

FREUD E A CRIAÇÃO DA TÉCNICA PSICANALÍTICA

Mariana de Toledo Barbosa¹

RESUMO

Pretende-se, neste artigo, refazer o trajeto da criação da técnica psicanalítica por Freud, com o intuito de explicitar a fidelidade freudiana ao primado da clínica sobre a teoria. Freud construiu a psicanálise como um sistema aberto e em variação e não hesitou em transformar a técnica psicanalítica quando a clínica assim o exigiu. Deste modo, na fase conhecida como pré-psicanalítica, desenvolveu, com Breuer, o método catártico, muitas vezes associado à hipnose. Em seguida, já delineado o método propriamente psicanalítico, pôs em primeiro plano a associação livre e a interpretação. Estas, por sua vez, revelaram a transferência e as resistências. O papel da repetição, notado por Freud desde o início de sua prática clínica, assumiu uma outra feição com a concepção da pulsão de morte. A mudança da tópica freudiana também implicou a reformulação de alguns aspectos da técnica psicanalítica. Por fim, já nos seus últimos anos de vida, Freud propôs as construções em análise como alternativa às interpretações, e buscou estabelecer os limites da psicanálise. Acompanhando os passos de Freud, nota-se que os impasses da clínica sempre o levaram a formular inovações técnicas, e é este o destino que se espera para os impasses da clínica psicanalítica atual.

Palavras-chave: *Freud, técnica psicanalítica, clínica atual, criação da psicanálise.*

¹ Professora Adjunta de Filosofia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e em Filosofia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutora em Filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pela Université Paris Ouest Nanterre La Défense (Paris 5). Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

FREUD AND THE CREATION OF THE PSYCHOANALYTICAL TECHNIQUE

ABSTRACT:

In this paper, we aim to remake the path of the creation of the psychoanalytical technique by Freud, in order to make clear the Freudian primacy of the clinics over theory, and to encourage the contemporary psychoanalysts to renew the psychoanalytical technique. Freud conceived psychoanalysis as an open and varying system, and he had never hesitated in transforming his technique whenever it was necessary. Thus, in the so-called pre-psychoanalytical period, he developed with Breuer his “cathartic method”, often related to the hypnosis technique. After that, with the psychoanalytical method itself, he stressed the capital importance of free association and interpretation. These led him to the concepts of transference and resistance. The role of repetition, remarked by Freud since the beginning of his clinical practice, took a different feature with the concept of death drive. Changings in the Freudian topography also implied a rebuild of some aspects of psychoanalytical technique. Finally, in his last years, Freud proposed the concept of construction as an alternative to interpretation and tried to establish the limits of psychoanalysis. Following Freud, we note that the deadlocks of clinics always led him to technique innovations. This is what we expect from the deadlocks of contemporary psychoanalytical clinics.

Keywords: *Freud, psychoanalytical technique, contemporary clinics, creation of psychoanalysis.*

INTRODUÇÃO

A clínica vem colocando, nas últimas décadas, uma questão imperativa aos psicanalistas: o que fazer quando a técnica psicanalítica, tão cuidadosamente desenvolvida por Freud, falha? Ou, mais precisamente, quando os limites da técnica psicanalítica já não são os mesmos previstos pelo criador da psicanálise?

Se esta questão se repete e concerne a tantos psicanalistas, eles certamente têm razão em escutá-la. Uma grande parcela dos pensadores atuais da psicanálise se esforça para melhor compreender os modos de subjetivação contemporâneos, que por vezes revelam um funcionamento psíquico pouco contemplado pelos textos clássicos da psicanálise². Alguns consideram que são modos de subjetivação novos, outros sustentam que certos aspectos do funcionamento psíquico apenas se tornaram mais expressivos, ou que esse tipo de paciente contemporâneo, que dificilmente se encaixa no modelo da histeria proposto por Freud, sempre existiu, mas em menor número. Há ainda autores, como Green (1990), por exemplo, que indicam que a mudança talvez se situe mais na escuta do analista do que no modo de funcionamento psíquico do analisando. Seja como for, eles estão chegando nos ambulatórios públicos e consultórios particulares com uma demanda de análise e merecem que os psicanalistas os acolham da melhor maneira possível. Por esta razão, dado que o manejo técnico nem sempre parece incidir sobre esses modos de subjetivação como o esperado, os analistas têm se visto incitados, com bastante frequência, a pensar e repensar estratégias técnicas, assim como os próprios fundamentos teóricos de sua prática.

Por vezes, este impasse da clínica psicanalítica atual parece se revestir de uma aura catastrófica, como se uma falha da técnica psicanalítica coincidissem com um colapso da psicanálise como um todo. Frente a esta pretensa ameaça, os analistas ora se aferram ao que Freud ou outros disseram, ora recorrem a pensadores da psicanálise que fizeram contribuições técnicas distintas das de Freud, e ora suportam esta suspensão de saber e se fiam na relação transferencial para tentar traçar novos caminhos para a técnica psicanalítica. Talvez estas diferentes posições não sejam tão incompatíveis assim, e se possa, a um só tempo, recorrer a Freud, a outros pensadores da psicanálise e à própria prática clínica, no intuito de transformar uma aparente falta de mapa num mapeamento, de reverter os descaminhos num caminhar.

Voltando a Freud, percebe-se que, com ele, não foi muito diferente. Há um vagar, uma errância, que compõem o próprio processo do psicanalisar. As técnicas foram o resultado da audácia freudiana, de sua intensa pesquisa clínica, e não devem ser tomadas como uma regra estrita, uma limitação à experimentação clínica.

² No contexto da produção nacional, ver Verztman *et al.*, 2012 e Birman, 2012.

Nesse sentido, retomar o caminho, com tantos desvios, percorrido por Freud é uma tentativa não de se ater às fronteiras estabelecidas por ele, mas de recuperar a liberdade de caminhar sobre a qual ele construiu a psicanálise. Porque o que define a psicanálise não é tanto esta ou aquela técnica específica, mas o primado da clínica psicanalítica e do que ali ocorre sobre qualquer aquisição técnica ou teórica. É evidente que, para que possa ser chamada de psicanalítica, esta clínica precisa preservar alguns elementos teóricos e técnicos fundamentais – como a transferência, por exemplo. Isto não impede que a psicanálise tenha sido concebida como um sistema aberto, variável segundo as exigências da clínica.

O objetivo deste artigo é realizar uma revisão teórica das propostas técnicas freudianas para, explicitando o aspecto processual e aberto da criação da técnica psicanalítica, encorajar os psicanalistas de hoje a se servirem das asserções freudianas, não apenas como alternativas de técnicas a serem imediatamente adotadas, mas também como convites à abertura de novos caminhos para a técnica psicanalítica.

MÉTODO CATÁRTICO

Em 1895, Freud publica com Breuer sua primeira hipótese etiológica para a histeria. Segundo eles, os sintomas histéricos derivam de um evento traumático ao qual não foi possível reagir adequadamente, o que impediu a descarga do afeto, além de ter levado as representações a ele atreladas a serem recalçadas, ou seja, excluídas do pensamento consciente devido a uma incompatibilidade com ele. O componente afetivo, por sua vez, dirigiu-se a uma parte do corpo e se converteu em sintomas. Como o afeto não foi descarregado, a sua lembrança correlativa, concernente ao evento traumático e já destacada da cadeia de representações conscientes, continua alimentando a produção sintomática, o que justifica a famosa formulação segundo a qual “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (BREUER e FREUD, 1895 [1893-95], p. 43).

Ao versar sobre a psicoterapia, Freud (1895*d*), corroborando os pressupostos do método catártico de Breuer, constata que sempre que é possível esclarecer com detalhes a lembrança desencadeadora dos sintomas, assim como despertar o afeto a ela ligado, ocorre uma tradução do afeto em palavras que redundam no desaparecimento dos sintomas histéricos. Ele reitera, conseqüentemente, a dupla proposta do procedimento psicoterapêutico de dar fim ao afeto retido na representação e inserir esta última na cadeia associativa da consciência ou eliminá-la por meio da sugestão.

Freud e Breuer, nessa época, recorriam à hipnose em suas clínicas, o que apresentava a vantagem de facilitar o acesso às lembranças traumáticas, de forma a propiciar a ab-reação do afeto, o efeito catártico, e a conseqüente remissão dos sintomas. Uma vez que não se havia dado uma reação proporcional ao acontecido na

cena original, a hipnose fornecia a oportunidade de, por meio da recordação do evento, se abrir uma via de descarga do afeto atrelado à lembrança patogênica. Esta descarga denomina-se ab-reação, e o seu efeito chama-se catártico. A catarse do afeto é o principal objetivo desta psicoterapia, pois essa purgação do quantum anteriormente convertido nas inervações do corpo leva à supressão dos sintomas histéricos.

Depois de oscilar durante alguns anos entre dois usos distintos da hipnose – um em que convencia o paciente hipnotizado de que ele não era portador de nenhum sintoma histérico, e outro em que pretendia resgatar as lembranças causadoras das complicações de que o paciente sofria³ – Freud resolveu abandonar esse instrumental⁴. O impasse que suscitou essa atitude foi a observação de pacientes que não eram hipnotizáveis, apesar de parecerem responder ao mecanismo psíquico da histeria. Sem poder contar com a hipnose para lhes ampliar a capacidade mnemônica, e assim aceder às reminiscências patogênicas, Freud se deparou com a resistência que seus pacientes apresentavam, quanto a permitir a emergência de tais lembranças na consciência. Tal força psíquica que trabalhava contra a recuperação da perturbação provavelmente seria a mesma que atuou nas circunstâncias das cenas traumáticas e engendrou o quadro sintomático. O que equivale a dizer que a resistência notada por Freud na vigília de seus pacientes seria a mesma força que, quando do acontecimento dos traumas, efetuou a repulsão das representações desagradáveis para fora da cadeia consciente de pensamentos.

É acrescentando a idéia de *repressão laboriosa*⁵ como determinante do estado histérico que Freud colabora com os ensinamentos de Breuer. Ele traz à tona, dessa maneira, uma economia psíquica⁶ que tem o eu como o agente de censura às representações inconciliáveis com os pensamentos conscientes. A instauração da histeria é devida, segundo esse ponto de vista, aos mecanismos de defesa acionados pelo eu, em sua dupla manifestação: como repulsa que recalca as representações da consciência e da memória, e como resistência que impede o ressurgimento, no âmbito da consciência, dessas representações. Ao terapeuta cabe, por conseguinte, se contrapor à resistência imposta por essa obstinação defensiva do eu.

³ Ver Freud, 1892-93.

⁴ Este passo foi fundamental, pois “a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose” (Freud, 1914d, p. 26).

⁵ A *repressão laboriosa* é o afastamento das idéias patogênicas da cadeia associativa do *eu normal* (Freud, 1895d).

⁶ Neste capítulo, *A psicoterapia da histeria* (1895d), que Freud assina sozinho, ele reorganiza a dinâmica afetiva, delineando noções extremamente relevantes, como *resistência*, *recalcamento*, *transferência*, e *defesa*.

INTERPRETAÇÃO

Anos mais tarde, substituiu-se a hipnose pela regra fundamental da associação livre, e somou-se a esta, a interpretação dos sonhos. O resultado foi a inauguração de um manejo técnico bastante original, denominado psicanálise.

Já a partir de 1900, com a publicação de *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900a), deu-se um certo deslocamento de foco na abordagem da clínica. Nos *Estudos sobre a histeria* (BREUER e FREUD, 1895d), o método catártico, como o próprio nome já indica, estava atento de forma privilegiada à economia afetiva do paciente. O método psicanalítico, por sua vez, na medida em que investe numa decifração dos conteúdos representacionais, direciona o seu olhar revelador para os recônditos do inconsciente, deixando em segundo plano suas conseqüências afetivas. A catarse do afeto perde o reinado para a interpretação das representações.

Livres para falarem o que lhes viesse à cabeça, os pacientes relatavam sonhos, cujos conteúdos deformados induziram Freud a supor conteúdos latentes por trás dos manifestos. Foi assim que o desejo passou a figurar como um dos pólos do conflito defensivo⁷, e o sonho foi definido como “uma realização (disfarçada) de um desejo (suprimido ou recalcado)” (FREUD, 1900a, p. 193). O disfarce do conteúdo manifesto era imposto justamente pela censura do eu – o outro pólo do conflito –, que somente permitia que o desejo inconsciente surgisse na consciência após sofrer deformações. Ao estudar os sonhos, Freud instituiu a chamada primeira tópica, e elucidou o funcionamento do inconsciente, suas leis e princípios. A interpretação dos sonhos foi decretada “a via real para o conhecimento das atividades da vida anímica” (FREUD, 1900a, p. 634), sendo, por esse motivo, incorporada como um importante artifício técnico.

Em 1905, veio a público o *Fragmento da análise de um caso de histeria* (FREUD, 1905e [1901]), o primeiro tratamento exclusivamente psicanalítico, redigido entre dezembro de 1900 e janeiro de 1901, no qual Freud intentou validar suas hipóteses acerca da histeria, assim como expor a peculiaridade de seu método terapêutico, já calcado na interpretação dos sonhos e na associação livre⁸. A terapia é aqui definida como uma tradução de representações recalcadas em *representações normais*, conscientes⁹.

O caso Dora, como é conhecido no meio psicanalítico, lança luz sobre os temas da sexualidade e da transferência. A sexualidade, como força impulsora de

⁷ Laplanche e Pontalis, 1982, p. 113.

⁸ Roudinesco e Plon, 1998, p. 50-51.

⁹ Note-se que, em 1895, Freud menciona a tradução do afeto em representação e, em 1905, a tradução é de um tipo de representação – recalcada – para outro tipo de representação – *normal*, consciente. Apesar da palavra *tradução* permanecer, o acento inicialmente recaía sobre o afeto, e posteriormente, sobre a representação, o que revela a mudança de perspectiva.

todos os sintomas, é alçada à “chave do problema” das neuroses em geral¹⁰, sendo os fenômenos patológicos a “atividade sexual do doente”¹¹ (FREUD, 1905e, p. 110). A transferência, por seu turno, torna-se uma exigência indispensável, além do aspecto mais difícil da análise.

MÉTODOS PSICANALÍTICO

O método psicanalítico de Freud (FREUD, 1904a [1903]) detalha a tarefa da psicanálise: eliminar as amnésias, preencher todas as lacunas da memória, de forma que o esclarecimento dos enigmas evite a perduração e a reprodução do quadro patológico; desfazer todos os recalcamientos; superar as resistências e viabilizar o acesso ao inconsciente. Pondera Freud, no entanto, que tal organização psíquica não é encontrável, e apenas muito raramente a terapia se aproxima destes parâmetros. O sucesso do tratamento psicanalítico jaz não na obtenção de resultados impossíveis como os descritos acima, mas na recuperação da “capacidade de rendimento e de gozo”¹² (FREUD, 1904a, p. 239), ou ainda, retomando os *Estudos sobre a histeria* (FREUD, 1895d, p. 316), na transformação do “sofrimento histérico numa infelicidade comum”. Não se trata de abolir a dimensão conflitual da vida psíquica e se livrar dos sofrimentos decorrentes dela¹³. É possível conviver com alguma conflitualidade, com uma infelicidade comum, já que são admitidos o rendimento e o gozo. Mesmo alguns sintomas são toleráveis, desde que sejam esvaziados de seu potencial patogênico, e não atrapalhem em demasia o indivíduo em sua vida prática. Enfim, a terapia ambiciona simplesmente uma “significativa melhora do estado psíquico geral” (FREUD, 1904a, p. 239). Para tanto, Freud (1905a [1904], p. 246) considera o seu método psicoterápico o mais adequado, pois “é o mais penetrante, o que chega mais longe, aquele pelo qual se consegue a transformação mais ampla do doente”.

¹⁰ O conflito, de ordem sexual, que está na base das neuroses é travado entre a libido e a rejeição da sexualidade, como é evidenciado em *Psicanálise ‘silvestre’* (Freud, 1910k, p. 235).

¹¹ Em *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (Freud, 1910d, p. 153), estes fenômenos são entendidos como satisfações substitutivas de pulsões sexuais, o que está de acordo com essa afirmação.

¹² Na vigésima oitava de suas conferências introdutórias, Freud explicita melhor essa idéia. A capacidade de rendimento, ou seja, a eficiência, consiste na disponibilidade de energia livre, e o gozo, ou capacidade de aproveitar a vida, nada mais é do que a possibilidade de investir em novos objetos, ao invés de desperdiçar um montante exagerado de energia para manter os recalcamientos (Freud, 1916-17 [1915-17], p. 454).

¹³ Em 1937, a despeito de uma série de re-transcrições teóricas, a proposta da terapia psicanalítica continua muito próxima desta. Freud escreve: “Nosso objetivo não será dissipar todas as peculiaridades do caráter humano em benefício de uma ‘normalidade’ esquemática, nem tampouco exigir que a pessoa que foi ‘completamente analisada’ não sinta paixões nem desenvolva conflitos internos. A missão da análise é garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego” (Freud, 1937c, p. 266-267).

O processo terapêutico divide-se em duas partes inter-relacionadas: de um lado, o psicanalista oferece ao paciente uma *idéia antecipadora consciente*, que não passa de uma amostra do que ele supõe estar recalcado; de outro, o paciente, auxiliado por esta idéia, busca uma outra similar em seu inconsciente. Em suma, o psicanalista infere e diz, e o paciente elabora a partir disso. Para esse trabalho em duas vias não recair no efeito contrário do esperado, e terminar por exacerbar o sofrimento do paciente, este já deve estar bastante próximo do conteúdo recalcado, assim como ter uma ligação transferencial consistente com o analista, para o caso de precisar se refugiar nessa relação (FREUD, 1910d).

Um exame mais aprofundado da transferência (FREUD, 1912b, 1912e, 1913c, 1915a [1914]), levado a cabo no período da escrita dos textos técnicos, apontou o manejo da transferência como o maior desafio com que se depara o analista. Para este, o amor transferencial consiste não apenas numa importante arma de combate às resistências, como também na aquisição de uma influência sugestiva, por meio da qual incita o paciente a prosseguir com a elaboração psíquica. Em 1913, Freud esclarece esse ponto. A força motivadora que joga a favor da terapia é o sofrimento e o desejo de cura do paciente – acrescidos de um fator de menor poder, que é o seu esforço intelectual. Estes elementos devem acompanhar todo o tratamento, mas sofrem prejuízo de sua intensidade por causa do *lucro secundário da doença*, ou mesmo em função de melhoras. De toda maneira, esta força motivadora não é suficiente para vencer a neurose porque não sabe que direção seguir, e também porque não é páreo para a intensidade das resistências. A transferência entra, então, com a sua contribuição, pois mobiliza energias e fortalece a oposição à resistência¹⁴. Quanto aos caminhos a percorrer, o atalho é aberto a partir das *idéias antecipadoras conscientes* do analista, proferidas no momento correto (FREUD, 1913c).

Ao avaliar as transformações da técnica, Freud (1914g) destaca que foi abandonada a especificidade da cena traumática como foco de investigação, para que emergissem os mais diversos conteúdos inconscientes. As associações livres, ao tropeçarem em vazios de memória, davam pistas do recalcado, ao passo que a interpretação decifrava as resistências e apontava o rumo da elaboração psíquica. Não obstante as variações, Freud afirma que o objetivo da técnica permanece o mesmo. “Descritivamente falando, trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão” (FREUD, 1914g, p. 163). Também o eu conserva o papel de agente do recalçamento e da anticatexia que o alimenta, tal como já era pensado em 1895. Porém, quase duas décadas mais tarde, o enfrentamento da resistência imposta pelo eu ao restabelecimento não se faz pela insistência do analista em aceder ao material recalcado que estaria na raiz dos sintomas. Em vez disso, o

¹⁴ A transferência, essa sim, é “o mais poderoso móvel” do progresso do tratamento (Freud, 1916-17 [1915-17], p. 444).

paciente fala livremente e dá nascimento ao amor transferencial. Os conteúdos revelados pelas associações livres e traduzidos pela interpretação respondem pelo preenchimento das lacunas da memória, enquanto a transferência transpõe as resistências¹⁵. A conclusão desse processo liberta o paciente de seus recalamentos e dos imperativos do princípio de prazer, tornando-o capaz de investir na realidade, a libido antes represada na fantasia¹⁶.

REPETIÇÕES E RESISTÊNCIAS

Com a publicação de *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920g), e a virada para a segunda tópica, a dinâmica clínica teve que ser repensada, e o foi a partir de uma revisão teórica da compulsão à repetição, citada pela primeira vez no texto *Recordar, repetir, elaborar* (FREUD, 1914g). Neste texto mais antigo, Freud adverte que, ao invés de recordar o material psíquico esquecido, os pacientes muitas vezes o repetem, o atuam, isto é, o reproduzem como ação. Esta repetição é uma maneira de resistir, que deve ser convertida em lembrança. Para a repetição se tornar uma recordação, o analista conta com o manejo da transferência e a elaboração das resistências. É apenas em *O estranho* (FREUD, 1919h) que a repetição assumirá sua feição mais diabólica, ao ser contaminada pela pulsão de morte. Em *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920g), Freud se debruça ainda mais no estudo de exemplos em que se verifica a compulsão a repetir experiências desagradáveis. Recolhe, nos fenômenos transferenciais dos neuróticos, nas brincadeiras infantis, na recorrência de determinadas fatalidades a pessoas comuns, e nos sonhos traumáticos, indícios para a dedução da existência de algo “mais primitivo, mais elementar e mais instintual do que o princípio de prazer” (1920g, p. 34), isto é, a pulsão de morte. Com a revelação dessa nova força, a técnica psicanalítica se reformula.

Sem mencionar o próprio redimensionamento tópico, que retira a prioridade da separação entre os registros inconsciente e pré-consciente–consciente, para dar maior relevância à distinção entre eu, isso e supereu. As resistências são redistribuídas por essas três instâncias. Ao lado do ganho secundário da doença¹⁷, que é uma resistência

¹⁵ A própria transferência é, contudo, uma resistência ao tratamento, pois surge em lugar de um material recalcado relevante para a solução da neurose. É exatamente quando este conteúdo está em vias de emergir na consciência que se estabelece o laço transferencial (Freud, 1912b).

¹⁶ A vida erótica dos neuróticos é marcada pela frustração dos investimentos na realidade externa e o conseqüente escoamento da libido no universo fantasmático. Esta é, inclusive, a explicação da predisponibilidade dos neuróticos ao amor transferencial. O analista é apenas o receptor desse investimento iminente, que busca novos personagens para inserir nas “séries psíquicas” do paciente (Freud, 1912b).

¹⁷ O ganho secundário da doença são as vantagens sociais e emocionais adquiridas pelo paciente em função da doença. Alguns exemplos são: a desobrigação de prestar serviço militar; a possibilidade de encobrir alguma limitação profissional; um meio de fazer valer, sobre os outros, a própria vontade; e a manipulação das pessoas (Freud, 1926e, p. 215).

facilmente conhecida, por estar muito próxima da consciência, acham-se resistências mais profundamente arraigadas. O recalçamento e a anticatexia que o alimenta são, como já sabido, provenientes do eu (FREUD, 1926e) ou, mais precisamente, da porção inconsciente do eu, levada em consideração por Freud apenas a partir de 1920¹⁸. A resistência oriunda do isso se faz sentir não só na adesividade da libido – sua incapacidade de abandonar seus objetos e seguir novos rumos – como na mobilidade libidinal excessiva – uma troca bastante acelerada de objetos e caminhos de investimento, que torna rapidamente obsoletas as conquistas da análise. É o isso que está por trás da *inércia psíquica* de pacientes que agem como se tivessem esgotado sua plasticidade, e hesitam muito antes de conseguirem enveredar pelas trilhas pulsionais sinalizadas pela terapia. Outra poderosa fonte de resistência ao tratamento analítico – o maior limite com que se depara a psicanálise – é o comportamento das pulsões de vida e de morte. Dependendo de sua fusão ou desfusão, elas imprimem marcas distintas no aparelho psíquico (FREUD, 1937c).

No *setting*, muitas vezes o analista se vê prisioneiro de uma impressão de que alguma força potente se opõe ao restabelecimento do paciente. Uma parcela dessa força pode ser identificada na punição e no sentimento de culpa, resistências impostas pelo supereu. Mas além dessa parcela reconhecível, há cotas presas a outros locais, ou mesmo livres. Elas podem ser discernidas no masoquismo de alguns, na reação terapêutica negativa¹⁹, e em diversos fatos da vida mental dita normal. Estes são indícios de que há fenômenos que estão para além do princípio do prazer, que endossam a existência da agressividade, da destruição, da pulsão de morte (FREUD, 1937c).

LIMITES DA TÉCNICA PSICANALÍTICA

Já consolidada a hipótese desta nova dualidade pulsional, há um novo esforço de definição da meta da terapia analítica. Existem duas compreensões alternativas. Uma em que se nota que o paciente se livrou de seus sintomas, ansiedades e inibições, e que o analista supõe que o percurso já coberto impossibilita a repetição do processo patológico. Outra em que se percebe que a análise já fez o máximo possível, e

¹⁸ Antes de 1920, havia uma coincidência entre sistema pré-consciente/consciente e eu. Por esse motivo, falava-se de uma incompatibilidade entre as representações inconscientes e as representações conscientes e coerentes do eu. A conflitualidade assim demarcada entre inconsciente e eu tinha como destino o recalçamento do conteúdo incompatível e o acionamento dos inúmeros mecanismos de defesa. Todavia, restava a dúvida de como esses processos instaurados pelo eu – o recalçamento e a anticatexia que o alimentava – não eram conhecidos à consciência. A solução encontrada por Freud, entre 1920 e 1923, foi atribuir ao eu uma porção inconsciente, mas distinta do recalçado.

¹⁹ No capítulo V de *O ego e o id* (1923b, p. 62), Freud explica a reação terapêutica negativa como uma piora do quadro clínico depois de alguma observação do analista, tendo como conteúdo uma esperança de cura ou uma constatação a respeito do progresso do tratamento.

proporcionou tantos benefícios para o paciente, que este parece tão estável como seria se todos os recalcamientos houvessem sido suspensos e todas as lacunas de memória, preenchidas. Com estas definições de conclusão de análise, Freud mergulha num questionamento sobre o término do tratamento (FREUD, 1937c).

Delimita três variáveis de suma importância para o sucesso ou fracasso da terapia analítica: o caráter traumático dos sintomas, as forças pulsionais e as alterações do eu. Se a neurose tem como principal motivo um trauma adquirido – o que ocorre geralmente na infância – a psicanálise está em seu campo mais favorável, pois cabe a ela somente induzir a repetição desse trauma na transferência, e dar-lhe um novo desfecho.

Os dois outros fatores – forças pulsionais e alterações do eu – podem ser explicados conjuntamente. Trata-se de como se efetua a distribuição da libido, e dos efeitos da intensidade das exigências do isso sobre a configuração do eu. Dentre esses efeitos, se encontram não apenas os recalcamientos, mas os mecanismos de defesa em geral. Este embate de forças entre as exigências do isso e as resistências do eu constitui o fator econômico na causação da doença, que Freud afirma já ter sido muitas vezes desconsiderado em prol das abordagens topográfica e dinâmica²⁰.

Dentre as alterações do eu, as adquiridas são as mais fáceis de se tratar. Elas se deram durante o início da vida, quando o eu se empenhava por atender ao isso, segundo o princípio de prazer e, ao mesmo tempo, se proteger do mundo externo. Mas, no curso dessa mediação, ocorre que, inicialmente, o eu acione uma defesa contra o isso, tratando suas exigências de satisfação como perigos externos. O eu não fez mais do que pôr em funcionamento os mecanismos de defesa para evitar perigos, ansiedades e desprazer. Mas os próprios mecanismos de defesa oferecem sérios riscos: podem implicar num gasto muito alto de energia ou em restrições ao eu, que fica limitado pelos padrões de condução na vida que compõem a atitude defensiva. Como resultado da aderência destes mecanismos ao eu, mesmo após a obsolescência das dificuldades prévias, a postura defensiva continua. Para justificar essa insistência na defesa, o eu procura na realidade um substituto dos primeiros perigos, que possa ser revestido da mesma roupagem ameaçadora. As neuroses derivam dos mecanismos de defesa do eu exatamente devido a essa alienação em relação ao mundo externo e a esse desperdício de libido no universo fantasmático.

A tarefa analítica divide-se, conseqüentemente, entre o eu e o isso: tem-se que se desfazer, ao menos em parte, dos mecanismos de defesa, e revelar o que se esconde no isso, ou seja, tornar conscientes fragmentos do isso e editar aspectos do eu. Ou ainda, trazer à luz as moções de desejo que exigem realização, e aumentar a

²⁰ É curioso que Freud não faça referência à pulsão de morte ao expor as variáveis determinantes do tratamento analítico. Apenas mais adiante no texto, quando recenseia as resistências, menciona a participação dessa força pulsional.

plasticidade do eu. Na contra-corrente desse esforço psíquico, encontram-se as resistências, sendo a mais poderosa delas a resistência da pulsão de morte. Esse “elemento de agressividade livre” (FREUD, 1937c, p. 261), essa tendência ao conflito que é a destrutividade, contribui para a conflitualidade tanto ou mais do que a disputa de forças entre o eu e o isso.

CONSTRUÇÕES EM ANÁLISE

Construções em análise (FREUD, 1937d) é o último artigo sobre técnica escrito por Freud, e tem como tema o trabalho de construção que o analista faz a partir de fragmentos recordados, das associações, ou mesmo dos comportamentos do paciente. Em geral, Freud tendeu a abordar mais as interpretações do analista, referentes a algum elemento isolado do material, mas ressalta que a construção é um termo mais adequado, pois se refere a um fragmento esquecido da história primitiva do analisando.

A construção parte do pressuposto de que, no que tange ao psiquismo, nada é destruído completamente, todos os elementos essenciais se preservam, de modo que fica a cargo da análise trazê-los à tona, ao conhecimento consciente. Isto se faz por meio das construções que são informadas ao paciente, para que ele as elabore. Então, recomeçam as construções. Neste movimento de vai-e-vem entre as partes da relação analítica, prossegue a terapia. Diferentemente do outro texto publicado no mesmo ano, *Análise terminável e interminável* (FREUD, 1937c), que sublinha a oscilação entre o eu e o isso, este artigo dá relevo ao revezamento dos pólos do par transferencial.

Um dos aspectos mais interessantes deste texto é que a elaboração psíquica assume o auge de sua autonomia, tornando-se independente da recordação. Freud observa que, teoricamente, deveria haver uma linha que partisse da construção do analista para a recordação do paciente, mas, em geral, não é o que acontece. Ao invés da recordação do recalcado, se produz no analisando uma convicção de que a construção é verdadeira, o que tem os mesmos efeitos do que se a lembrança tivesse emergido. Esse reposicionamento de Freud frente à clínica é extremamente valioso, pois faz da técnica não mais um instrumental para se desvendar segredos ou se descobrir representações escondidas. O objetivo é construir, junto com o paciente, um sentido. Ao invés de descobrir, construir. Ao invés de representar, criar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este breve apanhado das aproximações de Freud à técnica psicanalítica serve como ponto de partida para os impasses contemporâneos da psicanálise. A despeito da

clínica freudiana ser formada predominantemente por neuróticos, o que a distingue de uma parcela considerável da clínica atual, as indicações de Freud são extremamente enriquecedoras para o atendimento de outros modos de subjetivação. Não se considera que a clínica com não-neuróticos dispense o recurso às observações freudianas. Pelo contrário. Todavia, uma das grandes exigências da psicanálise atual consiste em acrescentar criações técnicas às freudianas. Espera-se do analista de hoje que ele seja capaz de se orientar pela relação transferencial, a fim de eleger o manejo que melhor se combine ao momento da análise, sem descartar *a priori* nem o recurso a técnicas já descritas por outros analistas, nem a possibilidade de ficar temporariamente perdido, e aberto para que se tracem outros caminhos. O tato e a elasticidade da técnica, postulados por Ferenczi, figuram como uma condição *sine qua non* da clínica atual, e são inseparáveis de uma elasticidade da escuta do analista. Green sublinhou que os analistas de hoje escutam de forma diferente. O ideal seria ampliar a escuta, ao invés de fazer com que as modalidades de escuta apenas se substituam umas às outras. A elasticidade passa a ser um traço indispensável do analista contemporâneo, já que se verifica uma variação histórica dos modos de subjetivação e das modalidades de escuta. Ademais, não se deve esquecer que, em última instância, cada processo analítico, e mesmo cada sessão, são únicos. O futuro da psicanálise depende, cada vez mais, da abertura da sensibilidade e da ousadia técnica e teórica dos analistas. Assim se podem preservar o frescor da clínica e a sua dimensão processual, o que implica, inclusive, a construção perpétua da técnica psicanalítica.

Freud interrompe a sua criação da técnica psicanalítica tratando do fim da análise e das construções: ele tenta delimitar o alcance da técnica psicanalítica e convida os analistas a superarem os limites da interpretação, lançando mão de construções. No que tange à própria técnica psicanalítica, no entanto, parece tratar-se de uma construção sem fim.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J. (2012) **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

BARBOSA, M. T. **A prática psicanalítica como criação de um si**. (Dissertação de mestrado em Teoria Psicanalítica). PPGTP/UFRJ, 2007.

FERENCZI, S. (1928a) “A elasticidade da técnica psicanalítica”. In: **Escritos psicanalíticos 1909-1933**. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1988, p. 301-312.

FREUD, S. (1892-93) Um caso de cura pelo hipnotismo. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume I, p. 159-170.

_____. (1900a) A interpretação dos sonhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volumes IV e V.

_____. (1904a [1903]) O método psicanalítico de Freud. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume VII, p. 236-240.

_____. (1905a [1904]) Sobre a psicoterapia. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume VII, p. 244-254.

_____. (1905d) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume VII, p. 128-229.

_____. (1905e [1901]) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume VII, p. 19-116.

_____. (1910d) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XI, p. 147-156.

_____. (1910k) Psicanálise ‘silvestre’. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XI, p. 233-239.

_____. (1911e) O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XII, p. 101-106.

_____. (1912b) A dinâmica da transferência. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XII, p. 111-119.

_____. (1912e) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XII, p. 125-133.

_____. (1913c) Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XII, p. 139-158.

_____. (1914a) Fausse reconnaissance ('déjà raconté') no tratamento psicanalítico. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XIII, p. 207-212.

_____. (1914d) A história do movimento psicanalítico. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XIV, p. 18-73.

_____. (1914g) Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XII, p. 163-171.

_____. (1915a [1914]) Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XII, p. 177-188.

_____. (1916-17 [1915-17]) Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII: Transferência. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XVI, p. 433-448.

_____. (1916-17 [1915-17]) Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVIII: Terapia analítica. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XVI, p. 449-463.

_____. (1918b [1914]) História de uma neurose infantil. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XVII, p. 13-127.

_____. (1919a [1918]) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XVII, p. 173-181.

_____. (1919h) O estranho. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XVII, p. 237-269.

_____. (1920g) Além do princípio do prazer. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XVIII, p. 17-75.

_____. (1923b) O ego e o id. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro, Imago, 1996. Volume XIX, p. 27-71.

_____. (1925d [1924]) Um estudo autobiográfico. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XX, p. 15-72.

_____. (1926e) A questão da análise leiga. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XX, p. 179-240.

_____. (1933a [1932]) Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XXII, p. 135-154.

_____. (1937c) Análise terminável e interminável. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XXIII, p. 231-270.

_____. (1937d) Construções em análise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume XXIII, p. 275-287.

FREUD, S.; BREUER, J. (1895 [1893-95]) Estudos sobre a histeria. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Volume II.

GREEN, A. (1990) **La folie privée**. Paris : Gallimard, 2006.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-P. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. (1997) **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

VERZTMAN, J.; HERZOG, R.; PINHEIRO, T.; PACHECO-FERREIRA, F. (orgs.) (2012) **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ; Brasília, DF: CAPES PRODOC.