim, eu havia confirmado que as recordações esquecidas não se haviam perdido. Encontravam-se em poder do doente e prontas a ressurgir em associação com os fatos ainda sabidos, mas alguma força as impedia de se tornarem conscientes e as fazia permanecer inconscientes. Era possível supor com certeza a existência desta força, pois sentia-se-lhe a potência quando, em oposição a ela, se intentava trazer à consciência do doente as lembranças inconscientes. A força que mantinha o estado patológico fazia-se sentir como resistência do enfermo (p. 20).

Jones (1953/1989c) fala dessa resistência como uma má vontade dos pacientes ou um rodeio ao revelar as lembranças que lhes eram desagradáveis. Quando estas lembranças eram substituídas por sintomas por não serem reveladas, ocorria o fenômeno da repressão.

A insistência que fazia emanar as lembranças consistia em um método por meio do qual Freud (1895/2012a) precisava superar essa resistência que impedia que as representações patogênicas fossem lembradas pelo paciente. Esta mesma força psíquica desempenhou um papel na origem do sintoma histérico e, já na época, impedia a representação de se tornar consciente. Esta resistência, uma censura, também atua na formação dos sonhos e no impedimento de seus elementos serem lembrados claramente pela pessoa ao acordar (Freud, 1900/2012b).

(...) e agora, a partir do mecanismo da cura, podia-se formar uma ideia muito precisa da gênese da doença. As mesmas forças que hoje, como resistência, se opõem a que o esquecido volte à consciência deveriam ser as que antes tinham provocado esse esquecimento, expulsando da consciência as vivências patogênicas correspondentes. A esse processo, por mim suposto, dei o nome de *repressão* e julguei-o

provado pela presença inegável da resistência (Freud, 1910/2003, p. 20, grifo do autor).

Devido ao fato de consistirem em representações aflitivas, desejos que levam ao sentimento de vergonha, autocensura, dor psíquica, ou seja, desejos que são incompatíveis com as aspirações morais e com a personalidade do indivíduo, Freud (1910/2003) afirma que um conflito psíquico é produzido. Prolongar este conflito e aceitar este desejo incompatível produziria um forte sentimento de desprazer. A repressão deste desejo é, então, a saída para se livrar deste sentimento, um meio pelo qual a personalidade psíquica é protegida. Como vimos no capítulo 1, trata-se da ideia de defesa de Freud (1895/2012a), a qual afirma que o ego provoca uma força para se defender de uma representação dolorosa. Para Laplanche e Pontalis (1967/2001), ao destacar a noção de defesa na histeria e, depois, nas demais psiconeuroses, Freud começou a criar um jeito próprio de compreender a vida psíquica que era oposto ao modo de compreensão de seus contemporâneos.

Com isto, Freud (1910/2003) se distancia, por exemplo, da ideia de Janet quanto à divisão psíquica. Enquanto o psicólogo francês considera a divisão da consciência fruto de uma incapacidade inata, a explicação freudiana está no conflito entre forças mentais opostas. Embora conflitos sejam frequentes, nem sempre levam à divisão psíquica.

A repressão do desejo incompatível o mantém para fora da consciência e o paciente se vê livre dele e da sensação de desprazer que lhe provocava. Contudo, trata-se apenas de uma aparente liberdade, pois o impulso do desejo continua a existir no inconsciente esperando uma oportunidade pela qual possa se revelar. O sintoma consiste nesta oportunidade, é um substituto do reprimido que se liga à mesma sensação de desprazer da qual o paciente se julgava livre e, como consequência, surge um sofrimento interminável no lugar do breve conflito. A capacidade do sintoma em se tornar este substituto está no fato de ele ser imune às forças defensivas do ego e de possuir características que se assemelham ao conteúdo reprimido (Freud, 1910/2003).

Ao ganho teórico assim obtido por Freud correspondem grandes mudanças na técnica. O trabalho psicanalítico, de acordo com Freud (1910/2003), passa a ter como objetivo desvendar o caminho pelo qual essa substituição foi realizada e, para isso, o sintoma deve ser reconduzido pelo mesmo caminho até a ideia reprimida e muitas

resistências precisam ser superadas. Neste trabalho, o conflito psíquico do qual o paciente quis se ver livre reaparece e, com a orientação do analista, alcança uma solução mais satisfatória do que possibilitava a repressão. Como resultado dessa forma nova de praticar a clínica psicoterápica, o paciente pode aceitar o desejo que havia sido reprimido, ou seja, integrá-lo ao do psiquismo, ou o desejo pode ser voltado a um alvo mais elevado (sublimação), ou paciente pode ainda reconhecer como realmente necessária a repressão deste desejo. Nesse último caso, tratar-se-ia, contudo, de uma substituição da repressão automática – e, por isso, menos eficiente e geradora de sofrimento – por um julgamento fruto das mais altas funções mentais do homem, o controle consciente, alcançado pelo tratamento. Do ponto de vista terapêutico, em qualquer dessas possibilidades de destino para o sofrimento psíquico, tratar-se-ia, para o paciente, de uma transformação na totalidade da personalidade psíquica que enriquece as potencialidades existenciais do indivíduo.

Com o abandono da hipnose, exigida pela técnica do método catártico, e o uso de uma técnica de tratamento em que o paciente permanece em vigília, Freud chegou ao conhecimento do fenômeno da resistência. Concluiu que consistia em um fenômeno presente já no momento de formação do sintoma e que se mantinha para que a causa deste não fosse reconhecida. Posteriormente, estendeu essa conclusão à formação e interpretação dos sonhos. “A hipnose encobre a resistência, deixando livre e acessível um determinado setor psíquico, em cujas fronteiras, porém, acumula as resistências, criando para o resto uma barreira intransponível” (Freud 1910/2003, p. 23).

Nos termos da nova técnica terapêutica, a representação que se busca parece, de acordo com Freud (1895/2012a), estar sempre à mão, bastaria retirar do caminho um obstáculo para que as associações acontecessem. Superado esse obstáculo, o que aparece nem sempre é a representação patogênica em si, mas uma representação intermediária que indica o caminho a ela. Às vezes é uma representação que nunca fora reprimida que emana, mas esta não é inútil; as associações que ela pode provocar podem levar a novas representações e/ou à representação esperada.

A descrição mais detalhada desta técnica de análise utilizada por Freud para chegar ao núcleo patogênico é feita mais adiante, ao mesmo tempo em que mostraremos que esta representação esperada consiste sempre em uma representação sexual.

2.2. A sexualidade na origem das neuroses

2.2.1. Etiologia específica das neuroses *versus* hereditariedade

Em 1896, Freud (2008c) começou a fazer algumas objeções à teoria de Charcot a respeito da etiologia das neuroses, a qual considerava a hereditariedade como causa verdadeira e indispensável à neurose, sendo outras influências consideradas apenas agentes provocadores. Ele afirma sempre ter tido incerteza quanto a essa teoria, mas esperou até que sua experiência como médico pudesse lhe dar mais condições para argumentar contra ela. As ideias que Freud passa a apresentar são inovadoras na medida em que não concordam com nenhuma outra da qual ele tem conhecimento, concordam apenas com suas especulações sobre as psiconeuroses.

Neste ano, o papel da sexualidade na etiologia das neuroses começa a ganhar força na teoria de Freud (2008c), embora ele ainda demonstre muita cautela em relação à desconsideração do papel da hereditariedade. Sua discussão começa com a exposição de seis argumentos fatuais que considera ser necessário levar em conta.

O primeiro argumento consiste no fato de que muitas doenças têm sido consideradas como doenças nervosas oriundas de uma tendência neuropática hereditária. Contudo, muitas vezes são doenças cujo conhecimento está distante da neuropatologia e que seriam melhores solucionadas caso o paciente fosse encaminhado ao especialista adequado. Em segundo lugar, Freud afirma que geralmente qualquer doença nervosa encontrada na família do paciente, independente de sua gravidade e frequência, acaba sendo levada como um argumento a favor da predisposição hereditária.

Freud acredita, como terceiro argumento, que a opinião sobre o papel da hereditariedade na etiologia das doenças nervosas deve ser fundamentada em um exame estatístico imparcial. Enquanto esse exame não for realizado, deve-se considerar a possibilidade de serem adquiridas tanto quanto de serem hereditárias. Todavia, uma doença nervosa adquirida sem predisposição hereditária não pode desconsiderar a possibilidade de um familiar do paciente ter adquirido da mesma maneira, ou seja, o familiar que também esteja doente não poderá ser prova da predisposição hereditária do paciente. Em suma, a enfermidade em ambos os doentes da mesma família poderia ser adquirida, não hereditária.

Como quarto argumento, Freud afirma que Charcot se manteve contrário à teoria de M. Fournier e M. Erb de que é preciso reconhecer as influências etiológicas, cuja colaboração é indispensável para a patogênese de certas doenças que não se produziram apenas pela hereditariedade. Em quinto lugar, os casos de neurastenia de Beard provam que distúrbios nervosos podem acontecer em pessoas sadias com familiares sadios.

Como sexto argumento, Freud diz que na patologia nervosa existe a hereditariedade similar e a hereditariedade dissimilar. A primeira consiste nos casos em que não se encontram influências etiológicas acessórias e sobre elas não é possível fazer objeções. A hereditariedade dissimilar deixa lacunas quando se tenta solucionar os problemas etiológicos; não é possível identificar uma lei determinante a respeito da substituição de uma doença por outra no caso de serem os membros de uma família afetados por diferentes distúrbios nervosos; ela também não explica por que alguns membros da família são doentes e outros são saudáveis. Freud acredita que não é a hereditariedade que escolhe ou determina essa ou aquela doença; assim, ele suspeita de que haja influências etiológicas que poderiam ser denominadas etiologia específica de uma ou de outra doença nervosa. “Sem a existência desse fator etiológico especial, a herança nada poderia; teria prestado à produção de uma neuropatia diversa se a etiologia específica em questão fosse substituída por um influxo diverso” (Freud, 1896/2008c, p. 145).

Tendo isso em vista, Freud (1896/2008c) considera necessário dar mais atenção a essas causas específicas, mesmo acreditando, até o momento, que elas possuem um papel secundário ao da hereditariedade. Para ele, o conhecimento da etiologia específica possibilita acesso aos esforços terapêuticos, enquanto a predisposição hereditária é inacessível a eles.

Esta é uma diferença marcante e decisiva entre o posicionamento de Freud acerca da etiologia das neuroses em relação à ideia de hereditariedade e degeneração de Charcot e Janet. Ao voltar-se às etiologias específicas e deixar em segundo plano o fator da hereditariedade, Freud assume a existência de uma possibilidade de tratamento e cura para essas doenças, ao passo que, em relação às heranças, não há muito o que possa ser feito, além de eliminar talvez apenas provisoriamente os sintomas.

Partindo de seus estudos sobre as grandes neuroses (neuroses atuais e psiconeuroses), Freud (1896/2008c) distingue três classes de influências etiológicas. A primeira diz respeito às precondições, que são indispensáveis, de caráter geral e podem ser encontradas na etiologia de outros distúrbios. A segunda consiste nas causas

concorrentes, as quais não são indispensáveis e também podem ser encontradas em outros distúrbios. As causas específicas consistem na terceira classe, são indispensáveis, de natureza limitada e só podem ser encontradas nos distúrbios de que são específicas.

Nas grandes neuroses, Freud afirma que a hereditariedade tem o papel de precondição. Ela não pode prescindir da colaboração das causas específicas, todavia sua importância é comprovada pelo fato de que a atuação das causas específicas sobre um indivíduo sem predisposição hereditária não provocaria efeito patológico manifesto. Outro fator importante é o da quantidade relativa. A predisposição hereditária moderada pode produzir efeitos patológicos ao coincidir com uma etiologia específica muito grave e vice-versa.

O fator quantidade também é importante, de acordo com Freud, no que diz respeito às causas banais. Elas, quando mais graves, também podem substituir a causa específica, porém sem tomar seu lugar inteiramente. Nessas condições, a natureza da causa banal é indiferente e a natureza da neurose será sempre determinada pela causa específica preexistente, mesmo que estas não tenham sido quantitativamente suficientes para provocar a eclosão da neurose.

Quanto às causas concorrentes, estas podem ser esgotamento físico, acidentes traumáticos, perturbação emocional, entre outras. Embora não sejam indispensáveis à neurose, podem, muitas vezes, tornar manifesta uma neurose antes latente. Focar nessas causas banais pode manter a doença em seu estado de latência anterior, sendo de interesse apenas para uma abordagem terapêutica que não tenha como objetivo uma cura radical.

Os fatos observados por Freud o fizeram concluir que em cada uma das grandes neuroses há uma perturbação específica da economia do sistema nervoso e que as modificações patológicas funcionais possuem como fonte a vida sexual do paciente, seja de sua vida sexual atual ou em fatos importantes de sua vida sexual passada.

O carácter distintivo de meu ponto de vista é que eu elevo estas influências sexuais à categoria de causas específicas, eu reconheço a sua ação em todos os casos de neurose e, finalmente, descobri um paralelismo regular, prova de uma relação etiológica particular entre a natureza da influência sexual e a espécie mórbida da neurose (Freud, 1896/2008c, p. 149).

Com esta afirmação, Freud enfatiza seu ponto de vista a respeito da etiologia das neuroses e esclarece sua diferença em relação à concepção inatista de Charcot e Janet. Contudo, segundo Jones (1953/1989c), esta opinião de Freud oscilou bastante até se firmar. Em 1889, afirmou, ao analisar o caso de Emmy von N., que haveria a necessidade de uma predisposição hereditária para o desenvolvimento da histeria. Somente três anos depois, com o caso de Katharina é que afirmou a existência da histeria adquirida sem a predisposição hereditária.

A partir daí, a experiência sexual passa a consistir, para Freud, na etiologia específica de todas as neuroses, o que faz com estas sejam compreendidas como doenças adquiridas. Na medida em que se são adquiridas – e não herdadas – elas são passíveis de tratamento ou mesmo cura mediante um método terapêutico adequado.

2.2.2. A relação entre o método terapêutico e a origem da doença: condições determinantes para o potencial causal de uma cena traumática

No mesmo ano, Freud (1896/2008d) escreve outro artigo explicando como ele chegou aos eventos sexuais como origem das neuroses. Ele afirma que o método de que se utiliza para chegar à causa da doença do paciente é, geralmente, a anamnese, ou seja, perguntar-lhe sobre o que ele ou outros que o cercam acreditam ser a origem de seu sofrimento. Contudo, como resposta, relutam em pensar ou falar sobre certas perturbações e traumas, bem como não mencionam a predisposição hereditária. Assim, Freud (1896/2008d) afirma que seria necessário um método em que o médico não dependesse das asserções do paciente.

Como exposto anteriormente, ao abandonar a hipnose, Freud deixou de aplicar o método catártico conforme originalmente concebido por Breuer. Contudo, ele continua a perseguir as lembranças esquecidas. Ou seja, Freud deixa de lado um procedimento, mas adota outro para buscar as lembranças supostas na gênese dos sintomas. É neste percurso que a nova técnica leva a novas suposições teóricas, as quais, por sua vez, estimulam reorientações na técnica e assim por diante. Embora mude o modo de buscar as lembranças esquecidas, a busca por elas continua. A princípio Freud compartilhava com Charcot, Breuer e Janet a ideia de que estas lembranças eram inacessíveis devido a uma cisão da consciência, provocando uma separação entre a consciência normal e outra patológica. Com o desenvolvimento teórico propiciado pelas mudanças nas técnicas empregadas, Freud concluiu que estas lembranças estariam afastadas da

consciência devido ao fenômeno da repressão, que provocaria uma espécie de cisão voluntária da consciência.

Sua sugestão, então, é a de aplicar o método de Breuer modificado, no qual a atenção do paciente, em vigília, percorre um caminho que regride do sintoma até a cena na qual e pela qual o sintoma teria emergido. Quando o paciente chegar a esta cena e reproduzi-la, o médico faz uma correção do curso psíquico dos acontecimentos que ocorreram, a qual possui efeitos terapêuticos. Freud (1896/2008d) afirma que “(...) a análise realizada seguindo Breuer parece abrir ao mesmo tempo o acesso às causas da histeria” (p. 193). Ao conhecer as cenas traumáticas, parece possível descobrir as influências que produzem os sintomas e como o fazem. Porém, como saber se uma determinada cena consiste na cena traumática e que dela provem os sintomas?

Segundo Freud (1896/2008d), as cenas traumáticas devem obedecer a duas condições para que elas sejam consideradas como aquelas que provavelmente explicam e possibilitam o desaparecimento dos sintomas histéricos. A primeira é a de que tenha condições de funcionar como um determinante, ou seja, que se trate de uma cena que apresente ligação logicamente coerente com os sintomas analisados, e a segunda é a de que ela realmente tenha força traumática. O exemplo utilizado pelo autor para explicar estas duas condições é a do vômito histérico como um sintoma. Se, pela análise, conclui-se que o vômito fora causado por uma experiência de alta repugnância, como a visão de um cadáver em decomposição, considera-se esta uma cena determinante. Avistar um cadáver em decomposição gera uma repugnância justificada. No caso em que o vômito seja consequência de ter visto um acidente ferroviário, este não consiste em uma cena determinante, pois presenciar um acidente não possui relação direta com vômito. Para compreender a condição de força traumática, Freud (1896/2008d) exemplifica dizendo que o vômito poderia ter sido provocado após a ingestão de uma fruta parcialmente estragada, que consiste em uma experiência repugnante e que possui relação com o ato de vomitar. Neste caso, a cena é determinante, mas não possui força traumática, pois não é possível compreender o poder desta náusea em se perpetuar num sintoma histérico.

As cenas a que se chegam com mais frequência, porém, não obedecem a essas condições. Ou ela parece inadequada para determinar um sintoma, ou seja, seu conteúdo não tem nenhuma relação com a natureza do sintoma; ou ela, apesar de mostrar alguma relação com um sintoma, não possui força traumática; ou não obedece a nenhuma das

condições. Nestes casos, o método utilizado não possui nenhuma garantia terapêutica (Freud, 1896/2008d).

Ao alcançar uma cena que não atende às duas exigências, Freud (1896/2008d) afirma que se deve, então, prosseguir no mesmo caminho, pois atrás da primeira cena traumática pode se esconder uma lembrança de uma segunda cena que satisfaça melhor às condições e cuja reprodução tenha maior efeito terapêutico, de forma que a cena descoberta primeiro tem somente a importância de um elo na cadeia associativa. Isto pode se repetir outras vezes; cenas que não produzem efeito terapêutico poderão aparecer mais de uma vez, como transições necessárias no processo de reprodução, até que se encontre o caminho desde o sintoma histérico até a cena que é de fato traumatizante e satisfatória para efeitos terapêuticos. Assim, quando uma cena nada explicar, a atenção do paciente deve se voltar, pela mesma técnica, para o fio associativo que leva a outras lembranças. Em todos os casos observados, as novas cenas correspondiam às condições.

A cadeia associativa é sempre composta por mais de duas ligações; as cenas traumáticas não formam ligações simples, como as contas de um colar, mas ligações ramificadas à maneira de uma árvore genealógica, mas na raiz de cada nova experiência se encontram duas ou mais experiências infantis, como lembranças; em suma, comunicar a resolução de um único sintoma, na verdade, coincide com a tarefa de expor uma história clínica completa (Freud, 1896/2008d, p. 196).

A conclusão a que Freud (1896/2008d) chegou pelo trabalho analítico foi a de que a lembrança de experiências mais antigas despertadas em associação com uma experiência real é que atua na causação do sintoma.

Um bom exemplo é o caso da Miss Lucy R., tratado por Freud em 1892 (1895/2012a). Lucy era uma jovem mulher de 30 anos, que atuava como governanta na casa de um rico diretor de uma fábrica. Ela morava na casa desse diretor e era responsável pela educação de suas crianças, órfãs de mãe. Possuía uma rinite crônica e o médico que a tratava encaminhou a paciente a Freud ao notar que se queixava de novos sintomas, os quais não poderiam ser justificados por essa rinite, embora fossem sintomas relacionados ao nariz: perda do olfato e sensações olfativas subjetivas

desagradáveis; além disso, queixava-se de fadiga, peso na cabeça, desânimo e pouco apetite.

Lucy não era hipnotizável e, por isso, Freud lançou mão da técnica da pressão na testa com a paciente em vigília. A sensação que a perturbava inicialmente era um cheiro de pudim queimado, uma alucinação olfativa, e, por isso, este cheiro fora o ponto de partida da análise. Ao ser questionada por Freud sobre a primeira vez em que sentiu o cheiro de pudim queimado, ela descreveu a cena sem hesitação e com clareza: dois dias antes de seu aniversário, estava cozinhando com as crianças no momento em que recebeu uma carta de sua mãe, que morava longe; elas tomaram a carta das mãos de Lucy e prometeram guardá-la para que a governanta só abrisse no dia de seu aniversário, o que a paciente entendeu como um gesto de carinho; foi neste momento que sentiu o cheiro de pudim queimado, pois com a distração, esqueceram este alimento no forno e, a partir daí, o cheiro passou a acompanhá-la.

Lucy relatou que o fato perturbador desta cena estava na relação entre o gesto afetuoso das crianças para com ela e a carta da mãe. Algum tempo antes deste evento, a paciente havia cogitado a ideia de deixar a casa do diretor e se mudar para a casa da mãe, em outra cidade, devido ao desconforto que sentia ao notar que os outros empregados da casa se reuniram contra ela. Contudo, Lucy havia prometido à mãe das crianças em seu leito de morte que cuidaria das meninas como se fossem suas filhas e jamais as abandonaria.

Dois afetos haviam entrado em conflito e, por isso, o momento da chegada da carta alcançou a categoria de um trauma, cujo símbolo era o cheiro de pudim queimado. Devido ao fato de estar, justamente naquela época, com um forte resfriado nasal, estava sem seu sentido olfativo; todavia, o cheiro de pudim queimado superou esta barreira.

Entretanto, Freud não ficou satisfeito com essa explicação, pois tudo parecia muito plausível e não explicava por que esse conflito entre os afetos haviam levado à histeria e não a outra coisa.

Como exposto anteriormente, as condições para que a cena seja reconhecida como traumática é que ela seja determinante e possua força traumática. O conflito entre o desejo de partir e a demonstração de afeto das crianças não parecem possuir uma força traumática suficiente para que o cheiro de pudim queimado se mantivesse como um sintoma por um longo período de tempo. Além disso, é condição para a histeria que a cena principal esteja fora da lembrança consciente da pessoa. Não parece ser, até o

momento, o caso de Lucy, uma vez que as cenas foram relatadas por ela com clareza, sem que ela apresentasse qualquer resistência ou dificuldade para lembrá-las.

Freud inferiu, então, que a paciente havia deixado algum dos determinantes do trauma no esquecimento e, com ousadia, comunicou a ela a opinião de que ela poderia estar apaixonada pelo diretor, pai das crianças, e nutria a expectativa de ser correspondida e ocupar, de fato, o lugar de mãe.

A paciente afirmou que Freud estava certo e que não lhe disse isso antes porque não se lembrava, uma vez que se esforçara por esquecer tal sentimento, devido à sua condição de empregada e pobre, e estava tendo êxito. A respeito da origem deste sentimento, Lucy também não opôs nenhuma resistência. Contou a Freud que ele surgiu após dez anos morando na casa do patrão, num dia em que, com menos formalidade e reserva que de costume, ele conversou com ela sobre os moldes em que as crianças deveriam ser educadas e lhe disse o quanto dependia de Lucy para cuidar de seus filhos. Ao dizer tudo isso, Lucy notou que seu patrão a olhou de modo significativo. Foi com esta conversa que sua paixão pelo diretor surgiu. Como ela não fora correspondida, decidiu esquecer tudo isso.

Mesmo após essa cena, o estado de Lucy não melhorara completamente. Ainda se sentia deprimida, desanimada e o cheiro de pudim queimado não desaparecera de todo. Freud suspeitou, com isso, que o símbolo mnêmico (o cheiro de pudim queimado) estava representando também os traumas secundários associados à cena principal (conversa com o patrão). Assim, passaram a procurar outras coisas com as quais o cheiro poderia estar relacionado e penetraram nas intrigas domésticas, no fato de o avô das crianças não ter correspondido a sua expectativa de defesa em relação aos outros empregados, etc., até que o cheiro forte fora se dissipando. Neste período, o tratamento precisou ser interrompido por um tempo devido a uma nova crise de seu problema nasal.

Quando retornou, contou a Freud que o cheiro de pudim queimado havia desaparecido por um longo tempo, mas que um novo cheiro a estava incomodando, um cheiro de fumaça de charuto. A eliminação de um sintoma havia dado lugar a outro. Contudo, desta vez, Lucy não sabia – não se lembrava - de onde provinha esta sensação olfativa.

Sob pressão das mãos de Freud em sua testa, relatou, com mais resistência que as anteriores, uma cena em que, após um almoço, um senhor, amigo do diretor, foi se despedir das crianças com um beijo. O diretor, rispidamente, impediu que isso

acontecesse. Nesse momento, Lucy sentiu um incômodo muito forte, uma angústia, e o cheiro da fumaça do charuto dos senhores que estavam fumando permaneceu em sua memória. Esta cena havia acontecido em torno de dois meses antes daquela referente ao cheiro de pudim queimado. Restava saber a que ela devia sua eficácia traumática. Lucy afirmou estar no fato de seu patrão se incomodar muito com o beijo nas crianças.

Continuaram a buscar novas cenas pela técnica da pressão. A nova cena emergente acontecera antes que as já relatadas: uma senhora amiga da família fora visitar as crianças e, ao despedir-se, beijou-lhes na boca; na hora, o patrão conteve-se ao ver a cena do beijo, mas, quando a senhora saiu, ficou furioso com Lucy; afirmou que a responsabilidade de evitar tal situação era dela e que se isso ocorresse novamente, as crianças passariam a ser educadas por outra pessoa. Nesta ocasião, Lucy ainda supunha que o patrão a amava e esperava que uma conversa amistosa como a que tiveram ocorresse novamente. Contudo, o modo grosseiro como a tratou após a cena do beijo nas crianças fê-la perder as esperanças. Fora essa lembrança aflitiva que a tomou quando, posteriormente, o amigo do patrão tentou dar um beijo nas crianças.

Dois dias após essa última análise, Lucy retornou sorridente e segura, capaz de distinguir melhor os odores. Quatro meses depois, ela ainda estava animada e crente de que sua recuperação estava sendo duradoura.

Este é um exemplo de que, mesmo em casos de uma histeria não muito grave, muitos determinantes psíquicos são exigidos. O momento traumático de Lucy foi o da grosseria do patrão contra ela devido ao fato de as crianças terem sido beijadas pela senhora. Contudo, seus sintomas histéricos apareceram posteriormente, em momentos auxiliares. O primeiro momento auxiliar foi o da tentativa do amigo do patrão de beijar as crianças; o segundo momento, a cena do pudim queimado, levou ao desenvolvimento de um sintoma que camuflou o primeiro. A análise seguiu este caminho, mas de modo inverso e a solução estava no último sintoma a ser alcançado (Freud, 1895/2012a).

Nos casos em que há vários sintomas, Freud (1896/2008d) afirma que se pode partir de cada um deles e o resultado será o de que se chegará a uma série de experiências cujas lembranças se ligam em associações. Ao longo do percurso regressivo, iniciado individualmente, as cadeias mnêmicas se ramificam. A partir de uma mesma cena, duas ou mais lembranças são alcançadas ao mesmo tempo e destas, por sua vez, seguem cadeias laterais cujos elos individuais podem, novamente, estar associativamente ligados a elos da cadeia principal. Assim, uma única cena pode ser evocada várias vezes na mesma cadeia, apresentando múltiplas relações com uma cena

posterior e levando com ela conexões indiretas. É como se fosse uma árvore genealógica invertida cujos familiares se relacionam entre si. As cadeias associativas de diferentes sintomas se relacionam entre si e aqueles pontos que pertencem às diferentes cadeias formam o ponto nodal. Com base nesta explicação de Freud, concordamos com Gay (1988/1989b) que afirma que, embora em seu relato Freud afirme ter se utilizado da técnica da pressão, já se tratava, desde o caso de Elisabeth Von R., da associação livre. Parece que isso se deve ao fato de Freud, desde o abandono da técnica baseada na hipnose, nutrir e trabalhar dentro de um novo paradigma composto de certas hipóteses que configurariam uma visão dinâmica do psiquismo: uma psicodinâmica baseada em uma correlação de forças.

Nessa forma que Freud vem desenvolvendo para conduzir o processo terapêutico, a análise desse ponto em que se cruzam diferentes cadeias associativas levou à conclusão de que qualquer sintoma leva ao campo da experiência sexual. Portanto, esta é a condição etiológica dos sintomas histéricos (Freud, 1896/2008d).

Se submeterem ao mais rigoroso exame minha tese segundo a qual a etiologia da histeria também residiria na vida sexual, ela passa com êxito pela prova, indicado pelo fato de que de dezoito casos de histeria pude discernir esse nexo para cada sintoma singular e, toda vez que as circunstâncias o permitiram, corroborá-lo com êxito terapêutico (p. 199).

Outro caso de Freud (1895/2012a) que bem serve de ilustração aqui é o de Katharina. Não consistiu, na verdade, em um tratamento convencional, uma vez que a moça pediu auxílio a Freud em uma condição informal, quando ele se hospedou na pousada de sua família, onde ela trabalhava, e o caso todo durou apenas uma conversa.

Katharina queixava-se de um conjunto de sintomas que lhe apareciam de repente e com frequência: falta de ar, cabeça pesada, zumbido no ouvido, tontura intensa, garganta apertada, sensação de perseguição e uma alucinação visual de um rosto medonho que a assustava e que ela desconhecia. Estes ataques haviam começado dois anos antes da conversa com Freud.

Freud sugeriu, então, que nesta ocasião, há dois anos, ela teria visto ou ouvido algo que a deixara constrangida e que ela muito preferia não ter visto. Katharina concordou e afirmou que teve o primeiro episódio logo após ter visto, pela janela, seu

tio com a prima Franziska em um quarto trancado. O tio estava deitado sobre a prima, também sobrinha dele. A moça não sabia por que esta cena a havia assustado tanto, já que ela não a compreendia na ocasião, mas três dias depois ela adoeceu e ficou uns dias acamada.

Ao saber deste adoecimento, Freud palpitou que ela provavelmente havia sentido alguma repulsa ao ver o tio e a prima na cama. Katharina concordou que sentira repulsa, mas não sabia repulsa de que, pois o quarto estava muito escuro, ela não conseguiu ver muita coisa e o casal estava vestido. Depois de um tempo, a moça contou o que havia visto à tia e o casal acabou por se divorciar.

Enquanto falava com Freud, Katharina começou, como se tivesse abandonado o fio lógico da conversa entre eles, a relatar dois grupos de situações que haviam ocorrido dois ou três anos anteriores à cena do tio e da prima na cama. O primeiro grupo consistia em situações de investimentos sexuais do tio contra ela própria quando tinha quatorze anos. Katharina, na época dessas investidas, não as compreendia como sexuais, mas tinha medo, esquivava-se e dizia que não era bom. O outro grupo de cenas é composto por situações de aparente investidas do tio contra Franziska, as quais foram observadas por Katharina, que na época não lhe deu importância.

A moça estava carregando consigo dois conjuntos de experiências de que se lembrava, embora não as compreendesse. Quando, posteriormente, flagrou o ato sexual entre o tio e a prima, estabeleceu uma ligação imediata entre esta cena e os dois grupos de experiências anteriores, começou a compreendê-los e, ao mesmo tempo, rechaçá-los. O caso foi, assim, esclarecido: a repulsa que sentiu ao ver o tio com a prima na cama era uma repulsa de que ele fizesse o mesmo com ela em suas investidas.

Faltava explicar o rosto medonho que a atormentava durante suas crises. Quando questionada por Freud sobre ele após toda essa conversa, ela afirmou agora reconhecê-lo. Era, sim, o rosto do tio, mas com a feição que possuía quando, após o assunto todo ter vindo à tona na família e levado ao divórcio, ele se dirigia à Katharina tomado por fúria e agressividade, culpando-a por tudo o que estava acontecendo. Com isso, a moça fugia dele, mas mantinha o medo de ele a pegar desprevenida e lhe causar algum mal. Após esta conversa, a feição de Katharina mudou de desanimada para mais alegre e leve. Todavia, Freud nunca mais a encontrou.

Segundo autores como Masson (1894) e Gay (1988/1989b), a pessoa que abusou de Katharina era, na verdade, seu pai, fato exposto por Freud somente em 1924. A hipótese de Masson (1984) é a de que Freud fez essa mudança para poder publicá-lo,

pois Breuer, co-autor de *Estudos sobre a histeria*, livro no qual o caso fora publicado, tinha repulsa em aceitar que a causa das psiconeuroses estava nas seduções sexuais da infância.

Assim, quando Freud afirma aqui que está com receio de poder não vir a ser capaz de provar sua “tese sexual”, quer dizer que poderia ser impedido de proclamar a sua nova descoberta de que a violência sexual contra uma criança é a fonte da histeria e da neurose obsessiva. É bem possível, então, que Freud tenha alterado o caso Katharina para esse livro, deixando de identificar o sedutor como sendo o próprio pai, a pedido de Breuer (p. 79).

É possível fazer algumas observações importantes sobre a descrição do método pelo qual Freud chegava às lembranças esquecidas. Ao descrever o modo de condução terapêutica (o procedimento utilizado), Freud indica a técnica que, posteriormente, será denominada associação livre. Nas palavras de Gay (1988/1989b), “ao abandonar gradualmente a hipnose, Freud não estava simplesmente fazendo da necessidade virtude; essa mudança, pelo contrário, levou à importantíssima adoção de um novo modo de tratamento. Formava-se a técnica da associação livre (p. 81)”.

Devido ao fato de reconhecer que nem todas as cenas traumáticas a que se chega pela análise correspondem às condições de serem determinantes e de possuírem força traumática, Freud constatou que estas podem ser apenas um elo na cadeia associativa. Por meio desta cena, seguindo a cadeia, espera-se alcançar a cena traumática que atenderia às duas condições e que, ao serem explicitadas, produziriam o efeito terapêutico visado.

O caso Emma, sucintamente descrito por Freud (1895/1995) no *Projeto de uma psicologia*, esclarece essa investigação das cenas. Emma não conseguia ir sozinha a uma loja; justificava esse pavor com a recordação de uma vez que fora a uma loja fazer compra sozinha, aos doze anos, viu dois balconistas rindo entre si e saiu às pressas tomada por um afeto de terror (cena I). Desta ocorrência, ela concluiu que os balconistas riram de seu vestido e que um deles lhe agradara sexualmente. A relação entre o fato de não conseguir mais ir a lojas sozinha e as duas justificativas dadas por ela mesma não é compreensível. O vestido que usava quando tinha doze anos não era do mesmo tipo dos que veste agora, enquanto moça; ou seja, isto já teria sido corrigido. Além disso, uma pessoa que lhe acompanhasse até as lojas não mudaria sua vestimenta nem o fato de um

dos balconistas lhe agradar sexualmente. Assim, as lembranças despertadas não explicariam o sintoma.

Posteriormente, na continuação do trabalho associativo, Emma se recorda de que foi duas vezes a uma loja comprar doces sozinha, quando tinha oito anos. O merceeiro a beliscou nos genitais por sobre o vestido (cena II) e, apesar desta experiência, ela voltou ao estabelecimento uma segunda vez e depois não foi mais. Agora, sente-se culpada por ter retornado uma segunda vez. Com uma ligação associativa entre as cenas I e II, podemos, agora, compreender a primeira. Em ambas as cenas, Emma se encontra sozinha; o riso do balconista na cena I fez Emma recordar inconscientemente a risada com a qual o merceeiro beliscara seus genitais na cena II; a recordação do atentado aos seus genitais despertou uma liberação sexual, que não poderia ter sido despertada aos oito anos, mas sim aos doze, pois tornara-se púbere. Esta liberação sexual se converteu em angústia, o que a fez fugir na cena I com medo de que o atentado se repetisse pelos balconistas.

Assim, a cena II é a determinante e a que possui força traumática. Sua associação com a cena I, que emergiu primeiro na consciência, mas que é posterior no tempo, deu condições de compreender a determinação do sintoma.

Deste modo, pode-se observar claramente que o desenvolvimento da técnica psicanalítica está intimamente relacionado com a concepção etiológica das neuroses. Ao duvidar da força da hereditariedade na produção destas patologias, Freud, por meio das técnicas que utilizava, atentou para outras possíveis causas, o que culminou na noção de etiologia específica das neuroses. Além disso, concluiu que esta etiologia consiste sempre em experiências de caráter sexual, cuja explicitação produzia efeitos terapêuticos. Deixar de lado a hereditariedade e passar a olhar as neuroses como doenças adquiridas permitiu Freud acreditar e investir na possibilidade de cura.

As cenas que correspondiam às duas condições para serem consideradas traumáticas consistiam, como já exposto, em acontecimentos sexuais na vida do paciente. Contudo, tratava-se de experiências traumáticas da infância do sujeito, vivências provocadas, geralmente, por um adulto, cuja participação do paciente, na época, havia sido passiva e amedrontadora. De modo bastante resumido, esta concepção consiste na teoria da sedução. Posteriormente, Freud a abandona e formula a teoria da fantasia. A próxima seção tem como objetivo esclarecer como Freud chegou à noção do trauma infantil e como ocorreu este movimento de mudança para a noção de fantasia.

2.3. Da teoria da sedução à teoria da fantasia

2.3.1. A sedução infantil: um trauma real?

De acordo com Freud (1896/2008d), em muitos casos, as cadeias de lembranças que emergiram durante a análise pelo método de Breuer, modificado, com o paciente em vigília levou ao campo da sexualidade e à puberdade, período em que as experiências sexuais ocorrem. Assim, seria nessas experiências deste período que estaria a origem dos sintomas histéricos. Porém, apesar de terem as duas características, de serem sexuais e ocorrerem na puberdade, essas experiências diferiam entre si tanto em espécie como em importância.

Algumas destas experiências eram, de fato, graves, como abuso sexual por parte de um adulto. Outras, contudo, eram triviais e não afetaram sequer o corpo do paciente, mantendo-se somente no campo da visão ou da audição. Uma resposta possível seria a de que os histéricos eram pessoas peculiarmente constituídas, com alguma predisposição hereditária ou atrofia degenerativa, cujo retraimento sexual que ocorreria na puberdade chegaria a ser patológico e se manteria permanentemente. Contudo, Freud (1896/2008d) não se contentou com essa explicação. Como já exposto, para ele a causa estaria na vida sexual, a qual ele considerou a etiologia específica das neuroses.

As experiências sexuais da puberdade alcançadas pelo método terapêutico, em alguns casos, também deixavam a desejar no que dizia respeito a sua capacidade em determinar os sintomas, ou seja, não correspondiam a uma das condições necessárias para formar um sintoma, descrita anteriormente. Em dois casos com os quais Freud trabalhou, as experiências eram triviais, todavia as pacientes apresentavam como sintoma dores nos órgãos genitais. Não era possível estabelecer uma relação entre essas sensações dolorosas e as experiências. Ao retroceder ainda mais, chegou-se ao período da primeira infância, um período anterior ao desenvolvimento da vida sexual.

A experiência que emanou primeiro não correspondia ao evento que, de fato, levou à origem dos sintomas; consistia em uma cena que não obedecia à condição de ser determinante, pois os sintomas e a experiência não possuíam uma relação aparente. Contudo, esta cena não emergiu à toa. Como discutido anteriormente, as cenas que não obedeceriam às condições de serem determinantes e/ou de possuírem força traumática poderiam ser um elo intermediário na cadeia associativa e poderia ajudar a conduzir a análise à cena que levou à produção dos sintomas. Freud observou que, ao seguir a

cadeia associativa no sentido regressivo, a cena que obedecia às condições para formarem sintomas consistia em uma experiência sexual oriunda da infância do paciente.

As lesões que um órgão imaturo viesse a sofrer causariam efeitos mais graves e duradouros do que caso tivesse sofrido mais tarde. A reação anormal que se observou nas experiências da puberdade poderia estar baseada nessas experiências sexuais infantis, que deveriam ser de natureza uniforme e importante. Se isso estivesse correto, a etiologia da histeria, até o momento entendida como hereditária, poderia estar em algo adquirido na primeira infância. Assim, os sintomas histéricos só poderiam emergir com a cooperação das lembranças, uma vez que as experiências infantis de ordem sexual só gerariam efeitos psíquicos por meio de seus resquícios mnêmicos (Freud, 1896/2008d).

As experiências infantis, como afirmado acima, eram de natureza mais uniforme do que as experiências da puberdade. Enquanto as da puberdade eram oriundas de diferentes tipos de impressões sexuais, as infantis consistiam em experiências que afetavam o próprio corpo, ou seja, provinham de contato sexual. Deste modo, Freud (1896/2008d) concluiu que na base de todos os casos de histeria haveria experiência(s) infantil(is) sexual(is) que poderia(m) ser reproduzida(s) pelo trabalho da psicanálise, mesmo após anos. Estas vivências consistiam em um trauma real, factual, capaz de ser localizado em algum momento da infância do indivíduo.

A primeira coisa que Freud observou em seu empenho para remontar as lembranças do paciente foi que estas não se interrompiam no ponto de partida do sintoma, ou mesmo no desagradável “acontecimento traumático” que parecia ser sua causa, mas, ao contrário, insistiam em recuar mais ainda, em uma série contínua. A formação científica de Freud o fez encarar essa cadeia causal como uma conexão legítima, ainda que a efetividade dos fatores aparentes não fosse de início evidente. As lembranças continuavam a recuar cada vez mais, até a infância, e Freud logo viu que aí estava uma explicação para a antiga controvérsia sobre a importância, de um lado, da disposição herdada e, de outro, dos fatores (traumáticos) adquiridos (Jones, 1953/1989c, p. 253).

Essa conclusão é muito importante tanto do ponto de vista da teoria sobre o psiquismo, como para a técnica da psicanálise. O método catártico original estabelecido por Breuer correspondia a uma concepção sobre a divisão da consciência baseada em

uma hipótese degeneracionista, e era empregada com o paciente em estado de sono hipnótico.

Quando Freud, apoiado em Bernheim, passa a trabalhar com o paciente em vigília, ele se depara com o fenômeno da resistência, como já exposto anteriormente. Mediante hipóteses de trabalho, ele avança e chega à hipótese de etiologia específica das neuroses. Posteriormente, afirma que esta é sempre uma experiência sexual e, agora, conclui que se trata de uma vivência sexual infantil traumática e factual. Assim, o advento da técnica da psicanálise é devedora de um desenvolvimento no campo da teoria sobre o psiquismo e de uma concepção etiológica que rompe com um inatismo ingênuo sobre as neuroses.

Uma objeção possível a esta conclusão freudiana seria quanto à autenticidade das cenas. Freud (1896/2008d) responde, afirmando que o comportamento dos pacientes enquanto reproduzem as cenas infantis demonstram uma realidade sentida com sofrimento e reproduzida com relutância. Enquanto essas experiências retornam à consciência, é possível notar que estão vivendo sensações ruins e, mesmo após as terem revivido, negam-lhe crédito e afirmam não se lembrar delas, ao contrário do que afirmam após lembrarem de outros fatos ordinários esquecidos. Por que desacreditariam em algo que eles próprios inventaram?

Poderiam objetar também com a afirmação de que são cenas impostas pelo médico por sugestão, ao que Freud responde com a descrença de que pudesse impor ao paciente uma cena e que ela correspondesse à sugestão vivendo essa cena com os sentimentos apropriados.

A uniformidade com que expõem alguns detalhes indica uma coerência interna entre cenas infantis relatadas por diferentes pacientes; alguns eventos são descritos pelos pacientes como se fossem inofensivos ou pouco importantes, pois eles não compreendem sua relevância e, caso compreendessem, ficariam aterrorizados. Estas afirmações seriam mais indícios de que o paciente realmente experienciou aquela cena na análise, mas o indício mais importante é a relação das cenas infantis com o conteúdo restante do caso. Nos termos de Freud: “(...) também as cenas infantis provam ser, por seu conteúdo único, irrecusáveis complementos para a ligação associativa e lógica das neuroses, e somente por sua inserção o processo se torna inteligível {*verständlich*}” (p. 204). Para ele, é somente alcançando estas cenas sexuais infantis que se pode obter a cura da histeria; uma análise que não as alcance pode até diminuir ou fazer cessar os sintomas, mas não garante que seja uma cura permanente.

Mais uma objeção seria a de que algumas pessoas que tenham uma lembrança nítida (consciente) de experiências sexuais infantis não padecem de histeria. Esta afirmação responde por si só a objeção. As lembranças, para que criem e mantenham o sintoma, devem ser, necessariamente, inconscientes.

Outra objeção seria a de que os abusos praticados contra crianças ou entre elas são muito raros para fornecerem a etiologia de uma neurose tão comum; por outro lado, paradoxalmente, também poderiam afirmar que são experiências frequentes demais para lhes atribuir uma significação etiológica.

Em primeiro lugar, Freud afirma que há sim muitos casos de abusos sexuais na infância, mais do que se imagina. Todavia, isso não quer dizer que todas as vítimas de abuso desenvolverão a histeria necessariamente. O que importa é observar que todas as pessoas histéricas tenham vivenciado cenas dessa ordem. E ainda: entre as cenas e os sintomas histéricos há laços lógicos e associativos.

Outro fator que Freud (1896/2008d) também propõe como principal atuante na eclosão da histeria após a puberdade é o fato de as memórias inconscientes do trauma sexual infantil poderem se associar com outra representação. A defesa irá atuar mantendo esta representação também inconsciente.

A defesa atinge esse seu propósito de manter fora da consciência a representação irreconciliável quando na pessoa em questão, até este momento saudável, estão presentes cenas sexuais infantis como memórias inconscientes, e quando a representação que deve ser reprimida pode entrar em uma conexão lógica ou associativa com uma dessas experiências infantis (p. 209, grifo do autor).

As experiências sexuais infantis são precondições para histeria, mas não criam os sintomas imediatamente, e sim, permanecem, a princípio, sem efeito, e só exercem uma ação patogênica após a puberdade, sob a forma de lembranças inconscientes. Contudo, alguns dados mostram que a histeria pode se manifestar antes da puberdade. As observações de Freud (1896/2008d) dos casos graves, por outro lado, indicam que os sintomas começam a aparecer na idade de oito anos e que as experiências sexuais que não apresentam nenhum efeito imediato remontam a uma época mais precoce.

Voltando ao papel desempenhado pelas cenas sexuais infantis, Freud (1896/2008d) afirma que, para que a causa dos sintomas seja bem compreendida, é

preciso deixar de lado o problema do mecanismo de formação destes, mesmo que isso implique em uma perda de integralidade na discussão. Ele esclarece, mais uma vez, que não são as cenas sexuais infantis que, por si só, formam os sintomas. São as experiências posteriores que determinam estes. Contudo, há uma relação entre as cenas infantis e as posteriores. Isto acontece devido ao mecanismo do *a posteriori*.

Para compreendê-lo, recorreremos a Laplanche e Pontalis (1967/2001), que afirmam que existem experiências ou traços de memórias que sofrem, devido a experiências novas, remodelagens. Essa remodelagem dá às experiências antigas no tempo um novo sentido e uma eficácia ou um poder patogênico. De modo geral, as experiências que são remodeladas são aquelas que, quando vividas, não se integraram plenamente em um contexto significativo; ou seja, são as experiências traumatizantes. Devido a novas experiências e à maturação orgânica (puberdade, por exemplo), o indivíduo pode acessar um novo tipo de significações e, com isso, remodelar as experiências antigas. Trata-se de compreender psicanaliticamente a história do indivíduo sem reduzi-la a um determinismo linear que leve em conta apenas a ação do passado sobre o presente. Determinar o presente pelo passado infantil seria, para os autores, traçar todo o destino do homem com base em seus primeiros meses ou até mesmo em sua vida intrauterina e isto não estaria de acordo com Freud e com sua noção do mecanismo do *a posteriori*.

O caso Emma descrito na seção 2.2.2 desta dissertação deixa claro o mecanismo do *a posteriori*. Fora em uma nova situação vivenciada por Emma aos doze anos, ou seja, durante a puberdade, que a primeira experiência, aos oito anos, ganhou poder patogênico graças a algumas representações novas que se associaram às antigas, provocando lembranças inconscientes em Emma.

A representação escolhida para a produção de um sintoma é, contudo, evocada pela combinação de muitos fatores e despertada por várias fontes ao mesmo tempo, o que levou Freud (1896/2008d) à conclusão de que os sintomas histéricos são sobredeterminados. Por outro lado, pode ocorrer também de alguns sintomas se referirem diretamente às cenas infantis, como talvez seja o caso Emma.

Freud também fala a respeito da reação anormal e exagerada das pessoas histéricas frente aos estímulos psíquicos. Uma primeira tentativa de resolução deste problema foi a de atribuir aos histéricos uma sensibilidade anormal generalizada aos estímulos, como se partes do cérebro se encontrasse em um estado químico peculiar.

Agora Freud acredita que esta resolução consiste em um erro, pois induz a não aplicar as mesmas medidas aos atos psíquicos dos histéricos e das pessoas normais.

Ao levar em consideração a possibilidade de aplicar as mesmas medidas aos histéricos e aos normais, Freud indica que os princípios que explicam o normal e o patológico são os mesmos. Em Freud, diferentemente da visão então dominante de que um quadro patológico seria devido a uma tara hereditária, como defendiam os partidários de que a divisão da consciência, nos casos de histeria, provinha de um processo de degeneração do sistema nervoso, a distância entre o normal e o patológico é compreendida como uma questão de grau.

Com isso, ele conclui que, na verdade, as reações dos histéricos não são reações exageradas, mas sim aparentemente exageradas. Tal afirmação se deve ao fato de só conhecermos uma pequena parte dos motivos que levaram à reação.

Na verdade, esta reação é proporcional ao estímulo excitatório, isto é, normal e psicologicamente compreensível. Nós o compreendemos logo que a análise acrescenta aos motivos manifestos, conscientes para o paciente, aqueles outros que agiram sem que o paciente nada deles soubesse e, por isso, não podiam comunicá-los (Freud, 1896/2008d, p. 215).

Assim, quando algo desperta uma lembrança inconsciente e, com isso, uma reação, os pacientes, que ignoram o conteúdo inconsciente, estabelecem falsas ligações entre o conteúdo mais recente, dos quais estão conscientes, e o efeito, que, na verdade, depende de muitos elos intermediários. Quando é possível reunir os conteúdos inconscientes aos conscientes, percebe-se que a reação não é exagerada, mas sim compatível com sua origem (Freud, 1896/2008d).

Apesar de outras possíveis objeções, para as quais apenas uma psicologia das neuroses, ainda inexistente, pode dar respostas, Freud acredita que as conclusões às quais ele chegou não devem ser consideradas especulações inúteis, pois resultam de um trabalho minuciosamente realizado utilizando-se do procedimento de Breuer modificado. Este, para ele, possibilita um amplo acesso a um novo elemento psíquico, a saber, os processos de pensamento que se mantêm inconscientes².

² Em *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900/2012b) faz o mesmo apelo no que diz respeito a uma explicação psicológica sobre os sonhos. Ele não encontrou nenhum conhecimento psicológico que

No artigo *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*, Freud (1896/2008h) retoma as discussões do artigo *As neuropsicoses de defesa*, de 1894. No artigo de 1894, a ênfase estava no conceito de defesa e no de 1896, a ênfase é sobre aquilo contra a que a defesa se coloca, a saber, na experiência sexual de caráter traumático, resultante do abuso por parte de outra pessoa, uma criança ou um adulto (Strachey, 1996c).

Freud (1896/2008h) diz que a histeria, as obsessões e alguns casos de confusão alucinatória foram por ele agrupados como neuropsicoses de defesa no artigo de 1894. Este agrupamento se deu devido ao fato de apresentarem em comum um mecanismo de defesa, um mecanismo inconsciente que buscava reprimir uma representação que aparecia ao eu e lhe era aflitiva. Nestes últimos dois anos, entre um artigo e outro, Freud passou a considerar a defesa como ponto central nos mecanismos psíquicos e a fundamentar uma clínica para essa teoria psicológica, conforme vimos no capítulo 01.

O autor afirma que ele e Breuer já possuíam a opinião de que os sintomas da histeria estavam relacionados a um trauma sexual vivido pelo paciente. O que fora acrescentado no artigo de 1896 diz respeito à natureza desses traumas sexuais e ao período da vida em que ocorreram. No que tange a este último, os traumas sexuais deveriam ter ocorrido na tenra infância, antes da puberdade, com irritação real dos órgãos genitais. O determinante específico da histeria seria a passividade sexual.

No artigo de 1894, Freud não havia dado nenhuma explicação sobre como o recalque era realizado com sucesso pelos esforços com que a pessoa, até o momento saudável, fazia para esquecer a experiência traumática. Ou seja, não era possível ainda

pudesse explicá-los; assim, considerou necessário estabelecer novas hipóteses que, por meio de conjecturas, mostrassem sua relação com a estrutura do aparelho psíquico e com as forças nele atuantes. Todavia, não seria possível conhecer o modo de funcionamento psíquico tomando uma ou outra produção psíquica isoladamente. Por isso, ele afirma ser necessário aguardar até que uma série de investigações tragam resultados que possibilitem avançar até o centro do mesmo problema partindo de diferentes pontos.

“É impossível que cheguemos a explicar o sonho como processo psíquico, pois explicar significa derivar de algo conhecido, e não há atualmente nenhum conhecimento psicológico ao qual pudéssemos subordinar aquilo que, na condição de fundamento explicativo, pode ser inferido do exame psicológico dos sonhos. Ao contrário, seremos obrigados a estabelecer uma série de novas hipóteses que tocam com conjecturas a estrutura do aparelho psíquico e o jogo de forças nele ativas (...). (...) Por meio da mais cuidadosa investigação do sonho ou de outra produção isolada não se obterá, ou pelo menos não se poderá fundamentar, um esclarecimento sobre a construção e o modo de trabalho do instrumento psíquico; para esse fim será preciso reunir aquilo que o estudo comparado de toda uma série de produções psíquicas mostrar como constante e necessário. Assim, as hipóteses psicológicas que extraímos da análise dos processos oníricos precisarão aguardar numa estação, por assim dizer, até que possam ser relacionadas com os resultados de outras investigações que pretendem avançar até o núcleo do mesmo problema a partir de outro ponto de ataque” (pp. 537-538).

explicar como o mecanismo de recalque abria as portas para as neuroses de defesa. A resposta não poderia estar na natureza da experiência, pois muitas pessoas permaneciam saudáveis mesmo tendo passado por ela. Assim, na ausência de um fundamento mais claro, era preciso tomá-la como uma suscetibilidade à reação histérica preexistente ao trauma. Agora, no entanto, o mecanismo do *a posteriori* e a hipótese do trauma sexual precoce convergem para um esclarecimento novo sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos.

Agora bem, tal predisposição histérica indeterminada pode agora ser tomada, inteiramente ou em parte, pelo efeito póstumo { *posthume* } do trauma infantil sexual. Só consegue reprimir a lembrança de uma vivência sexual penosa da idade madura aquelas pessoas em quem essa vivência é capaz de colocar em vigor o traço mnêmico de um trauma infantil (Freud, 1896/2008h, p. 167).

Freud explica que na neurose obsessiva, haveria em primeiro lugar, na mais tenra infância, uma experiência sexual passiva. Sobreviria a esta atos de agressão sexual contra o outro sexo com consequências prazerosas. Estas experiências constituiriam o primeiro período, o qual seria finalizado pelo advento da maturação sexual, geralmente precoce. Ficaria ligada às ações prazerosas uma autoacusação; a conexão desta com a experiência inicial passiva possibilitaria recalcar-las e substituí-las por um sintoma primário de defesa (segundo período). Exemplos deste tipo de sintoma poderiam ser a vergonha e a auto-desconfiança, os quais dariam início ao terceiro período. Este consistiria em aparente saúde, mas na verdade seria uma defesa bem sucedida.

O fracasso da defesa caracterizaria o período seguinte, o da doença. O retorno das lembranças recalçadas gerariam as autoacusações, porém ambas não reapareceriam inalteradas na consciência, mas sim como uma formação de compromisso entre as representações recalçadas e as recalçadoras. Por isso, considera o autor, “(...) o que se torna consciente como representação e afeto obsessivos, substituindo as lembranças patogênicas no que diz respeito à vida consciente, são estruturas da ordem de uma *formação de compromisso* entre as representações recalçadas e as recalçadoras” (Freud, 1896/2008h, p 170, grifo do autor).

A ideia de Freud de que a causa das psiconeuroses se encontrava em uma experiência vivida pelo indivíduo em sua infância e que esta vivência representava um

trauma corresponde à noção predominante na época de que, durante a infância, não existiria sexualidade genital desenvolvida. Deste modo, a criança que sofria, geralmente por parte de um adulto, algum tipo de sedução, mas não possuía recursos psíquicos para lidar com aquele fato, para integrar esta experiência; somente com a maturação orgânica, na puberdade, estes eventos anteriores eram remodelados em função de experiências novas não necessariamente sexuais. Essa remodelagem, por sua vez, possibilitaria a formação patogênica ou uma eficácia psíquica. Estamos falando da teoria da sedução, a qual considera determinante o papel das lembranças de cenas sexuais factuais na etiologia das psiconeuroses.

Todavia, Freud reconsidera a pertinência desta teoria e em seu lugar desenvolve a teoria da fantasia. É sobre este movimento freudiano que se trata a próxima seção.

2.3.2. O abandono da hipótese da sedução e a emergência da fantasia

A teoria da sedução elaborada por Freud corresponde ao período entre 1895 e 1897, apesar de mencioná-la desde 1893. Consiste em uma descoberta clínica, uma vez que os pacientes, ao longo do tratamento, lembravam-se de vivências de sedução perpetradas por parte de outra pessoa, geralmente um adulto, que poderiam ser propostas sexuais por palavras e por gestos ou manobras sexuais de fato, sofridas pela criança passivamente e com pavor (Laplanche & Pontalis, 1967/2001).

Ainda segundo os autores e como viemos tentando expor até o momento, esta teoria reformulou a concepção etiológica da histeria, desvinculando-a da ideia de hereditariedade e atribuindo às cenas sexuais esta função. Porém, também consiste em uma tentativa elaborada para explicar o mecanismo do recalque em sua origem. A cena relativa a uma vivência sexual precoce não é objeto de um recalque logo no momento em que ocorre; somente em um segundo tempo, com uma nova experiência que não necessariamente possua um significado sexual, é que ela seria recalcada devido às lembranças da primeira que a experiência nova evoca por traços associativos e ao fluxo de excitação sexual que ela faz desencadear.

Contudo, pouco tempo depois, em 2 de maio de 1897, Freud (*apud* Masson, 1986) anexa a uma carta a Fliess o Rascunho L, intitulado *A Arquitetura da Histeria*. Este rascunho dá indícios do que veio a ser, pouco mais tarde, a renúncia de Freud no que diz respeito à crença na sedução sexual factual por parte do pai para originar uma neurose. Ele já introduz aí a noção de fantasias, as quais, segundo ele, são desenvolvidas

pela combinação entre coisas experimentadas (pela própria pessoa) e coisas ouvidas (acontecimentos passados, como a história dos pais e dos antepassados) e que tomaria o lugar da teoria da sedução.

Quatro meses mais tarde, em 21 de setembro de 1897 (Carta 69), Freud assume considerar a teoria da sedução um erro e escreve a Fliess: “quero confiar-te o grande segredo que pouco a pouco comecei a compreender nos últimos meses. Não acredito mais em minha neurótica” (p. 301) - referindo-se com ‘minha neurótica’ à teoria das neuroses baseada na sedução factual.

O primeiro grupo de motivos dado por Freud (1897/2011f) nesta carta fora o de que sua autoanálise não alcançava uma conclusão, houve uma diminuição do número de pessoas que ele achava estar compreendendo com segurança, notou ausência de êxitos completos e observou que se utilizava como base outros critérios para a explicação de êxitos parciais. Em segundo lugar, o autor afirma que todos os pais deveriam ser caracterizados como pervertidos e que estes deveriam ser mais frequentes do que os históricos. Em terceiro, ele assume que no inconsciente não há indicações de realidade e com isso, não seria possível diferenciar a verdade da ficção catexizadas com afeto; tal fato abriria a possibilidade de que a fantasia sexual tivesse os pais como tema. Por último, constatou que na psicose mais profunda não é possível que as experiências infantis sejam reveladas, pois a lembrança inconsciente não vem à tona.

Tudo isso me predispôs a uma dupla renúncia: a solução completa de uma neurose e o conhecimento seguro de sua etiologia na infância. Agora não sei onde estou, pois não alcancei uma compreensão teórica do recalamento e de seu jogo de forças. Parece que novamente se tornou discutível se são somente as experiências posteriores que estimulam as fantasias, que então retornam à infância; com isso, o fator de uma predisposição hereditária retoma uma esfera de influência da qual eu me incumbira de excluí-lo com o interesse do total esclarecimento da neurose (p. 302).

Como Masson (1894) bem observa, a carta a Fliess, por ser um documento pessoal, não fora o meio pelo qual Freud publicou esta renúncia a sua teoria. Isto aconteceu alguns anos mais tarde, em 1905, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, quando Freud assume ter feito mudanças em suas hipóteses etiológicas.

A consequência dessa mudança possibilitou a Freud, segundo Strachey (1996c), reconhecer o papel desempenhado pela fantasia nos eventos mentais, o que o levou a descobrir a sexualidade infantil e o complexo de Édipo. “Aliás, o problema de como a lembrança de um trauma infantil poderia ter um efeito tão maior do que a experiência real dele na época (...) perdeu sentido graças à descoberta da sexualidade infantil e ao reconhecimento da persistência dos movimentos inconscientes” (pp. 160-161).

Todavia, o abandono da teoria da sedução fora objeto de desconfiança por Masson (1894). Por isso, ele reuniu uma série de argumentos para defender a tese de que Freud não abandonou a teoria da sedução devido a razões teóricas ou clínicas, mas sim por covardia, embora essa talvez não fosse consciente. A organização destes documentos, alguns conhecidos, mas muitos desconhecidos e não publicados até que ele o fizesse, resultou em seu livro *Atentado à verdade*. Dentre estes documentos desconhecidos, encontram-se cartas a Fliess ou trechos delas anteriormente omitidos em publicações, livros lidos por Freud com trechos grifados (o que indica que aquele trecho fora lido por ele), escritos do filho de Fliess (Robert Fliess), entre outros.

Aduzo um grande número de fatos novos que eram desconhecidos antes, ou simplesmente não haviam sido notados, em apoio à minha opinião de que Freud desistiu da sua teoria, não por razões teóricas ou clínicas, mas devido a uma falta de coragem pessoal. (...) Sem dúvida acreditava que estava fazendo o que era certo, e o que era difícil, quando desviou sua atenção do trauma externo para a fantasia interna como agente causativo na doença mental. Mas não quer dizer que isso represente a verdade (p. 177).

Devido aos objetivos desta dissertação, não convém expor cada argumento de Masson para defender sua tese. Contudo, em um deles, o autor observa que objeções elencadas por Freud na carta são semelhantes às levantadas por aqueles que, desde o início, criticaram a teoria da sedução e às quais Freud respondeu em textos de 1896 e que foram resumidas na seção 2.3.1. do segundo capítulo desta dissertação.

A carta simboliza o começo de uma reconciliação interna com os seus colegas e com toda a psiquiatria do século XIX. É como se Freud estivesse de pé diante dos seus colegas na Sociedade para a Psiquiatria e dissesse: “Afim, vocês tinham razão – o que eu pensava ser verdade não é mais que um conto de fadas científico” (p. 105).

Mesmo com a possibilidade de um recuo teórico por Freud a respeito da etiologia das neuroses, a base para a técnica empregada em suas resoluções permanecia coerente e foi mais detalhadamente explicada em 1900, em *A Interpretação dos sonhos*.

Capítulo 3

Os pilares do método terapêutico da psicanálise: bases teóricas da associação livre e da transferência

Este terceiro capítulo visa expor a técnica psicanalítica da associação livre como método terapêutico e a transferência enquanto fenômeno clínico. Busca mostrar, sobretudo, seguindo as indicações de Freud em *A interpretação dos sonhos*, que as pressuposições teóricas presentes no último capítulo desta obra não apenas fundamentam a regra fundamental da associação livre e a transferência, mas constituem também os pilares metapsicológicos da técnica psicanalítica como método terapêutico.

A primeira seção do capítulo visa mostrar que a associação livre e a transferência não são novidades de 1900, mas que, ao contrário, o germe destas noções pode ser encontrado já em 1895 no tratamento que Freud realizava com as histéricas. Tem como objetivo também expor as aproximações entre sonho e sintoma que permitiram a Freud afirmar que a resolução de ambos pode se dar com o uso do mesmo procedimento.

Partindo da noção de representações-meta, a segunda seção tem como objetivo explicitar a justificativa teórica para a plausibilidade da técnica da associação livre e do fenômeno da transferência, justificativa esta que compõe os pilares metapsicológicos da psicanálise enquanto método terapêutico. As implicações desta justificativa teórica estão no fato de que ela se relaciona com a hipótese do funcionamento do aparelho psíquico, a qual engloba a noção do determinismo psíquico, da repressão, do inconsciente e do desejo reprimido. Trata-se de um conhecimento teórico que não explicaria apenas a formação dos sonhos e dos sintomas (e, posteriormente, dos atos falhos, chistes, etc.), mas fundamenta e justifica a técnica de tratamento finalmente estabelecida por Freud.

3.1. Psicoterapia da histeria e interpretação dos sonhos: primórdios da associação livre e transferência

3.1.1. A associação livre

Como discutido nos capítulos anteriores desta dissertação, Freud passou a tratar seus pacientes histéricos sem hipnotizá-los; mantinha-os em vigília e pressionava-lhe a

testa com as mãos. No capítulo redigido por Freud (1895/2012a), *A psicoterapia da histeria*, presente em *Estudos sobre a histeria*, o autor algumas vezes chama o procedimento utilizado de método catártico e outras de técnica da pressão ou, de acordo com Jones (1953/1989c), de análise psíquica. Independente do nome utilizado, trata-se dos primórdios da técnica posteriormente empregada na interpretação dos sonhos, em 1900, a associação livre, regra fundamental da psicanálise.

O capítulo de Freud sobre psicoterapia, nos Estudos (1895), constitui uma aproximação suficiente ao futuro método da associação livre, de modo que é geralmente encarado como início de método psicanalítico. Contudo, ele aí ainda chama seu método de “método catártico de Breuer”, embora se refira com frequência à “análise psíquica” (p. 250).

De acordo com Jones (1953/1989c), é difícil determinar uma data exata para a descoberta desta técnica, sendo possível apenas afirmar que se tratou de um desenvolvimento gradual ocorrido no período entre 1892 e 1895 e que constitui um método mais refinado que os métodos auxiliares de hipnose, sugestão, pressão e indagação. Sua opinião é a de que em 1898, “o método da associação livre se tinha tornado realmente livre, embora fossem contínuos os aperfeiçoamentos subsequentes” (p. 250).

Tanto no tratamento das psiconeuroses quanto na interpretação dos sonhos, o objetivo era o de buscar lembranças esquecidas, ausentes das associações conscientes. Para que estas fossem alcançadas, o procedimento era o mesmo em ambos os casos.

Em 1895, Freud (2012a) pedia para que o paciente comunicasse a ele o que lhe viesse à mente por meio de imagens ou pensamentos enquanto lhe pressionava a testa, sem permitir que qualquer juízo sobre este conteúdo o impedisse de fazê-lo. Conforme as comunicações fossem feitas ao longo do tratamento, a lembrança esquecida emergiria.

Com este propósito, sirvo-me em primeiro lugar de um pequeno artifício técnico. Informo ao paciente que, em seguida, aplicarei uma pressão sobre sua testa, e lhe asseguro que, enquanto a pressão durar, ele verá diante de si uma recordação sob a forma de imagem, ou a terá em seus pensamentos sob a forma de uma ideia que lhe ocorra; e lhe

peço encarecidamente que me comunique essa imagem ou ideia, quaisquer que sejam. Digo-lhe que não deve guardá-los para si se acaso achar que não é o que se busca, o pertinente, nem por ser-lhe desagradável demais contá-lo. Não deve haver nenhuma crítica, nenhuma reserva, quer por motivos emocionais, quer porque os julgue sem importância. Afirmando-lhe que só assim podemos encontrar aquilo que estamos buscando, mas assim o encontraremos infalivelmente (Freud, 1895/2012a, p. 277).

Freud (1895/2012a) acreditava que a vantagem deste procedimento consistia no fato de que a atenção do paciente era desviada de suas reflexões conscientes, ou seja, desviada de qualquer coisa sobre a qual ele pudesse impor sua vontade, de qualquer pensamento intencional. Assim, “(...) a procura insistente do elemento patogênico desaparece em proveito de uma expressão espontânea do paciente” (Laplanche & Pontalis, 1967/2001, p. 38). O mesmo era esperado pelo autor na busca pelos pensamentos que deram origem aos sonhos.

Para encontrá-los, Freud (1900/2012b) pedia ao paciente para que, a partir de um elemento de seu sonho, comunicasse as ideias, imagens ou pensamentos que surgissem de modo involuntário. Havia um ponto de partida, um elemento onírico; mas, a partir deste, tudo o que surgisse deveria ser comunicado sem qualquer juízo. Quando as ideias que emergissem a partir deste elemento parecessem esgotadas, partir-se-ia a um segundo elemento e assim sucessivamente. O que se esperava era que no fim, o que fosse encontrado fosse justamente o pensamento que deu origem ao sonho.

Segundo Freud (1900/2012b), o objetivo era, então, partir do conteúdo manifesto em direção ao conteúdo latente. O segundo corresponde ao pensamento onírico, ou seja, aquele conteúdo que motivou a formação do sonho e que, na maioria das vezes, é desconhecido antes de uma análise profunda do sonho. O conteúdo latente diz respeito, de acordo com Laplanche e Pontalis (1967/2001), ao verdadeiro significado dos sonhos. Por outro lado, o conteúdo onírico manifesto do sonho corresponde àquele que reconhecemos imediatamente como o sonho que tivemos. Trata-se, então, de um conteúdo desfigurado e incompleto. “O que Freud entende por conteúdo manifesto constituiria o relato descritivo que o sujeito faz do seu sonho num momento em que não tem à sua disposição todas as significações que o seu sonho exprime” (p. 100).

De modo geral, de acordo com Freud (1900/2012b), o conteúdo onírico manifesto e o conteúdo onírico latente correspondem ao mesmo conteúdo, todavia expressos como que em línguas diferentes. O primeiro corresponde a uma tradução do

segundo. “O conteúdo onírico se apresenta numa espécie de pictografia, cujos signos cabe traduzir um a um na linguagem dos pensamentos oníricos” (p. 299). O trabalho de análise visa conhecer o pensamento onírico latente partindo do conteúdo onírico manifesto, ou seja, chegar, por meio deste, ao conteúdo latente. Consiste no movimento contrário ao da formação do sonho pelo mecanismo de regressão.

Somos os únicos a nos defrontar com outros fatos; para nós, um novo material psíquico se introduz entre o conteúdo onírico e os resultados de nossa observação: o conteúdo onírico *latente* – ou os pensamentos oníricos – obtidos pelo nosso método. Foi a partir desses pensamentos, e não do conteúdo onírico manifesto, que desenvolvemos a solução do sonho (p. 299, grifo do autor).

A interpretação correta dos sonhos pode ser verificada pela impressão causada no paciente, pelas associações com outros elementos oníricos e pelo fato de não haver outro modo de explicar os sonhos de modo tão completo (Freud, 1900/2012b). Quanto aos sintomas neuróticos, o mesmo procedimento leva à eliminação destes (Freud, 1895/2012a).

Contudo, Freud (1895/2012a) afirmou não ser possível chegar a ela(s) de uma só vez, de modo que as lembranças que emergem constituem elos intermediários entre a lembrança da qual partiu e a lembrança que se busca. Da mesma forma, partindo de um elemento onírico, as lembranças que emergem consistem em pensamentos intermediários entre este elemento e os pensamentos que levaram à formação do sonho (pensamento onírico) (Freud, 1900/2012b). Em ambos os casos, Freud afirma que é possível que as relações associativas se esgotem e, quando isso ocorre, é preciso recomeçar partindo de um novo ponto.

A impossibilidade de se chegar à lembrança esperada de uma só vez é explicada por Freud (1895/2012a) com a organização do material psíquico. Segundo ele, este material é apresentado, nos casos de histeria, em, pelo menos, três estratificações diferentes, as quais contêm traços mnêmicos, e um núcleo no qual se encontram as lembranças dos eventos ou ideias que levaram ao trauma. As duas primeiras formas de organização possuem um caráter morfológico e a terceira possui um caráter dinâmico. A primeira segue uma ordem cronológica linear. As lembranças mais recentes aparecem primeiro, o que dificulta o trabalho, uma vez que as mais importantes aparecem

posteriormente. A segunda forma de organização se dá por temas, tal como organizamos documentos e arquivos. Cada tema está estratificado de forma concentrada em volta do núcleo. Estas duas formas de estratificação poderiam ser representadas por uma linha contínua, reta ou curvada. A terceira forma de arranjo se dá pelo conteúdo do pensamento e consiste em um fio lógico que segue um caminho irregular e sinuoso, indo da superfície ao núcleo e vice-versa, tocando em diferentes pontos intermediários. Diferentemente das duas primeiras, estas seriam representadas por uma linha em ziguezague.

É possível também que haja mais de um núcleo no material patogênico. Isso pode ser verificado na ocasião do surgimento de uma segunda histeria, a qual, apesar de ter uma etiologia própria, está relacionada à primeira histeria já superada. “É fácil imaginar quantas estratificações e caminhos de pensamento venham a somar-se para estabelecer uma conexão entre ambos os núcleos patológicos” (Freud, 1895/2012a, p. 295).

Também há a possibilidade, segundo Freud (1900/2012b), de a interpretação de um sonho dar continuidade à interpretação de outro. “No caso de sonhos consecutivos, podemos observar muitas vezes como um deles coloca no centro o que no seguinte é aludido apenas na periferia e vice-versa, de modo que ambos também se complementam na interpretação” (p. 552). Do mesmo modo pode ocorrer de um mesmo sonho oferecer mais de uma interpretação. Assim, tendo realizado uma interpretação tida por completa, outra pode ser iniciada.

Poderá ser possível uma outra interpretação do mesmo sonho, uma superinterpretação, que lhe escapou. Não é realmente fácil formar uma noção de abundância de cadeias inconscientes de ideias que lutam por expressão em nosso pensamento, nem acreditar na habilidade do trabalho do sonho para, mediante modos de expressão multívocos, matar sempre sete moscas de um só golpe (...) (pp. 551-2).

Seguindo o modelo de apresentação do material psíquico, Freud (1895/2012a) afirma que o grau de resistência aumenta conforme se aproxima do núcleo. No trabalho de interpretação dos sonhos (Freud, 1900/2012b), ela se intensifica conforme este se aproxima do conteúdo latente.

Segundo Freud (1895/2012a), a resistência se expressa de diferentes formas durante o tratamento e atentar para sua atuação é importante, uma vez que o eu oferece resistência em todos os casos, sejam eles simples ou mais graves.

Um indício da atuação da resistência é o fato de a técnica da pressão falhar no início do tratamento e o paciente relatar nada ter visto ou pensado durante a pressão sobre sua testa. Em geral, isso ocorre devido à ansiedade do paciente quanto ao que lhe aparecerá; também pode ocorrer devido ao fato de o paciente não cumprir o combinado de comunicar tudo o que lhe aparecer e, com isso, afirmar que nada lhe ocorreu. Este fato é sinal da resistência, uma vez que, com a insistência do terapeuta, o paciente lhe comunica o conteúdo e afirma que já havia pensado nele antes.

Outra forma de manifestação da resistência se dá por meio de evidentes desculpas, tais como cabeça distraída ou incômodo causado por algum barulho externo. Para Freud, tais desculpas indicam que o paciente esbarrou em algum conteúdo que, por algum motivo, não quer lhe comunicar. Quando isto é explicado ao paciente, ele geralmente relata alguma informação importante, mas de um modo muito disfarçado, tal como “príncipes disfarçados de mendigo na ópera” (p. 285). É importante prestar atenção a estes conteúdos comunicados de forma depreciativa, pois indicam que a defesa cumpriu seu papel de transformar em uma representação fraca uma representação forte, fazendo com que pareça algo sem importância. Os conteúdos relatados de forma depreciativa podem, portanto, indicar a representação que se espera ou indica estar mais próximo a ela.

A fim de não cometer injustiça contra o paciente, Freud (1895/2012a) afirma ser necessário observar sua expressão facial. Nos casos em que ela se encontra serena, é provável que nada tenha ocorrido ao paciente durante a pressão sobre sua testa. Todavia, nos casos em que há sinais de tensão e emoção, é provável que ele esteja obedecendo à defesa recusando a lembrança emergente. Como fruto da resistência, as lembranças também podem aparecer de maneira mutilada, indistinta, incompleta e as ligações podem ser interrompidas.

Porém, disso tudo, o mais importante é saber que o material psíquico patogênico, distorcido ou aparentemente esquecido, está, na verdade, à disposição, bastando apenas retirar as resistências que impedem o acesso ao material. “O material psíquico patogênico parece constituir o patrimônio de uma inteligência não necessariamente inferior à de um eu normal” (Freud, 1895/2012a, pp. 292-3).

Assim, a técnica da psicanálise é constituída basicamente pela associação livre. Este método, como mostram Laplanche e Pontalis (1967/2001), visa explicar indiscriminadamente todos os pensamentos que emergem espontaneamente a partir de um elemento, ou seja, considerar toda e qualquer associação que ocorre a partir deste elemento indutor. Mesmo havendo um elemento como ponto de partida, o termo ‘livre’ se mantém válido, na medida em que as associações que ocorrem não são orientadas por uma intenção seletiva e pelo fato de não ser este elemento indutor fornecido pelo analista.

Contudo, seguindo os mesmos autores, esta liberdade não deve ser tomada como uma indeterminação. O método da associação livre tem como objetivo eliminar a seleção voluntária dos pensamentos, o que significa retirar a censura entre o consciente e o pré-consciente. Todavia, o lugar destas não fica vazio; as defesas inconscientes, aquelas existentes entre o pré-consciente e o inconsciente, ocupam este lugar e, por isso, podem ser reveladas. É nesta noção que se encontra a justificativa teórica para o método terapêutico da psicanálise, uma justificativa importante, pois é ela que permite considerar plausível este método. Sobre isso, voltaremos a falar na seção 3.2. deste capítulo.

3.1.2. A Transferência

A transferência é um fenômeno que, de acordo com Freud (1917/2014), ocorre no paciente desde o início do tratamento, sendo sua mola propulsora durante algum tempo. Enquanto ela trabalha favorecendo a análise, não é preocupante nem notada. Contudo, quando se transforma em uma resistência ao tratamento, passa a ser objeto de atenção e cuidado.

Depois de um tempo de tratamento, é possível observar uma maneira especial de comportamento do paciente em relação ao analista, denotando um particular interesse daquele para com o último. Apesar de ter a única tarefa de buscar uma saída para os conflitos que o fazem sofrer, o paciente demonstra ceder atenção ao que se refere à vida do terapeuta, além de seus próprios assuntos. Demonstra gratidão, gentileza, é solícito, faz elogios, etc. Nestas condições, o tratamento faz grandes progressos, o paciente se empenha nas tarefas que lhe são propostas, o material mnêmico que emana é farto, não há objeções às interpretações. “A essa bela harmonia durante o trabalho analítico

também corresponde uma melhora objetiva, amplamente reconhecida, do estado de enfermidade” (Freud, 1917/2014, p. 583).

Todavia, Freud (1917/2014) afirma que raramente as coisas seguem desta maneira de forma duradoura. Chega um momento em que dificuldades começam a aparecer, o paciente não cumpre mais o combinado de comunicar tudo o que lhe ocorre à mente, o tratamento parece não ser mais de seu interesse, as associações cessam. Há uma forte resistência no percurso dando a impressão de que o paciente quer guardar tudo para si. A causa destas dificuldades está no fato de o paciente ter transferido ao terapeuta intensos sentimentos afetuosos que não são justificados pelo modo de agir do terapeuta nem pela relação no tratamento. Esta vinculação afetiva do paciente para com o analista se repete em diversos casos, com regularidade, o que indica que não se trata de um acontecimento pontual, mas sim de um fenômeno relacionado à natureza da própria doença. “A esse fato novo, que reconhecemos a contragosto, demos o nome de *transferência*” (p. 585, grifo do autor).

Trata-se, então, da transferência de sentimentos, já existentes no paciente de antemão, à figura do terapeuta por ocasião do tratamento analítico, uma vez que a situação de análise não justifica, por si só, a gênese destes sentimentos. Ela pode se manifestar como uma paixão turbulenta ou por meio de sentimentos hostis (Freud, 1917/2014). Essa transferência do passado que fora esquecido, embora seja evidenciada na situação de análise, ocorre em diversas áreas da vida do indivíduo, em todos os relacionamentos e atividades atuais de sua vida (Freud, 1914/2010b).

Freud (1914/2010b) afirma que, em situação de análise, é comum ocorrer de, ao invés de recordar os acontecimentos do passado e comunicá-los verbalmente ao analista, o paciente os repetir em forma de atuação. “Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber que o faz” (pp. 199-200). Um exemplo desta compulsão à repetição é o fato de o indivíduo não se recordar de ter sido rebelde na relação com seus pais, mas se comportar desta forma na relação com o analista. A repetição possui uma relação com a transferência, relação esta que consiste no fato de ser a transferência uma parcela de repetição: a repetição transfere para o presente o passado esquecido. Nos casos em que é positiva e discreta, a transferência possibilita um aprofundamento na recordação, mas quando ela é hostil ou muito intensa, a rememoração cede o lugar à atuação e as resistências passarão a determinar a sequência do que será repetido.

Laplanche e Pontalis (1967/2001) resumem a noção de transferência, afirmando que esta consiste em um tipo de resistência que “substitui a lembrança falada pela repetição atuada” (p. 459). Segundo Roudinesco e Plon (1997/1998), esta repetição se refere aos desejos inconscientes do analisando em relação a objetos externos, os quais são repetidos na pessoa do analista. Assim, quando o analista é posto na posição destes objetos externos, o paciente transfere a ele seus desejos inconscientes de modo a repeti-los. Laplanche e Pontalis (1967/2001) esclarecem que esses desejos são protótipos da vida infantil vividos como se fossem atuais.

Em 1912, no artigo *A dinâmica da transferência*, Freud (2010a) faz uma distinção entre transferência positiva e transferência negativa, sendo que ela pode ocorrer de ambas as formas. A primeira corresponde a sentimentos ternos, amigáveis, capazes de consciência e de se prolongarem também no inconsciente. A origem destes sentimentos estaria na sexualidade e seriam desenvolvidos a partir de desejos puramente sexuais, embora geralmente apareçam à consciência como puros e não sensuais. “Originalmente só conhecemos objetos sexuais; a psicanálise nos faz ver que as pessoas que em nossas vidas são apenas estimadas ou respeitadas podem ser ainda objetos sexuais para o inconsciente dentro de nós” (p. 143). A transferência negativa, por outro lado, diz respeito a sentimentos hostis dirigidos ao analista, tais como desconfiança, asco e raiva.

Seu objetivo com essa diferenciação era o de compreender o motivo pelo qual a transferência à figura do terapeuta serviria como meio de resistência. A resposta para este questionamento pode ser dada sob dois aspectos. Sob o primeiro, ele a encontrou no fato de a transferência prestar-se à resistência somente quando é negativa ou quando consiste em transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. Porém, a transferência negativa geralmente aparece ao lado da transferência positiva, ao que se denomina ambivalência. Esta é normal até certo ponto e, quando este é ultrapassado, constitui característica peculiar dos neuróticos. É esta ambivalência que faz com que os neuróticos coloquem a transferência a serviço da resistência; quando a transferência se torna completamente negativa, a possibilidade de influência e de cura estaria esgotada, considera o autor.

O segundo aspecto diz respeito à situação psicológica em que o paciente é colocado pela análise. O processo terapêutico da psicanálise busca encontrar conteúdos que se afastaram da consciência e, por isso, adentra ao campo do inconsciente. Todavia, os conteúdos inconscientes não se reproduzem claramente, mas sim de forma atemporal

e alucinatória, tal como os sonhos. O paciente deseja dar a temporalidade e realidade a estes conteúdos sem considerar a situação real de tratamento; por outro lado, o terapeuta tenta levá-los ao contexto de sua história, do tratamento, à análise intelectual e ao conhecimento de seu valor psíquico. É neste embate que se desenrola o fenômeno da transferência e nele também se encontra a possibilidade de sucesso do tratamento (Freud, 1912/2010a).

Essa luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida instintual, entre conhecer e querer “dar corpo”, desenrola-se quase exclusivamente nos fenômenos da transferência. É nesse campo que deve ser conquistada a vitória, cuja expressão é a permanente cura da neurose (p. 146).

Embora a exposição a respeito da transferência em Freud até aqui seja baseada em escritos de 1912, 1914 e 1917, podemos encontrar seu germe já em 1895, desde os primórdios da psicanálise, portanto. Mesmo não sendo denominado por este nome ainda, o fenômeno da transferência aparece descrito pelo autor em *Estudos sobre a histeria*. Nesta obra, Freud (1895/2012a) esclarece que é necessário haver um interesse pessoal do médico pelos pacientes, é preciso haver confiança entre ambos. Nos casos em que isso ocorre, é possível notar que, durante algum tempo pelo menos, a relação pessoal entre médico e paciente fica em primeiro plano. Tal afirmação nos remete ao que foi dito logo acima sobre o fato de, no início, a relação do analista para com o terapeuta ser, durante um tempo, amistosa, afetuosa e de gratidão.

Nos casos em que a relação não é boa, Freud afirma que o paciente tende a abandonar o tratamento quando as representações que passam a emergir se aproximam do núcleo patogênico. Nas palavras de Laplanche e Pontalis (1967/2001): “(...) neste momento de seu pensamento, Freud constata que o mecanismo da transferência para a pessoa do médico se desencadeia no próprio momento em que conteúdos recalçados particularmente importantes ameaçam se revelar” (p. 518).

Neste ano ainda, Freud indica três casos principais em que a transferência surge. O primeiro caso consiste em uma desavença pessoal entre paciente e médico; o paciente pode se sentir negligenciado pelo médico ou achar que não lhe agrada; ou a figura do médico pode perder o interesse do paciente quando este, por exemplo, ouve algo negativo a respeito daquele. Para o autor, este é o caso menos grave e pode ser

solucionado facilmente com diálogo e explicações. O segundo caso é um pouco mais grave e consiste no medo de o paciente ficar dependente do médico, dependência que pode ser até mesmo sexual. De um modo geral, trata-se de uma resistência a qualquer tipo de tratamento, e não de uma lembrança específica, pois sua causa está na solicitude inerente ao tratamento. Por último, o caso em que o paciente percebe que está transferindo à figura do médico representações desagradáveis que emergem durante o tratamento por meio de uma falsa ligação.

Para exemplificar este último caso, o autor conta sobre uma paciente que, muito tempo antes de iniciar o tratamento, havia relegado ao inconsciente o desejo de que um homem com quem conversava lhe desse um beijo. Ao final de uma sessão, esta paciente teve o mesmo desejo para com Freud. Isto a assustou muito e seu desempenho na sessão seguinte caiu muito. Contudo, após o esclarecimento desta resistência, ela voltou a colaborar com o tratamento; além disso, o desejo que a assustou apareceu como sua próxima lembrança na cadeia associativa. Freud conclui, então, que o desejo lhe surgiu na consciência durante o tratamento, mas fora associado conscientemente à figura do terapeuta e não às circunstâncias passadas que lhe originaram. E a tal fenômeno, denominou falsa ligação.

(...) e em virtude da compulsão a associar, dominante na consciência, o desejo agora presente foi ligado a minha pessoa, de quem era lícito que a paciente se ocupara; a consequência desta *mésalliance* – eu a chamo de falsa ligação – desperta o mesmo afeto que forçara a paciente a repudiar esse desejo reprimido (Freud, 1895/2012a, p. 307, grifo do autor).

Fica evidente, então, que o fenômeno da transferência já é reconhecido por Freud em 1895, mas com outra designação, a saber, *mésalliance* ou falsa ligação. Esta falsa ligação ocorre devido às associações que acontecem durante a análise e as quais ligam desejos inconscientes a representações conscientes – do analista – despertando o afeto original, ou seja, o afeto que está relacionado ao desejo inconsciente e não à figura do analista.

Dada a possibilidade dessas ocorrências, Freud (1895/2012a) afirma que a primeira tarefa é tornar o paciente consciente deste obstáculo. A resistência que surge

pelas três maneiras acima descritas deve ser tratada como um sintoma novo, o qual fora produzido segundo modelos antigos e deve ser tratado como um sintoma antigo.

Não se pode levar até o fim nenhuma análise sem que se saiba como enfrentar a resistência que resulta das três formas mencionadas. Agora bem, pode-se encontrar o caminho apropriado para fazê-lo se tratarmos este sintoma, produzido segundo um modelo antigo, da mesma forma que um sintoma antigo (p. 307).

Esta ideia vai ao encontro do que Freud afirma posteriormente, em 1917, e que expusemos no início desta seção: os sentimentos para com a figura do analista são sentimentos antigos, pré-existentes à análise. Tal conclusão justifica a intuição inicial de Freud acerca de uma falsa ligação entre o afeto, reprimido, e as representações próprias à figura do analista.

Freud (1895/2012a) também já havia afirmado em 1895 que todo o processo de transferência obedecia a uma lei e não impunha nenhuma diferença significativa para o trabalho do analista e do paciente: era necessário superar o afeto aflitivo despertado por alimentar este desejo.

Nesta época, de acordo com Laplanche e Pontalis (1967/2001), a transferência era vista por Freud como um fenômeno localizado e que deveria ser tratado como qualquer sintoma. Consistia em uma dificuldade no processo de análise que esbarrava na pessoa do analista e que era preciso, do mesmo modo que a resistência, ser superada.

3.1.3. O Deslocamento da excitação e a realização de desejos

A análise freudiana dos sonhos também contém importantes contribuições à noção de transferência. Assim como notou a transferência à figura do analista de desejos originalmente antigos, inconscientes, e relacionados a objetos externos, Freud (1900/2012b) constatou que, para a formação dos sonhos, também ocorre este fenômeno. No caso da formação onírica, há uma transferência de intensidade dos desejos inconscientes aos restos diurnos pré-conscientes, como preocupações, eventos insignificantes da vida de vigília, desejos conscientes, ansiedades, expectativas, entre outros.

Para Freud, um desejo oriundo do Pré-consciente (*Pcs*) é, geralmente, incapaz de, por si só, formar um sonho no adulto, apesar de muitos sonhos darem a impressão de realizarem um desejo consciente. Para formar um sonho, ele precisa buscar um reforço do Inconsciente (*Ics*), dado pelos desejos imortais, que estão sempre em movimento e prontos a se expressarem. Para que sejam expressos, precisam se ligar a uma moção consciente similar e, com isso, transferir sua intensidade maior à intensidade menor desta. Então, os restos diurnos, além de se ligarem ao conteúdo inconsciente para obterem a força impulsora para a formação do sonho, também oferecem o ponto de apoio para a transferência do desejo inconsciente.

Deste modo, o autor exclui a hipótese de que a origem do desejo não influencia na formação do sonho e passa a defender que ele é, no caso dos adultos, sempre infantil e proveniente do inconsciente e, somente no caso das crianças, em que não há separação nítida entre *Pcs* e *Ics*, provém da vida de vigília, sem que houvesse sido reprimido ou recalçado.

Entretanto, muitas vezes estes conteúdos pré-conscientes são indiferentes para o sonhador, são restos de algo que fora pensado em vigília, mas que não tinha tanta importância para o indivíduo naquele momento. A transferência dá, então, a este conteúdo, antes indiferente, a intensidade mais forte do desejo inconsciente; este último, disfarçado de um conteúdo aparentemente indiferente e inofensivo, consegue, assim, acessar a consciência (Freud, 1900/2012b).

Deste modo, a transferência possibilita a realização de um desejo antigo e inconsciente. Assim, o sonho, por ser fruto da transferência da intensidade do conteúdo inconsciente aos restos diurnos conscientes, é uma realização de desejo. Todavia, não é o único meio pelo qual os desejos inconscientes se realizam. Os sintomas psiconeuróticos também são formas de realização de desejo.

(...) todo sonho pode ser uma realização de desejo, mas ainda têm de existir, além dos sonhos, outras formas anormais de realização de desejo. E, de fato, a teoria de todos os sintomas psiconeuróticos culmina na tese de que *eles também devem ser compreendidos como realizações de desejo do inconsciente* (Freud, 1900/2012b, pp. 596-7, grifo do autor).

Na transferência durante o tratamento clínico, ocorre o mesmo; a figura do terapeuta é equivalente ao resto diurno e está sempre à disposição do indivíduo, pois lhe é consciente ou pré-consciente. Assim, a transferência propriamente dita, aquela relacionada à figura do analista, também realiza desejo. Quando é positiva, realiza desejos sexuais; quando negativa, realiza desejos hostis. É o que indica Laplanche e Pontalis (1967/2012): “na origem, a transferência não passa, para Freud, pelo menos no plano teórico, de um caso particular de deslocamento do afeto de uma representação para outra” (p. 516). Esse deslocamento pode se dar de um objeto de desejo antigo à figura do analista ou, no caso dos sonhos, dos restos diurnos – elementos conscientes ou pré-conscientes - aos desejos inconscientes.

Em resumo, tal deslocamento resultaria em uma falsa ligação, como desde 1895 Freud compreendia a essência do fenômeno posteriormente designado pelo conceito psicanalítico de transferência.

3.2. O papel das representações-meta na associação livre e na transferência: fundamento teórico do método terapêutico da psicanálise

Esta seção visa explicitar as duas teses expostas por Freud, no capítulo sete de *Interpretação dos sonhos*, que fundamentam teoricamente a técnica da associação livre e a transferência. O propósito é mostrar que estas duas teses constituem os pilares metapsicológicos do método terapêutico da psicanálise. Embora descritas por Freud, a dispersão dessas teses fundamentais em uma discussão aparentemente introdutória do capítulo sete formaria uma certa opacidade que poderia levar o leitor, em geral, a passar por ela sem se dar conta de sua importância.

A primeira tese de Freud (1900/2012b) é a de que representações-meta desconhecidas assumem o fluxo do pensamento quando as representações-meta conscientes são abandonadas. A título de esclarecimento, vale antecipar que por representações-meta Freud considera aquelas ideias ou representações que guiam um processo de pensamento. Nesse sentido, poder-se-ia falar de representações conhecidas ou conscientes, isto é, aquelas que guiam um pensamento conscientemente reconhecido pelo indivíduo, e representações-meta desconhecidas, aquelas ligadas ao desejo inconsciente. A segunda tese é a de que associações reprimidas e profundas são substituídas por associações superficiais. Estas são as duas teses com as quais

trabalharemos nesta seção e tentaremos mostrar que são elas que fundamentam teoricamente a técnica da psicanálise enquanto método terapêutico e a transferência.

Dessas duas teses – a de que o domínio sobre o fluxo de representações passa a representações-meta ocultas quando se renuncia às representações-meta conscientes e a de que as associações superficiais são apenas um substituto, via deslocamento, para associações reprimidas mais profundas – a psicanálise faz o uso mais amplo nos casos de neurose; *ela chega a elevar essas duas teses à categoria de pilares fundamentais de sua técnica* (p. 559; grifos nossos).

A importância destas duas teses consiste no fato de que são baseadas no conhecimento de que não há, para Freud, pensamentos aleatórios, ou seja, não há pensamentos que não sejam determinados, conduzidos, por intenções conscientes ou inconscientes. O conceito de representação-meta, o qual será melhor esclarecido logo adiante, foi forjado por Freud justamente para dar conta desta ideia, a qual compõe a noção de determinismo psíquico. Portanto, é por compreender que não há no psiquismo cursos associativos aleatórios, desprovidos de finalidade, que Freud, ao longo das modificações introduzidas na técnica terapêutica inicial, chega finalmente a estabelecer a regra fundamental da livre associação por parte do paciente.

Sendo assim, *a apreciação completa, bem como a demonstração detalhada das duas explicações, pertence à exposição da técnica psicanalítica como método terapêutico* (p. 559; grifos nossos).

De acordo com Jones (1953/1989c), esse princípio de determinismo, bem como o de causalidade, era tradição da escola de Helmholtz, a qual havia influenciado fortemente o desenvolvimento científico inicial de Freud. Seguindo as noções de determinismo e causalidade, intuiu que existia algo que guiava e determinava o curso desses pensamentos e as relações entre eles.

Em vez de menosprezar as associações divagantes como sendo acidentais, desconexas e desprovidas de significado, como outros teriam feito, Freud percebeu, intuitivamente, que devia haver alguma instância definida, mesmo que não evidente, guiando e determinando o curso desses pensamentos. Teria isso confirmado ao notar que de vez em quando surgia um pensamento ou uma lembrança que revelava o significado da série anterior (p. 251).

Na seção 3.1.1, foi exposto que Freud esperava, ao pedir ao paciente para que comunicasse tudo o que viesse à sua mente, que sua atenção fosse desviada dos pensamentos intencionais. Ou seja, esperava que as representações-meta, responsáveis pelo direcionamento do fluxo do pensamento consciente (acessível ao paciente), fossem abandonadas e, com isso, este fluxo estaria livre.

Quando peço a um paciente para abandonar toda reflexão e me relatar tudo o que lhe vier à mente, mantenho o pressuposto de que não pode abandonar as representações-meta do tratamento, e me considero autorizado a concluir que as coisas aparentemente mais inocentes e mais arbitrárias que ele me relata se encontram em relação com seu estado patológico (p. 559).

Quando ele escreve sobre o trabalho de interpretação dos sonhos, espera o mesmo:

Em nosso procedimento, abandonamos todas as representações-meta que normalmente dominam nossa reflexão, dirigimos nossa atenção a um único elemento onírico e então anotamos as ideias involuntárias que nos ocorrem acerca dele. Depois tomamos outro componente do conteúdo onírico, repetimos com ele o mesmo trabalho e, sem nos preocuparmos com o rumo dos pensamentos, deixamos que nos conduzam adiante, e nisso – como se poderia dizer – sempre aparece algo novo. Ao mesmo tempo, nutrimos a firme expectativa de no fim, inteiramente sem nossa intervenção, toparmos com os pensamentos oníricos dos quais o sonho surgiu (Freud, 1900/2012b, p. 554).

A noção de representações-meta, portanto, merece maior esclarecimento. Ela se refere ao fato de que o curso dos pensamentos, sejam estes conscientes, pré-conscientes ou inconscientes, é orientado, de modo que há uma finalidade (meta) que leva de um

pensamento a outro - o que se difere de um encadeamento associativo apenas mecânico entre as ideias. Esta finalidade condicionada por uma representação-meta faz com que certas representações privilegiadas atraíam outras representações, contudo não qualquer representação (Laplanche & Pontalis, 1967/2001).

O abandono das representações-meta esperado por Freud para que se encontrem os pensamentos que formaram o sonho coincide com o desvio da atenção do pensamento intencional, pensamento consciente, esperado por ele para encontrar as ideias relativas ao sofrimento histórico. Embora Freud ainda não fale em representações-meta em 1895, ela já estaria implícita quando o autor afirma que, com a técnica da pressão, o paciente desvia a atenção do pensamento consciente. Em ambos os casos, trata-se de tentar diminuir a resistência imposta pelo pensamento consciente, orientado por representações-meta conscientes ligadas à censura, a fim de deixar supostamente livre o fluxo de pensamentos. A diferença é que em 1895, Freud ainda não dispunha de uma concepção firme sobre o inconsciente como um sistema, impedido em sua expressão pelas barreiras impostas por outro sistema, o Pré-consciente.

Todavia, pensar em trabalhar com lembranças emergentes desta forma seria trabalhar com representações aleatórias que estabeleceriam relações igualmente aleatórias entre si. Tal fato culminaria em interpretações arbitrárias e, por isso, não justificadas. Esta é uma objeção antecipada por Freud (1900/2012b) nas seguintes palavras:

Como normalmente nos permitimos toda liberdade de associação de ideias, e no fundo, só excluimos as passagens de uma representação a outra ativas no pensamento normal, não se torna difícil, por fim, usando uma série de “pensamentos intermediários”, preparar algo a que damos o nome de pensamentos oníricos e que, sem qualquer garantia, visto que estes não são conhecidos, fazemos passar pelo substituto psíquico do sonho. Mas nisso, tudo é arbitrariedade e aproveitamento aparentemente engenhoso do acaso, e qualquer um que se submeter a esses esforços inúteis pode imaginar por essa via uma interpretação qualquer para um sonho qualquer (pp. 554-5).

Como, então, explicar a plausibilidade da associação livre e argumentar contra essa objeção? De que modo este procedimento garantiria uma interpretação não arbitrária? Na seção anterior, afirmamos que, para Freud, a reação do paciente à interpretação do sonho e a eliminação dos sintomas nos dariam a garantia de que o

objetivo fora alcançado. Contudo, restaria entender qual a explicação para esta conquista.

Como resposta, Freud (1900/2012b) esclarece que é possível somente renunciar às representações-meta conhecidas e, quando estas cessam, as desconhecidas assumem o controle e determinam o fluxo das representações involuntárias. Todo pensamento contém representações-meta. Assim, não há abandono de representações-meta e, como consequência, o fluxo do pensamento se encontra apenas aparentemente livre. “Não é possível produzir de forma alguma um pensar sem representações-meta mediante nossa própria influência sobre nossa vida psíquica; também desconheço em que estados de transtornos psíquicos tal pensar poderia se produzir” (pp. 555-556). Talvez seja possível a ausência de representações-meta apenas em processos em que haja destruição orgânica do cérebro, cogita o autor.

Em outras palavras, ao pedir ao paciente para que comunique tudo o que lhe vier à mente sem qualquer restrição pretende-se, com isso, criar condições para que as representações-meta desconhecidas, ou inconscientes, assumam o controle do fluxo do pensamento. Deste modo, as lembranças ou representações emergentes não são arbitrárias. Pelo contrário, elas são ligadas entre si e também estão associadas à representação buscada, ou seja, ligadas ao desejo inconsciente.

A transferência também tem como base a noção de representação-meta: “outra representação-meta, da qual o paciente nada suspeita, é a da minha pessoa” (Freud, 1900/2012b, p.559). Ao analista são transferidos conteúdos inconscientes pré-existentes e relativos a outro objeto. Esta transferência, bem como a repetição acima mencionada, permanece inconsciente para o paciente. A partir dela, o paciente começa a experimentar sensações conscientes de amor ou ódio para com o analista, sentimentos sobre os quais se fala, perceptíveis ao paciente; estes caracterizam os fenômenos clínicos transferenciais e configuram uma falsa ligação, antes explicada. Estes sentimentos intensos para com o analista consistem em atuações repetidas de um passado, atuações que se colocam no lugar da lembrança e, com isso, impedem a elaboração deste passado. É isso que justifica a afirmação de que esta falsa ligação ou associação superficial contém por trás de si uma ligação verdadeira e profunda, inconsciente, que precisa ser elucidada, como será melhor esclarecido adiante.

Durante o trabalho de interpretação de um sonho é isto o que nos conduz dos elementos oníricos aos pensamentos intermediários e, destes, aos pensamentos oníricos. Os elementos manifestos estão ligados entre si de modo superficial e, de alguma forma,

associados àqueles que realmente levaram à formação onírica e que visamos encontrar. Por isso, cada conteúdo do sonho comunicado é importante para a interpretação deste.

O motivo pelo qual, na maioria das vezes, o pensamento onírico, aquele que impulsionou a formação do sonho (um desejo inconsciente), não aparece claramente está na ação da censura. É ela que faz com que o conteúdo comunicado pareça arbitrário, sem nexos e com associações superficiais e estranhas entre seus elementos. Contudo, segundo Freud (1900/2012b), devemos nos lembrar que *“sempre que um elemento psíquico estiver ligado a outro por meio de uma associação chocante e superficial, também existe uma conexão correta e mais profunda entre ambos, submetida à resistência da censura”* (grifo do autor, p. 558). Deste modo, é a censura que impossibilita ou dificulta a ligação normal entre os elementos, fazendo com que ocorra uma associação superficial entre eles e estranha aos nossos olhos.

Ou seja, as associações superficiais, que são conscientes, consistem em cursos associativos governados por representações-meta ligadas à censura – as representações morais, por exemplo. Por isso, impõem resistência mediante o encobrimento de ideias inconciliáveis, a interrupção do fluxo associativo, o silêncio durante a sessão, a associação ininterrupta de forma superficial, etc.

A censura, segundo Freud (1900/2012b), pode atuar de duas formas e a explicação de como ocorre cada uma nos ajuda a entender sua afirmação de que sempre há uma associação profunda e séria por trás de uma superficial. A primeira possibilidade é a de ocorrer uma ação da censura na ligação entre dois pensamentos, fazendo com que eles acessem a consciência separadamente, de modo que permanece oculta esta ligação reprimida; todavia, em compensação, forma-se uma ligação superficial entre eles. Esta ligação superficial possibilita a ocorrência do pensamento, o qual se inicia num complexo de representações diferente do qual parte a ligação reprimida, mas que é essencial.

Na segunda possibilidade, a censura não atua somente na ligação entre os pensamentos, mas atua também nos pensamentos em si devido ao seu conteúdo. Deste modo, os pensamentos aparecem modificados por pensamentos substitutos. Estes são escolhidos de modo a reproduzir, por meio de uma associação superficial e falsificadora, por assim dizer, a ligação profunda em que se encontram os pensamentos, digamos, originais.

“Sob a pressão da censura, ocorreu um deslocamento nos dois casos: de uma associação normal, séria, a uma associação superficial, que parece absurda” (Freud,

1900/2012, p. 558, grifo do autor). Levando isto em conta, Freud considera confiáveis tomar as associações superficiais como pontos de partida para a interpretação, pois elas podem nos levar à associação real, mais profunda.

Um desejo inconsciente, portanto, não consegue se manifestar tal como ele é, pois a censura o impede de tal feito; como exposto na seção deste capítulo sobre a transferência (3.1.2.), a intensidade deste desejo é transferida, deslocada para outro elemento de menor intensidade. A censura atua sobre os elementos de maior intensidade - que se encontram mais próximos do núcleo do conteúdo latente - fazendo com que, nestas condições, ele não consiga alcançar a consciência, ou melhor, alcance a consciência somente se disfarçado. Sua intensidade é, então, deslocada a outro elemento, o qual consegue ultrapassar a barreira da censura. Assim, o conteúdo consciente ou pré-consciente acaba por não se assemelhar mais ao real desejo, que é inconsciente. “O resultado desse deslocamento é que o conteúdo onírico não se assemelha mais ao núcleo dos pensamentos oníricos – que o sonho apenas reproduz uma distorção do desejo onírico que se encontra no inconsciente” (Freud, 1900/2012b, p. 331).

É por este motivo que os esquecimentos, as dúvidas, as lacunas, as modificações nos relatos e qualquer elemento que apareça no sonho e durante o processo de análise deste devem ser levados igualmente em consideração no trabalho de interpretação. Todos eles são frutos da ação da censura, formas de sua manifestação. Caso não sejam considerados, o trabalho ficará paralisado. “Cada análise poderia provar com exemplos como justamente os traços mais insignificantes do sonho são imprescindíveis à interpretação e como a execução da tarefa é retardada quando demoramos a prestar atenção neles” (Freud, 1900/2012b, p. 540).

Freud afirma que o fato de o sonho não ser lembrado pelo narrador na maioria das vezes poderia ser considerado uma objeção à interpretação. O conteúdo do sonho que é lembrado, e com o qual se dá a interpretação, é, da mesma forma que os relativos aos sintomas histéricos, apresentado em lacunas, “mutilado pela infidelidade de nossa memória” (p. 539). Com isso, poderíamos duvidar de que o sonho tenha sido tão estranho e obscuro quanto nos apresenta nossa memória, como também poderíamos duvidar de que tenha sido tão claro quanto quando o narramos e que não o fazemos de modo a preencher as lacunas com conteúdos escolhidos aleatoriamente, dando retoques para tornar o sonho compreensível, porém “tornando impossível qualquer juízo a respeito de seu verdadeiro conteúdo” (p. 539).

Quanto à manifestação da censura por meio da linguagem, Freud (1900/2012b) afirma que, ao tentarmos reproduzir um sonho, é normal que ele seja distorcido. Estas distorções são partes do processo de elaboração pelo qual os pensamentos oníricos devem passar devido à censura onírica e não impossibilitam o conhecimento do sonho verdadeiro. Quando se pede a um paciente para repetir o relato de um sonho ou de parte dele, raramente ele o faz com as mesmas palavras. As expressões modificadas são os pontos fracos do sonho e, sob pressão da censura, precisam ser relatados de maneira cada vez menos nítida.

As dúvidas encontradas no relato do sonho também são fundamentais, de acordo com Freud (1900/2012b). Elas se ligam a aspectos frágeis, simples, considerados menos importantes. São consequências da censura e se manifestam nos elementos cuja passagem foi autorizada. Não é por acaso que a interpretação posterior de sonhos de pacientes em análise é, geralmente, mais fácil de ser realizada devido à superação de algumas resistências existentes na época em que ocorreu o sonho. Esta interpretação adiada conduziu o autor a entender o sonho como um sintoma neurótico.

Tudo isso se deve ao fato de que o conteúdo relatado, as dúvidas, as modificações, lacunas, etc. estão associados a outros conteúdos e, seguindo a cadeia, ao conteúdo latente. “Elas permanecem em relação associativa com o conteúdo em cujo lugar se colocam e servem para nos mostrar o caminho a esse conteúdo que, por sua vez, também pode ser substituto de outro” (Freud, 1900/2012b, p. 542).

É devido a estes aspectos que Freud (1900/2012b) julga necessário exigir do paciente que relate tudo o que lhe venha à mente sem qualquer juízo, mesmo o de certeza quanto ao conteúdo do sonho. Caso ele não cumpra essa tarefa, a análise do sonho não caminhará, uma vez que, como efeito psíquico de seu desprezo pelo conteúdo, representações inconscientes não lhe ocorrerão.

Por isso, na análise de um sonho exijo que se abandone toda a escala de avaliação da certeza e trato a mais ligeira possibilidade de que algo desse ou daquele tipo tenha aparecido no sonho como uma certeza plena. Se na investigação de um elemento onírico alguém não se decidir a renunciar a essa consideração, a análise ficará paralisada. O desdém pelo elemento em questão produz na pessoa analisada o efeito psíquico de que nenhuma das representações involuntárias quer lhe vir à mente (p. 543).

Outra evidência da ação da censura é o fato de o sonho parecer mais resumido quando acordamos. Ou seja, temos a impressão de sonhar a noite inteira e o relato do sonho em vigília acaba sendo bem curto. A causa para este fato está, segundo Freud (1900/2012b), na condensação.

Embora ela tenha sido melhor evidenciada no sonho, também ocorre nos sintomas e demais produções inconscientes. Quando a condensação acontece, ocorre que a cada elemento onírico manifesto correspondem várias significações latentes; do mesmo modo, a cada significação latente, podem se associar vários elementos. No relato, um elemento manifesto não necessariamente exprime suas associações com todas as significações; isto dificulta o trabalho interpretativo, o que indica sucesso da censura. Por outro lado, a condensação é, ao mesmo tempo, um modo de fugir a ela, uma vez que, condensadas, diferentes significações podem aparecer no sonho; estas seriam barradas se aparecessem isoladamente (Laplanche & Pontalis, 1967/2001). Nas palavras de Freud (1900/2012b), “*o deslocamento onírico e a condensação onírica* são os dois mestres de obras a cuja atividade podemos atribuir essencialmente a configuração dos sonhos” (p. 331, grifo do autor).

Em suma, a técnica da associação livre consiste em um meio pelo qual se espera que o fluxo de pensamentos do paciente fique aparentemente livre. Trata-se de uma aparente liberdade porque, ao pedir-lhe que comunique tudo o que lhe vier à mente sem qualquer restrição, espera-se que as representações-meta conscientes sejam abandonadas. Todavia, em seu lugar, emergem representações-meta inconscientes que passam a determinar o fluxo de pensamentos. Estas, ao contrário das conscientes, não são ligadas à censura e, por isso, possibilitam que conteúdos inconscientes sejam revelados conforme o trabalho terapêutico avance na profundidade das associações. Assim, cada elemento comunicado ao terapeuta (associação livre), bem como afetos a ele direcionados (transferência), possui valor no trabalho de análise por conterem ocultos por trás de si ligações com os elementos esperados, os desejos inconscientes.

Toda essa explicação metapsicológica pautada na interpretação dos sonhos seria válida para o caso de toda e qualquer produção do inconsciente. Com os sonhos, Freud amplia suas concepções pautadas nas psicopatologias para a normalidade. É por isso que suas duas proposições de caráter metapsicológico, a de que o “domínio sobre o fluxo de representações passa a representações-meta ocultas quando se renuncia às representações-meta conscientes” (p. 559) e de que “as associações superficiais são apenas um substituto, via deslocamento, para associações mais profundas” (p. 559) são

válidas e elevadas ao estatuto de principais pilares da técnica psicanalítica, ou seja, constituem os fundamentos do processo terapêutico da psicanálise.

CONCLUSÃO

A relação entre teoria e técnica no desenvolvimento inicial da psicanálise mostrou ser íntima. As concepções iniciais sobre a histeria puderam ser reformuladas conforme as modificações no método de tratamento empregado, abrindo caminho para um olhar diferenciado sobre essa patologia e, posteriormente, sobre todas as psiconeuroses definidas como tal também a partir das mudanças técnicas. Tais concepções envolvem a etiologia, o mecanismo de formação e atuação e a possibilidade de tratamento com vistas à cura total.

Enquanto a noção de hereditariedade na etiologia da histeria possibilitava, pela hipnose, apenas a eliminação dos sintomas, a ideia de uma etiologia específica passava a compreender as psiconeuroses como adquiridas e, assim, passíveis de tratamento e cura. O abandono da hipnose e a adoção do método catártico, bem como as modificações que Freud fizera nesse, e do método da pressão na testa levaram-no, aos poucos, a concluir que seria em um evento sexual infantil que as lembranças que haviam sido perdidas da consciência do paciente se encontravam, compondo a teoria da sedução. Ao reconhecer alguns problemas nessa conclusão, Freud abandona a teoria da sedução e se volta à noção de fantasias. Este abandono é objeto de muita discussão entre pesquisadores, dentre os quais indicamos Masson, o qual considera este posicionamento freudiano apenas uma covardia, não havendo razões teóricas para isso.

Mesmo com a possibilidade de um recuo teórico por Freud a respeito da etiologia das neuroses com o abandono da teoria da sedução, a base para a técnica utilizada para a solução destas patologias permanecia coerente e foi melhor explicada em 1900, em *A Interpretação dos sonhos*. A técnica da associação livre consiste em uma aparente liberdade por meio da qual o paciente comunica ao terapeuta tudo o que lhe vem à mente. Esta liberdade é apenas aparente porque, ao pedir-lhe que comunique tudo o que lhe vier à mente sem qualquer restrição, espera-se que as representações-meta conscientes sejam abandonadas. Contudo, em seu lugar, as representações-meta inconscientes passam a determinar o fluxo de pensamentos. Estas, diferentemente das conscientes, não são ligadas à censura e, com isso, possibilitam que conteúdos inconscientes sejam revelados conforme o trabalho terapêutico avance na profundidade das associações. Deste modo, cada elemento comunicado ao terapeuta pela associação livre, assim como afetos a ele direcionados (transferência), possui valor no trabalho de

análise por conterem ocultos por trás de si ligações com os elementos esperados, os desejos inconscientes que precisam ser tornados conscientes.

Deste modo, existe uma relação muito íntima e contínua entre a teoria psicanalítica e sua proposta terapêutica, ou seja, uma interdependência entre técnica e teoria, a qual pôde ser verificada ao buscar conhecer o desenvolvimento do pensamento inicial de Freud. Tal fato justifica a real necessidade de o praticante conhecer os fundamentos teóricos de sua prática, condição para o exercício de uma clínica propriamente psicanalítica, ao menos freudiana.

REFERÊNCIAS

Boczar, Ana. (2007). Freud: a fundação da práxis e seus destinos. *Reverso*, 29(54), 15-20.

Freud, Sigmund. (1995). *Projeto de uma psicologia*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1895).

Freud, Sigmund. (2003). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 11, pp. 01-51. (Originalmente publicado em 1910).

Freud, Sigmund. (2008a). *Obsesiones y fobias: su mecanismo psíquico y su etiología* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 03, pp. 69-84. (Originalmente publicado em 1895).

Freud, Sigmund. (2008b). *Las neuropsicosis de defensa: ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 03, pp. 41-68. (Originalmente publicado em 1894).

Freud, Sigmund. (2008c). *La herencia y la etiología de las neurosis* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 03, pp. 139-156. (Originalmente publicado em 1896).

Freud, Sigmund. (2008d). *La etiología de la histeria* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 03, pp. 185-218. (Originalmente publicado em 1896).

Freud, Sigmund. (2010a). *A dinâmica da transferência*. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras. Volume 10, pp. 133-146. (Originalmente publicado em 1912).

Freud, Sigmund. (2010b). *Recordar, repetir, elaborar*. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras. Volume 10, pp. 193-209. (Originalmente publicado em 1914).

Freud, Sigmund. (2011a). *Histeria* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 01, pp. 41-65. (Originalmente publicado em 1888).

Freud, Sigmund. (2011b). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 01, pp. 191-210 (Originalmente publicado em 1893).

Freud, Sigmund. (2011c). *Reseña de August Forel, Der hypnotismus* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 01, pp. 95-110. (Originalmente publicado em 1889).

Freud, Sigmund. (2011d). *Hipnosis* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 01, pp. 133-146. (Originalmente publicado em 1891).

Freud, Sigmund. (2011e). *Autobiografia*. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras. Volume 16, pp. 75-167. (Originalmente publicado em 1925).

Freud, Sigmund. (2011f). Carta 69. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 01, pp. 301-302. (Originalmente publicado em 1950).

Freud, Sigmund. (2011g). *Informe sobre mis estúdios en París y Berlín* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 01, pp. 01-16. (Originalmente publicado em 1886).

Freud, Sigmund. (2011h). *“Psicanálise” e teoria geral da libido*. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras. Volume 15, pp. 273-308. (Originalmente publicado em 1923).

Freud, Sigmund. (2012a). *Estudios sobre la histeria* (2ªed.). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. Volume 02. (Originalmente publicado em 1895).

Freud, Sigmund. (2012b). *A interpretação dos sonhos*. Porto Alegre: L&PM. Volumes 01 e 02. (Originalmente publicado em 1900).

Freud, Sigmund. (2014). *Teoria geral das neuroses*. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras. Volume 13, pp. 324-613. (Originalmente publicado em 1917).

Garcia-Roza, Luiz Alfredo. (1994). Pesquisa de tipo teórico. *Psicanálise e Universidade* (1), 9-32.

Gay, Peter. (1989b). *Uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras. Volume 01. (Originalmente publicado em 1988).

Hermann, Fabio (1989). Interpretação: a invariância do método nas várias teorias e práticas clínicas. Em: Figueira, Sérvulo Augusto (org.). *Interpretação: sobre o método da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, pp. 13-34.

Jones, Ernest. (1989c). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1953).

Kupermann, Daniel (2008f). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Lanzoni, Maria da Penha Zabani. (2008e). Avanços na técnica psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, 41 (75), 135-145.

Laplanche & Pontalis. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. (Trad. de Pedro Tamen). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1967).

Masson, Jeffrey Moussaieff. (1984). *Atentado à verdade*. Rio de Janeiro: J. Olympio.

Masson, Jeffrey Moussaieff. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*. Rio de Janeiro: Imago.

Monzani, Luiz Roberto. (1989). A máquina de sonhar. Em: _____. *Freud: o movimento de um pensamento* (2ªed., pp. 57-141.). Campinas: Editora da UNICAMP.

Nogueira, Luiz Carlos. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15 (1/2), 83-106.

Roudinesco, Elisabeth; Plon, Michel. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1997).

Strachey, James. (1996a). Nota introdutória a Histeria. Em: Freud, Sigmund. Histeria. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago. Volume 01. (Originalmente publicado em 1888).

Strachey, James. (1996b). Nota introdutória a Estudos sobre a histeria. Em: Freud, Sigmund. Estudos sobre a histeria. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago. Volume 02. (Originalmente publicado em 1895).

Strachey, James. (1996c). Nota introdutória a Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. Em: Freud, Sigmund. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago. Volume 03. (Originalmente publicado em 1896).

Tavares, Leandro Anselmo Todesqui; Hashimoto, Francisco. (2013). A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (2), 166-178.

