



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ANGELO MÁRCIO VALLE DA COSTA

**UM PRIMEIRO PASSO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: ALGUMAS
CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DE ENSAIO FREUDIANO**

NITERÓI

2021

ANGELO MÁRCIO VALLE DA COSTA

**UM PRIMEIRO PASSO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: ALGUMAS
CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DE ENSAIO FREUDIANO**

Monografia apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade Federal
Fluminense, como requisito parcial para
obtenção de grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Ribeiro Costa

Co-orientadora: Profa. Dra. Flavia Lana Garcia de Oliveira

NITERÓI

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

ANGELO MÁRCIO VALLE DA COSTA

UM PRIMEIRO PASSO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DE ENSAIO FREUDIANO

Monografia apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Ribeiro Costa (Orientador) - UFF

Profa. Dra. Flavia Lana Garcia de Oliveira (Co-orientadora) - UFRJ

Prof. Dr. Valmir Cândido Sbrano - UFF

NITERÓI

2021

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

C837p Costa, Angelo Márcio Valle da
Um primeiro passo na clínica psicanalítica : algumas
considerações sobre o tratamento de ensaio freudiano / Angelo
Márcio Valle da Costa. - 2021.
69 f.

Orientador: Carlos Alberto Ribeiro Costa.
Coorientador: Flavia Lana Garcia de Oliveira.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação)-Universidade
Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, Niterói, 2021.

1. Tratamento de ensaio. 2. Sondagem diagnóstica. 3.
Clínica psicanalítica. 4. Entrevistas preliminares. 5.
Produção intelectual. I. Costa, Carlos Alberto Ribeiro,
orientador. II. Oliveira, Flavia Lana Garcia de,
coorientadora. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto
de Psicologia. IV. Título.

CDD - XXX

Dedico este trabalho às novas gerações da clínica psicanalítica.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, *Márcio Lima da Costa*, que investiu em mim com nada menos que o melhor.

À minha mãe, *Márcia Moreira Valle*, que me transmitiu seu desejo das formas que pôde.

Ao meu avô *Armando* e às minhas avós *Neide* e *Marilena*, que me ofereceram todo o cuidado.

À *Flávia Andréia Paes Leite* e aos meus irmãos, *Arthur Tytiro*, *Antanas Tytiro*, *Nicolas Leite* e *Mariana Flor*, que me fazem presença, independente da distância.

Essas são as estrelas que montam a constelação pela qual me guio.

Agradeço também aos meus generosos orientadores, *Carlos Costa* e *Flavia Lana*, que têm amparado e inspirado estes meus primeiros passos acadêmicos.

À *Taynara Assis Brito*, meu Sam particular, nessa jornada de pandemia que, tantas vezes, tem sido a própria trilha para Mordor.

Aos meus queridos e queridas dramatas do Secrets, *Geórgia*, *Raquel*, *Livisthon*, *Gabriel*, *Vivian* e *Marcos*, por todos os babados pelando.

Aos meus dedicados amigos e amigas de psicanálise, *Gabriel*, *Ariel*, *Beatriz* e *Stefane*.

Aos parceiros e parceiras de lágrimas e gargalhadas e sonhos: *Alexandre Oliveira*, *Ana Carla de Souza*, *Camilla Shaw*, *Felipe Guimarães*, *Fernando Rocha*, *Hugo Pacífico*, *Isadora Funari*, *Júlia Sardinha*, *Larissa Lima*, *Lucas Souza*, *Marcus Felipe dos Santos*, *Wallace Turques*, *Yan Fernandes* e *Yasmin Medeiros*. Sem essas parcerias, não daria.

Aos admiráveis amigos e amigas com quem muito pude trocar durante meu percurso na UFF, na Fractal: Revista de Psicologia, nas equipes de estágio em clínica no SPA, no Programa de Monitoria em Genética, na organização das Semanas Paralelas de Psicologia, nos projetos de extensão, nos grupos de estudos, nas iniciações científicas, nos congressos e nos projetos de pesquisa. Foi uma honra dividir essas experiências com companhias tão engajadas.

Aos meus analistas, *Rodrigo* e *Fabiana*, por me mostrarem *isso*, que *eu* não sabia ver.

Aos profissionais, estagiários e usuários do SPA da UFF/Niterói, com quem muito tenho aprendido.

Por fim, agradeço ao *Instituto de Psicologia da UFF, seus funcionários e professores*, por sustentarem com desejo a formação pública, gratuita e de excelência, mesmo em meio a tantas adversidades. Em especial, à professora *Paula Land*, coordenadora do curso, que tem honrado sua função com delicadeza, mesmo quando a aspereza desses tempos passou ao primeiro plano.

Wo Es war, soll Ich werden.

Freud

RESUMO

O propósito central desta monografia é apresentar uma cuidadosa abordagem das discussões em torno do início de um tratamento, a partir de uma revisão bibliográfica da teoria psicanalítica. Neste estudo, o tratamento de ensaio (*Probebehandlung*) freudiano é circunscrito por dois operadores conceituais fundamentais: a sondagem diagnóstica e a transferência. Deste modo, a pesquisa avança na proposta de considerações sobre o método analítico à luz do caso Dora, comentando a respeito dos manejos da resistência, do vínculo transferencial, da interpretação de formações inconscientes e da estrutura da neurose histérica. Conclui-se que propor as entrevistas iniciais como condição de continuidade para uma análise é teoricamente demonstrável e conceitualmente consistente. O tratamento de ensaio, rigorosamente alinhado à técnica analítica, é o primeiro passo clínico, sem o qual não é possível dar os seguintes.

Palavras-chave: tratamento de ensaio; sondagem diagnóstica; o caso Dora; clínica psicanalítica; entrevistas preliminares.

ABSTRACT

The central purpose of this final paper is to present a careful approach to the discussions regarding the very beginning of a psychotherapy process, from the psychoanalytic theory perspective. In this study, the Freudian concept of trial treatment (*Probebehandlung*) is delimited by two fundamental conceptual operators: diagnostic sounding and transference. Therefore, the research points to a few discussion topics regarding the analytical method, in light of the Dora's case, commenting on the handling of resistance, the transference bond, the interpretation of unconscious formations and the structure of hysterical neurosis. Hence, it comes to a conclusion that proposing the initial interviews as a condition of continuity for an analysis is theoretically demonstrable and conceptually consistent. The trial treatment, strictly aligned with the analytical technique, is the first clinical step, without which it is not possible to take the following steps.

Key-words: trial treatment; diagnostic sounding; Dora's case; psychoanalytic clinic; preliminary interviews.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1	14
1. SONDAGEM E DIAGNÓSTICO	14
1.1 Panorama histórico	14
1.2 Tratamento de ensaio	18
1.3 Sondagem diagnóstica	21
1.4 Diagnóstico diferencial entre neurose e psicose	26
CAPÍTULO 2	31
2. SONDAGEM E TRANSFERÊNCIA	31
2.1 A transferência no início do tratamento.....	31
2.2 Tratamento analítico: transferência e resistência.....	33
2.3 Transferência e retroação.....	38
2.4 Transferência e pulsão	43
CAPÍTULO 3	48
3. ESTUDO DE CASO: ANÁLISE DE UMA HISTERIA (O CASO DORA).....	48
3.1 Sondagem de uma histeria típica	50
3.2 O fenômeno da transferência no caso Dora.....	56
3.3 Algumas considerações sobre a estrutura da neurose histérica	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

INTRODUÇÃO

“Estudamos o sonho como introdução à teoria das neuroses, o que certamente foi mais correto do que fazer o inverso. Mas, assim como o sonho nos prepara para a compreensão das neuroses, uma correta apreciação dele, por outro lado, pode ser obtida apenas após o conhecimento dos fenômenos neuróticos.”

FREUD, 1916 – *Incertezas e críticas*

Uma experiência comparável a uma análise não existe desde o começo; uma análise tem que ser desenvolvida. Então, deve haver algo como um primeiro passo nesse desenvolvimento. Contrariando o senso comum, entre a abertura da porta de um consultório e o início de uma análise propriamente dita, há um território que exige um manejo cuidadoso, um delicado período que merece exploração atenta, para que seja possível entender se há ou não condições favoráveis para ir de um ponto a outro, de um início a uma análise de fato. Nesse sentido, algo sofisticado como o dispositivo clínico psicanalítico não é um processo espontâneo, dado por si mesmo, desde o começo, mas sim construído e, portanto, passível de formalização lógica – esse sendo o caminho a percorrer. É, então, que se abre a pergunta sobre a qual se orienta esse estudo: o que é um início de tratamento? O que faz o clínico quando recebe alguém que supostamente deseja se tratar? Uma interrogação que também não caiu de uma árvore...

Durante a graduação, ao longo dos primeiros semestres de estágio em uma abordagem clínica não psicanalítica, fui tomado por um incômodo crescente com uma prática que parecia carecer de método, apostando muito mais em certa intuição inventiva com ares poéticos e afã político. Isso até era bonito e bem sistematizado filosoficamente, mas não mudava o fato de que, seja no dispositivo clínico ou na tentativa de construção do caso em equipe, faltava uma bússola para além de um “devir” ou de intervenções baseadas no “que me veio”, não encontrava balizas para minha prática. A proximidade do início na atividade profissional amplificou essa angústia, que ecoava para mim na forma das célebres palavras de Canguilhem (1958) em “O que é a psicologia?": essa ciência pode ser uma mistura de *filosofia sem rigor, ética sem exigência e medicina sem controle*. Foi o adensamento dos estudos em psicanálise,

através das generosas e dedicadas aulas e grupos de estudos coordenados pela profa. Flavia Lana (PPGTP-UFRJ), que ressoou contornos para o mal-estar, nesse primeiro encontro com o que hoje posso elaborar como uma questão clínica muito pungente e pertinente: o que é um início de tratamento?

Com essa efervescência, em 2019 encontrei o X Simpósio do Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana (ISEPOL), onde acompanhei uma instigante fala da professora Tania Coelho dos Santos (UFRJ/EBP/AMP) sobre o rigor metodológico que caracteriza a psicanálise e sobre como as “entrevistas preliminares” eram a condição para estabelecer na clínica um plano de trabalho efetivo. Essas pontuações reverberaram em mim. Até tomarem a forma de uma iniciação científica, com a profa. Flavia, visando investigar a lógica da intervenção em psicanálise; o que, por sua vez, se desdobrou em uma virada decidida tanto para o estágio quanto para a pesquisa de orientação analítica, ambas práticas sob os profícuos cuidados do prof. Carlos Costa (UFF). Finalmente, a trajetória convergiu nesta oportunidade de rever mais frontalmente, na presente monografia, sob orientação adequada, a questão pulsante: como conceber o início de um tratamento clínico? Como dar esse primeiro passo? Se, por um lado, o amadurecimento que me foi conferido pelo percurso acadêmico já afastou as idealizações de que eu poderia responder a interrogação integralmente, por outro, também alimentou a chama viva de que mesmo o não-todo é muito produtor – e, por vezes, até interessante –, o que faz deste reencontro com a indagação um momento excitante, mesmo na dificuldade que impõe, ou justamente por causa dela. Um desafio que me parece a altura desse fechamento de ciclo.

Depois de alguns semestres de planejamentos, começos e recomeços, para começar a discutir esse começo, e reconhecendo que, em psicanálise, a aquisição do básico já é difícil, essa abordagem da questão-problema se dá por uma animada caminhada sem reservas às lições de Freud, em seus textos mais fundamentais. Diante do que a questão suscita, busco uma entrada consistente para essas humildes considerações no trabalho “O início do tratamento” (1913/2019), onde há uma transmissão das recomendações cruciais para a prática clínica. Nesse escrito, Freud nomeia esse momento específico, que antecede uma análise em vias de advir, como “tratamento de ensaio” (*Probebehandlung*), ou “ensaio preliminar”, a depender da tradução. Na literatura lacaniana, o que Freud define desse modo é encontrado pelo termo “entrevistas preliminares” (*Les entretiens préliminaires*). Uma mudança que não se deve à mera divergência entre tradutores e que, por si só, já rende mais interrogações, que não serão desdobradas na oportunidade desse estudo. Em minhas pesquisas bibliográficas em francês e português, até o momento, foi observado que a maior parte das publicações encontradas a

respeito discutem “entrevistas preliminares”, mas poucas retomam o termo original freudiano, “tratamento de ensaio”, que valorizo nesse trabalho.

Desse modo, esta monografia é dividida em três capítulos que, como um todo, objetivam alcançar freudianamente, em linhas gerais, o que visa um tratamento de ensaio, em termos do estabelecimento das condições mínimas para uma análise. A partir do texto central, anteriormente citado, busca-se dar ênfase aos dois elementos fundamentais destacados por Freud nesse escrito: a “sondagem diagnóstica” e a “transferência”. No primeiro capítulo, discute-se a sondagem diagnóstica, evidenciando a importância do trabalho com esse conceito como bússola metodológica ao longo dessas considerações, uma vez que se entenda que o tratamento de ensaio tem, sobretudo, a função de construir uma hipótese diagnóstica sobre a estrutura psíquica do paciente. Nesse ponto, faz-se necessário abordar a discussão psicopatológica visando delimitações a respeito do diagnóstico diferencial entre neuroses e psicoses, considerando o mecanismo do recalque (*Verdrängung*) como pilar conceitual. No segundo, a atenção se detém sobre o conceito de transferência, pensando qual é a posição do analista em função da dinâmica inconsciente no dispositivo e como as entrevistas iniciais atuam de modo a avaliar criteriosamente se o candidato à análise é capaz de colocar o clínico que o escuta em um lugar que possibilite o desdobramento em um processo analítico, isto é, se é capaz de incluir o analista em sua economia libidinal por meio do laço transferencial. Por fim, aproveitando a discussão conceitual proposta nos capítulos antecedentes, a terceira parte se propõe a ser um breve estudo do “caso Dora”, relatado no texto “Análise fragmentária de uma histeria”, de 1905, onde há oportunidade para comentar o tratamento de ensaio em ação e para se debruçar sobre a redação freudiana, examinando-a não como mero relato novelesco, mas sim como estrutura exemplar para a construção de um caso clínico, através do bom uso de uma técnica em que pesquisa e método de tratamento convergem indissociavelmente (FREUD, 1912b/2019).

Vê-se que, mesmo para um momento tão específico, demarcado por esse início de análise, há um grande leque de direções a explorar. É possível pensá-lo, em termos da estrutura do dispositivo clínico, para atendimentos em grupo, ou no âmbito da “clínica clássica”, do hospital geral, das instituições escolares e jurídicas. Há como elaborar as especificidades desse tratamento de ensaio em função dos tipos clínicos, como em casos de neurose obsessiva, neurose histérica e psicoses, ou ainda para os casos das neuroses contemporâneas. Em relação ao público em tratamento, é possível demarcar as recomendações para crianças, jovens, adultos... A reflexão sobre as principais variáveis em cena nos lances de abertura de uma análise, é claro, aumentaria muito seu alcance trazendo as considerações lacanianas a respeito

do tema, ou mesmo desdobrando a questão-problema em outras muito dignas, tais como “no que consiste o processo analítico?”, “o que uma análise visa?”, “o que é um percurso de análise e quais são as diferenças em relação a psicoterapia?”, “o que é o fim de uma análise?”, entre outras. Contudo, dados os limites presentes da pesquisa e do pesquisador, o recorte metodológico se detém modestamente sobre a indagação “do que se trata o início de uma análise?”. A expectativa otimista é de que, em trabalhos futuros, com outros operadores conceituais, seja possível abordar de modo mais consistente esse tema abrangente, que circunscreve os fundamentos da clínica psicanalítica. A esperança no trabalho presente é de que se possa, em alguma medida, sistematizar, nos termos freudianos, as condições que viabilizam o principal campo de trabalho para um analista em início de formação: o início de uma análise.

CAPÍTULO 1

1. SONDAGEM E DIAGNÓSTICO

“São necessários meses e até mesmo anos de trabalho árduo para mostrar que os sintomas de um caso de enfermidade neurótica possuem um sentido, servem a uma intenção e decorrem das vicissitudes da vida do enfermo.”

FREUD, 1916 – *Incertezas e críticas*

1.1 Panorama histórico

Uma entrada possível na obra freudiana se dá pela chave de leitura histórica, que combina os textos “Cinco lições de psicanálise” (1910a/2013) e “‘Psicanálise’ e ‘Teoria da Libido’” (1923/2020) (também conhecido como “Dois verbetes de enciclopédia”). Esse estudo conjugado, e amparado pelos “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895/2018), apresenta importantes registros de como o método psicanalítico evoluiu em seus conceitos e balizas éticas a partir do campo da experiência. Dessa forma, a possibilidade e necessidade de sustentar um tratamento por meios não definidos por sistemas teóricos a priori se faz presente desde o início – não por capricho ou arbítrio, mas sim por convocações do campo pela efetividade prática, material. Observa-se que *o fazer psicanalítico é uma dialética com o campo da experiência*, conforme se depreende da indicação freudiana em “As pulsões e seus destinos” (1915b/2017). O contexto pré-histórico da psicanálise se dá em um campo de experiência que se impunha através dos quadros clínicos de histeria, que desafiava a redução ao discurso médico, e que levava a interrogação, simultaneamente, do psíquico por fenômenos não conscientes e do papel da sexualidade. Freud se debruça sobre o enigma da histeria nesse campo a partir da grande influência de Breuer e de Charcot, utilizando a hipnose nos “tratamentos” de catarse e sugestão. Freud verifica que diante da inexistência da hipótese do inconsciente no meio médico – condição esta que o tornava incapaz de compreender a histeria para além de uma simulação, já

que sem fundamentos biológicos consistentes –, os histéricos ficavam privados da possibilidade de um atendimento que considerasse a singularidade de sua enfermidade (1910a/2020).

Motivado pela postura diferencial de Breuer no que se refere ao gosto pela escuta de pacientes e pelo fracasso do método mais convencional em sua época, o do procedimento hipnótico, Freud buscou formas alternativas de condução do tratamento da histeria, com abertura às convocações do campo. A expressão dessa ação se observa no registro do caso Anna O., publicado nos “Estudos” de 1893-1895: com uma convergência entre pesquisa científica e esforço terapêutico. É a partir do discurso da paciente, inclusive a respeito do tratamento, que sedimentam-se as apostas clínicas em jogo nessa abordagem de novo gênero. A paciente traz os termos “*talking cure*” (cura pela fala) para descrever os efeitos posteriores à “*chimney sweeping*” (limpeza de chaminé), como chama o processo de relatar suas fantasias. Incitada pela sugestão hipnótica, constatou-se que não só as perturbações psíquicas eram contornadas, mas também que os sintomas desapareciam após os relatos de recordações traumáticas. Por exemplo, nos “estados de ausência” (*absence*), em que um sujeito era capaz de atos dos quais, posteriormente, não se recordava com facilidade. O relato da situação de aparecimento desses sintomas pela primeira vez deveria ser acompanhado de manifestações afetivas reprimidas na época do evento (1910a/2020). O aprofundamento das pesquisas demonstrou que quase todos os sintomas remetiam à pista deixada por esse caso paradigmático:

Era realmente assim; quase todos os sintomas haviam se originado como resíduos — como precipitados, se quiserem — de vivências carregadas de afetos, que, por causa disso, depois denominamos “traumas psíquicos”, e sua peculiaridade se explicava pela relação com a cena traumática que os havia ocasionado. Eles eram, para usar um termo técnico, determinados pelas cenas das quais constituíam resíduos de lembranças, já não precisavam ser vistos como produtos arbitrários ou enigmáticos da neurose. Houve apenas uma divergência em relação à expectativa. Não era sempre uma só vivência que deixava o sintoma; em geral, eram numerosos traumas recorrentes, muitas vezes bastante semelhantes, que haviam concorrido para aquele efeito. Toda essa cadeia de lembranças patogênicas tinha então de ser reproduzida (FREUD, 1910/2020, p. 171-172).

Das duas técnicas terapêuticas que antecederam a psicanálise, pode-se dizer que a primeira modalidade de psicoterapia empreendida por Freud é a da hipnose e a da sugestão. Em um momento que demandava alternativas às práticas médicas mais convencionais, tais como eletroterapia e banhoterapia, que já não davam conta de fenômenos de ordem psíquica como a histeria, o propósito deste tratamento pretendia erradicar sintomas a despeito das causas, sem relação com as noções do inconsciente estabelecidas até então. Freud não se esquivava da valorização dos paradigmas epistemológicos modernos, próprios ao espírito de sua época – ele apostava que uma observação do funcionamento mental deveria se enquadrar nos moldes da

ciência natural, na tentativa de matematizar e equacionar as expressões psíquicas. Disso ele não recua, mesmo posteriormente, na proposta de sua metapsicologia, que visa superar o reducionismo psicológico do psiquismo à consciência, na medida em que propõe formalizações lógicas dos processos inconscientes, em que completa a descrição estrutural do aparelho psíquico em sua complexidade.

Do ponto de vista da psicanálise, o espírito científico representa o advento de um novo modo de pensar organizado por processos secundários que permitem a possibilidade de decifrar os fenômenos perceptíveis à luz de uma estrutura legível em termos de leis e princípios lógicos (OLIVEIRA et al., 2018, p. 144).

Em seu texto “Hipnose” (1891/1996), Freud assinala a importância de um tratamento atento às relações entre paciente e clínico, como na proposta de uma terceira figura presente nessa interação, que pudesse preservar alguma imparcialidade e “segurança metodológica”, ou ainda no mapeamento dos fatores influentes na sugestibilidade – como a pré-disposição do paciente, a tendência à repetição, as contingências-limite para a hipnose (em neurastênicos e “degenerados”), e a degeneração de um “estado simbólico”, distinto do “estado habitual de consciência”, em que seria possível fazer um manejo terapêutico das lembranças e sintomas. Apesar do meticuloso uso, de um reconhecimento de eficácia, e da intensa reflexão e racionalização desse método de hipnose e sugestão, Freud se percebe particularmente incapaz de seguir operando deste modo satisfatoriamente, e relativiza seu valor, passando a uma segunda técnica.

A *profundidade* de uma hipnose não está invariavelmente em proporção direta com seu sucesso. Podemos produzir as maiores modificações nas hipnoses mais leves e, ao contrário, podemos fracassar num caso que atinja o estado de sonambulismo. Quando o resultado desejado não é conseguido após algumas hipnoses, aparece uma outra dificuldade vinculada a esse método de tratamento. [...] no tratamento hipnótico tanto o médico como o paciente se cansam muito mais depressa, em consequência do contraste entre o matiz deliberadamente otimista das sugestões e a melancólica verdade dos efeitos (FREUD, 1891/1996, p. 153).

Com grande dignidade teórica, uma teoria sobre o funcionamento mental começa a ser exposta a partir da observação dos sintomas psicopatológicos. O método hipno-catártico aparece como efeito da incompatibilidade anteriormente apresentada e das perspectivas lançadas como resultado da associação entre Freud e Breuer. Na apresentação desse método, em estudos de 1893, aparecem marcas iniciais e centrais para a configuração de um inovador dispositivo de intervenção clínica com as seguintes balizas: a histeria é apresentada como uma neurose a ser investigada, não restrita, mas passível de aparição mesmo em pessoas “inteligentes” ou “saudáveis” em vigília; a preocupação com a causa dos sintomas torna-se o

vetor formador do tratamento; o manejo dos afetos “encapsulados” no recalque se dá pela ab-reação com seu “efeito catártico”; a fala do paciente é compreendida como possibilidade de acesso às memórias e às ressignificações destas, de modo a promover uma associação do que se apresenta fraturado – “Recordar sem afeto é quase sempre ineficaz [...]” (1893/2018, p. 23).

Freud demonstra o vínculo imanente entre afeto e lembrança, em termos da possibilidade de fratura entre ambos, bem como de associação e alteração. O silêncio em relação à tematização desse fenômeno é apontado como “mortificação”. A reação recalçada produz um quadro nocivo. A hipnose seria um dos caminhos de manejo dessa situação, bem como a fala. A nocividade em questão diz respeito ao potencial paralisante dos afetos. Freud sugere que os “estados anormais de consciência” seriam “estados hipnoides”, uma “segunda consciência”, que não poderia ser suprimida, mas com a qual se deveria procurar uma nova forma de integração na vida psíquica. A “consciência normal”, nessa ótica, está separada da “consciência hipnoide” e, sempre que a “personalidade estiver esgotada ou incapacitada”, a segunda obliteraria a primeira na expressão de um ataque histérico com efeitos psicossomáticos. O método se fundamenta no fato de que lembranças aparecem em ataques histéricos, ou que podem ser despertadas a partir destes. Sob hipnose, é possível manejar tais lembranças patogênicas por encaminhamentos menos nocivos ao sujeito. Pela fala, se pode descarregar afetos e rearticular associações. Essa correção associativa torna as lembranças não mais causadoras de ataques, conseqüentemente suprimindo os sintomas. “[...] O histérico sofre sobretudo de reminiscências” (1893/2018, p. 25). Nesse ponto da obra, a menção das diferenças entre psicose onírica e estados hipnoides, assim como a possibilidade de sugestão inconsciente são pistas interessantes do porvir no trabalho com a psicanálise propriamente. Tal diferença pode ser observada como uma embrionária correlação entre os aspectos estruturais de ambos os fenômenos. A técnica psicanalítica toma como fundamental o denominador comum entre manifestações oníricas e ações cotidianas obscurecidas em sua causalidade inconsciente. Desse modo, visando justamente elucidar a estrutura inconsciente que as fundamenta.

O que vai caracterizar uma experiência analítica para Freud está descrito em “Dois verbetes de enciclopédia”, quando se apresenta uma definição da psicanálise pelo tripé apoiado sobre três vértices indissociáveis: um saber, um método de investigação, e uma forma de tratamento (1923/2020). Esse breve preâmbulo visa não apenas à contextualização histórica dos fundamentos teóricos das considerações a seguir, mas, principalmente, demonstrar que Freud funda a teoria psicanalítica a partir do enigma que o tratamento das neuroses histéricas representa para os principais pesquisadores de sua época. Observa-se que, desde sua aurora, *a psicanálise se constitui com, e a partir de, um problema diagnóstico*: “o que causa o fenômeno

da histeria?”. Esse inovador método de pesquisa-tratamento é forjado como um saber que produz lógicas de intervenção a partir de sistematizações das interpelações empíricas, em constante reformulação e aprimoramento. Denota-se que *a pergunta de um clínico, por excelência, acerca do que explica uma determinada psicopatologia, é a respeito de sua etiologia.*

1.2 Tratamento de ensaio

Ao contrário do que veicula o senso comum, entre a abertura da porta de um consultório e o início de uma análise propriamente dita, há um território que merece exploração atenta, um período delicado, que exige um manejo cuidadoso, para que seja possível entender se há ou não condições favoráveis para ir de um ponto a outro. Não à toa, Freud deixa como legado um conjunto de seis *artigos sobre a técnica*. Estes foram produzidos pelo médico de Viena entre 1911 e 1915. Para os fins dessa pesquisa, a centralidade é do texto “O início do tratamento (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise I)”, publicado em 1913. De modo algum caberia que o trabalho sobre ele viesse desacompanhado dos outros, listados aqui em sequência: “O uso da interpretação de sonhos na psicanálise” (1911); “A dinâmica da transferência” (1912); “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise” (1912); “Recordar, repetir e elaborar (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise II)” (1914); e “Observações sobre o amor de transferência (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise III)” (1915 [1914]).

Nesse escopo, “O início do tratamento” (1913/2019) é o texto-chave usado para abrir o tema que toma as considerações expostas na presente monografia. É pela metáfora do jogo de xadrez que Freud dá início à transmissão do que está em cena no exercício da prática clínica. Neste jogo, o estudo teórico tem uma eficácia lacunar, tendo sua maior efetividade na sistematização de inícios e termos de partida, uma vez que o intervalo entre estes pontos é tão variado quanto imponderável. A metáfora dá a direção de como se pode ler as regras oferecidas à prática clínica, em termos de seus efeitos e limitações análogos. “Apenas o estudo diligente das partidas dos mestres pode preencher a lacuna na instrução” (1913/2019, p. 164). Não há condições de avançar na teoria e na prática da clínica sem que se saiba servir-se dessa transmissão intergeracional. Sobre as regras do jogo, Freud as designa como “recomendações”, valorizando a não mecanização da técnica diante da singularidade dos processos mentais, “sublinhando que, mesmo não as reivindicando em caráter obrigatório, não lhes escapa o valor de formalização de um procedimento razoavelmente eficaz para a condução do tratamento” (OLIVEIRA; COSTA, 2020, p. 2). Logo, entre dois pressupostos extremos possíveis, vale afirmar que a intenção aqui não é nem de tecer considerações sobre um manual

ou protocolo, nem de afirmar um campo sem balizas em que tudo é igualmente válido, no polo oposto. Entretanto, se trata de examinar nas referências canônicas os registros sobre as condições mínimas de possibilidade para a prática no dispositivo analítico, em seu ponto de partida.

Sobre a abordagem inicial de um caso, Freud indica que trata seu paciente como uma espécie de “candidato à análise”, quando em tal situação de recepção. “Me habituei, tratando-se de um doente que conheço pouco, a aceitá-lo de início provisoriamente” (FREUD, 1913/2019, p. 165). Esse momento inicial, de “aceitação provisória” do caso, esse primeiro tempo da investigação clínica, é denominado por ele como “tratamento de ensaio” (*Probebehandlung*), no qual o clínico tem a tarefa de bem executar uma “sondagem” para obter conhecimentos do caso, que fundamentem uma decisão sobre se há possibilidade de condução pelo método psicanalítico (OLIVEIRA; COSTA, 2020). Esse tempo inicial do tratamento, com período que pode durar desde dias até anos, é marcado pela atitude prudente de um “tratamento de ensaio”, ou “ensaio preliminar” (FREUD, 1913/2019, p. 165). Na discussão dos parâmetros que circunscrevem esse momento inicial de *triagem*, Freud esclarece que ele já é um começo de análise. Conforme comentado por Oliveira e Costa a respeito dessa análise incipiente, “ainda que seu desdobramento não se dê, aposta-se em repercussões de natureza analítica com notáveis efeitos terapêuticos. Esse ponto fica mais claro quando Freud, por outro lado, situa que o dispositivo instalado é o de realização de entrevistas” (OLIVEIRA; COSTA, 2020, p. 2). Na letra do autor, encontra-se a formulação distinta do caráter de entrevista que o princípio de análise enseja: “talvez se possa distingui-lo [o início do tratamento] por deixarmos o paciente falar, sobretudo, e lhe darmos apenas os esclarecimentos que forem indispensáveis à continuação de sua narrativa.” (1913/2019, p. 165). Portanto, é nessas “entrevistas” (1913/2019) que o clínico cuida de detalhes práticos, sem demora. Está em cena a *triagem* dos pacientes, de modo que estes devem ser comunicados, por exemplo, com relação ao tempo que uma análise exige, uma vez que os processos psíquicos profundos são regidos por uma “atemporalidade”.

Para dizê-lo de modo mais direto, a psicanálise requer longos períodos de tempo, semestres ou anos inteiros, mais longos do que espera o paciente. Por isso temos a obrigação de revelar esse fato ao doente, antes que ele se decida finalmente pelo tratamento. Considero mais digno, e também mais adequado, se já de antemão o prevenimos, sem pretender assustá-lo, acerca dos sacrifícios e das dificuldades da terapia analítica, privando-o assim de qualquer direito de afirmar depois que foi atraído para um tratamento cuja extensão e significado ele não conhecia. Quem se deixa intimidar por essas informações se revelaria depois inapto, sem dúvida (FREUD, 1913/2019, p. 173).

Nesse momento, os alicerces do tratamento entram em cena por meio de intervenções preliminares: pactuações sobre a periodicidade do tratamento em torno da

frequência semanal e da duração das sessões, combinados a respeito do custo financeiro de cada sessão, e também comunicações fundamentais ao processo de análise, mas, sobretudo, as perguntas possuem maior valor analítico para este ensaio, pois elas é que norteiam que sejam recolhidos os principais elementos estruturais que precisam ser examinados a fim de viabilizar uma análise. Freud adverte que o tratamento pode possuir um *vazamento*, “por onde escorre o melhor”. Por exemplo, há situações em que o paciente se habitua a conversar regularmente, com pessoas íntimas, sobre o conteúdo de sua análise em vias de advir. Desse modo, privando-se das tensões psíquicas que justamente precipitariam certos pensamentos sobreinvestidos na presença do analista. Esse comportamento deve ser interpretado como manifestação da resistência ao tratamento e deve ser desencorajado. A confidencialidade (sigilo) do conteúdo das sessões deve ser assegurada nos dois polos dessa relação. Não só para que o paciente tranquilize-se quanto à exposição inadvertida de sua intimidade, mas também para que o conteúdo a elaborar seja reservado ao local adequado. É na clínica que há possibilidade de trabalhar sobre esse material com eficácia (FREUD, 1913/2019).

Nesse ponto, a posição do analista é ativa e as interpretações já podem ser esboçadas, em trabalho supervisionado sobre os dados clínicos obtidos sob transferência. Do mesmo modo, são desenhadas as primeiras hipóteses clínicas e estratégias de investigação que visem extrair uma lógica do caso, em termos da estrutura subjetiva em jogo. As intervenções mais consolidadas e calculadas devem ser reservadas a um momento posterior – de análise já estabelecida. É o dedicado trabalho sobre os dois elementos fundamentais destacados por Freud na constituição do tratamento de ensaio, a “sondagem diagnóstica” e a “transferência”, que viabilizarão uma adequada decisão pelo prosseguimento, ou não, de uma análise para além de seu ensaio. Isto é, não se pode avançar uma análise sem uma hipótese diagnóstica muito bem fundamentada, nem sem uma transferência de trabalho manejável. A seguir, discute-se a sondagem diagnóstica, evidenciando a importância do trabalho com esse conceito, como bússola metodológica ao longo dessas considerações, uma vez que se entenda que o tratamento de ensaio tem, sobretudo, a função de construir uma hipótese diagnóstica sobre a estrutura psíquica do paciente. Desse modo, a má execução, dessa “boa precaução”, que é a sondagem diagnóstica, negligencia a importante recomendação de que não se deve tratar um psicótico como se fosse um neurótico. Nesse caso, não apenas impossibilitando o sucesso do método, mas também podendo produzir efeitos devastadores (FREUD, 1913/2019).

1.3 Sondagem diagnóstica

Nessa situação inicial de uma análise, que já está em andamento, é de primeira ordem a importância de levantar uma hipótese diagnóstica pautada na técnica psicanalítica, que se dá por interpretação retroativa do relato do sujeito (FREUD, 1914/2017). Nos casos de neurose, onde é possível aplicar o método, a análise opera ao modo de um “exercício arqueológico” de construção indireta, de restauração lacunar (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 181), entre dois tempos, onde se deduz uma relação estrutural através de uma inferência peculiar: que parte de um segundo tempo, posterior, para uma significação retroativa de um primeiro (COELHO DOS SANTOS, 2004). O analista examina o retorno do recalcado para desvelar o mecanismo do recalque em seus desdobramentos de conflitos subjetivos (FREUD, 1915a/2017). Estes frequentemente se revelam estruturados em torno do tempo infantil, dos desejos inconscientes e das satisfações sexuais recalçadas, como produções de uma realidade psíquica mais ou menos afastada de uma realidade objetiva consensual – sendo esse afastamento determinado pela intensidade da neurose. Aqui, discutir-se-á, em linhas gerais, o exame dos dados clínicos obtidos através da dimensão, do retorno do recalcado, relativa aos sintomas e à resistência ao tratamento – ficando uma outra dimensão das inferências a partir desse fenômeno de retorno do recalcado, relativa à transferência, reservada ao capítulo dois dessas considerações.

O recalque é o núcleo do mecanismo psíquico, e em ambas [as formas de psicose], o que foi recalque é uma experiência sexual na infância. [...] O retorno do recalque em imagens visuais aproxima-se mais da natureza da histeria do que do caráter da neurose obsessiva; a histeria, porém, tem por hábito repetir os símbolos mnêmicos sem alteração. [...] (FREUD, 1896/2006, p. 182).

Apesar das dificuldades impostas pela precariedade do material clínico incipiente, o analista não deve se abster de extrair uma lógica do caso, que sustente um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose – sem descartar a possibilidade de erro. Para que um tratamento se estruture, sobressai a importância de uma sondagem que vise as referências diagnósticas. Ou seja, não haverá uma análise para além do começo sem um trabalho prévio de construção de uma lógica sólida do caso – apesar de provisória (a confirmar ou não) –, que permita discernir e avaliar se é possível dar conta de uma demanda clínica (FREUD, 1913/2019). Portanto, a sondagem diagnóstica sublinha o caráter científico do fazer analítico, onde há uma convergência indissociável entre tratamento e método de pesquisa (FREUD, 1912b/2019). Justamente porque uma interpretação dos dados manifestos no dispositivo fundamenta-se sobre a técnica, sobre o aparato conceitual psicanalítico, e não na

sobrecodificação do senso comum. Reconhecer o valor científico já nessas primeiras intervenções e comunicações preliminares, com efeitos e acréscimos que essa direção de trabalho podem produzir, se bem amparadas pela técnica, é garantir a passagem do sintoma à causa de um quadro clínico, do conteúdo manifesto à estrutura latente de um funcionamento subjetivo (FREUD, 1900/2019).

Nesse sentido, o diagnóstico para Freud se dá pelo reconhecimento de uma estrutura subjetiva operante e produtora de uma realidade psíquica particular que, em muitos níveis, sobreescreve a realidade objetiva em uma apropriação muito singular, que cada sujeito faz, a partir de suas defesas psíquicas, de sua fantasia inconsciente: “Os sintomas são, portanto, ora representação de vivências ocorridas de fato, às quais cabe atribuir influência na fixação da libido, ora representação das fantasias do doente” (FREUD, 1917b/2019, p. 488). Esse reconhecimento diagnóstico não se dá externamente à própria estrutura, mas sim a partir da entrada nela que é proporcionada pelo enlace transferencial – o que será comentado à frente, no segundo capítulo dessa monografia. Na terceira parte de “Neuropsicoses de defesa” (1894/2006), Freud demonstra pela primeira vez em sua obra a centralidade do conceito de defesa, mecanismo psíquico que separa representações incompatíveis, frutos da experiência da realidade, de uma unidade organizada como um Eu (Ego), direcionando-as ao registro inconsciente. Eis o conflito psíquico que permeia tanto as neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva e fobias) quanto as neuroses narcísicas (psicoses – melancolia, hipocondria, paranoia, megalomania, etc) de modo constitutivo (FREUD, 1915c/2017). Tomando essas psiconeuroses como modelos clássicos de funcionamento do aparelho psíquico em seus processos elementares, a referência a elas pode se dar pelos termos “neuroses” e “psicoses”, respectivamente. Essa separação psíquica entre conteúdo recalcado inconsciente e organização consciente, ou entre conteúdo incompatível e estrutura egóica, funda uma divisão subjetiva que é, por um lado, condição de possibilidade para o desenvolvimento de uma instância como o Eu; e, por outro, a causação de nocivos quadros psicopatológicos, quando, em intensidade ruidosa, provoca o enfraquecimento e isolamento do Eu (FREUD, 1894/2006).

Ratificando a recomendação freudiana, na sondagem diagnóstica a maior preocupação é não tratar um psicótico como se fosse um neurótico, considerando que o método psicanalítico só será capaz de operar uma análise em quadros de neurose, de modo que à psicose se reserva uma abordagem alternativa, fora do divã. Assim sendo, é preciso que um analista saiba reconhecer o discurso neurótico ao longo do tratamento de ensaio, se valendo dos recursos técnicos necessários para ouvir o entrevistado, tendo uma noção do que se procura, do que se investiga, de quais questões propiciam um maior aparecimento de dados analisáveis, em função

da estrutura que os organiza em uma lógica subjetiva inconsciente. Como mencionado, a noção de defesa está presente tanto na estrutura neurótica quanto na psicótica, de modo que uma distinção central entre ambas se dá pelo modo como essa defesa funciona. O mecanismo do recalque (*Verdrängung*), como manifestação da defesa psíquica exclusiva das neuroses, é o pilar conceitual que possibilita diagnosticar o conflito subjetivo que orienta a dinâmica psíquica do sujeito, estando intimamente conectado aos mecanismos de formação dos sintomas.

[A defesa neurótica se constitui pelo] recalque de lembranças aflitivas, sendo seus sintomas formalmente determinados pelo conteúdo do que foi recalcado. [...] a histeria efetua o recalque pelo método da conversão em inervação somática, e neurose obsessiva, pelo método da substituição (ou seja, pelo deslocamento através de certas categorias de associações) (FREUD, 1896/2006, p. 174).

De que modo seria possível alcançar o conteúdo inconsciente do qual o sujeito se defende? Não só pela observação dos sintomas que denotam a natureza “falha” do mecanismo do recalque, mas também pela observação da resistência. Freud aponta que “deve haver pensamentos inconscientes e lembranças recalçadas que poderiam ser trazidos à consciência do mesmo modo que naquelas neuroses, superando-se uma certa resistência” (1896/2006, p. 176). Tem-se aqui o conceito de resistência, que pode-se entender como par ordenado do recalque. Algumas ponderações sobre a “Conferência introdutória XIX” (1917a/2019), intitulada como “Resistência e recalque”, podem ajudar a exprimir essa coordenação. Segundo essa lição freudiana, o analista deve conceber fenômeno da resistência como índice do recalque. A resistência por parte do Eu, de modo geral, se configura como efeito do recalque, do conteúdo inconsciente. Se a resistência pode prolongar o período de tratamento, isto indica que o sujeito pode fazer usos paradoxais do processo analítico, para que não se encaminhe enquanto o que se espera de uma análise, mas sim para que atenda suas exigências pulsionais. Ora, de fato o paciente pode querer demorar, perder tempo, dificultar o processo, mas o analista deve, então, atuar em contrapeso, agilizando o trabalho. Evidentemente, esse movimento não se trata de atropelar o tempo do sujeito, mas sim de apresentar um trabalho bem orientado, com construções de hipóteses condutoras do tratamento, calculadas, sem conivência com a resistência, mas transformando-a em força produtora, quase como em um movimento de judô – que tem por fundamento usar a força do oponente a seu favor. Isso implica uma relação com a clínica que movimenta o analista ao estudo, ao exercício de elaborar suposições sobre os fenômenos que um caso evoca.

Uma certa “cultura da escuta” pode acomodar o clínico numa posição de testemunha, de expectador, como se tivesse apenas o paciente que trabalhar. A proposta analítica não é a de prover recepcionistas qualificados (COELHO DOS SANTOS, 2018).

Portanto, o trabalho do clínico é pesado e ativo de saída, exigente de uma atenção flutuante necessariamente acompanhada de uma escuta atenta e bem sedimentada na técnica, capaz de elaborar alguns pontos-chave (FREUD, 1912b/2019). Se a psicanálise se debruça sobre o que está recalcado e o índice maior disso são os sintomas, resistências e inibições, o analista deve estar atento a quanto o sujeito pode ser resistente ao abordar certos conteúdos. Na medida em que tais lacunas provocadas pela resistência apareçam no discurso do entrevistado, estas devem ser interpeladas. É no exercício de responder a convocação ao preenchimento dessas lacunas que o sujeito dá sinais de sua estrutura inconsciente. É notável que a resistência oscile ao longo do tratamento, que se manifeste dependendo do que é abordado. Um tratamento que caminhe de forma muito pacífica, amorosa, solidária, solícita, periga se tornar um processo de mero acolhimento, de troca empática entre duas pessoas (FREUD, 1917a/2019a). No exercício da clínica, por vários motivos, não é comum que os analistas sejam compelidos a prestar contas de sua atividade, a tornar pública sua clínica, a fazer compartilhável seu trabalho. Isso não é motivo para afrouxar parâmetros. Pelo contrário, isso aumenta a tarefa ética em jogo, isso demanda vigor para encaminhamentos operantes – sem afobação, mas com uma estratégia de trabalho.

Uma análise em vias de advir conta com precariedades muito profundas, para além do conteúdo manifesto. Não se pode acreditar demais no desejo de se curar de um candidato à análise. De entrada, o sujeito não está realmente interessado em criar uma nova relação com seu sintoma. O sujeito não é, necessariamente, um aliado terapêutico (FREUD, 1917a/2019). Nesses termos, a técnica pressupõe que o meio de refração sobre o qual incide a resistência ao tratamento, índice do retorno do recalcado, é a *regra técnica fundamental* da psicanálise, a *associação livre*. Conforme as recomendações freudianas, ela deve ser comunicada *explicitamente* desde o início. Freud fornece uma descrição possível dessa enunciação:

Ainda uma coisa, antes de você começar. Há um ponto em que seu relato deve ser diferente de uma conversa normal. Enquanto geralmente se procura, com razão, manter um fio condutor naquilo que se expõe, excluindo as associações e pensamentos secundários que perturbam a exposição [...] você deve proceder de outro modo. Observará que durante o seu relato lhe ocorrerão pensamentos diversos, que você gostaria de rejeitar, devido a certas objeções críticas. Estar tentado a dizer a si mesmo que isso ou aquilo não vem ao caso, ou é totalmente irrelevante, ou é absurdo, e então não é preciso comunicá-lo. Não ceda jamais a essa crítica, e comunique-o apesar disso, ou melhor, precisamente por isso, porque você sente uma aversão àquilo. A razão dessa regra — a única que deve seguir, na verdade — você perceberá e compreenderá depois. Portanto, diga tudo o que lhe vier à mente. Comporte-se, por exemplo, como um viajante que está sentado à janela do trem e descreve para seu vizinho, alojado no interior, como se transforma a vista ante seus olhos. Enfim, não esqueça jamais que você prometeu sinceridade absoluta, e nunca passe por cima de algo porque por alguma razão lhe é desagradável comunicá-lo (FREUD, 1913/2019, p. 180-181).

Um adequado manejo da *associação livre*, para perscrutar o inconsciente, é sustentado em dois fatores. O primeiro exige mais consistência para o termo “regra”, é preciso considerar que, a partir dessa solicitação, não se deve esperar um relato sistemático, nem mesmo que ela não seja burlada quando possível. Pelo contrário, como mencionado, é contra a superfície de refração que essa *regra* representa, que pode-se observar as principais manifestações da resistência incidente. Eis a oportunidade para colher dados, para fazer inferências técnicas, a respeito do esquema libidinal que orienta o aparelho psíquico do sujeito. Em outras palavras, é escutando a *quebra dessa regra* que o clínico pode se servir do pilar fundamental da psicanálise, a teoria do recalque, como técnica de interpretação das causas dos sintomas (FREUD, 1913/2019).

O segundo fator concernente à *associação livre* requer atenção ao termo “livre”. Cada pedaço do relato será contado e recontado “livremente” pelo paciente. Ao clínico cabe estar atento às repetições que o relato apresenta. Elas evidenciam os pontos nodais do discurso, os laços relevantes que balizam as associações do paciente – na prática, “nada livres”. O sujeito ignora esses nexos causais, mas eles existem e produzem efeitos (FREUD, 1913/2019). Já no decorrer do começo do tratamento, de formas variadas, ao analista será solicitado que fale, que atenda a queixa apresentada pelo doente. Essa já é uma cena de manifestação das resistências à associação livre indicada pela *regra técnica fundamental*. Uma “intervenção-em-resposta”, que vise reorientar o paciente a tomar seus próprios pontos de partida para continuar falando, é recomendada por Freud no enunciado: “Antes que eu possa lhe dizer algo, preciso saber muito sobre você; por favor, me conte o que sabe de você” (FREUD, 1913/2019, p. 180).

Concluindo, uma sondagem diagnóstica eficiente, em termos de um exame atento do retorno do recalque, autorizado pela transferência, tanto nas manifestações sintomáticas quanto nas expressões da resistência à análise, conferem consistência ao tratamento de ensaio. Etapa por meio da qual será possível localizar os conflitos subjetivos apresentados. Situando-os em função dos marcadores simbólicos que orientam o paciente candidato à análise. Um trabalho exigente, tanto para o clínico quanto para o sujeito, capaz de despertar em ambos, no melhor dos cenários, uma genuína sede de saber, impulsionada pela hipótese do Inconsciente, pelo estranhamento curioso do que se mostra como dado de análise. Em termos do que esse sofisticado processo denota, a respeito do diagnóstico diferencial que supõe uma estrutura, se faz necessário tecer mais algumas considerações.

1.4 Diagnóstico diferencial entre neurose e psicose

O crucial trabalho “Introdução ao narcisismo”, produzido por Freud em 1914, abre alas para um conjunto de doze *ensaios de metapsicologia*, que teriam o status de síntese organizadora da teoria psicanalítica. Entretanto, apenas cinco foram publicados entre 1915 e 1917, quais sejam, em sequência: “Os instintos e seus destinos” (1915); “A repressão” (1915); “O Inconsciente” (1915); “Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos” (1917[1915]); e “Luto e melancolia” (1917[1915]). Por “*metapsicologia*”, observando a singular convergência entre clínica e pesquisa que a psicanálise propõe, podemos entender que se trata do campo que sustenta o argumento de que o Inconsciente é um sistema. Portanto, ele não é aleatório, obscuro, inefável, mas sim causal, necessário, explicável. Isso posiciona o Inconsciente como variável de primeira ordem, seja em uma investigação rigorosa dos processos subjetivos ou em uma prática clínica que vise intervenções eficazes, que passem do sintoma à estrutura.

O conjunto desses ensaios, e de outros textos freudianos com caráter *metapsicológico*, montam o corolário que permite “ir além” (“meta”) da psicologia, na direção das “profundezas”, na direção do campo inconsciente e, portanto, da psicanálise, superando o reducionismo psicológico do psiquismo à esfera do consciente. Dessa forma, o que garante a possibilidade de alcançar a estrutura lógica inconsciente de um fenômeno é o aporte técnico e teórico metapsicológico. Tal qual um químico não pode explicar as reações exotérmicas sem o aparelhamento teórico da termodinâmica, um psicanalista não chega à lógica inconsciente sem o ferramental psicanalítico, sendo incapaz de passar do conteúdo manifesto ao latente, ou seja, restringindo-se à superfície dos eventos. Em sentido prático, a *metapsicologia* se trata de formulações técnicas que encontram respaldo em três pontos de vista: *topológico* (tópico, descritivo, onde se faz uma organização lógica por sistemas/instâncias/regiões); *dinâmico* (qualitativo, condições de possibilidade e mecanismos); e *econômico* (quantitativo, critério para direção A ou B, exame da economia libidinal), conforme indica o próprio Freud em O Inconsciente (1915c/2017, parte IV).

Em “Introdução ao narcisismo” (1914/2017), Freud se interessa em colocar as parafrenias (psicoses, esquizofrenias, neuroses narcísicas) sob as lentes da psicanálise. Ao examinar casos de megalomania, hipocondria e melancolia, ele avança na procura por mais informações a respeito de alguns problemas clínicos e teóricos que vinham se apresentando: questões em torno do desenvolvimento da instância do Eu e de como explicar os quadros clínicos da psiquiatria – que apresentavam extrema dificuldade na relação intersubjetiva. Em linhas gerais, as três partes em que o texto se divide, compreendem uma proposta para o

desenvolvimento do Eu, a partir de uma expansão da teoria da libido, que observa o caráter narcísico dos registros que o aparelho psíquico faz dos encontros com a alteridade. Nesse movimento, Freud recobra outra expansão, a do conceito de sexualidade, detalhadamente demonstrada em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, trabalho visceral de 1905.

Mais detidamente, pode-se dizer que há uma preocupação em posicionar o *narcisismo* não como doença ou degenerescência, mas sim como formulação constitutiva do Eu, talvez de modo análogo, ou complementar, aos esforços empreendidos nos “Três ensaios” [1905] com a *perversão*. Até a altura destes ensaios metapsicológicos, Freud vinha apresentando um Eu mediador, um agente da censura ao que não pode aparecer diante dos costumes morais. As novidades colocadas por sua pesquisa reformulam essa noção, de modo que o Eu também passa a ser pensado como objeto, e inclusive vai rivalizar com os objetos “externos”, sendo, portanto, um dos alvos da libido. Na cena clínica, por exemplo, quando um paciente percebe que sua fala afetaria seu *amor-próprio*, então ele a recalca. Nessa perspectiva, o Eu passa ao status de objeto a ser poupado, a ser cuidado em função de uma imagem fantasística e prazerosa, demandante de polimento e reiteração frequentes.

[...] a conduta em que o indivíduo trata o próprio corpo como se este fosse o de um objeto sexual, isto é, olha-o, toca nele e o acaricia com prazer sexual, até atingir plena satisfação mediante esses atos. Desenvolvido a esse ponto, o narcisismo tem o significado de uma perversão que absorveu toda a vida sexual da pessoa, e está sujeito às mesmas expectativas com que abordamos o estudo das perversões em geral (FREUD, 1914/2017, p. 14).

O Eu, enquanto instância mental que apresenta mecanismos tão sofisticados, não pode ser naturalizado, dado por si mesmo. Eis o que Freud demonstra pela conceituação metapsicológica extraída de sua extensa prática clínica. E a peça-chave para a explicação da formação narcísica do Eu é justamente uma “nova ação psíquica”, uma *identificação primária* em que o sujeito atua, partindo do registro fragmentado do autoerotismo ao espaço subjetivo organizado pelo discurso do outro parental (COELHO DOS SANTOS, 2020). O motor desse processo, sem dúvidas, é o princípio do prazer, descarga pulsional e esquiva da angústia e da tensão causada pelo acúmulo de energia. É diante do desamparo fundamental, do desmame, da ausência de um outro, que um sujeito forja um Eu, incrustado dos traços do outro ausente. É nesse movimento que a satisfação das pulsões parciais cessa em função de uma coesão do circuito pulsional. É nessa dinâmica que as zonas erógenas encontram certo arranjo unificado em torno de convenções abstratas (FREUD, 1914/2017).

Vê-se que o argumento metapsicológico confere densidade e rigor à teoria e prática psicanalítica, e que é através dele que processos subjetivos como o desenvolvimento do Eu

poderão ser traduzidos. O que ele aponta, em se tratando desse processo, é que não se discute a formação dessa instância do aparelho mental como um fenômeno espontâneo ou indiferente às condições mínimas e necessárias, muito menos como evento casual e despropositado. Essa estruturação subjetiva é muito bem orientada por uma balança libidinal, por um cálculo energético de maior eficiência para a satisfação e sobrevivência do sujeito, sob a exigência de uma série de requisitos, entre os quais se destaca uma *nova ação psíquica*. Tal sistematização, longe de universalizar o sujeito, demonstra as condições para sua singularidade através da multiplicidade que denota. Portanto, cabe ao clínico, na promoção da sondagem diagnóstica direcionada a um diagnóstico diferencial preliminar entre neurose e psicose, visar sistematicamente os circuitos libidinais do sujeito que acompanha no dispositivo analítico. Essa visada toma forma em questões como: de que modo se dá a introversão da libido no paciente? Como é sua relação com o Eu enquanto objeto concorrente com os outros do “mundo externo”? Em que parâmetros a balança libidinal do sujeito se sustenta na flexibilidade entre retraimento e investimento de energia? (FREUD, 1914/2017).

Em termos gerais, no campo das neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva, fobias...), a balança libidinal é bastante flexível: observa-se retornos saudáveis da libido ao Eu, que permitem posterior religação com a realidade. Por exemplo, quando o sujeito termina seu luto por um objeto perdido ou quando se recupera de uma doença fisiológica, ele é capaz de recobrar seu pertencimento a um pacto coletivo para além de suas satisfações individuais, operando um deslocamento narcísico. Enquanto, na esfera das psicoses (megalomania, hipocondria, melancolia, paranoia...), o deslocamento libidinal tem uma dinâmica mais rígida, que poderia ser descrita por um “tudo ou nada”: ou o sujeito psicótico tem tudo do mundo, ou ele fabrica um mundo próprio sem compromisso com a realidade pactuada. Diante da experiência de frustração, ele “desiste”, em um retraimento da ordem de um desligamento libidinal muito drástico, que promove uma inacessibilidade narcísica estanque ao processo analítico. Em analogia aos exemplos anteriores, na psicose um luto ganha os contornos intermináveis da melancolia, e a doença física ganha timbres agudos de uma hipocondria devastadora (FREUD, 1914/2017).

Retornando o foco ao recalque, é possível entrelaçá-lo à teoria do narcisismo para o desenvolvimento do Eu. Pois é na medida em que o sujeito se afasta de algo que afirma o que é, e vice-versa. O recalque é a matriz do caráter conservativo do Eu, requisito para as ações reiterativas que a lógica narcísica opera. Não só a *identificação primária*, em um espelhamento, em uma aquisição, é promotora da constituição de um Eu, mas também a diferenciação imposta pelo recalque. Nas neuroses, um Eu é constituído a partir do recalque, entre o princípio do

prazer e o princípio da realidade (FREUD, 1915c/2017). Se o trabalho civilizatório é um árduo deslocamento narcísico em função de um ideal de convivência e produção cultural, do bem comum, o neurótico atende a essa exigência pelo estabelecimento do recalque – para a própria sustentabilidade de um mundo compartilhado, freando os excessos pulsionais individualistas (FREUD, 1914/2017). Na psicose, não se verifica o recalque enquanto modalidade de defesa, mas sim um retorno da libido para o Eu sem a experiência de perda elaborada, na forma da megalomania.

[No caso da radicalidade defensiva da psicose,] a representação irreconciliável com o eu é totalmente rejeitada, inclusive seu afeto, divergindo por isso do recalque da representação incompatível conquistado pela separação de seu afeto correspondente, tal como ocorre nas neuroses. O sujeito psicótico se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido, a expensas de seu total ou parcial desligamento da realidade (COELHO DOS SANTOS; OLIVEIRA, 2012, p. 74).

Frente às exigências do laço social, experimentadas como extremamente frustrantes pelo sujeito psicótico, este faz uma introversão defensiva que custa alto, que não se serve das coordenadas que a cultura oferece para fazer da perda, inerente ao abandono do narcisismo exacerbado, um motor para novos ganhos. O estabelecimento de um diagnóstico diferencial eficiente vai contar fundamentalmente, durante o período de sondagem, com o exame clínico dos esquemas libidinais que o sujeito revela através de sua posição discursiva. E também com a distinção da modalidade de defesa que se presentifica no aparelho psíquico desse paciente. Conforme descrito por Freud, a defesa psicótica é muito mais eficiente do que a neurótica, em termos de blindar o sujeito da experiência de frustração. Essa defesa especial intensifica a realidade psíquica do psicótico de modo tão radicalmente singular que o pacto coletivo torna-se bastante hostil para sua habitação.

[Nas neuroses] até aqui consideradas, a defesa contra a representação incompatível foi efetuada separando-a de seu afeto; a representação em si permaneceu na consciência, ainda que enfraquecida e isolada. Há, entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem sucedida. Nela, o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como “confusão alucinatória” (FREUD, 1894/2006, p. 64).

O fator determinante dos sintomas da paranoia, como exemplo de psicose, é a presença de representações inconscientes. Isso evidencia uma afinidade estrutural desse quadro com as demais psicose neuroses de defesa. Vê-se que sustentar um diagnóstico diferencial em termos da leitura teórica dos dados clínicos não é nada trivial. Ainda que se considere que a exclusividade dessa psicose se dê pela alucinação auditiva, na relação com esses pensamentos

inconscientes, ou ainda que se possa identificar que o retorno do recalçado se manifesta no sujeito por via de vozes que ele acredita escutar ou que atribui a outros (COELHO DOS SANTOS; OLIVEIRA, 2012), há uma impossibilidade de sustentar essa hipótese diagnóstica sem sua dimensão material. Isto é, um diagnóstico não é produto de uma teorização coerente feita sobre os livros, nem de um bom inventário clínico da sintomatologia do sujeito, ainda que esses sejam dois pontos importantíssimos a considerar. A hipótese diagnóstica visada pela sondagem deve observar, sobretudo, o enlace transferencial em que a estrutura subjetiva se apresenta, considerando o componente material do diagnóstico, o circuito pulsional atualizado no fenômeno clínico, na própria relação entre analista e paciente – o que é tema das considerações do capítulo seguinte, que visa dar mais solidez à discussão apresentada sobre a investigação diagnóstica atuada na sondagem, em termos de seus aspectos fundamentais.

CAPÍTULO 2

2. SONDAGEM E TRANSFERÊNCIA

“Em todos os outros tratamentos por sugestão, a transferência é cuidadosamente poupada, permanecendo intacta; no analítico, ela própria é objeto do tratamento e decomposta em cada uma de suas manifestações.”

FREUD, 1917 – *A terapia analítica*

2.1 A transferência no início do tratamento

O “primeiro objetivo” do tratamento é estabelecer uma “transferência produtiva” no candidato à análise, de modo a ligar o paciente à pessoa que o trata. Cabe ao analista colher evidências dessa transferência, que se manifesta como um sério interesse no tratamento, por parte do analisando. Uma atitude moralizadora, por parte do clínico, pode dificultar esse processo. Na letra do texto, nota-se que “o paciente estabelece uma tal ligação por si mesmo e associa o médico a uma das imagos daquelas pessoas de que estava acostumado a receber amor” (FREUD, 1913/2019, p. 187). As intervenções, com comunicações de interpretações que revelem significados ocultos dos pensamentos espontâneos, somente poderão ser introduzidas em um momento posterior ao estabelecimento de uma transferência. De modo que não se deve jogá-las ao rosto do paciente, como um triunfo, na “primeira entrevista” ou tão logo sejam intuídas (FREUD, 1913/2019). Em termos mais próximos da metapsicologia, é nítido que uma conduta clínica pedagógica, de aconselhamento, não pode facultar mudanças na estrutura inconsciente, na medida em que se restringe ao nível dos processos conscientes, isto é, secundários, em registro de palavra. Essa prática incorre em uma “psicanálise selvagem” que deve ser evitada de todo modo. Se esse fosse um modo eficiente, bastaria o acesso geral a livros e palestras sobre psicanálise, para que um tratamento se desse (FREUD, 1910b/2020). A comunicação de traduções dos sintomas tem sua função, mas deverá ser cuidadosamente planejada e reservada a um momento posterior ao início do tratamento, caso uma análise se

encaminhe além deste. Considerando a penetrância das intervenções, é esperado que estas estimulem as defesas inconscientes do paciente. Se precocemente presentes, as resistências podem inviabilizar o tratamento (FREUD, 1913/2019). Na interessante alusão de Freud ao Fausto, de Goethe, “invocar espíritos que não se pode controlar” sabota as possibilidades de encaminhar uma análise, conforme observamos nessas recomendações:

Via de regra a eficácia terapêutica [de uma intervenção precoce] será nenhuma, mas o desencorajamento diante da análise será definitivo. Mesmo em estágios posteriores do tratamento é necessário ter cautela, a fim de não comunicar uma solução de sintoma ou tradução de desejo antes que o paciente esteja bem próximo dela, de modo que baste um pequeno passo para ele mesmo se apoderar da solução. No passado, pude verificar frequentemente que a comunicação prematura de uma solução trazia um final prematuro ao tratamento, devido às resistências que eram subitamente despertadas, e também graças ao alívio que a solução proporcionava (FREUD, 1913/2019, p. 188).

Isso não significa que uma análise deva ser prolongada indefinidamente, ou que o analista seja negligente com o sofrimento causado pela ignorância do paciente. Justamente porque a psicanálise não toma a significação do saber em uma *perspectiva intelectualista*, conforme os primórdios da prática provaram ser ineficiente. O que está em jogo não é um “saber em si”, mas uma superação das resistências que fazem a manutenção desse “não saber” (FREUD, 1913/2019). Portanto, suportar junto com o doente esse sofrimento que acompanha sua ignorância é o que viabiliza uma possibilidade de cura, a qual jamais é alcançada por um franco (e ingênuo) discurso de conscientização. Não é com pedagogia que se alcança o conteúdo latente a partir do conteúdo manifesto. A interpretação, como intervenção no dispositivo, só é autorizada pela transferência. Mas, afinal, do que se trata esse fenômeno da transferência?

Destaca-se que o tema da transferência envolve a seguinte pergunta: *em que lugar o analista precisa estar para que suas intervenções tenham poder analítico?* O analista não pode ser exterior ao inconsciente do sujeito, à estruturação de sua neurose. Essa é a lógica em jogo. Então, considerando a transferência, quais aspectos do método clínico para o tratamento de ensaio ganham relevo? Se a lógica do caso necessariamente se apoia em uma hipótese diagnóstica, como visto, o aporte técnico sobre transferência, repetição, elaboração e dinâmica transferencial, é mais do que mero complemento, mas condição de possibilidade para o que Freud transmite em “O início do tratamento” (1913/2019). Fundamentalmente, o tratamento de ensaio busca alcançar um terreno mais seguro para que, tendo sido possível uma forte primeira hipótese sobre a estrutura psíquica e a lógica do sintoma, se comece a pensar na direção do tratamento para o sujeito neurótico. As “entrevistas preliminares” preparam a direção de um tratamento em vias de advir. Se a sondagem é a bússola metodológica para um início de análise,

verifica-se que uma hipótese diagnóstica só se sustenta para um clínico que souber ler, dentro do caso, sob transferência, as manifestações sintomáticas em termos de sua estrutura latente.

Todo iniciante na psicanálise provavelmente se assusta com as dificuldades que lhe aparecerão ao interpretar as associações do paciente e cuidar da reprodução do reprimido. Mas logo chega o momento de ele atribuir pouco valor a essas dificuldades, e convencer-se de que as únicas realmente sérias estão no uso da transferência (FREUD, 1915/2019, p. 211).

2.2 Tratamento analítico: transferência e resistência

Retomando o fio histórico, brevemente comentado no capítulo anterior, é possível situar o fenômeno da transferência no método psicanalítico em termos de sua relação com a resistência ao tratamento e os manejos que dela se pode fazer por parte do analista. Em um primeiro momento pré-psicanalítico das investigações sobre a histeria, Freud parte das influências de Charcot e Janet, verificando que pacientes, sob hipnose, poderiam ser sugestionados a comunicar eventos psíquicos sem registro consciente, ou mesmo a arrefecer manifestações sintomáticas. Esse tratamento não se mostrou suficiente, na medida em que os sintomas retornavam após algum tempo e também em que fornecia poucas informações a respeito de sua etiologia. Essa técnica paliativa foi substituída, com a influência de Breuer, pelo método catártico, em que era possível facultar uma expansão da consciência ao paciente, de modo a viabilizar o alcance da formação do sintoma (FREUD, 1904/2019).

Nesse segundo momento, precursor da psicanálise, a aposta na hipótese de Breuer apontava que os sintomas substituíam eventos psíquicos recalçados, que deveriam ser comunicados com intensas manifestações afetivas, resultando em uma catarse. Dessa maneira, a ab-reação do afeto estrangulado dissolveria o sintoma, desfazendo a necessidade da conversão histórica. As dificuldades a isso se davam por uma resistência do paciente em acessar as recordações traumáticas. Essa dificuldade foi parcialmente contornada com a técnica da hipnose. Na nota de rodapé 29, do caso Miss Lucy R., apresentado nos “Estudos sobre a histeria” (1983-1985/2018), Freud comenta sobre uma paciente de 38 anos. Esse comentário é interessante na medida em que mostra como, no tratamento desse caso de neurose de angústia (agorafobia, acessos de medo da morte, etc), foi mais clinicamente produtivo fazer uma investigação em vigília, e não no estado hipnoide. Esse registro pode ser considerado um marco de que já se estabelecia um afastamento inicial do método catártico, apontando possibilidades alternativas para superar as resistências ao tratamento. Logo Freud concluiu que o método hipnótico era muito restrito, em função da suscetibilidade ao tratamento por parte do paciente e das dificuldades de execução do procedimento hipnótico. O que essa prática foi

revelando é que não havia uma única impressão traumática que participava da gênese do sintoma, mas sim toda uma série delas. Além disso, essa comunicação no estado hipnótico parecia não provocar modificações na estrutura de formação dos sintomas, mas apenas em suas manifestações mais superficiais. A tentativa de traçar uma psicogênese linear para a histeria, tinha como consequência não a desejada supressão, mas sim um deslocamento sintomático. Partir de cada um dos sintomas, não desvendava a estrutura de sua formação, ainda deixava o tratamento na superfície. Então, Freud dá um passo seguinte, não mais esquivando-se das resistências, mas incluindo-as no tratamento (FREUD, 1904/2019).

Abandonando a hipnose em direção a uma técnica original – a psicanálise propriamente dita –, Freud convoca o paciente a associar livremente suas ideias. De modo que este revele as lacunas em seu discurso, pela fala. Freud demonstra que é possível chegar ao material recalado a partir dos pensamentos espontâneos, por uma interpretação metodológica que o torne acessível à consciência, mesmo sem hipnose, incrementando a aplicabilidade e a eficácia do tratamento (FREUD, 1904/2019).

[O método se trata de] estudar a superfície psíquica apresentada pelo analisando, utilizando a arte da interpretação essencialmente para reconhecer as resistências que nela surgem e torná-las conscientes para o doente. Verifica-se então uma nova espécie de divisão de trabalho: o médico descobre as resistências desconhecidas para o doente; sendo essas dominadas, com frequência o doente relata sem qualquer dificuldade as situações e os nexos esquecidos. O objetivo dessas técnicas permaneceu inalterado, sem dúvida. Em termos descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão (FREUD, 1914/2019, p. 195).

Se antes, a técnica consistia em um analista que tentava se posicionar além das resistências para chegar ao recalado, nesse momento, entende-se que é justamente o encontro com elas que produz evidências do conteúdo inconsciente. Através da associação livre, a regra técnica fundamental da psicanálise, o analista demarca um território propício para manifestação e observação metodológica da resistência. Essa assimilação da resistência no dispositivo não se trata apenas de sua admissão em termos da dificuldade no acesso ao conteúdo recalado inconsciente, mas, principalmente, da implicação do próprio analista em uma misteriosa conexão erótica, libidinal – a transferência. Se a marca característica da neurose histérica é que o paciente queira dar corpo às suas paixões, desconsiderando a realidade, então, a inclusão das resistências no tratamento só pode ter uma finalidade: abrir espaço aos impulsos afetivos no contexto do dispositivo analítico, buscando submetê-los a um conhecimento, a uma consideração consciente de seu valor psíquico. Isso não significa outra coisa além de dar asas à transferência – mas em um voo controlado. Em termos práticos, trata-se de um paciente que

procura a análise para se curar de sua neurose, mas que acaba por inserir “sem querer” o analista no meio de sua trama sintomática. Da parte consciente do sujeito, uma inserção despercebida. Para o analista, como esperado. Por quê? É um mistério. Para a enigmática natureza inconsciente desse encaixe transferencial, ambos, analista e analisando, progressivamente devem voltar suas atenções. Portanto, o analista não é exterior à neurose, à estrutura de formação do sintoma, e não deve deixar de se incluir nela (FREUD, 1912a/2019).

O que se verifica é que a própria relação entre analista e paciente atualiza situações anteriores que marcam a formação subjetiva do neurótico. Essa é uma repetição constitutiva e evolutivamente favorável. Conforme demonstrado por Freud, em sua metapsicologia, a sexualidade, como a fome, exige uma ação em resposta. Sua composição, na forma das pulsões sexuais, se apoia inicialmente nas funções vitais, nas pulsões de autoconservação, visando à satisfação. Esse movimento confere fonte orgânica, direção e objeto à libido sexual. De modo análogo, na dimensão macro do fenômeno, o investimento libidinal (amor) de uma criança é pautado em autoconservação: depois de experimentar cuidado, através do encontro com um Outro parental, ela se serve “por apoio” das marcas deixadas nessa relação. Assim o sujeito as usa para encontrar substitutos que reiterem, em alguma medida, a prazerosa série de encontros primordiais – que garantiram sua sobrevivência física e afetiva (FREUD, 1914/2017). O analista, se uma transferência acontece, é fantasisticamente colocado nessa série pelo sujeito, se tornando alvo das paixões do analisando. Isso não se dá pela beleza ou gentileza de um analista, mas sim pela força motriz retumbante do funcionamento neurótico, que compele o sujeito à repetição, com o que estiver à mão. Ao contrário do que antes se pensava, essa cena não é necessariamente uma impossibilidade ao tratamento, mas sim o que muito revela sobre como essa neurose estrutura suas paixões e quais são os movimentos da libido em jogo, desde que se possa interpretá-la adequadamente.

Freud não faz da transferência um recurso a partir de sábias reflexões a priori, enquanto fumava seu charuto, mas sim por observar, na prática, que um tratamento que a desconsidere, ou tente a ela se opor, será demolido pelas intensidades pulsionais que a alimenta, como se observa nos casos Anna O. e Dora – onde um inadequado manejo da transferência propiciou a indesejada interrupção do tratamento bruscamente. A transferência não se restringe ao dispositivo analítico, pelo contrário, ela é elemento-chave do funcionamento psíquico humano na trivialidade de suas relações (FREUD, 1912a/2019). Sua ocorrência circunscrita ao espaço da clínica, contudo, permite que ela seja observada minuciosamente, em seus padrões, por um analista que, na melhor das hipóteses, facilitará a percepção do próprio analisante sobre essa estrutura transferencial. Isto é, dando notícias da arquitetura libidinal inconsciente que esse

sujeito organizou para si. Dito de outro modo, em cima da repetição é que o analista deve intervir, promovendo uma reconfiguração de saber que faculte uma articulação dos circuitos pulsionais de outras formas – de preferência, menos angustiantes para o sujeito. Sendo assim, se a represa não funciona, resta canalizar esse rio caudaloso da libido através de um estratégico arranjo dos diques: a situação transferencial, justamente por ser incontornável, pode ser esperada e manejada através de orientações gerais, registradas como um saber-fazer da técnica. Freud descobre que pode conduzir uma neurose ordinária ao lugar artificial de uma tratável neurose de transferência, o que se evidencia como o próprio motor do processo analítico (FREUD, 1914/2019).

Em “Recordar, repetir e elaborar” (1914/2019), Freud expõe que, diante do necessário encontro com o inconsciente recalcado no dispositivo analítico, o neurótico não dispõe de grande capacidade de recordação, isto é, de colocar em palavras este conteúdo acessado. O que ele faz? Sem registro de palavra, ele recorre ao registro de coisa, ele atua esse conteúdo em repetições, em uma passagem ao ato. Esse fenômeno, de início, comparece na relação imediata com o analista, como se pode observar na inevitável quebra da regra técnica fundamental. Observando esse evento, é tarefa do analista, já no tratamento de ensaio, executar uma sondagem das possibilidades de reconciliação com o recalcado, por parte do paciente – é claro, incluindo uma boa dose de tolerância com a manifestação da neurose. É desse modo que se pode avaliar o potencial de elaboração da transferência que permitirá, ou não, a passagem da compulsão à repetição a uma recordação. Portanto, o fazer lembrar, antes operado através da hipnose, é precedido por um fazer repetir, no dispositivo, por meio de uma transferência observável. Haja vista que a condição neurótica não cessa com o início da análise, esta não é mero assunto histórico distanciado, devendo ser considerada um poder atual. Portanto, não se deve esperar algo diferente de que ela se atualize (FREUD, 1914/2019).

Então, seria precipitado supor que o material de análise é o passado, já que a psicanálise se detém justamente no arranjo singular de recursos presentes na construção dessas fantasias, por parte do sujeito. Tais recursos atuais se manifestam não só nas repetições da ação, mas também nas mirabolantes narrativas sobre um passado ficcionado, sobre chistes, sonhos e atos falhos. Todos esses fenômenos são reveladores, para quem puder lê-los. Eles trazem dados, fragmentados e distorcidos, sobre uma estrutura latente de sustentação do discurso manifesto do sujeito. A causalidade inconsciente é imperativa. Um sujeito jamais será mero joguete nas mãos do destino – justamente por isso é sujeito, não objeto. Nesse sentido, o exame analítico das resistências leva o doente a mudar sua atitude consciente em relação à doença, instigando-o a uma implicação que supere suas queixas sobre suas mazelas inexplicáveis, apelando ao

exercício da coragem de atenção aos fenômenos sintomáticos. Desse modo, o neurótico estabelece outra relação com sua neurose, não mais a menosprezando ou subestimando, mas rastreando-a enquanto digno adversário ou enigma que encerra algo valioso (FREUD, 1914/2019).

Quando o paciente se mostra solícito a ponto de respeitar as condições básicas do tratamento, conseguimos normalmente dar um novo significado de transferência a todos os sintomas da doença, substituindo sua neurose ordinária por uma neurose de transferência (FREUD, 1914/2019, p. 206).

Vê-se que o enigma da resistência é, em grande parte, explicado e contornado pela transferência, apesar e através da qual uma terapia deve ser levada, a despeito do politicamente correto ou de qualquer decreto moral sobre o manejo de uma situação tão marcada pela sexualidade. A transferência não deve ser evitada, é preciso jogar o jogo da neurose. Assim, alcançando sua estrutura através de uma honestidade radical, em que um desejo pelo trabalho sustenta a abstinência que mantém as demandas transferenciais sem as respostas imediatas que exige. Para um leigo, é claro, o amor transferencial deve ser consumado ou repudiado, mas “o caminho do psicanalista é um outro, para o qual não há modelos na vida real. É preciso cuidar para não nos afastarmos da transferência amorosa, não afugentá-la ou estragá-la para a paciente; e também abstermo-nos, de modo igualmente firme, de corresponder a ela” (FREUD, 1915/2019, p. 220). Evidentemente, seria tolice estimular o erotismo, pois uma intensificação da transferência direciona-a não para seus fins produtores, mas sim para seu aspecto de resistência. Se o erotismo é usado para resistir ao tratamento, não é possível decantar o precipitado de influências no qual o paciente posiciona o analista, fenômeno que se dá em função da constitutiva série de seus antepassados. Também não seria possível, desse modo, evidenciar as diretrizes de escolha de objeto por parte do sujeito. Ficam opacas suas fantasias sexuais, as características da sua paixão. Enfim, ficam obscurecidos os caminhos até os fundamentos infantis de seu amor (FREUD, 1912a/2019). O clínico terá a difícil tarefa de trabalhar com esse fenômeno dinâmico e paradoxal que é a transferência, a um só tempo assumindo função de obstáculo à experiência inconsciente e de força motriz da análise visada pelo tratamento:

“[O dispositivo analítico] fornece as magnitudes de afeto requeridas para a superação das resistências, por meio da mobilização das energias que se acham à disposição da transferência; mediante comunicações oportunas, mostra ao doente os caminhos por onde ele deve guiar essas energias” (FREUD, 1913/2019, p. 191-192).

O dispositivo analítico é especialmente propício ao fenômeno da transferência como resistência, pois a intensificação da neurose é diretamente proporcional à introversão da

libido. Tal contexto anima as fantasias inconscientes do sujeito, afastando-o da realidade, em direção aos derivados de sua atividade sexual infantil recalcada (FREUD, 1912a/2019). A posição abstinentes do analista é essencial para que ele não responda à transferência com sua *contratransferência*. No entanto, o analista jamais deve ser indiferente ao fenômeno (FREUD, 1915/2019). Seu dever é depurar de que lugar transferencial opera e que efeitos sua abstinência produz, haja vista que, ao deixar em aberto as demandas transferenciais, se intensifica a sintomatologia do quadro neurótico. Essa dinâmica promove uma regressão às condições infantis, estruturantes do aparelho psíquico, de um candidato ao tratamento. Esse processo necessariamente culmina nas esperadas dificuldades da análise, que cumprem seu papel de expor a lógica do caso, se corretamente manejadas e interpretadas (FREUD, 1915/2019). São as resistências que dão condições de observar os atuais e manifestos impulsos amorosos ocultos e “esquecidos”:

Quem teve a impressão correta de como o analisando é lançado para fora de suas reais relações com o médico assim que cai sob o domínio de uma formidável resistência de transferência, como ele então se permite a liberdade de ignorar a regra psicanalítica básica, a de que se deve informar de maneira acrítica tudo o que vier à mente, como esquece os propósitos com que iniciou o tratamento, e como nexos e conclusões lógicas que pouco antes lhe haviam feito enorme impressão se lhe tornam indiferentes – esse terá necessidade de explicar tal impressão a partir de outros fatores (FREUD, 1912a/2019, p. 145).

Portanto, no início do tratamento, deve-se verificar as condições de manejo da transferência que permitam aprofundamento das recordações para além das repetições. Se há condições de superar a atuação em direção à lembrança no registro da palavra, da implicação discursiva. É nessa dinâmica que o afloramento dos sintomas patológicos ganha valor de enunciado sobre um “passado” estruturante dos circuitos libidinais do sujeito (FREUD, 1914/2019).

2.3 Transferência e retroação

Se o clínico não está atento à transferência e à causa de sua emergência, ao ponto em que o sujeito se liga libidinalmente a figura do analista, ele está perdendo a oportunidade de avançar ainda mais no diagnóstico. A execução de uma sondagem eficiente precisa considerar que a transferência é não só um tipo de resistência, mas também uma formação inconsciente, que eclode no próprio dispositivo clínico, ao lado de sonhos, sintomas, chistes e atos falhos. Na “Conferência introdutória XXIII”, intitulada “Os caminhos da formação de sintomas” (1917b/2019), Freud faz uma aproximação entre sonhos e sintomas que talvez possa ser lida também em termos da transferência:

E lembremo-nos de que, na formação dos sintomas, colaboram os mesmos processos do inconsciente que atuam na formação dos sonhos: a condensação e o deslocamento. Como o sonho, o sintoma apresenta como realizada uma satisfação; trata-se de uma satisfação à maneira infantil, mas que, por intermédio de uma condensação extrema, pode ser comprimida em uma única sensação ou inervação e, pela via de um extremo deslocamento, pode se restringir a um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal. Não admira, pois, que muitas vezes tenhamos dificuldades em reconhecer no sintoma a satisfação libidinal conjecturada e sempre confirmada (p. 487).

Desse modo, há invariavelmente uma satisfação pulsional, inconsciente, em cena no tratamento, contornando de causalidades o vínculo libidinal da transferência entre um paciente e seu analista. Para que se sustente, é necessário que o tratamento paulatinamente se torne objeto da fantasia do paciente, assim como a figura do clínico. Afinal, a metapsicologia freudiana não respalda qualquer sustentação de uma análise pela vontade consciente do paciente, que se indis põe a abrir mão dos ganhos secundários de sua doença. É o vínculo transferencial, permeado pela neurose que nubla um conflito psíquico angustiante, que engaja um sujeito em sua análise (FREUD, 1913/2019). O enigma é como isso acontece, o que leva a ligação com um analista e não a outro. Por que a presença de certo analista tem um valor libidinal expressivo para o sujeito? O que essa relação específica atualiza? Quais são os traços, os elementos particulares, que viabilizam isso? Fato é que não vai ser qualquer analista que tem esse efeito para qualquer sujeito. A adesão ao tratamento é um fenômeno quase inacreditável, em certo sentido. Ou a transferência acontece ou não acontece, caso em que a análise não se sustenta. A mira parece ser investigar os aspectos pulsionais em jogo nesse tipo de laço. A transferência, em função de sua elaboração em análise, tem sua dinâmica conceitualmente circunscrita entre a atuação, da compulsão à repetição, e a recordação, da passagem do conteúdo inconsciente à verbalização consciente.

Nesse sentido, Freud propõe que o laço transferencial é positivo, quando alimentado por uma via erótica ou amistosa, e negativo, quando tem a hostilidade como alicerce. Em ambos os casos, a transferência pode ser operativa ou incapacitante para a análise, quando intensificada. A intensificação do laço necessariamente evoca o recalcado por sua dimensão de atuação, de repetição, que aflora os sintomas em tal magnitude que obscurece sua estrutura causal. Essa é a situação típica em um começo de análise. Nesse momento, tentar nomear para o paciente a resistência transferencial seria inútil, pois a clínica analítica não é uma técnica de convencimento ou conscientização externa, nem de aconselhamento. A estrutura inconsciente se mostrará opaca a todo analista apressado na interpretação da sintomatologia. É preciso ser paciente, dar espaço para que a transferência seja mesmo atuada, para que no seu clímax um trabalho comum com o sujeito possa alcançar os impulsos que a nutrem, nos moldes em que ela se apresenta. A elaboração da transferência, que dará proeminência à sua dimensão de

recordação, em detrimento da compulsão de repetir, é um delicado e exigente trabalho, realizado no tempo subjetivo de cada indivíduo, sem relação direta com marcações cronológicas. Esse movimento caracteriza o núcleo da técnica analítica, tanto em termos de efeito modificador de estrutura, quanto em termos da distinção de toda influência por sugestão (FREUD, 1914/2019).

Esse processo está intimamente conectado com a impossibilidade de acesso consciente à pulsão, do que só se tem notícias por seus derivados. O analisando é absolutamente incapaz de recordar o que foi esquecido e recalcado sobre a pré-história de sua constituição como um Eu. Ele ignora o estruturante conjunto de vivências da sua infância. Seu acesso a Isso só pode se dar por meio indireto, por repetições que ele não sabe que faz, das quais ele se desimplica, às quais ele atribui uma casualidade que sobrepõe o determinante fator causal de suas vivências – ou até admite causas racionais, mas sempre externas, que essencialmente o desimpliquem (FREUD, 1914/2019). Por exemplo:

O analisando não diz que se lembra de haver sido teimoso e rebelde ante a autoridade dos pais, mas se comporta de tal maneira diante do médico. Não se lembra de que sua investigação sexual infantil não o levou a nada, deixando-o perplexo e desamparado, mas apresenta uma quantidade de sonhos e pensamentos confusos, lamenta que nada dá certo para ele, e vê como seu o destino de jamais concluir um empreendimento. Não se lembra de ter se envergonhado bastante de certas atividades sexuais e ter sentido medo de que fossem descobertas, mas mostra vergonha do tratamento a que se submete agora e procura escondê-lo de todos, etc (FREUD, 1914/2019, p. 200).

É muito difícil recordar algo do infantil, despertar a lembrança inconsciente. No caso dessa atuação do “drama do incompetente” exemplificada, jamais se poderia esperar que o paciente considerasse tal sentimento, tal construção narrativa, como uma manifestação inconsciente ecoando sua frustração com a pesquisa sexual infantil, situação típica descrita por Freud detalhadamente no terceiro dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905. Apesar de difícil, é preciso entender que o registro inconsciente não se dá pelos parâmetros coerentes dos processos secundários, da vida civilizada e organizada em torno de uma realidade objetiva, sobre a qual se tem consenso. O sistema inconsciente se organiza de um modo que, aos olhos do senso comum, aparece como dissenso, como irracional. É notavelmente “estranho”, ou no mínimo inusitado, que um tratamento possa relacionar sintomas, saúde mental, severos casos de neurose, com fenômenos banais como piadas, lapsos e sonhos. Como isso se dá? Essa é uma pergunta muito razoável nesse ponto. Fato é que isso não se deve a mirabolantes especulações de gabinete, mas sim a intenso processamento empírico, de extenso material clínico obtido em campo prático:

Ao procurar reunir esse material normalmente negligenciado, Freud fez as observações que se tornaram decisivas para toda a sua concepção. Aparecem lacunas na recordação do paciente já enquanto ele relata sua história clínica: eventos reais são esquecidos, a ordem cronológica é alterada ou nexos causais são rompidos, com resultados incompreensíveis. Não existe caso clínico neurótico sem amnésia de alguma espécie (FREUD, 1904/2019, p. 325).

Por sua natureza inalcançável, só se obtém um acesso ao conteúdo inconsciente secundariamente, a posteriori. Não à toa, só se pode inferir seguramente sobre as fontes da pulsão a partir de suas metas (FREUD, 1915b/2017), e só se tem notícias do recalque primordial a partir do sintomático retorno do recalçado, que comunica sobre o pós-recalque (FREUD, 1915a/2017). Ou seja, a análise se dá sobre uma mensagem que chega ao sujeito de modo invertido, em um segundo momento que funda um primeiro – que, em termos práticos, inexistia antes do segundo. “[Temos um] procedimento que possibilita chegar ao material reprimido partindo dos pensamentos espontâneos, ao material deformado partindo das deformações, pode-se tornar acessível à consciência, mesmo sem hipnose, o que antes era inconsciente na vida psíquica” (FREUD, 1904/2019, p. 325). Um motivo externo para o funcionamento patológico sempre aparece primeiro, no tempo cronológico (no registro consciente). Ele já é índice do inconsciente, mas de modo que “só depois” a consciência é capaz de dar algum sentido retroativo. “Só depois” se alcança diretamente a motivação interna inconsciente – que na verdade é primeira, no tempo psíquico, visto que é a razão estrutural latente das manifestações externas, mais diretamente sensíveis. Por exemplo, um sujeito chega na clínica se queixando de repetidos fracassos profissionais – a elaboração clínica vai facultar que ele possa deslocar tal percepção sintomática dos eventos: do lugar de causa ao de consequência, do tempo segundo ao tempo primeiro, no sentido de uma apropriação de sua estrutura inconsciente. “Freud desenvolveu uma arte da interpretação que tem a tarefa de, por assim dizer, extrair do mineral bruto das ideias não intencionais o metal dos pensamentos reprimidos” (1904/2019, p. 325). É desse modo que a psicanálise valoriza o discurso sem sentido dos neuróticos, as extenuantes narrativas sobre suas picuinhas mais comezinhas, ou os sonhos mais estranhos. Porque não se trata de uma análise que se detém sobre as manifestações conscientes, como faz a psicologia, mas que direciona suas lentes para os índices do conteúdo recalçado, que invariavelmente transparecem no discurso manifesto dos sujeitos, viabilizando uma análise de sua estrutura inconsciente.

[A técnica é] uma série de regras, obtidas empiricamente, de como o material inconsciente pode ser construído a partir dos pensamentos espontâneos, instruções sobre como entender o fato de os pensamentos não ocorrerem, e observações sobre as resistências típicas mais importantes que se apresentam no curso de um tratamento desses. Um volumoso livro sobre a Interpretação dos sonhos, publicado por Freud em

1900, pode ser visto como precursor de tal introdução à técnica (FREUD, 1904/2019, p. 325).

Dessa forma, se deve pensar o recalque, ou sua expressão coordenada através da resistência, não apenas por sua dimensão negativa, de expulsão de conteúdos da consciência, mas também pela dimensão da “formação de compromisso” entre os sistemas consciente e inconsciente, que permite sua “falha” diante da pulsão que exige descarga, ainda que parcial, camuflada, ocultada, distorcida. Ou seja, o recalque também tem uma dimensão expressiva, que o torna interpretável, que modela enunciados inconscientes, traduzindo-os para a forma assimilável no nível de uma realidade compartilhada. Nesse sentido, processos oníricos, chistes, atos falhos e sintomas, não têm valor em si mesmos, mas oferecem grande interesse quando reposicionados à luz do que expressam. Eles carregam, de modo cifrado, invertido, algo da apropriação singular de um sujeito – que vai apontar necessária e indiretamente para sua estrutura, que é o que de fato interessa. Em outras palavras, é preciso mapear uma realidade psíquica particular de cada paciente, a fim de extrair as coordenadas simbólicas que orientam a forma como ele se constitui subjetivamente na relação com a alteridade, com o mundo. Isso é interpretar, em trabalho colaborativo com o neurótico: “nenhum outro caminho leva à meta desejada, de maneira que o caminho trabalhoso ainda é o mais curto. A objeção que fazemos à hipnose é que ela encobre a resistência e, desse modo, interdita ao médico a visão do jogo das forças psíquicas” (FREUD, 1904/2019, p. 327).

Tentar acompanhar o discurso neurótico na sua literalidade é se perder na via para o inconsciente, seja na temporalidade cronológica que se confunde, ou nos fatos que se contradizem, ou ainda nos traços que escamoteiam a estrutura, e também na lógica superficial de uma empatia acolhedora, incapaz de facultar mudanças estruturais ao sujeito ou apropriações subjetivas do que acontece em suas vivências. A estrutura inconsciente singular de um sujeito não pode ser alcançada por outra via de significação que não a do próprio sujeito, retroativa, que atribui valores, sentidos e registros aos acontecimentos, sempre em função dela. Isso a técnica da sugestão era incapaz de alcançar, bem como a supressão dos sintomas no estado hipnótico. Em ambos os casos, o sujeito, em sua relação transferencial, era colocado à parte do processo, indevidamente objetalizado, com o analista externo à sua estrutura. Por isso os sintomas retornavam incessantemente, nada na estrutura havia se modificado. Essa constatação é a prova de que há uma autonomia inalienável dos sujeitos na sua relação com seus sintomas, uma responsabilidade inescapável, que inclui na determinação inconsciente mesmo o acontecimento “sem querer”, ou o evento “por acidente”, ou a “inacreditável coincidência”.

2.4 Transferência e pulsão

Um tratamento de ensaio, nos termos aqui considerados, pode encontrar potencial elaborativo, através da sondagem que indiretamente examinará, por inferência retrospectiva, os fenômenos do recalque, tanto na hostilidade transferencial, quanto na transferência amigável e suave (FREUD, 1914/2019) – pois parte do pressuposto de que não é possível escolher o material de trabalho, nem de que se pode prever como se dá a refração da resistência, que incide sobre a superfície da associação livre (FREUD, 1913/2019). Isso abre margem para pensar duas dimensões do laço transferencial na tese freudiana de que, para que se interprete ou construa dentro do processo analítico, é preciso que o laço transferencial já esteja fortemente consolidado. A interpretação ou a construção representam a produção de um saber que não tem sustentação no tratamento de ensaio. Para que isso seja legitimado pelo sujeito, para que tenha efetivamente chance de tocar na dimensão pulsional, é preciso que o analista tenha essa credencial da transferência. De forma alguma isso se confirma nesse tempo preliminar. Justamente por isso, uma sondagem diagnóstica culmina em uma *hipótese* diagnóstica, a pesquisar no tratamento, e não em um diagnóstico definidor de sua direção.

Sobre as duas faces do processo transferencial, a primeira já foi anteriormente localizada nos comentários respaldados pelos artigos sobre a técnica, discutindo a dimensão em que, ao analista, se confere um lugar na série dos outros de um sujeito, um status de figura que atualiza os circuitos neuróticos. O sujeito vai repetir seus dilemas edípicos diante desse analista como referência libidinal, investindo os afetos que são originalmente direcionados para suas referências primordiais, como seus genitores, conforme o exemplo típico nessa discussão. Nesse ponto, se faz preciso diagnosticar o comparecimento da fantasia inconsciente atuada no dispositivo clínico. Não tem sondagem diagnóstica possível de outro modo. Em “Recordar, repetir e elaborar” (1914/2019) encontra-se uma aula sobre isso, sobre como a fantasia se atualiza sob a forma de um “*acting out*”, de uma atuação no setting analítico, que visa recobrar uma sensação de prazer perdida. Isso está muito bem estruturado na obra freudiana. Por outro lado, a segunda face desse processo diz respeito a uma parceria libidinal que se estruture a partir de um ponto muito mais pulsional e primitivo, que é atual, no laço presente com um analista, mas que também permite uma parceria de trabalho. Em “Além do princípio do prazer” (1920/2016), na altura de sua segunda tópica sobre o aparelho psíquico e de seu terceiro movimento sobre a teoria pulsional¹, Freud mostra que inclusive a transferência negativa, nas

¹ Embora seja a proposta de um segundo dualismo.

suas apresentações mais intensas, indica um vínculo pulsional. Mesmo a irrupção aguda da pulsão de morte inclui/investe de significados a figura do analista, ainda que como um elemento a ser eliminado, desagregado, destituído.

Como comentado, a transferência é um fator importantíssimo da resistência ao tratamento, sendo, ao mesmo tempo, sua força-motriz. Considerando, portanto, que a resistência é manifestação do recalque, seria lícito supor que somente isso a fundamenta enquanto fenômeno? Freud expõe, em acréscimo à teoria clínica e com muita clareza, que as resistências jamais poderiam *vir do* inconsciente, embora elas *sejam* inconscientes. Logo, o inconsciente, a organização pulsional recalçada, não é inteiramente responsável pelas resistências ao tratamento. Na contramão dessa responsabilidade, pode-se até observar que o conteúdo recalçado, orientado pelo princípio do prazer, insiste na descarga por meio de formações de compromisso – ele é solidário à exigência inconsciente por manifestação. Conclui-se que, a partir da segunda tópica, o inconsciente não mais coincide integralmente com o recalçado, pois abarca as pulsões do Id. Sobre o fenômeno transferencial, evidencia-se assim que há um componente pulsional que não se reduz ao recalque, que insiste por outros caminhos, para além do princípio do prazer que afirma o recalque enquanto destino pulsional (FREUD, 1920/2016).

Nessa disposição, a pesquisa psicanalítica decanta a seguinte sistematização sobre a instância egóica: há uma pequena porção do Ego, o *Eu coerente*, recoberto pelo “pré-consciente” e subordinado ao princípio do prazer; enquanto muito do Ego, seu *âmag*, seria *recalçado*, um *Eu inconsciente*, a serviço da compulsão à repetição. A resistência, em sua dimensão mais largamente comentada até aqui, é a do *Eu coerente*, que também implica em uma repetição, só que orientada pela evitação do desprazer, ainda que esse processo se manifeste como prazer em um sistema e desprazer em outro. Contudo, nessa outra dimensão que parte do *Eu recalçado*, a compulsão à repetição, a resistência, não se vincula a qualquer tipo de satisfação (FREUD, 1920/2016). Isso ocorre porque, apesar de sua reverberação distorcida, a vida sexual infantil, processada por um débil Eu em desenvolvimento, deixa marcas, sulcos pulsionais profundos, que circunscrevem um circuito libidinal específico para cada sujeito neurótico. Sob as lentes analíticas, a infância termina em circunstâncias muito penosas e doloridas, como o fracasso da pesquisa sexual infantil, a desilusão edípica em termos de uma recusa amorosa (o que explica o típico “sentimento de inferioridade” da neurose, como aponta Freud), o incompetente tratamento dado aos ciúmes fraternos... A repetição desse mal-estar primordial, reiterativo da pré-história recalçada do sujeito, é alinhada ao caráter conservativo da pulsão de morte e à conseqüente ação regredida da atuação de uma lembrança

não elaborada. Isso ganha expressão na vida cotidiana, na sensação persecutória de um destino maldito, ou na vivência em série de situações agudamente dolorosas, ou ainda na satisfação à risca de profecias autorrealizáveis, por vezes com traços demoníacos (FREUD, 1920/2016). Outro campo de expressão para a satisfação dessa pulsão mais arcaica, dessa resistência calcada na compulsão à repetição, sem qualquer vestígio de prazer ou de autoconservação, é justamente a clínica em termos do fenômeno transferencial, conforme definido por Freud:

Todas essas situações não desejadas e emoções dolorosas são repetidas pelo neurótico na transferência e revividas com grande habilidade. Eles procuram interromper o tratamento incompleto, sabem criar de novo a impressão de desdém, forçar o médico a dizer-lhes palavras duras e conduzir-se friamente com eles, encontram objetos adequados para o seu ciúme, substituem o filho ardentemente desejado dos primeiros tempos pela intenção ou a promessa de um enorme presente, que geralmente é tão pouco real como aquele (FREUD 1920/2016, p. 180-181).

Isso mostra como é delicada a posição do analista que, diante da dimensão pulsional da transferência, torna-se objeto da pulsão – invariavelmente, em maior ou menor grau, seja de pulsão de morte ou de vida, sexual. Desse modo, em ambos os casos, o analista não ocupa um lugar qualquer. Em, “O início do tratamento” (1913/2019), quando Freud fala da comunicação do analista, que é preciso saber “quando comunicar”, ele está apontando para a profunda diferença entre ouvir e experimentar. Não basta um analista explicando uma doutrina sobre o que faz o paciente sofrer, ingenuamente conscientizando-o sobre as resistências. É preciso que uma parceria libidinal, fundamentada em uma conexão pulsional, tenha se estabelecido, permitindo que o paciente possa efetivamente *experimentar* a análise, fazendo a *experiência do inconsciente*: “Uma reflexão posterior mostra que é apenas aparente a identidade entre a comunicação e a lembrança reprimida [recalcada] do paciente. Ter ouvido e ter vivido são coisas bem diversas em sua natureza psicológica, mesmo quando têm o mesmo conteúdo” (FREUD, 1915c/2017, p. 114).

Em vista de todas as dificuldades e desafios apontados, não se pode deixar de comentar que a técnica analítica requer o amparo da supervisão clínica, através de uma eficiente construção e redação do caso, bem como da imprescindível análise pessoal. Sem esse ferramental, não é possível que um sujeito sustente a difícilíssima posição de analista. Tomadas as devidas proporções em relação à uma análise propriamente, o tratamento de ensaio pode ser observado de perspectiva similar, de modo a obter dessas ferramentas não só acréscimos, mas sua própria sustentação. Retomando a pergunta-tema dessa monografia: o que faz um analista diante de um candidato à análise? Diante do exposto, é razoável concluir, na perspectiva freudiana, que a caixa de ferramentas de um analista, operando um tratamento de ensaio,

essencialmente contém duas ferramentas conceituais que ganham movimento em função de duas perguntas – sem as quais não se avança na direção de estabelecer as condições mínimas para viabilizar uma análise. Esses conceitos são a sondagem diagnóstica e a transferência. O primeiro, de natureza objetiva, redundando em uma investigação meticulosa do segundo, o fenômeno da transferência. Isso implica em uma exigente e sofisticada prática que os entrelace, o que somente a experiência concede fazer com eficácia e agilidade. As perguntas que orientam tal atitude analítica são, como se tentou demonstrar, (1) “*o que explica uma determinada psicopatologia, a respeito de sua etiologia?*” e (2) “*em que lugar o analista precisa estar para que suas intervenções tenham poder analítico?*”. Dessa forma, seguramente será possível satisfazer os aspectos fundamentais das recomendações técnicas para um início de tratamento em vias de advir.

Como exposto, Freud abre o importante artigo “O início do tratamento” (1913/2019), texto central para essas considerações, com a metáfora do jogo de xadrez, representando uma situação em que o estudo teórico teria uma eficácia lacunar, encontrando efetividade somente na sistematização de inícios e términos de partida, uma vez que o intervalo entre estes pontos é tão diverso quanto imprevisível. Desse modo, Freud transmite que as lacunas da instrução só encontram contorno na observação diligente das partidas dos mestres. Aqui, se destaca uma importante articulação prática, isto é, uma discussão sobre o registro, o tratamento de dados colhidos na clínica, e a comunicação das interpretações e traduções que um analista tem a tarefa de conduzir em supervisão, já que este deve ocupar um lugar de pesquisador passível de comunicar a seus pares os resultados de um trabalho metodológico. A recomendação freudiana é muito clara, de que a comunicação *ao paciente* de traduções dos sintomas deverá ser cuidadosamente planejada e reservada a um momento posterior ao início do tratamento, caso uma análise se encaminhe além deste (FREUD, 1913/2019). Contudo, ainda assim, devem ser anotadas e registradas como hipóteses clínicas submetidas à investigação supervisionada. Do mesmo modo com que as leituras extensamente detalhadas de Freud e de outros grandes mestres da psicanálise precisam ser buscadas para fins de aprendizagem e transmissão.

Retomando a metáfora do xadrez introduzida em “O início do tratamento” (FREUD, 1913/2019), e emprestando conseqüências a ela, a forma como se observa as partidas de grandes mestres enxadristas é justamente pela notação algébrica dos movimentos de cada peça em cada partida, a partir de uma redação técnica diligente. Isso deixa uma importante tarefa ao analista, mesmo em início de formação, já desde o momento inicial de uma análise, que se apresenta pela questão: como construir um caso clínico? Em outras palavras, como

traduzir os dados obtidos, em aparente estado caótico, de acordo com a pesquisa teórica? Se Freud define a psicanálise em termos de três vértices indissociáveis: um saber, um método de investigação, e uma forma de tratamento (FREUD, 1923/2020), então tornar-se um analista não pode divergir de fazer jus a essa definição, para o que é preciso constituir-se como um clínico-pesquisador. Embora a sistematização conceitual no presente trabalho não tenha condições de se ocupar diretamente dessa questão, busca dar alguns contornos a ela na observação da redação exemplar de um exímio jogador em uma de suas partidas paradigmáticas: a seguir, pretende-se examinar brevemente o texto de Freud sobre o caso Dora, em sua condição de tratamento de ensaio, reverberando em termos mais práticos a discussão conceitual aqui apresentada.

CAPÍTULO 3

3. ESTUDO DE CASO: ANÁLISE DE UMA “PEQUENA” HISTERIA (O CASO DORA)

“Se consideramos a radical analogia entre a construção do sonho e a do sintoma neurótico e, ao mesmo tempo, a rapidez da transformação que faz do sonhador uma pessoa desperta e sensata, adquirimos a certeza de que também a neurose repousa apenas na alteração do jogo de forças entre os poderes da vida psíquica.”

FREUD, 1916 – *Incertezas e críticas*

A obra freudiana possui uma específica sequência de textos que apresenta as estruturas clínicas das psicoses e das neuroses. Esta é comumente chamada de “cinco psicanálises”, ou “cinco grandes clínicas”, onde se encontram os registros dos cinco casos paradigmáticos de sua obra. Em ordem cronológica: a “Análise fragmentária de uma histeria (o caso Dora)” (1905[1901]), onde Freud demonstra a operação de uma análise da histeria a partir da interpretação dos sonhos e também a importância do manejo da transferência como condição indispensável ao tratamento; em “Análise da fobia de um garoto de cinco anos (o pequeno Hans)” (1909), encontram-se os primeiros registros da atividade de supervisão, uma vez que Freud atende uma criança fóbica, principalmente, por intermédio de seu pai; em “Observações sobre um caso de neurose obsessiva (o homem dos ratos)” (1909), é possível examinar o tratamento analítico de uma neurose obsessiva; em “Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (o caso Schreber)” (1911), Freud faz uma leitura psicanalítica de um caso de psicose a partir de um relato autobiográfico; e, por fim, em “História de uma neurose infantil (o homem dos lobos)” (1918[1914]), encontra-se uma extensa redação técnica do tratamento de uma neurose obsessiva a partir de sonhos traumáticos.

É certo que cada um desses casos tem particular relevância para apropriação do método psicanalítico, tanto em termos teóricos quanto práticos, e que apontam com clareza as evoluções da técnica em seus impasses, acréscimos e horizontes. Para os fins da revisão bibliográfica a que essa monografia se propõe, toma-se o caso Dora como objeto de estudo por duas razões: sendo o primeiro dos casos paradigmáticos, ele conta com discussões referentes a

desenvolvimentos conceituais posteriores e, além disso, se configura como uma análise que não pôde se encaminhar propriamente, isto é, trata-se de um caso que se restringe ao momento do tratamento de ensaio, ao início de uma análise. O caso é famoso, principalmente, pelo que oferece à prática clínica, em termos das considerações de Freud a respeito do manejo da transferência e da interpretação de sonhos. Ele é composto por um relato dividido em três partes que situam-se entre prefácio e posfácio, sendo estas partes as seguintes: uma descrição do “quadro clínico”; uma descrição seguida de uma análise de um “primeiro sonho” importante para o tratamento; e, na sequência, o relato comentado de um “segundo sonho”. O estudo aqui proposto pretende examinar esse caso, mas não de forma exegética, e sim em linhas gerais, destacando seus principais elementos enquanto processo de tratamento de ensaio, tanto em termos da execução de uma sondagem diagnóstica quanto do manejo da transferência, dois operadores que precisam estar coordenados no rastreamento clínico inicial da estrutura inconsciente subjacente.

Freud declara dois objetivos muito precisos com a publicação desse caso: o primeiro é demonstrar a aplicabilidade da interpretação dos sonhos enquanto manejo clínico de formações inconscientes; já o segundo, é justamente compartilhar seus achados científicos com os pares de profissão, evidenciando os acréscimos de compreensão dos processos psíquicos através da especificidade do método: “despertar o interesse para uma série de coisas que ainda são inteiramente desconhecidas para a ciência de hoje, porque podem ser descobertas somente com a aplicação desse método específico” (1905[1901]/2019, p. 310). Na altura desse caso, os principais norteadores teóricos podem ser identificados pelas seguintes constatações: os sintomas histéricos são expressões de desejos recalcados ocultos; tudo o que se relaciona com a solução dos sintomas emerge em fragmentos; o processo analítico se dá como um trabalho arqueológico de restauração, de um primeiro momento a partir de um segundo; as deficiências, ou lacunas, de um relato são invariavelmente causadas por uma insinceridade, ou ignorância, inconsciente; a técnica que se debruça sobre os processos psíquicos deve considerar os fundamentos orgânicos das patologias, sem lhes conferir protagonismo; a sexualidade não é uma variável negligenciável, mas sim de primeira ordem, considerada por Freud a força-motriz na expressão de cada um dos sintomas: “a sexualidade é a chave para o problema das psiconeuroses - e das neuroses em geral” (1905[1901]/2019, p. 310).

3.1 Sondagem de uma histeria típica

O quadro clínico expõe detalhes de um tratamento analítico que mal chegou a três meses, em decorrência de uma interrupção precoce por solicitação da paciente. Trata-se da situação de uma moça de dezoito anos, encaminhada à análise por uma demanda paterna, com toda uma genealogia sintomática que Freud vai, pouco a pouco, mapeando, mas de forma completamente não-linear, de modo que a própria leitura do caso exige atenção contínua. Aparentemente, Dora já tinha manifestações de uma neurose infantil por meio de uma variada sintomatologia, na qual se destaca: uma enurese recorrente (micção involuntária) relatada como fenômeno aleatório ao longo de seus seis anos, sob grandes dificuldades de recordação; uma dispneia crônica (falta de ar intensa e recorrente), desde seus oito anos; aos doze, passa a ter crises de enxaqueca acompanhadas de tosse nervosa; já com dezoito anos, as manifestações culminam em um agravamento da tosse e acessos de afonia que podiam durar semanas (!), justamente o que a leva a uma aceitação inicial do tratamento (1905[1901]/2019). Sintomas de natureza menos imediatamente identificáveis, na dimensão fisiológica, também devem ser considerados. Tais como, uma hostilidade por parte da menina em relação a família, um crescente desinteresse por encontros sociais, cansaço e desatenção, bem como amnésias, que circunscreviam um estado doentio e deprimido – uma alteração de caráter que não se mostrava muito compatível com sua juventude. Entre esses fatores subjetivos, no que tange a possibilidade de um tratamento se iniciar, destaca-se o fato de que os pais de Dora estavam alarmados por terem encontrado um bilhete de suicídio entre seus pertences, uma carta de despedida:

Um dia, os pais se horrorizaram ao encontrar, dentro ou sobre a escrivaninha da garota, uma carta em que ela se despedia deles, dizendo não conseguir mais suportar a vida. O pai, sendo um homem perspicaz, imaginou que não havia séria intenção de suicídio por parte da garota, mas ficou abalado, e quando, um dia após uma banal discussão entre ele e a filha, esta perdeu a consciência pela primeira vez, num acesso que depois cedeu à amnésia, determinou-se, apesar da relutância da garota, que ela deveria iniciar um tratamento comigo (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 194-195).

Soma-se, a esse contexto de entrada, o relato que o pai fez à Freud, de que Dora o teria informado, através da mãe, que um homem casado, amigo da família, o sr. K, teria lhe assediado em um passeio de barco num lago. O pai e o tio da garota tomaram satisfações do acusado, que tudo negou, lançando suspeitas sobre Dora. De acordo com sua esposa, a jovem mostrava demasiado interesse por temas sexuais, inclusive lendo “Fisiologia do amor” e títulos semelhantes na casa dos K. Pelo que consta, a sra. K também tinha conversas íntimas com Dora, para saber de seus interesses. O que se estabeleceu é que Dora, excitada pelas leituras, poderia

ter fantasiado sobre a cena do lago. Em todo caso, Dora seguia intransigente em suas queixas e demandas, conforme a solicitação de seu pai:

"Não tenho dúvida", disse-me o pai, "de que esse incidente é responsável pelo abatimento, a irritabilidade e as ideias suicidas de Dora. Ela exige que eu rompa relações com o casal K., sobretudo com a sra. K., que antes ela venerava. Mas não posso fazer isso, pois também acho que a história de Dora sobre a sugestão imoral dele é uma fantasia que a dominou; além disso, uma sincera amizade me liga à sra. K. e eu não quero magoá-la. A pobre mulher é muito infeliz com o marido, do qual, aliás, não tenho uma opinião muito boa. [...] Dora, que herdou minha obstinação, não abandona o ódio ao casal K. O último ataque que teve foi após uma conversa em que novamente me fez a exigência de não vê-los mais. Por favor, tente fazê-la mais sensata" (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 198).

Freud observa que, em si, o quadro clínico não é nada muito diferente do tipicamente observado em uma histeria – essa classe de afecções nervosas de difícil apreensão em função de sua expressão sintomática extremamente diversa. A histeria oferecia grandes obstáculos a uma explicação de seus fatores etiológicos, como comentado nos capítulos anteriores. Freud classifica o caso como uma *petite hystérie* (“pequena histeria”) e defende a importância de seu estudo, apesar de sua simplicidade, especificamente por demonstrar as dificuldades de tratamento. Estes marcam os importantes acréscimos da técnica psicanalítica em relação aos métodos precedentes:

Esse novo caso também mostra todas as dificuldades que depois me fizeram ir além dessa teoria, acrescidas por uma nova dificuldade de tipo especial. Pois, como frequentemente sucede nas histórias de casos de histeria, o trauma que conhecemos da vida da paciente não serve para explicar a peculiaridade dos sintomas, para determiná-los (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 199).

Nas entrevistas iniciais, Dora se apresenta extremamente queixosa de sua situação familiar, composta por um irmão, por sua mãe demasiadamente rigorosa com a higiene e limpeza doméstica, e por um pai com quem ela tem uma afeição especial. Fenômeno este, intensificado na medida em que ele sofre adoecimentos repetidos ao longo de sua vida, desde os seis anos de idade da menina, demandando frequentes cuidados e acompanhamentos da parte de Dora. “Era evidente que não estava satisfeita consigo e com seus familiares, tratava hostilmente o pai e já não se entendia com a mãe, que queria absolutamente que ela participasse dos cuidados da casa” (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 194). Por conta de um dos mais graves adoecimentos do pai, a família de Dora precisou mudar-se para uma pequena cidade de clima mais favorável, a cidade B. Lá, eles estabeleceram íntima amizade com um casal, sr. e sra. K. Dora cuidava bastante dos dois pequenos filhos do casal e era tratada de modo muito amável pelo sr. K. Enquanto a sra. K. dedicava especial atenção aos cuidados com a saúde do pai de

Dora. Dessa forma, mesmo após deixarem a cidade de B., Dora e seu pai continuavam a fazer visitas aos K., ora juntos, ora separadamente (FREUD, 1905[1901]/2019).

Nesse intrincado panorama, a sondagem parece ser conduzida com agilidade, em direção aos pontos centrais, de modo que muito da decifração descrita vai oferecendo densos desdobramentos e vínculos dos elementos que foram mencionados. Desse modo, expondo os produtos do trabalho conjugado, entre os relatos lacunares de Dora e a interpretação analítica de Freud. Recortando algumas partes do relato para considerar, é interessante que, logo na situação inicial do caso, Dora traz à tona uma cena *anterior*, de seus catorze anos. Enquanto o episódio do lago, mais atual, havia acontecido há poucos meses, a cena anterior havia se dado aos seus catorze anos. Nesse primeiro momento, houve uma situação de potencial traumático, envolvendo um contato de ordem sexual com o sr. K., que a deixara basicamente sem ação e com pelo menos três incômodos sintomas. Sr. K. havia dado um abraço e um beijo em Dora, quando estavam a sós numa loja. Na análise desta cena, “*a segunda mencionada, mas a primeira no tempo*”, Freud dá pleno sentido à retroatividade de seu trabalho, ratificando a teoria do trauma que o acompanha desde o método catártico: “a proposta amorosa e a conseqüente afronta à honra dela - teria proporcionado à nossa paciente o trauma psíquico que Breuer e eu havíamos enunciado como *precondição indispensável para a gênese* de um estado patológico histérico” (1905[1901]/2019, p. 199, grifo nosso). Conforme ele ressalta na nota 13 (p. 199), a psicanálise supera a técnica de Breuer, mas não a abandona. Por um lado, a centralidade do estado hipnótico se provou pouco eficaz. Por outro, segue-se a pesquisa dos momentos auxiliares e a especial atenção às reminiscências na formação dos sintomas histéricos – o que frequentemente conduz aos aspectos infantis dos processos psíquicos, isto é, inconscientes: “é muito digno de nota que também a investigação de casos em que os primeiros sintomas não apareceram já na infância me levou a seguir a história da vida até os primeiros anos da infância” (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 200). Apoiado em tais coordenadas, é precisa sua interpretação dos processos primários da libido em jogo na cena neurótica, identificando condensações e deslocamentos:

É digno de nota que temos aqui três sintomas - o asco, a pressão na parte superior do corpo e o medo de homens conversando animadamente - que procedem de uma única vivência, e que apenas a inter-relação desses três fenômenos possibilita a compreensão de como se formam os sintomas. O nojo corresponde ao sintoma de repressão na zona erógena dos lábios (viciada pelo hábito infantil de chupar, como veremos). A pressão do membro ereto provavelmente acarretou uma mudança análoga no órgão feminino correspondente, o clitóris, e a excitação desta segunda zona erógena foi fixada, mediante deslocamento, na simultânea sensação de pressão no tórax. O medo de homens possivelmente excitados segue o mecanismo de uma fobia, para guardar-se de uma revivescência da percepção reprimida (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 203).

Freud traduz a resposta histérica no rastreamento da repugnância que Dora dirige ao encontro com sua sexualidade, em ambas as cenas. Contudo, se o método catártico vai além da superfície, não é apenas com boas interpretações que a análise se aprofunda. Como mencionado, a sondagem diagnóstica não ganha força somente a partir de um conjunto de sintomas identificados. Antes, Freud se detinha nos sintomas, investigando cada um deles em sucessivos momentos auxiliares, interpretando os pontos traumáticos de um encadeamento que tecia uma psicogênese. Partir do sintoma em direção às lembranças originárias não é suficiente. O método analítico, contudo, adota uma abordagem menos linear, deixando que o conteúdo inconsciente se abra em suas complexas associações, de modo superficialmente “livre” e deformado. Não é mais o analista quem escolhe o tema de trabalho, mas o paciente, permeado por suas resistências. Por elas é que a comunicação inicial do analista se encaminha, e não mais pelas lembranças ou pela explicação dos sintomas. De modo geral, Freud vai comunicando à Dora, ao longo do tratamento de ensaio: “Você está resistindo nesse ponto. Por quê?” É um outro método de tratar a neurose (D’ASSUNÇÃO; ANTUNES, 2004). Desse modo, de um emaranhado, é possível extrair uma trama organizada dos processos psíquicos. Deve-se considerar a peculiaridade de trabalhar com o material inconsciente: veja a dificuldade de acompanhar, mesmo nessa descrição resumida, o histórico sintomático de Dora, a teia de suas relações sociais, ou mesmo a própria perspectiva que ela assume dos eventos, que muitas vezes ganha contornos mirabolantes. É razoável, por exemplo, questionar que ela conceda um passeio no barco ao mesmo senhor que teria a assediado anos antes.

Essa é a dificuldade [...] na leitura do relato. Porque, de um lado, Freud amarra a história da moça, mas, de outro lado, se examinarmos os elementos que estão em jogo nos sonhos ou nos sintomas, se sai de um nível narrativo lógico, cronológico, histórico, para se cair numa outra lógica, em que um mesmo elemento pode remeter a vários contextos distintos. Inclusive, presente, passado e futuro se misturam de uma maneira desordenada, como contemporâneos, onde simultaneamente, se pode estar representado num sonho ou numa mesma cadeia de elementos, pensamentos completamente contraditórios e referentes a situações bastante distintas (COELHO DOS SANTOS, 2004, p. 16).

O que a psicanálise defende, enquanto perspectiva que supera a psicologia, é que isso não é uma fragilidade do material de trabalho, uma condição que aponta um psiquismo inexplicável, mas sim justamente o que permite desvendá-lo, em suas lacunas. Admitir o discurso lacunar, contraditório e confuso do neurótico, sem tentar observá-lo apenas com uma racionalidade cartesiana, é o que viabiliza supor que tanto os sonhos, quanto a fala e os sintomas, são produtos da manifestação inconsciente de um conflito. Inicialmente, este só pode ser admitido por seus derivados, parcialmente. Essa linha de investigação é o que permite

desvendar a temporalidade inconsciente, sua lógica singular, que desconhece contradição, que abriga “sim” e “não” com o mesmo valor, que conecta os elementos percebidos das formas mais inimagináveis. Todo esse maquinário difere muito da parte apresentável e superficial do psiquismo. Isto é, difere dos registros cronológicos da consciência, com sua coerência convencional e lógica precisa (COELHO DOS SANTOS, 2005). A dinâmica entre esses dois sistemas de pensamento, consciente e inconsciente, exige um trabalho *arqueológico*, de retroação significativa:

Temos o problema da temporalidade e, portanto, de um passado que é fundado a partir de um presente. Essa inversão temporal dá ao passado um estatuto de ficção. O passado não é alguma coisa em si, é alguma coisa que se constrói a partir de algo que acontece depois. Essa duplicidade é a mesma que eu estou supondo para o fato de que alguém nasce menino ou menina, ganha um nome, tem um pai e uma mãe e, só depois, ele ou ela vai dar a isso uma significação e vai encontrar aí um lugar. É rigorosamente a mesma coisa. Freud chamava essas coisas por nomes muito curiosos, tipo: a sexualidade humana é bifásica. Para ele, a sexualidade, a memória, tudo parece ser bifásico. E o problema é que a fase I só existe a partir da fase II. É a fase II que localiza, interpreta e fixa a significação da fase I (COELHO DOS SANTOS, 2004, p. 14).

Portanto, a dificuldade de Freud, e do leitor, em rastrear um discurso tão arreado à apreensão lógica e uma expressão sintomática tão multiforme, não deve ser vista como um obstáculo à experiência do inconsciente, mas sim como o que é típico nesse encontro. Orientado pelo método, o clínico poderá elaborar essas dificuldades no sentido de uma análise. Diante da profusão de queixas e recriminações de Dora, Freud vai mapeando uma topologia que insiste em sua superficialidade. Na camada superior de seus processos psíquicos, o que acessava mais facilmente sua consciência eram os temas ligados ao pai. Isso dificultava a investigação de seus laços com o sr. K., com quem ela “já não tinha mais nada”, e do qual evitava falar. Freud começa a marcar a recorrência de algumas correntes de pensamento, alguns pontos nodais da trama, que o relato de Dora vai expondo “casualmente”. Um desses pontos dá contornos a uma mirabolante situação, na qual Dora via-se como refém: tanto seus pais como a família K. viviam seus casamentos de forma insatisfatória, de modo que seu pai haveria se apaixonado pela sra. K, o que tornava conveniente que Dora atraísse a atenção romântica do sr. K. Diante da hipótese aparentemente irrepreensível, e bem fundamentada, de que ela seria usada por seu pai como objeto de troca, Dora dirige à Freud a seguinte pergunta: "Isso é tudo verdadeiro e certo, não é? O que você mudaria no que lhe falei?" (1905[1901]/2019, p. 209). Sobre tal corrente de pensamentos, a respeito da relação entre a sra. K. e seu pai, Freud observa que:

Não obstante seu teor aparentemente correto, ele se revela patológico devido à peculiaridade de não poder ser eliminado ou dissipado, apesar dos esforços mentais conscientes e voluntários da pessoa. [...] De modo correto, Dora sentia que seus

pensamentos acerca do pai requeriam um julgamento especial. "Não consigo pensar em nada mais", queixava-se. "Meu irmão diz que nós, filhos, não temos o direito de criticar esses atos do papai. Então não devemos nos preocupar com isso, e talvez devamos até nos alegrar por ele ter achado uma mulher a quem possa entregar o coração, já que a mamãe o compreende tão pouco. Eu percebo isso e gostaria de pensar como meu irmão, mas não consigo. Não posso perdô-lo por isso" (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 234).

Uma série de pensamentos desse tipo pode surgir no tratamento, seja pela via das “boas ponderações” ou pela queixa de um indivíduo atormentado com as ideias que o parasitam, que o assediam incessantemente. O clínico precisa saber ouvir essa fala como o que o sujeito projeta no outro, para não ter de implicar a si mesmo. A pergunta que Dora dirige à Freud aponta que a investigação deve se dar em torno do que a jovem oculta: sua própria participação na manutenção da situação da qual se queixa, como a partir de um “ganho secundário” que ela não admite. A força com que ela vocifera sua versão dos fatos aponta a intensidade com que ela deseja ocultar uma outra. Toda a situação relatada por Dora, em forma e conteúdo, é bastante infantil, arranjada de modo bem rudimentar, o que ratifica o caráter arcaico, primitivo, dos processos inconscientes primários. O manejo freudiano revela, aos poucos, que de fato ela havia se enamorado do sr. K. em certo ponto, e também que muitas vezes organizava situações em que o pai pudesse ficar a sós com a sra. K. Desse manejo, desdobram-se duas novas correntes de pensamentos a investigar: que Dora talvez se interessasse pelo sr. K., como um substituto para seu próprio pai; e também que Dora tinha uma afeição muito especial pela sra. K. (1905[1901]/2019).

Denota-se que não é possível uma anamnese de um sintoma, de um quadro clínico, pelos métodos convencionais – em que se confia no relato do sujeito, nos registros lógicos a que se tem acesso conscientemente. A narrativa que emerge no dispositivo analítico é cheia de disfarces, lacunas e falhas. A fala da paciente é marcada por incertezas, por dúvidas. Freud foi progressivamente notando que eram acrescidas pelo contar dos sonhos. Estas manifestações oníricas, muitas vezes, vinham completar lacunas de uma história “mal-contada” (COELHO DOS SANTOS, 2004). Isto acontece por razões metapsicológicas básicas, conforme é explicitado nos ensaios “O inconsciente” (1915c/2017) e “O recalque” (1915a/2017): em suma, o que um Eu é capaz de dizer, em registro de palavra, a partir de sua organização consciente superficial, sobre o que sente, não é de fato o que ele sente enquanto sujeito, mas o que ele pensa sobre o que sente, o que ele *pode* dizer disso. De modo que algo do sentimento só pode ser extraído indiretamente, por seus derivados, sob interpretação analítica. O sonho é um processo tão deformado, tão privilegiado do ponto de vista de sua validade a despeito das convenções, que se pode falar, através dele, de modo bem lateral, sobre o que é oculto: “De

modo que a linguagem dos sonhos condensa aquilo que geralmente numa narrativa se desdobraria e se explicaria cuidadosamente para ser entendido. É uma linguagem cifrada, enigmática, de difícil acesso” (COELHO DOS SANTOS, 2004, p. 16).

Se o método que investiga, equivale ao método que trata, Freud chamou a atenção para o fato de que os pacientes dele contavam alguns sonhos, no meio das narrativas sobre os sintomas. Ele diz assim, no capítulo I do livro sobre Dora: “Os sonhos pareciam reclamar inserção ao longo do fio de conexões que se desfiava entre um sintoma da doença e uma ideia patogênica”. Parecia que eles pediam para serem decifrados. Então podemos juntar as duas coisas: os sonhos e os sintomas (COELHO DOS SANTOS; ANTUNES, 2004, p. 8).

3.2 O fenômeno da transferência no caso Dora

Em síntese, apesar das dificuldades observadas para uma sondagem que precisa acompanhar tanto as sobrepostas narrativas, quanto as fragmentárias manifestações sintomáticas, traduzir esse emaranhado em trama integrada é possível. Isto é, pela metodológica interpretação, por inferência retrospectiva, pode-se destacar certos cursos de pensamentos com valor de investigação da estrutura inconsciente. Desse modo, é possível localizar em que ponto se unem os fios que, a princípio, podem parecer soltos. Entretanto, o desafio maior é que esse movimento, como anteriormente comentado, só ocorre na medida em que captura o clínico para seu interior, tendo como condição o vínculo transferencial. Nesse ponto, o manejo de Freud se mostrou vacilante e não pôde sustentar o tratamento. É certo que Dora era uma paciente conduzida, de modo que o vínculo transferencial de “suposto saber” havia sido feito com o pai, não com Dora – era ele quem apostava no método de Freud (OLIVEIRA, 2018).

O que Freud vai consolidando nesse caso, e a partir dele, é que o início da terapia psicanalítica coincide com a suspensão da formação de sintomas. Contudo, a neurose segue produtiva, ocupada por um tipo especial de formações mentais, em geral inconscientes, as “transferências”. Nessa formação inconsciente, o médico é incluído na reprodução de impulsos e fantasias que, dentro do dispositivo analítico, poderão ser despertados, traduzidos e tornados conscientes ao longo da análise. A pessoa do médico ocupará, então, um lugar em toda uma série de vivências psíquicas anteriores, que serão reativadas não como algo do passado, mas sim como algo atual e atuado na relação com o clínico. A transferência é algo necessário e inevitável. Muito da inovação psicanalítica se deve ao reconhecimento e uso desse processo psíquico. Há um certo adiamento da melhora, ou até mesmo uma piora, no quadro clínico justamente pela natureza dessa relação entre clínico e paciente (FREUD, 1905[1901]/2019).

Se, antes, Freud pensava que havia uma neurose externa ao dispositivo enquanto manifestação da resistência, da qual o analista deveria esquivar-se, então, um paciente

procuraria analisar e tratar sua neurose. A novidade é que Freud foi percebendo a inevitabilidade do fenômeno: “O que [é] isso? O paciente veio aqui para se curar, para se tratar, e, de repente, estou eu, analista, no meio da história dele, no meio da confusão dele, no meio do estilo dele?” (D’ASSUNÇÃO; ANTUNES, 2004, p. 3). Agora, Freud parte do manejo desse fenômeno para sustentar o tratamento, interpretando-o de um modo diferente das outras formações inconscientes. Essa diferença na técnica é bem marcada por ele:

Interpretar os sonhos, extrair os pensamentos e lembranças inconscientes das associações do paciente e outras artes de tradução semelhantes não são difíceis de aprender: nelas o próprio doente sempre fornece o texto. Já a transferência temos que descobrir quase sem ajuda, com base em coisas mínimas e evitando inferências arbitrárias. [...] A terapia analítica não cria a transferência, apenas a desvela, como a outras coisas ocultas na psique (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 313-314).

Vê-se, portanto, que a tradução do texto inconsciente, apresentado pelo paciente nas lacunas de sua fala consciente, é muito possível. Ainda que, abandonando a hipnose, haja uma dificuldade no acesso dessas lembranças fragmentárias, Freud logo percebe que isso é bem fácil em relação a parte mais difícil: o manejo da transferência. O processo analítico parece conferir à neurose uma diferença entre dois momentos. No anterior à análise, há uma “livre” formação de sintomas; já no posterior ao início do tratamento, a neurose ganha um ponto de referência na pessoa do analista e no próprio tratamento. É como se a “neurose comum” fosse manejada pelo início de uma análise, cada vez mais, em direção à sua manifestação enquanto “neurose de transferência”. De forma que esse estado “provisório” é justamente o artifício que a técnica psicanalítica terá como recurso para o tratamento da neurose. É a possibilidade de admiti-la dentro do dispositivo (D’ASSUNÇÃO; ANTUNES, 2004).

Conforme a explicação freudiana, a transferência faz “substituições”, “reimpressões”, “edições revistas”, a partir da relação com o clínico. Esse evento sobrepõe uma relação real, entre analista e analisando, com uma relação transferencial. O sujeito confere ao analista um lugar dinâmico, e passa a interagir com ele do modo como funcionava, ou gostaria de ter funcionado, ou fantasiava funcionar, com alguém anterior. O analista deverá, com muito cuidado e atenção, acompanhar esses movimentos e tentar localizar o que se passa no dispositivo (FREUD, 1905[1901]/2019). Como Freud explica nos ensaios metapsicológicos, ao longo de sua obra, a pulsão tem caráter conservativo, tende ao retorno, e tem extrema facilidade de substituir os objetos que visa para atingir sua meta de satisfação. Nesse ponto, cada sujeito tem seu esquema pulsional definido a partir da interação entre circunstâncias de sua vida e recursos comuns, dos quais faz uso para orientar seus processos inconscientes – como o complexo de Édipo. Desta interação produzem-se os clichês, e também as singularidades, em

formas intrincadas, porém legíveis, de organização da vida erótica e da relação com objetos amorosos (D’ASSUNÇÃO; ANTUNES, 2004). De modo geral, isso parece não se tratar de outra coisa além de uma repetição, só levemente consciente, notada muito parcialmente pelo próprio sujeito, mas que deve ser percebida o quanto antes pelo analista. A estrutura inconsciente, que se revela através dessas repetições, demanda atenção analítica na medida em que gera angústias incapacitantes. Compreendê-las é facultar sua apropriação, seja em vias de alterá-las ou de conservá-las.

A questão, no caso Dora, é que Freud não conseguiu dominar a tempo a transferência. É certo que sua interpretação da transferência o aproximava da figura do pai de Dora, mas ele não pôde perceber que seus sonhos traziam elementos e avisos de que ele também substituía algo do sr. K. Assim, deixando o tratamento sujeito às consequências de uma repetição e não de uma recordação. “O obstáculo [da transferência] tem relação, portanto, não só com o [...] lugar que ele [o paciente] convida o analista a se colocar, mas também com o modo como o analista entra no jogo. Porque, se o analista entrar errado no jogo, a análise pode se perder mesmo” (D’ASSUNÇÃO; ANTUNES, 2004, p. 12). Freud não conseguiu sair da posição de sr. K. a tempo e foi tratado como tal. Conforme comentado no capítulo anterior, Freud discute em “Recordar, repetir e elaborar” (1914/2019) que nem sempre há tempo de pôr as rédeas da transferência nas pulsões indômitas, de modo que a repetição ganha forças para cortar o laço que liga o paciente ao tratamento – que, como visto, não se sustenta por ponderações conscientes.

Fui surpreendido pela transferência, e, em virtude desse algo desconhecido em que eu lhe lembrava o sr. K., ela se vingou de mim como quis se vingar dele e me abandonou, tal como acreditou haver sido enganada e abandonada por ele. Assim ela atuou uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-la no tratamento (FREUD, 1905[1901]/2019, p. 315-316).

Se a transferência fosse percebida mais integralmente, teria sido possível elaborá-la na direção da incorporação à análise, garantindo a continuidade do tratamento em relação às resistências. As posteriores considerações de Freud revelam ainda que seu erro técnico ia além de subestimar a vingança que Dora dirigia a todos os homens, série na qual ele se inseria. Houve uma omissão crucial, conforme aponta a nota de rodapé 81 (1905[1901]/2019, p. 317):

Eu não percebi a tempo e não comuniquei à paciente que a mais forte das correntes inconscientes de sua vida psíquica era o impulso amoroso homossexual (ginecófilo) relativo à sra. K. [...] A implacável ânsia de vingança que esse [segundo] sonho exprimia era adequada, como nenhuma outra coisa, para ocultar a corrente oposta, a magnanimidade com que ela perdoou a traição da amiga amada e escondeu de todos que ela mesma lhe fizera as revelações que depois serviram para a sua acusação. Antes

de eu reconhecer a importância da corrente homossexual nos psiconeuróticos, muitas vezes permaneci parado ou me vi totalmente confuso no tratamento dos casos.

O que Freud não viu é que o enigma da sexualidade de Dora, e conseqüentemente a causa de sua histeria, era mais complicado do que a mera afeição que uma jovem tem pelo genitor do sexo oposto. A situação com o sr. K. não visava a mera substituição do amor que ela nutria pelo próprio pai, mas a investigação de sua própria feminilidade. O sr. K. só significava alguma coisa para Dora, na medida em que a sra. K. significava algo para ele (COELHO DOS SANTOS, 2004). Na cena do lago, quando o sr. K. corteja Dora, o que tem muito fundamento no histórico de encontros entre os dois, algo muda – resultando em um tapa na cara e um afastamento decidido por parte de Dora. A novidade é que o sr. K. se desfaz de sua esposa. No ato desse cortejo, ele diz à Dora: "Você sabe que eu nada tenho com minha mulher" (1905[1901]/2019, p. 290). Desse modo, ele tensiona o fundamento da feminilidade de Dora. Sobre essa questão, somente um exame cuidadoso da releitura que Lacan lança sobre o caso pode dar mais detalhes, o que não está no escopo deste trabalho, mas que anima vivamente os futuros estudos deste autor.

3.3 Algumas considerações sobre a estrutura da neurose histérica

O caso Dora revela elementos centrais da subestrutura histérica, por isso é um caso paradigmático. Vê-se a história de um encontro traumático com a sexualidade, que deixa enigmas com relação ao corpo. Na situação neurótica, no lugar de responder ao imprevisível da vida com recursos psicológicos, criam-se formações patológicas, por vezes incapacitantes, com todo um emaranhado de processos e rodeios. Assim, é possível o afastamento de uma situação que intensifica o conflito psíquico. A encenação do suicídio de Dora é tipicamente histérica, pois visa atordoar e desesperar os outros ao seu redor, em função de si. Desse modo, sinalizando uma falta de autonomia para barrar seus excessos pulsionais, ela recorre ao papel de criança rodeada por pais protetores. Ela solicita agentes externos para processar algo de sua atualidade psíquica que provoca enorme tensão (OLIVEIRA, 2018). Isso aparece de outras formas no caso, como no mimetismo da identificação que ela faz com uma prima, copiando seu sintoma de dores agudas no estômago – o que Freud elucida com a pergunta-intervenção: “ Quem você está imitando com isso?” (1905[1901]/2019, p. 213). Denota-se que o inventário sintomático da histeria é tão disperso que, de fato, dedicar-se ao recenseamento de todos os sintomas é perda de tempo, até porque eles mudam de ordem e valor conforme as circunstâncias, como os elementos de um sonho. O sujeito histérico pode facilmente acoplar sua estrutura ao traço dos

outros com quem se identifica, importando sintomas (COELHO DOS SANTOS, 2005). Portanto, a sondagem diagnóstica deve investigar a estrutura e não seus traços:

Eu não estou dizendo que mulher é igual a histeria e homem é igual a neurose obsessiva. Mas, ao encontrar a patologia, essas estruturas levam a coisas diferentes. Traços histéricos em homens podem combinar perfeitamente com uma estrutura obsessiva. Traço não é estrutura. Pelo traço não se chega a nada. Eu posso elencar um conjunto de traços histéricos e isso não garante, de modo algum, que a pessoa seja histérica. Não é isso que conduz ao diagnóstico, e sim a posição, a estrutura, o modo como o recalque se deu, como o sujeito cifrou o encontro com a sexualidade (COELHO DOS SANTOS; ANTUNES, 2004, p. 11).

Sobre a sexualidade e a complacência somática, pode-se fazer alguns comentários observando que, na histeria, o impasse com a sexualidade e com o corpo é travado por formações defensivas. O histérico se afasta de um desejo que não sabe manejar e que não pode aceitar. Considere-se a posição sexuada adulta por um sujeito que se orienta em direção à realidade, e não à fantasia inconsciente (sexual, infantil, recalcada/cifrada). Nesses termos, Dora parece justamente fixar-se em uma posição infantil. Ela reivindica heteronomia, como uma criança, nos apelos que dirige ao pai e às referências exteriores (sua preceptora, a sra. K.) para constituir sua feminilidade – o que é ratificado por sua aparente frustração com a mãe, incapaz de “ser a mulher de seu pai”. Ela se defende dos apelos que a cultura faz, a uma moça de sua idade, para que assuma sua posição sexuada. Sua defesa é a regressão à sexualidade infantil e polimorfa. Seu acervo de recursos antigos/infantis é que sugerem força para defendê-la das assustadoras novidades atuais. Então, ela conta com eles, na medida em que sua realidade pulsional atual pede satisfação. Dessa maneira, sua sexualidade genital é encriptada pelas fases anteriores, como o erotismo oral – através dos sintomas da tosse, da afonia e da rouquidão. O sujeito histérico tipicamente substitui o erotismo genital pelo erotismo oral (OLIVEIRA, 2018):

Tudo o que ela consegue imaginar e suportar da sexualidade adulta é fazer da sexualidade adulta um análogo da chupeta infantil. Ela reage com repugnância às relações sexuais adultas, genitais, normais, e, por outro lado, regride para uma fantasia infantil, que traz a genitalidade para o plano da oralidade. Ou seja, é uma maneira infantil de conceber a sexualidade que está sendo despertada na ordem da defesa (COELHO DOS SANTOS, 2004, p. 10).

A forma como Dora experiencia suas contingências revela a grande tensão psíquica que a acomete. Por um lado, ela é uma vítima do sr. K., assediada às escondidas e, quando tenta denunciá-lo, é desacreditada. Por outro, ela é usada em uma conspiração entre seu próprio pai e sua amante, o que coloca para ela um complexo de decisões que a isola, que a impossibilita de compartilhar sobre suas vivências, que a faz calar. Freud percebe que, quieta, ela vai falando pelos simbolismos de seus sintomas, de seus sonhos, e de seu cotidiano. Ele interpreta as

relações entre a estação de trem e a feminilidade, entre a caixa e a genitália feminina, entre o bosque com que ela sonha e a referência indireta à vagina, e também traduz suas leituras da enciclopédia de anatomia. Contudo, o trabalho analítico não se resume à transcrição de sentidos em correlatos recalcados, mas esbarra justamente no que não se pode nomear. Depreende-se que o clínico não pode deixar-se seduzir pelo sentido, ou pela vaidade de que pode esclarecer o conflito psíquico tranquilamente. Este deve voltar suas atenções, sobretudo, ao manejo da parceria transferencial estabelecida com o candidato à análise (OLIVEIRA, 2018).

Muito ainda poderia ser discutido sobre esse caso fundamental, que revela aspectos tão basilares da estrutura da neurose histérica e do método analítico, mas essas considerações encontram sua finalidade parcialmente satisfeita: foi possível abordar alguns dos principais aspectos em jogo no tratamento de ensaio a partir do texto freudiano. A estrutura histérica precisa ser teoricamente esclarecida para que uma sondagem diagnóstica se efetive, o que demanda postura ativa do analista e constante exame do vínculo transferencial que move o dispositivo clínico. Observar a atuação de Freud com Dora destaca, entre outros pontos, como é fácil se equivocar na condução do tratamento com a transferência. Este demanda um trabalho rigorosamente atento do ponto de vista teórico e prático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A banalidade desses fatos não pode nos dissuadir de lhes dar uma tradução em termos da teoria da libido.”

FREUD, 1914 – *Introdução ao narcisismo*

Essa elaboração, em certo sentido, acaba por ser tão incompleta quanto o caso fragmentário que busca reexaminar. Afinal, muito ainda poderia ser dito, tanto em termos da discussão conceitual quanto do estudo de caso. Contudo, assimilando algo deste impossível na própria construção do material apresentado, espera-se que os objetivos delineados tenham sido suficientemente atendidos, mesmo em sua parcialidade. A expectativa também é de estimular, aqui, um debate instigante sobre alguns dos pré-requisitos para uma análise e sobre os principais aspectos em jogo no tratamento de ensaio, bem como ensinar a pesquisa nas fontes que balizaram essas considerações. A preocupação demonstrada, com esse primeiro passo em análise, se dá pela importância dos fundamentos e da sustentação para uma prática que ande. Mais do que pela natureza do campo, por conta do praticante. Na prática de andar, é justamente um primeiro passo que funda a possibilidade dos seguintes. Para se sustentar de pé, na prática, é preciso saber no que se amparar, diante dos inevitáveis tropeços, dos deslizos quando não se sabe pisar, ou do risco de andar em falso. É claro, não se aprende a andar sem quedas. E não se anda sem errar. Neste passo, não é à toa que o caso estudado evidencia um tropeço do grande descobridor do Inconsciente. E mostra também como ele usa esse tropeço para errar, fazendo a técnica avançar. Caminhar pela obra de Freud é encontrar um sem-número de notas de rodapé, de variados momentos, que incrementam seus escritos. É na retrospectiva que a psicanálise avança. Se andar, com um pé após o outro, trata-se de sucessivas pequenas quedas controladas que encontram respaldo em fundamentos para o movimento, então, para começar com o pé direito, é preciso saber errar – caminhando no amparo da técnica.

Retomando a questão de abertura, “o que é um início de tratamento?”, a partir da qual desdobram-se estas pequenas considerações, encoraja-se uma perspectiva do campo subjetivo para além de um terreno movediço, indecifrável a tudo que não for o manejo da intuição – supostamente a única forma capaz de dar conta da singularidade e da riqueza da existência. Trata-se, aqui, de uma perspectiva psicanalítica, produto de uma técnica

fundamentada em incontáveis tentativas e erros, amadurecida pelos extenuantes esforços de várias gerações de clínicos, validada por sua eficácia e por sua peculiaridade. Se, por um lado, é notável que o trabalho na dimensão subjetiva facilite a prática dos que não buscam prestar contas de seus métodos, por outro lado, na psicanálise, encontra-se justamente uma prática intimamente conectada à pesquisa – ou seja, à sistemática revisão de pressupostos, variáveis e eficácia. Com uma teoria indissociada da prática, a atuação analítica preocupa-se em sustentar a redação técnica de seus passos, em traduzir-se das gerações passadas às futuras, em estabelecer parâmetros de êxito. O processo analítico é justamente uma construção científica, com operadores conceituais extraídos da empiria clínica. Como comentado nessas considerações, a psicanálise não aparece como proposta de gabinete, ou como boa ideia na tarde de domingo, mas sim como descoberta! A partir de décadas de enigmas psicopatológicos muito graves, materialmente preocupantes, sobre os quais se debruça com pesquisa, prática e estudo! Assim, a técnica se erige e avança, na direção de capacitar a tradução do caos clínico em caso compartilhável, possibilitando a elucidação dos emaranhados inconscientes em interpretáveis tramas de sintomas, sob o atravessamento invariável da transferência, que pode derrubar ou alavancar um tratamento.

Desse modo, compreende-se que o tratamento de ensaio, executado em termos da sondagem diagnóstica e do manejo transferencial, não é uma opção, um capricho facultado a cada analista, mas um ponto fundamental da análise propriamente – e que, portanto, merece rigorosa e dedicada atenção, no seu estudo e na sua prática. Se uma análise é um tratamento fundido ao método, então, não há análise possível que desconsidere as recomendações freudianas sobre o início do tratamento. Como demonstrado, Freud supera o cognitivismo das teorias com Breuer, e o intelectualismo de práticas pedagógicas, e o faz sem recuar diante de uma *hipótese* (etapa do clássico método científico). A hipótese do Inconsciente, portanto, exige, para sua investigação metodológica, uma visão de mundo científica. A perspectiva da psicanálise é, sobretudo, científica (OLIVEIRA et al, 2018)! Se a análise se apresenta por meios que, superficialmente, podem parecer excêntricos, é porque reveste-se da dimensão inconsciente que visa investigar – assim, adapta-se uma terapia às características da doença que ela trata. Percebe-se como esse método põe em primeiro plano a natureza objetiva das psicopatologias que toma como objeto, ao que responde com consistentes operadores conceituais – ainda que maleáveis como a superfície sobre a qual incidem enquanto ferramentas (FREUD, 1933/2014).

A psicanálise consegue pautar de modo *sui generis* a materialidade dos conteúdos tratados como “mera” subjetividade, e frequentemente subestimados por isso. Nas

possibilidades de suas vidas, do mesmo modo como recorrem aos seus aparelhos eletrônicos, os sujeitos têm em suas ficções os recursos de sua existência – seja para expandí-la ou restringí-la. As formalizações lógicas analíticas visam demonstrar isso, esta artificialidade dos processos psíquicos, a “dimensão tecnológica das ideias” às quais os sujeitos recorrem. Isto permite um manejo pela leitura da arqueologia que revela o desenvolvimento dessas ideias, frequentemente tomadas por naturais, fechadas em si mesmas. Só se pode fazer a adequada leitura dos processos psíquicos inconscientes através desse método, cuidadosamente elaborado há mais de um século, que exige grandes somas de esforço, estudo dedicado e experiência, para sua apropriação. Essa consideração não consiste em louvar a técnica – nem o próprio Freud era um entusiasta de seu interesse como terapia –, mas sim em delimitar do que ela se trata. O caso é que a psicanálise existe porque funciona, porque contém verdades e produz esclarecimentos – muitas vezes dolorosos e quase sempre incômodos. E, se ela existe, é na forma do método que a descreve. Evidentemente, um método vivo, passível de reformulações, mas que não encoraja aos pretensos praticantes que arranquem pedaços desagradáveis (com recorrência, mal-entendidos) e sigam chamando o que quer que façam de “processo analítico” (FREUD, 1933/2014).

Mudando um pouco o tom, nessa conclusão cabe ainda focalizar um outro aspecto dessas considerações. Parece que o próprio exercício de articulação teórica, como aqui apresentado, exprime algumas lições sobre a formação psicanalítica que valem o registro. Sustentar o foco conceitual do estudo ao longo dos capítulos, ainda que estes nem se proponham a grandes aprofundamentos, se mostrou uma tarefa bastante exigente. A própria apreensão teórica da psicanálise não é simples, parece um tanto recalcitrante às sistematizações lineares, como que acompanhada por um empuxo à dispersão. De modo que, por exemplo, falar de diagnóstico, mais centralmente, pareceu sempre precariamente insuficiente, enquanto não intimamente conectado com a discussão sobre transferência – o que, por sua vez, pede tanta atenção aos conceitos de resistência, recalque, pulsão, fantasia, etc, que foi difícil apresentar uma escrita razoavelmente coerente e objetiva. Um “zaperoco” (!) que talvez não se justifique somente pela formação incipiente do autor. Parece possível aproximar essa percepção das considerações da profa. Tania sobre o ensino da psicanálise, logo no começo de uma de suas aulas transcritas:

Na verdade, nenhum dos cursos [sobre psicanálise] consegue fazer uma abordagem exaustiva de alguma ideia ou de algum conceito, porque, como as noções são muito interdependentes, não se consegue fazer o aprofundamento sobre nenhum aspecto. De alguma maneira, eu vou ter que ir montando o quebra-cabeça (COELHO DOS SANTOS; ANTUNES, 2004, p. 1).

Diante desse quebra-cabeça, o que pareceu possível foi privilegiar alguns elementos na discussão, apostando no horizonte de que “só depois”, na retroação significativa, a dinâmica entre eles ficaria mais nítida. Redimensionando o início, e talvez “o todo”, a partir de seu “final”, entendo que esse objetivo tenha, em alguma medida, sido alcançado: foi possível expor, em linhas gerais, algo das condições mínimas em jogo na técnica do tratamento de ensaio. Ainda recorrendo à analogia do quebra-cabeça, é possível perceber como o entrelaçamento das peças convoca a uma compreensão que não pode ser estática ou particionada. Essa interdependência parece traduzir o esclarecimento freudiano de que, embora incompleto, o edifício da psicanálise constitui uma unidade, da qual não se pode arrancar elementos a seu bel-prazer, sob o risco de perder-se do sentido e da eficácia do método (1933/2014). Sem dúvidas, as elucidações psicanalíticas das formalizações lógicas inconscientes serão opacas a todos que apressadamente buscarem apreensão fácil e linear. O que encontra complemento preciso na seguinte explicação, a respeito de um ponto nodal da psicanálise: “A atividade psicanalítica é difícil e exigente, não pode ser manejada como os óculos que pomos para ler e tiramos para passear. Via de regra, ou a psicanálise tem o médico por inteiro ou não o tem absolutamente” (FREUD, 1933/2014, p. 336).

Por fim, a partir dessas considerações sobre o tratamento de ensaio freudiano, olhando novamente para o termo lacaniano que designa esse momento, “entrevistas preliminares”, é possível ponderar que talvez Lacan não esteja se afastando da terminologia freudiana por desacordo com sua teoria, mas sim que esteja contribuindo com ela. No sentido de valorizar algo implícito no texto freudiano. Pode ser que, dessa forma, sua intenção seja expor um pouco mais o valor da posição do analista, ou seja, o fato de que um analista opera uma entrevista. Um analista pergunta mirando as respostas com a vista atenta, em uma investigação fundamentalmente ativa. Se Freud, mais explicitamente, chama atenção aos cuidados sobre quando comunicar, ou fazer intervenções e construções sobre o sintoma, o termo lacaniano parece realçar a noção de sondagem. Especulação que merece uma pesquisa à parte para verificar sua consistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BREUER, J.; FREUD, S. (1893-1895). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: BREUER, J.; FREUD, S. (Autores). **Estudos sobre a histeria**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018, v. 2, p. 18-38.

COELHO DOS SANTOS, T. **Considerações sobre luto e melancolia (FREUD, 1917[1915])**: Grupo de Iniciação Científica (PNPD - CAPES/PPGTP-UFRJ), ago. 2020. 20 f. Transcrição de aula. Disponível em: <http://isepol.com/laboratoriodeensino.html> Acesso em: mar. 2021.

COELHO DOS SANTOS, T. **Mecanismos psíquicos da formação dos sintomas. Introdução ao caso Dora**: Disciplinas sobre as Estruturas Clínicas, mai. 2004. 18 f. Transcrição de aula. Disponível em: <http://isepol.com/laboratoriodeensino.html> Acesso em: mar. 2021.

COELHO DOS SANTOS, T. **O caso Dora**: Disciplinas sobre as Estruturas Clínicas, mai. 2005. 12 f. Transcrição de aula. Disponível em: <http://isepol.com/laboratoriodeensino.html> Acesso em: mar. 2021.

COELHO DOS SANTOS, T.; ANTUNES, M. C. **Sonho e sintoma**: Disciplinas sobre as Estruturas Clínicas, mai. 2004. 9 f. Transcrição de aula. Disponível em: <http://isepol.com/laboratoriodeensino.html> Acesso em: mar. 2021.

COELHO DOS SANTOS, T.; OLIVEIRA, F. L. G. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 73-82, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a08.pdf> Acesso em: mar. 2021.

COELHO DOS SANTOS, T. **Simpósio do Isepol - Psicopatologia da vida cotidiana: sonhos, lapsos e atos falhos**, 10, 2018, Rio de Janeiro, RJ. Fala de abertura. Não publicado.

D'ASSUNÇÃO, R. G.; ANTUNES, M. C. **A transferência como resistência**: Disciplinas sobre as Estruturas Clínicas, mai. 2004. 13 f. Transcrição de aula. Disponível em: <http://isepol.com/laboratoriodeensino.html> Acesso em: mar. 2021.

FREUD, S. (1891). Hipnose. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I, p. 141-154.

FREUD, S. (1893-1895). Miss Lucy R., 30 anos. In: BREUER, J.; FREUD, S. **Estudos sobre a histeria**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018, v. 2, p. 155-180.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. III, p. 49-72.

FREUD, S. (1896). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. III, p. 157-183.

FREUD, S. (1900). **A interpretação dos sonhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 4.

FREUD, S. (1904). O método psicanalítico de Freud. In: FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 6, p. 321-330.

FREUD, S. (1905[1901]). Análise fragmentária de uma histeria: “o caso Dora”. In: FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 6, p. 173-320.

FREUD, S. (1910a). Cinco lições de psicanálise. In: FREUD, S. **Observações sobre um caso de neurose obsessiva (“O homem dos ratos”) e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020, v. 9, p. 166-218.

FREUD, S. (1910b). Sobre psicanálise “selvagem”. In: FREUD, S. **Observações sobre um caso de neurose obsessiva (“O homem dos ratos”) e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020, v. 9, p. 324-333.

FREUD, S. (1912a). A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 10, p. 133-146.

FREUD, S. (1912b). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 10, p. 147-162.

FREUD, S. (1913). O início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 10, p. 163-192.

FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, v. 12, p. 13-50.

FREUD, S. (1914). Recordar, repetir, elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 10, p. 193-209.

FREUD, S. (1915). Observações sobre o amor de transferência: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 10, p. 210-228.

FREUD, S. (1915a). A repressão. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, v. 12, p. 82-98.

FREUD, S. (1915b). As pulsões e suas vicissitudes. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, v. 12, p. 51-81.

FREUD, S. (1915c). O Inconsciente. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, v. 12, p. 99-150.

FREUD, S. (1917a). Resistência e repressão. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 381-400.

FREUD, S. (1917b). Os caminhos da formação de sintomas (Conferência 23). In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 475-499.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), além do princípio do prazer e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016, v. 14, p. 161-239.

FREUD, S. (1923). “Psicanálise” e “Teoria da Libido”: dois verbetes para um dicionário de sexologia. In: FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020, v. 15, p. 273-308.

FREUD, S. (1933). Esclarecimentos, explicações e orientações. In: FREUD, S. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, v. 18, p. 294-320.

FREUD, S. O início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. Resenha de OLIVEIRA, F. L. G.; COSTA, A. M. V. Sobre o início do tratamento. In: **Laboratório de Ensino**, 2020. Disponível em: <http://www.isepol.com/pdf/Sobre%20o%20in%C3%ADcio%20do%20tratamento.pdf> Acesso em: mar. 2021.

OLIVEIRA, F. L. G. *et al.* A psicanálise e a Weltanschäuung científica. In: **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 27, p. 142-147, nov. 2018. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_27/index.html Acesso em: mar. 2021.

OLIVEIRA, F. L. G. **Teorias e Técnicas Psicoterápicas I**: Disciplina de graduação em Psicologia (UFF), ministrada pela profa. Dra. Flavia Lana Garcia de Oliveira. Niterói, RJ, jun. 2018. Notas de aula. Não publicado.