

## 2

### Freud e seu método

Temos como objetivo, neste primeiro capítulo, examinar o percurso que Freud percorreu desde o período anterior à criação e o estabelecimento de seu método até seus últimos trabalhos, nos quais o tema da técnica é retomado para dar conta também das mudanças ocorridas ao longo dos anos na cena analítica. Tais mudanças deram-se, sobretudo, após o advento de conceitos como a pulsão de morte e a 2ª tópica. Em uma última parte neste capítulo, faremos uma conexão entre o dispositivo técnico elaborado por Freud para o conhecimento e o tratamento das afecções neuróticas e a pesquisa em psicanálise, assunto que será retomado com maior extensão e profundidade na conclusão desta dissertação.

Ao longo de sua produção, tanto oral quanto escrita, Freud refere-se por vezes à profissão que ele criou como um método (Freud, 1904), um procedimento de investigação (Freud, 1923) ou uma técnica de tratamento (Freud, 1905; 1910a; 1912b). Ele não explicitou, porém, qual seria a distinção entre estes termos, ou mesmo se haveria alguma. No entanto, toda pesquisa – tenha ela um compromisso científico ou não – depende de uma metodologia. Para examinar a evolução e o desenvolvimento da técnica psicanalítica como parte do método de pesquisa em Psicanálise, utilizaremos a definição do termo *método* como sendo “um conjunto de procedimentos racionais, baseados em regras, que visam atingir um objetivo determinado” (Japiassú, M, Marcondes. D, 2001, p. 181). Já o termo *técnica* será entendido, de acordo com os mesmos autores, como

“conjuntos de regras práticas ou procedimentos adotados em um ofício de modo a se obter os resultados visados (...), em um sentido derivado sobretudo da ciência moderna, aplicação prática do conhecimento científico teórico a um campo específico da atividade humana” (Japiassú & Marcondes, 2001, p.258).

A dimensão técnica da Psicanálise foi apontada por Freud como uma importante marca de sua criação. A perspectiva freudiana a este respeito encontra-se exposta de maneira particularmente precisa na conhecida definição da psicanálise apresentada em um verbete enciclopédico. A Psicanálise, segundo este texto, seria: (1) um procedimento de investigação dos processos anímicos de

difícil acesso por outras vias; (2) um método de tratamento fundado nesta investigação; e (3) um corpo teórico decorrente deste procedimento, o qual paulatinamente se configurou como uma nova disciplina científica (Freud, 1923). Esta é uma das mais claras definições da Psicanálise que Freud escreveu, e permanece até hoje como um texto de referência e consenso sobre a prática psicanalítica, talvez por definir sua criação exatamente em função de um método que possibilita a terapêutica e a construção de uma teoria, e não em função do conteúdo conceitual da psicanálise.

A terapêutica e a teoria seriam consequência deste método, o que implica que a prioridade da psicanálise não se resumiria ao tratamento que ela oferece às afecções psíquicas. Desta definição decorre também que a invenção freudiana, o que define a psicanálise, é a invenção de um método, um procedimento de exploração novo que tem a capacidade de conduzir o pesquisador/psicanalista a uma realidade despercebida, e não a novas explicações de uma mesma realidade (Laplanche, 2003). Jean Laplanche assim se expressa a respeito desta definição:

“a invenção de Freud é, pois, a invenção de um método. Sua descoberta é a do inconsciente real, separado, e não imanente no âmago da consciência. O método, por sua vez, divide-se essencialmente em dois aspectos: regra fundamental e situação analítica. No artigo acima citado, que *define* a ‘psico-análise’, é a regra fundamental que vem em primeiro lugar” (Laplanche, 2003, p. 359)

Entretanto, vale a pena notar que o tema da técnica psicanalítica aparece relativamente pouco nos trabalhos de Freud. Como nos lembram Lohser e Newton, em meio século de trabalho clínico o metapsicólogo publicou cerca de 300 textos (entre 1895 e 1937). De todos estes escritos psicanalíticos, somente 20 artigos são dedicados à questão de quais princípios deveriam guiar o analista na condução de um tratamento (Lohser e Newton, 1996), sendo que apenas alguns poucos textos são originais e explícitos em sua instrução técnica. Este levantamento, no entanto, não inclui os estudos de caso, onde o propósito principal do autor era provar a validade científica de suas hipóteses, e não demonstrar seu método.

De acordo com estas obras, a técnica psicanalítica corresponderia ao conjunto de procedimentos clínicos, terapêuticos e interpretativos de intervenção que permitiriam definir o quadro do tratamento psicanalítico (Roudinesco e Plon, 1998). Tal conjunto de procedimentos foi formalizado, de certo modo, entre 1911

e 1915 em uma série de seis textos que ficaram conhecidos como os “Artigos sobre a técnica psicanalítica”, ou “escritos técnicos”. No volume XII das Obras Completas de Sigmund Freud (2006), onde figuram estes artigos, James Stratchey inclui um apêndice aos trabalhos sobre a técnica psicanalítica, no qual apresenta uma lista de escritos freudianos que versam predominantemente sobre a técnica da psicanálise e a teoria da psicoterapia. Ali estão enumerados outros tantos textos que viriam se juntar aos conselhos sobre a técnica psicanalítica, incluindo não só artigos escritos por Freud para publicação como comunicações em congressos. É o caso, por exemplo, da apresentação feita pelo austríaco na abertura do 2º Congresso Internacional de Psicanálise (Nuremberg, 1910), com o nome de “As perspectivas futuras da terapia psicanalítica”, além de conferências, como a 27ª e 28ª das “Conferências de introdução à psicanálise”, em 1916.

Este levantamento realizado por Stratchey abrange não só textos psicanalíticos de Freud, mas também escritos que datam de antes da criação da psicanálise, e que tratam essencialmente da hipnose e da sugestão. Se considerarmos apenas os artigos posteriores a 1900, teremos mais 15 trabalhos dedicados exclusivamente à técnica psicanalítica. São eles: 1) a primeira parte do capítulo II da “Interpretação dos sonhos”, de 1900; 2) o capítulo IV do “Fragmento de análise de um caso de histeria”, de 1905; 3) “As perspectivas futuras da terapia psicanalítica”, de 1910; 4) “Sobre a psicanálise ‘silvestre’”, também de 1910; 5) “Sobre a *fausse reconnaissance* (*‘déjà raconté’*) no curso do trabalho psicanalítico”, de 1914; 6) Conferências de introdução à psicanálise, 27 e 28, de 1916-17; 7) “Novos caminhos da terapia psicanalítica”, de 1919; 8) Capítulo III de *Mais além do princípio do prazer*, de 1920; 9) “Observações sobre a teoria e a prática da interpretação dos sonhos”, de 1923; 10) Capítulo V de *Podem os leigos exercer a psicanálise?*, de 1926; 11) Última parte da 34ª das *Novas conferências de introdução à psicanálise*, de 1933; 12) “Análise terminável e interminável”, de 1937; 13) “Construções em análise”, também de 1937; 14) Capítulo VI do *Esboço de Psicanálise*, publicado postumamente em 1940.

Além destes artigos, sabemos por Ernest Jones (1989) que Freud originalmente havia planejado escrever um pequeno manual a ser chamado de *Allgemeine Technik der Psychoanalyse* (Método Geral da Psicanálise). A ideia deste guia, que daria uma maior explicação do método da psicanálise, surgiu por ocasião do Congresso de Salzburgo, em 1908, no qual Freud teve uma noção mais

clara do crescimento do interesse pelo tratamento psicanalítico (Jones, 1989). No entanto, após ter dificuldades em escrever tal livro e adiá-lo sucessivamente, acabou publicando suas ideias na série de seis artigos citada acima.

Freud se mostrava reticente para explicitar sua técnica. Justificava afirmando ser impossível dar uma explicação sistemática e exaustiva sobre seu procedimento. Podemos, todavia, especular a respeito de tal argumento: talvez ele tentasse evitar que a psicanálise fosse alvo de mais acusações. Talvez quisesse, simplesmente, deixar livre o caminho para possíveis mudanças futuras na técnica (Lohser e Newton, 1996). Esta reticência pode ser verificada até o período das primeiras rupturas no movimento psicanalítico (com Adler, Stekel e Jung). A partir daí, parecia recomendável distinguir sua forma de tratamento daquelas de outros psicoterapeutas, principalmente os dissidentes do movimento (Roazen, 1992).

O metapsicólogo, porém, ainda se mostrava um tanto indeciso a respeito da utilidade que poderia haver no estabelecimento de regras que direcionassem os futuros analistas. É bem conhecida sua analogia que associa o processo analítico a uma partida de xadrez, na qual apenas as aberturas e alguns típicos fins podem ser ensinados (Freud, 1913). Da mesma maneira, Freud acreditava que apenas orientações gerais sobre seu procedimento poderiam ser esquematizadas, e que suas aplicações precisariam contar também com o tato e a experiência do profissional, desenvolvidos na forma de supervisão e análise pessoal. Na conclusão do artigo sobre *Psicanálise selvagem*, Freud assim se expressa:

“Ao médico não lhe basta, então, conhecer alguns dos resultados da psicanálise; é preciso familiarizar-se também por sua técnica se quer guiar-se na ação médica pelos pontos de vista psicanalíticos. Esta técnica não se pode aprender, todavia, dos livros, e por certo só obtemo-la com grandes sacrifícios de tempo, trabalho e êxito. Como a outras práticas médicas, aprendemo-la com quem já a domina” (Freud, 1910b, p. 226)

## 2.1

### Da hipnose à técnica psicanalítica

O procedimento psicanalítico, tal qual descrito em 1900 – no capítulo II da *Interpretação dos sonhos* –, e em 1904 – num artigo intitulado “O método psicanalítico de Sigmund Freud” –, é o resultado (Freud, 1923) de anos de

experiência clínica do criador da Psicanálise. Até chegar à forma final (aquela descrita em 1904), sua técnica de atendimento passou por diversos momentos e adotou diferentes práticas, algumas das quais foram abandonadas com o passar dos anos. Quanto a estas mudanças de estilo e dos atendimentos prestados a seus pacientes, Freud deixa claro, em mais de uma ocasião, os fatores que o motivaram a realizar tais alterações (Freud, 1914a, 1917b, 1923). Nestes artigos ele esclarece e dá ênfase aos períodos de transição e transformação de seu procedimento, notadamente no que diz respeito ao abandono da hipnose, do método catártico e dos objetivos do tratamento que ele propunha, além da troca da técnica da concentração pela associação livre, a importância que foi atribuída à interpretação dos sonhos, à concentração na análise das resistências e à necessidade crescente de se compreender e intervir sobre a neurose de transferência.

Nos primórdios do desenvolvimento de seus trabalhos, Freud fez uso da hipnose e do método catártico enquanto se encontrava sob influência do médico Josef Breuer, e, mesmo após criar seu próprio método – que seria simultaneamente dispositivo de pesquisa e de intervenção –, a proveniência da Psicanálise ainda é creditada ao procedimento catártico (Freud, 1904). Este procedimento tinha por condição que o paciente fosse suscetível de ser hipnotizado, e baseava-se na ampliação da consciência que se alcançava neste estado. A técnica catártica foi desenvolvida pelo próprio Breuer quando do tratamento de Anna O., sua paciente, nos anos de 1881 e 1882 (Mijolla, 2005), e consistia em hipnotizar o paciente e fazê-lo encontrar a lembrança de uma cena traumática na origem do sintoma do qual precisava ser curado. Fazia-se com que o indivíduo retrocedesse ao estado psíquico do começo do sintoma, e, ao se lembrar dos pensamentos e impulsos até aquele momento fora de sua consciência, o enfermo comunicava-os ao médico e os sintomas eram então superados (Freud, 1904).

A eficácia terapêutica desta conduta devia-se ao que foi nomeado “ab-reação”, definida como “uma certa quantidade de afetos ligados à lembrança do acontecimento patogênico traumatizante que não pode ser evacuada pelas vias físicas ou orgânicas normais, conforme exigido pelo ‘princípio de constância’, e viu-se acuada e desviada para o somático situado na origem do sintoma patológico” (Mijolla, 2005, p. 312). Em outras palavras, os sintomas desapareciam após uma descarga de afeto associada aos conteúdos anímicos

sufocados e possibilitada pela comunicação dos nexos patógenos que não estavam presentes na consciência normal do paciente (Freud, 1893; 1910a).

A hipnose, no método catártico, tornava-se então um instrumento que possibilitava a expansão da consciência normal do enfermo, permitindo assim que se alcançassem conteúdos de difícil acesso por outros meios. Entretanto, como se sabe não só por Jones (1989) e Peter Gay (1989), mas também pelo próprio Freud (1895; 1905; 1910a), alguns dos pacientes submetidos à hipnose não conseguiam tornar aumentada ou expandida sua consciência. Já em 1895, nos *Estudos sobre a histeria*, pode-se ler:

“ao tentar praticá-la [a hipnose] com meus próprios enfermos, notei que ao menos por minhas forças neste terreno moviam-se dentro de estreitos limites, e que se um paciente não caía sonâmbulo depois de um a três tentativas, eu não possuía meio algum para consegui-lo. Ademais, em minha experiência, a porcentagem daqueles que alcançavam o sonambulismo era muito menos do que a indicada por Bernheim” (Freud, 1895, p.126).

Mais adiante no mesmo texto, Freud reconhece ainda que “ao renunciar ao sonambulismo perdia, talvez, uma condição prévia sem a qual o método catártico parecia inaplicável” (p.126)

Declarando claramente esta dificuldade de acesso ao principal instrumento do método terapêutico que utilizava, Freud reconhece também, apesar de não o fazer abertamente, que o discurso explicativo a que recorria para esclarecer o mal da histeria corria perigo quanto a solidez de sua fundamentação, e, conseqüentemente, sua legitimidade tanto médica quanto científica. A técnica encontrava-se em xeque e sob risco de desmoronar. Neste momento, a Psicanálise correu sérios riscos de nascer não como uma ciência, como depois seu pensador a qualificou (Freud, 1914b; 1919; 1933a; 1940), capaz de reivindicar todo o respeito destinado às profissões técnico-científicas, mas como uma prática que proporcionaria uma experiência mais próxima ao xamanismo ou às taumaturgias.

Este período marca o abandono do uso da hipnose no tratamento das enfermidades neuróticas, cujos efeitos tiveram que ser buscados por caminhos alternativos. Tornou-se necessário, portanto, a elaboração de um outro dispositivo técnico que pudesse produzir os mesmos testemunhos que a hipnose, mas que também fosse mais consistente e confiável em termos de aplicação, ou seja,

menos sujeito a obstáculos não controláveis, como a dificuldade de hipnotizar os pacientes.

Lembrando-se neste tempo de um experimento que havia presenciado no ano de 1889 junto a Bernheim em Nancy, Freud encontrou um modelo alternativo para sua técnica. O procedimento de Breuer foi então modificado para que seu novo objetivo fosse concentrar a atenção do paciente em sua própria atividade anímica (Freud, 1904), a fim de alcançar o material inconsciente anteriormente acessível apenas através dos estados hipnóticos. O experimento é assim descrito:

“me lembrei de que havia visto o próprio Bernheim produzir a prova de que as lembranças do sonambulismo somente em aparência estão esquecidas no estado de vigília e pode-se voltar a convocá-las por meio de uma leve admonição, enlaçada com um artifício destinado a marcar um outro estado de consciência. Por exemplo, havia dado a uma sonâmbula a alucinação negativa de que ele já não estava presente, e depois tentou fazer-se notar pelos mais diversos meios e desconsiderados ataques. Não o conseguiu. Já desperta a enferma, perguntou-a o que ele havia empreendido com ela enquanto acreditava que ele não estava ali. Respondeu, assombrada, que nada sabia, mas ele não cedeu, a assegurou de que ela se recordaria de tudo, e pos a mão sobre sua fronte para recordar-se, e aí ao fim ela contou tudo o que supostamente não havia percebido no estado sonâmbulo e do qual supostamente nada saberia no estado de vigília” (Freud, 1895, p. 127)

Freud tomou esta experiência como a comprovação de que as pessoas a quem ele havia hipnotizado apenas aparentemente haviam perdido a lembrança do que ocorrera durante a hipnose, e que seria possível, portanto, despertar tais recordações destas vivências em estado normal pela insistência do médico e a afirmação deste de que os pacientes sabiam o que tinha acontecido (Freud, 1910a). Decidido a agir desta forma, durante o atendimento de Elisabeth von R., refratária à hipnose, Freud aplica os conhecimentos adquiridos com Bernheim e chama seu novo procedimento de “técnica de concentração”. Nesta nova técnica, a paciente se mantinha deitada, tal qual na hipnose, de olhos fechados. Poderia, todavia, mexer-se, abrir os olhos, sentar-se. Ele dizia-lhe, enquanto colocava a mão sobre a testa da paciente, que a pressão de sua mão sobre a fronte dela lhe faria despertar a lembrança procurada, e que ela deveria reter esta lembrança e comunicá-la a ele. Este procedimento revelou-se um sucesso, a ponto de Freud insistir com seus pacientes que lhe afirmavam nada recordar que isso seria impossível, e que na realidade o paciente estava evitando que a informação fosse cedida ao terapeuta (1895; 1905). A partir daí, começou a utilizar a técnica da

mão sobre a testa dos pacientes, assegurando-os de que não só eles podiam evocar os ocorridos que não se encontravam na sua consciência, mas que o fariam no momento em que Freud colocasse sua mão sobre a testa deles.

Apesar de atualmente esta prática estar mais próxima de uma anedota do que de uma atitude propriamente psicanalítica, a utilização de tal estratégia constitui um intermediário entre o método catártico e o método da Psicanálise, e permitiu a Freud verificar em sua própria clínica aquilo que havia presenciado em Nancy com os pacientes de Bernheim. Posteriormente, em uma palestra na abertura do 2º Congresso Internacional da Psicanálise, em Nuremberg, Freud reconheceu que, naqueles tempos, o procedimento da Psicanálise acabava por se tornar extremamente desgastante, pois cabia ao paciente dizer tudo ele mesmo, enquanto o papel do analista era o de pressioná-lo continuamente a falar. Apenas com o decorrer dos anos e com os avanços do desenvolvimento da técnica chegou-se a um modelo mais benéfico para ambas as partes, no qual o psicanalista recolhe o material e o informa ao doente, a quem cabe o processamento do que é ouvido (Freud, 1910a).

O método catártico de Breuer modificou-se, pouco a pouco, nas mãos de Freud, e transformou-se em uma “análise psíquica”, para, alguns anos depois, ser descrito em 1900, na *Interpretação dos sonhos*, já em uma forma psicanalítica. É no capítulo sobre o “Método de Interpretar sonhos” que o procedimento será detalhado pela primeira vez:

“Temos de conseguir dele [o enfermo] duas coisas: que intensifique sua atenção para suas percepções psíquicas e que suspenda a crítica com que costuma expurgar os pensamentos que lhe afloram. Para que possa observar-se melhor a si mesmo com atenção reconcentrada é vantajoso que adote uma posição de repouso e feche os olhos; deve ordenar-lhe expressamente que renuncie à crítica das formações de pensamentos percebidos. Então lhe diz que o êxito da psicanálise depende de que se note tudo quanto se passe por sua cabeça e que o comunique, e que não se deixe levar, por exemplo, a sufocar uma ocorrência por considerá-la sem importância ou que não venha ao caso, ou outra por lhe parecer disparatada.” (Freud, 1900, p. 122).

Além disso, como é ressaltado em 1904, as modificações introduzidas no procedimento de Breuer – que a princípio foram apenas mudanças da técnica –, implicaram no surgimento de novos resultados e dados, o que obrigou o então jovem psicanalista a adotar uma concepção diferente do trabalho terapêutico (Freud, 1904) e, conseqüentemente, da teoria que estava sendo formulada.

Abrindo mão da hipnose, porém, Freud topou com uma série de manifestações que antes eram mascaradas pelo estado hipnótico no qual os enfermos se encontravam, como a dificuldade de se lembrar dos eventos traumáticos ou os lapsos de memória. No entanto, se as recordações estavam em posse do paciente, estes lapsos e esquecimentos estariam sendo produzidos então por uma força a qual Freud chamou de *resistência* (Freud, 1905). A resistência, ao impedir a saída da lembrança buscada, seria, portanto, a causa do esquecimento. A partir do momento de sua concepção em diante, este conceito passou a ocupar um lugar privilegiado na clínica freudiana. Pois se durante o período da utilização do método catártico os objetivos do tratamento foram o esclarecimento dos sintomas e posteriormente a descoberta dos complexos do paciente, após a noção de resistência o trabalho psicanalítico passou a se focar em grande medida na superação das resistências, o que garantiria o acesso ao Inconsciente do paciente.

Ainda que tenha se deparado com problemas diferentes dos quais lidava quando estava envolvido com a hipnose e o método catártico, Freud não abriu mão da intelecção sobre a qual se baseia o princípio terapêutico da Psicanálise, a saber, de que o caráter inconsciente de certos processos anímicos são a causa imediata dos sintomas patológicos. Trazer o Inconsciente à Consciência, portanto, possibilitaria a acomodação na Consciência de conteúdos que afetam a vida anímica (Freud 1904, 1912a, 1917b, 1937b, 1940).

No entanto, se por um lado perde-se na nova conduta terapêutica a consciência ampliada da hipnose, por outro surge um substituto “inteiramente satisfatório” dela (Freud, 1904), qual seja, os pensamentos involuntários e perturbadores que emergem no discurso do paciente quando da utilização da nova técnica. Para que se alcancem tais pensamentos, pede-se ao paciente que fale tudo o que lhe vem à mente, sem que omita nada ou releve pensamentos que a princípio podem parecer pouco importantes ou mesmo sem nexos. Ainda assim, sabe-se que o discurso exigido do doente durante a sessão é, na realidade, impossível de ser alcançado, pois alguma seleção do que será dito o paciente há de fazer, mesmo que ele não se dê conta disso. No relato que assim surge é possível observar as falhas de memória, o esquecimento de fatos reais, as confusões nas relações de tempo ou a desarticulação dos nexos causais. A partir destes eventos realiza-se a inferência do recalque, representada na sessão como resistência. Estas ocorrências não deliberadas seriam, então, o vínculo entre a

técnica e o material recalcado. Ainda, as resistências não só gerariam como manteriam o fator patógeno, e seriam representadas pela declaração do paciente de que ele nada sabe. A tarefa da terapia, logo, seria exatamente a de combater estas resistências. A comunicação do que o paciente sabe mas recalcou torna-se uma das preliminares necessárias no processo do tratamento.

Em 1914, no artigo “Recordar, Repetir e Elaborar”, Freud faz uma retrospectiva sobre a evolução de sua técnica, e ressalta que na época da catarse breueriana, recordar e ab-reagir eram as metas que se buscava com o auxílio da hipnose. O foco do tratamento era, então, a formação do sintoma e a reprodução dos estados psíquicos do momento em que eles se formaram. Passado este período, já após a introdução da associação livre, o primeiro plano passou a ser ocupado pela reunião das ocorrências psíquicas do paciente até que se atingisse o conteúdo recalcado. Nesta época, as resistências eram dribladas pela interpretação e a comunicação das intelecções do analista, e o enfoque permanecia sobre os sintomas e o momento de surgimento da doença. A última mudança identificada por Freud teria se dado quando ele renunciou ao enfoque do momento da eclosão ou de um problema isolado e passou a estudar a “superfície psíquica” (Freud, 1912a) apresentada pelo analisando a cada sessão. Depois disso, a interpretação passou a ser utilizada para discernir as resistências do paciente e fazê-las conscientes.

## 2.2

### **A Associação livre e a atenção flutuante**

Apesar de afirmar que não se poderia engessar a técnica psicanalítica em uma exposição completa das posturas possíveis ao analista, Freud nunca abriu mão de um certo número de regras, as quais enfatizava fortemente não serem passíveis de flexibilização. Em seus “artigos sobre a técnica” (Freud, 1911; 1912a; 1912b; 1913; 1914a; 1915b), a regra fundamental da associação livre, a necessidade de se trabalharem as resistências, o manejo da transferência, bem como a abstinência e a neutralidade do analista surgem frequentemente como elementos essenciais da prática psicanalítica, obrigatórios e indispensáveis para o tratamento. Os demais preceitos enunciados e escritos nos trabalhos sobre a técnica têm como meta garantir que, por um lado, se proporcione um ambiente

favorável à associação livre, e, por outro, se crie o correspondente, para o analista, desta regra exigida ao paciente, sem que para isso ocorram omissões e esforços inúteis aos terapeutas (Freud, 1912a; 1913).

Em 1904, referindo-se ao tema, Freud afirma que a associação livre, ao contrário da hipnose, permitiria acessar com maior facilidade os elementos que poderiam liberar os afetos, as lembranças e as representações, além de eliminar as resistências. É em 1913, entretanto, no texto “Sobre o início do tratamento”, que o mesmo procedimento será melhor explicitado, ainda que de modo um pouco diferente daquele de nove anos antes:

“Você vai observar que, durante o seu relato, vão surgir diversas ideias, ideias que gostaria de rejeitar porque passaram pelo crivo de sua crítica. Será tentado a dizer: ‘Isto ou aquilo não tem nada a ver com o que estou contando’ ou então ‘Isto é alguma coisa que não tem importância nenhuma’, ou ainda ‘É um absurdo e não tinha por que falar nisso’. Não ceda a esta crítica e fale, apesar de tudo, mesmo quando lhe repugne fazê-lo ou justamente por causa disso. Você verá e entenderá mais tarde por que lhe imponho esta regra, aliás a única a que deve obedecer. Portanto, diga tudo o que lhe passar pelo espírito. Comporte-se à maneira de um viajante que, sentado a uma janela do trem, descreve a paisagem, tal como se desenrola a seus olhos, para uma pessoa situada atrás de si. Enfim, nunca esqueça a sua promessa de ser inteiramente franco, não omita nada do que, por uma razão qualquer, lhe pareça desagradável dizer” (Freud, 1913, p. 136)

Vê-se como, acima de tudo, há uma insistência na importância da regra fundamental, a associação livre, e a ênfase nas condições de tratamento que devem garantir a expressão verbal espontânea do analisando durante o tratamento (Freud, 1913). Segundo Laplanche e Pontalis, este fundamento “consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado, quer de forma espontânea” (2008, p. 38). Na psicanálise, portanto, a associação livre é central por pavimentar o caminho da descoberta das resistências, dos conflitos inconscientes e das lembranças recalçadas, baseando-se em uma concepção determinista dos fenômenos anímicos, segundo a qual as associações do paciente não serão arbitrarias, e sim determinadas pela relação que ele tem com seu “complexo”.

Para buscar este complexo recalçado, parte-se, a princípio, do que o doente se lembra por último, atendo-se à premissa da causalidade psíquica quando o paciente fala livremente e na tentativa do analista de renunciar a uma seleção crítica dos conteúdos comunicados. Em 1911 Freud escreve, no primeiro dos

artigos sobre a técnica, intitulado “Sobre o uso da interpretação dos sonhos na psicanálise”, que a cada sessão o analista tem que tomar notícia da superfície psíquica do paciente, e manter-se orientado na direção dos complexos e das resistências deste. O material que o doente evita por causa da resistência deve, então, ser extraído pela interpretação.

Ainda no mesmo texto ele insiste, no entanto, que a interpretação dos sonhos não deve ser cultivada como uma arte autônoma, e seu manejo deve se submeter às regras técnicas que dirigem o desenrolar do tratamento. Os atos falhos e as ações sintomáticas e casuais também expressam impulsos e propósitos que devem ser relegados e escondidos da consciência, e provariam assim a existência da repressão e da formação substitutiva. Ou seja, a análise de um paciente não estaria vinculada apenas às interpretações dos sonhos, e poderia prosseguir sem a produção deles. O ponto central do tratamento seria o de possibilitar a comunicação de conteúdos inconscientes que poderiam ser interpretados e reapresentados ao paciente. E, para Freud, este acesso teria se tornado possível pela aliança da associação livre com a escuta flutuante (Freud, 1912b, 1913).

Constata-se, então, que além da capacidade do paciente de associar livremente, a postura do analista também é de importância fundamental para que se alcance o objetivo de uma análise. Esta atitude, ou estado, chamada de “atenção igualmente flutuante”, teria a capacidade de afrouxar, ou diminuir, o foco da escuta do psicanalista sobre um ponto pré-determinado, de modo que não lhe ocorresse qualquer tipo de expectativa ou seleção sobre o material que surgisse. Este modo peculiar de estar com e compreender o analisando permitiria a identificação de elementos no discurso do paciente que simplesmente não seriam notados caso a atenção do terapeuta estivesse dirigida para algum aspecto do que o paciente comunica. Esta direção seria, para o analista, o equivalente à regra da associação livre para o analisando. Em resumo, é a junção da associação livre, de uma parte, com a atenção flutuante, de outra, o que garante um nível de comunicação que permite a emergência e a identificação de conteúdos recalcados, bem como o estabelecimento da transferência e seu manejo. Nas palavras de Freud:

“Todas elas [as regras enumeradas], pretendem criar o correspondente, para o médico, da ‘regra analítica fundamental’ instituída para o analisado. Assim como este deve comunicar tudo quanto detecte em sua observação de si afastando as objeções lógicas e afetivas que queriam fazê-lo selecionar o material, igualmente o médico deve colocar-se em estado de valorizar para os fins da interpretação, do discernimento do inconsciente escondido, tudo o que se comunique, sem substituir por uma censura própria a seleção à qual o enfermo se absteve; dito em uma fórmula: deve voltar na direção do inconsciente emissor do enfermo seu próprio inconsciente como órgão receptor” (Freud, 1912b, p. 115).

Percebe-se que, se de um lado o paciente recebia instruções de como proceder para comunicar conteúdos que de outra maneira não seriam ditos, por outro lado fazia-se necessário transformar a escuta do analista em um instrumento adequado a receber e decodificar tais conteúdos, para que uma hipótese a respeito do inconsciente pudesse ser forjada. O psiquismo do analista, aqui, torna-se instrumento de observação do objeto (Botella e Botella, 2003). Através deste procedimento, a interpretação poderia ser construída, como um retorno ao paciente da mensagem por ele emitida, devidamente mediada pelo analista.

Freud ressalta, também, que na técnica psicanalítica não se faz uso de recursos auxiliares de memória, tais como anotações, e assevera que a técnica de escuta psicanalítica “consiste em não querer fixar-se em nada em particular e em prestar a tudo o que se escuta a mesma ‘atenção igualmente flutuante’” (Freud, 1912b, p. 111). Além disso, não se deve esperar um relato sistemático do paciente, nem fazer nada para que isto ocorra. As histórias que o analisando conta serão certamente narradas mais de uma vez, e nestas repetições surgirão os detalhes que permitirão ao analista obter os nexos importantes e desconhecidos pelo doente (Freud, 1913). Tampouco o analista deve ceder ao provável pedido do paciente para que o primeiro indique ao segundo sobre o que deve falar. Pois tanto o silêncio na sessão quanto o preparo do relato por parte do paciente são indícios da resistência (Freud, 1913).

Deve-se, portanto, escutar o paciente e não se fazer caso de se firmar em nada deliberadamente, já que esta atitude traz em si o problema da seleção e deliberação do material de acordo com as expectativas do analista, o que romperia com a exigência de neutralidade da técnica, e impediria também a aquisição de novos conhecimentos. Pelo mesmo motivo, tomar notas durante as sessões impediria a atenção flutuante, e por isso as anotações necessárias são realizadas após as sessões. Além disso, e também pelas mesmas razões, o material adquirido

com a ajuda da técnica somente poderá ser submetido ao trabalho sintético da elaboração teórica depois da conclusão do tratamento. Suas palavras a este respeito são:

“enquanto o tratamento de um caso não esteja encerrado, não é bom elaborá-lo cientificamente: compor seu edifício, inferir sua marcha, estabelecer de tempos em tempos suposições sobre seu estado presente, como o exigiria o interesse científico. O êxito corre perigo nos casos em que alguém de antemão destina ao emprego científico e realiza um tratamento segundo estas necessidades; ao contrário, se assegura melhor quando procede-se como que ao acaso, se deixa surpreender por suas viragens, abordando-as cada vez com ingenuidade e sem premissas. Para o analista a conduta correta consistirá em passar de uma atitude psíquica a outra no ritmo de suas necessidades; em não especular nem adivinhar enquanto analisa, e em submeter o material adquirido ao trabalho sintético do pensar apenas após concluída a análise” (Freud 1912b, p.114)

Todas estas regras são esboçadas para que se consiga realizar a reunião entre a associação livre, condição de comunicação criada tecnicamente pela psicanálise, e a atenção flutuante, que se torna então um instrumento de apreensão daquilo que é transmitido pelo paciente. Freud estabelece, a este respeito, a seguinte comparação: o inconsciente do psicanalista deve ser como o órgão receptor do inconsciente do paciente (Freud, 1912b). Torna-se possível, assim, identificar as resistências do paciente e o manejo da transferência ao longo do tratamento, para que haja, por parte do analisando, a recuperação de um pouco da capacidade de produzir e de gozar (Freud, 1912b).

Ao longo de seus trabalhos sobre a técnica psicanalítica, Freud também é enfático quanto à necessidade de resolução das resistências. Sobre isto diz ele, em 1910, que apresentar aos pacientes esclarecimentos sobre seus inconscientes não seria suficiente na luta contra a resistência. Ainda no mesmo texto, esclarece que as interpretações geralmente não têm o poder de ajudar, a não ser que duas condições básicas tenham ocorrido: em primeiro lugar, o próprio paciente deve ter se aproximado, por si mesmo, dos conteúdos recalcados e, em segundo lugar, ele deve ter estabelecido uma transferência forte o suficiente com seu terapeuta (Freud, 1910b).

Como fica claro em “Sobre o Início do Tratamento”, em 1913, a primeira meta do tratamento, ainda em sua fase inicial, é reunir o analisando à pessoa que o escuta durante o tratamento psicanalítico, e a isto o analista deve estar atento nas primeiras sessões. Assim sendo, a postura do analista para que o estabelecimento

da transferência ocorra precisa ser de empatia, pois desta maneira e “com o tempo e a eliminação cuidadosa das primeiras resistências, o próprio paciente fará a junção do médico a uma das imagens das pessoas das quais esteve acostumado a receber amor” (Freud 1913/2007, p. 140). Portanto, as interpretações não podem ser realizadas desde o início, sob risco de intensificar as resistências do neurótico, e a solução dos sintomas só deve ser comunicada, ou seja, o desejo subjacente só deve ser traduzido para o analisando, quando ele próprio estiver próximo a ela, para que possa se apossar dela (Freud, 1913). A partir daí, a interpretação passa a ser utilizada para discernir as resistências que surgem no doente e fazê-las conscientes (Freud, 1914a).

A resolução da transferência seria então um dos principais objetivos de uma análise (Freud, 1912b). Isto se justifica também por ela representar uma área intermediária entre a neurose e a vida real, já que é no espaço transferencial que os pacientes repetem com o analista conflitos não resolvidos da vida infantil. Em outras palavras, é a transferência, no contexto regressivo proporcionado pela situação analítica, que recoloca o paciente próximo aos enigmas que lhe foram postos quando criança (Laplanche, 2003). Freud adverte, no entanto, que o analisando não recorda, em geral, aquilo que foi recalçado, e que, ao invés disso, repete-o como ação durante a análise, ou seja, atua repetidamente o recalçado na sua relação com o analista (Freud, 1914a). A transferência é também, ela mesma, uma peça desta repetição, pois esta última nada mais é que a transferência de um passado esquecido que incide não só sobre o terapeuta, mas também sobre outros aspectos do tratamento (Freud, 1914a). A neurose do paciente acaba sendo substituída, na situação analítica, por uma neurose de transferência, entendida como uma neurose artificial produzida nas sessões e sobre a qual o analista pode incidir terapêuticamente (Freud 1914a). Após o início do tratamento, toda nova produção de enfermidade por parte do paciente concentra-se na relação com o psicanalista, e é a dominação desta neurose construída em análise que coincide com a conclusão desta. A transferência torna-se, pois, para a psicanálise, o campo, construído pela técnica, sobre o qual o tratamento e a investigação vão se desenrolar.

No final do artigo “Dinâmica da transferência”, Freud escreve:

“Esta luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida pulsional, entre entender e querer ‘atuar’, se desenvolve quase que exclusivamente em torno dos fenômenos transferenciais. É neste campo que se deve obter a vitória cuja expressão será curar duradouramente a neurose. É inegável que dominar os fenômenos da transferência revela ao psicanalista as maiores dificuldades, mas não se deve esquecer que justamente elas nos brindam o inapreciável serviço de tornar atuais e manifestas as moções de amor escondidas e esquecidas dos pacientes; pois, definitivamente, ninguém pode ser destruído *in absentia* ou *in effigie*” (Freud, 1912a, p. 105).

Ainda a respeito da transferência, em “Sobre o início do tratamento”, de 1913, o metapsicólogo orienta seus leitores sobre o momento em que a transferência deve ser interpretada. Normalmente, ela segue os padrões das relações que a criança tem com seus pais, ou seja, é ambivalente. Em sua forma positiva, manifesta-se através de afeição para com o analista e do desejo de agradá-lo e ganhar seu amor. Ela motiva o paciente e torna-se, então, uma condição necessária para o sucesso do tratamento. Em sua forma negativa, porém, ela se transforma em fonte das mais fortes resistências. Levando estes aspectos em consideração, Freud aconselha os psicanalistas a não tocarem no tema da transferência caso as comunicações e ideias do neurótico transcorram sem obstruções. A interpretação só deve ocorrer caso a transferência se torne fonte de resistência e obstrua a emergência de novos conteúdos (Freud, 1913), pois o objetivo da interpretação é fazer com que o paciente tenha conhecimento destas resistências. A meta final do processo é fazer consciente o inconsciente através do cancelamento das resistências, deste modo eliminando as condições de formação do sintoma e transformando o conflito patógeno em um conflito normal (Freud, 1917a).

Pode-se, então, resumir as condições para uma análise dizendo-se que uma das primeiras tarefas do tratamento é ligar o paciente ao analista, processo que é promovido por uma instância analítica caracterizada pela empatia, interesse e aceitação por parte do analista. Isto, juntamente com as instruções a respeito da associação livre e a remoção de resistências iniciais, seria suficiente para ajudar o paciente a se expressar mais livremente. Freud marca, neste contexto, que as interpretações não deveriam ser feitas antes que uma aliança de trabalho entre paciente e analista estivesse estabelecida (Freud, 1912b). Os analistas, além do mais, devem ser honestos e diretos a respeito de assuntos geralmente tratados como tabus, como sexo e dinheiro. Eles precisam, também, ser respeitosos quanto

à individualidade do analisando e ajudá-lo a perceber seu próprio potencial, ao invés de moldá-lo de acordo com um ideal pessoal.

## 2.3

### Reformulações da técnica

Ao longo dos anos, no entanto, alguns aspectos da técnica foram sendo modificados, apesar do aspecto geral da técnica psicanalítica não ter se alterado desde a primeira década do século XX. A associação livre e a atenção flutuante continuaram sendo o centro do dispositivo, assim como a transferência e a resistência permaneceram como testemunhas e pontos de referência do processo psicanalítico. Além disso, o uso do par divã-poltrona como instrumentos da aplicação do método nunca foi posto em questão ou deixou de ser utilizado. No entanto, entre as últimas obras de Freud – nas quais o tema da técnica é retomado –, surgem novos questionamentos acerca das resistências, dos fatores constitucionais que impediriam ou travariam o avanço da Psicanálise e da noção de construção. Esta última fase de reflexão sobre a técnica psicanalítica é representada pelos textos “Análise terminável e interminável”, “Construções em análise”, ambos de 1937, e a segunda seção do “Esboço de Psicanálise”, de 1940.

Preocupado com o tópico da duração de uma análise, Freud estabelece duas condições para que se possa considerar o fim de um tratamento psicanalítico: a primeira, que o paciente já não sofra da causa de seus sintomas e tenha superado suas angústias bem como suas inibições; a segunda, que se julgue ter feito consciente no enfermo tanto o recalcado, quanto se esclarecido o que antes era incompreensível e se tenha eliminado a resistência interior a ponto de não se temer a repetição dos processos patológicos em questão a cada caso (Freud 1937a). Também avalia que uma análise teria chegado ao seu término caso já tivesse promovido uma mudança no paciente até o ponto em que a sua continuação não prometeria qualquer alteração posterior (Freud, 1937a).

Freud dá ênfase, além disso, à ideia de que haveria, na etiologia das neuroses, a intervenção conjugada de fatores tanto constitucionais quanto acidentais, e, por conseguinte, quanto mais intensos fossem os fatores constitucionais das pulsões, mais um trauma levaria à uma fixação e conduziria a uma seqüela. Em outras palavras, se o fator traumático é preponderante em um

caso, o processo analítico tem mais possibilidade de realizar os objetivos enumerados no parágrafo acima. Por outro lado, a intensidade constitucional das pulsões e seu efeito de prejuízo no Eu impossibilitariam o fim de uma análise (Freud, 1937a). No artigo “Análise terminável e interminável”, vê-se declarado também que “o analisado não pode colocar todos seus conflitos dentro da transferência; tampouco o analista pode, a partir da situação transferencial, despertar todos os conflito pulsionais possíveis do paciente” (Freud, 1937a p. 235). A psicanálise tem, portanto, seus limites.

Ainda em 1937, Freud compreende que a demanda pulsional patógena dirige-se ao Eu, e afirma que a situação analítica consiste em “aliar-nos com o Eu da pessoa objeto a fim de submeter setores não governados de seu Isso, ou seja, de integrá-los na síntese do Eu” (Freud, 1937a, p. 237). Os mecanismos de defesa egóicos, por sua vez, falsificam a percepção interna e possibilitam uma notícia deficiente e desfigurada do Isso, e são estes mecanismos de defesa fixados no Eu que comprometeriam a economia psíquica do paciente, preparando e favorecendo o início de uma neurose. O conflito psíquico tem lugar, então, entre a força de reivindicação pulsional e a força do Eu em se defender. O analisado repete, durante o trabalho nas sessões, o modo de reação do qual lança mão para defender-se dos influxos pulsionais, e o empenho terapêutico, portanto, passa a ser compreendido como a oscilação “entre fazer consciente algo no Isso e corrigir algo no Eu.” (Freud 1937a p. 238). O propósito da análise seria, então, conseguir fortalecer o Eu, tornando-o mais independente do Super Eu na medida em que alarga as percepções do mundo exterior e amplia sua organização de modo que o Eu possa tomar posse de novos elementos do Isso. Cabe aqui a referência à célebre frase da 31<sup>a</sup> das “Novas conferências de introdução à psicanálise”: “Onde o Isso estava, o Eu deve advir” (Freud, 1932, p. 74).

Neste momento, porém, os mecanismos de defesa a antigos perigos retornam como *resistências*, ou seja, o próprio tratamento é entendido e tratado pelo Eu como um novo perigo do qual ele deve se defender. A resistência, agora, é entendida como resistência do Eu, e o efeito terapêutico da psicanálise é atribuído ao se fazer consciente o recalcado no interior do Isso. A intensidade pulsional, entretanto, é tida também como constitutiva (Freud, 1937a, p.223), o que tem como consequência que a impossibilidade de se terminar uma análise seria em parte resultado de um enraizamento no biológico da força pulsional, e

que a pulsão de morte seria responsável por grande parte da resistência na análise.

Além da postura do analista, a compleição egóica do paciente passa, então, a ser decisiva no andamento do tratamento, para que se possa construir condições psicológicas mais favoráveis para as funções do Eu. Todavia, a partir do instante em que se afirma a existência de forças constitutivas que dão origem a fortes resistências e que podem comprometer o sucesso de uma análise, Freud parece apontar para um campo sobre o qual as possíveis intervenções do analista não são mais garantia de um sucesso terapêutico, e que algo escapa à técnica e à possibilidade de regulamentação de todas as normas psicanalíticas e, conseqüentemente, da compreensão do funcionamento do aparelho psíquico.

Apesar de haver neste período um questionamento e um certo pessimismo quanto às capacidades da análise, também há a emergência, por outro lado, da noção de *construção*. Este conceito pode ser entendido ainda como uma alternativa técnica para lidar com conteúdos de difícil acesso no processo analítico, e também um instrumento adicional na otimização das aptidões terapêuticas da Psicanálise e no alcance de seus objetivos, a saber, o de mover o paciente a cancelar seus recalques e os substituir por reações que corresponderiam a um estado de maturidade psíquica (Freud, 1937b).

A construção surge como uma compensação da ausência ou da insuficiência das lembranças do analisado, mas pode também provocá-las de volta, causando uma rememoração. Nas palavras de Sophie Mijolla-Mellor, uma construção é “uma inferência feita pelo analista na forma de narrativa versando sobre uma parte da história infantil do analisante e apoiando-se num conjunto de interpretações parciais prévias” (Mijolla-Mellor, 2005, p. 395).

Cabe, neste ponto, definir a diferença entre a interpretação e a construção. Ainda que ambas sejam inferências feitas pelo analista a partir do relato do analisando, a interpretação se refere a uma intervenção empreendida sobre um elemento singular do material, ou seja, uma ocorrência, um ato falho, um sonho ou até mesmo uma manifestação transferencial. Ela tem como objeto um fato isolado, e se propõe a elucidar este evento específico, e não constituir uma história ou uma narrativa a partir daí. A construção, por sua vez, ocorre quando se apresenta ao analisando uma peça de sua pré-história esquecida (Freud, 1937b). Laplanche e Pontalis definem o conceito de construção como um instrumento para

dar conta de uma “elaboração do analista mais extensiva e mais distante do material que a interpretação, e essencialmente destinada a reconstituir nos seus aspectos simultaneamente reais e fantasísticos uma parte da história infantil do sujeito” (2008, p. 97). O uso da construção dar-se-ia após a reunião de elementos do discurso, de dados provenientes da memória e da história do paciente e da percepção a dinâmica transferencial daquele sujeito específico para com seu analista ao longo das sessões. Pois quando o paciente encontra dificuldades de trazer novos conteúdos que façam avançar o processo analítico, depois de se ter iniciado um tratamento, o terapeuta pode lançar mão deste recurso em vista da dificuldade de se obter uma rememoração oriunda da eliminação da amnésia infantil. Estas construções têm como objetivo fazer ressurgir a recordação ou o fragmento de recordação recalado (Freud, 1940) ou, caso isto não seja possível, obter uma convicção, por parte do neurótico, da verdade de tal construção (Freud, 1937b). A tarefa do analista é, por conseguinte, inferir a partir dos indícios fornecidos pelo paciente aquilo que foi esquecido, e comunicá-lo em um momento oportuno, cuja identificação fica a cargo do tato do analista. Esta inferência reconstitui uma lacuna da vida pregressa do paciente, que foi recalada na medida em que organiza o material surgido durante o tratamento.

Comparando este processo ao trabalho do arqueólogo, Freud afirma que seu ofício beneficia-se do fato de que na vida anímica não ocorreria a destruição total de uma formação psíquica, e que – como o paciente está vivo – na análise todo o essencial encontra-se preservado (Freud, 1937b). Esta declaração tem como consequência que tanto o sucesso quanto o fracasso em se trazer à luz aquilo que está escondido no Isso torna-se, mais uma vez, uma questão de técnica analítica. Com efeito, o trabalho do analista é preliminar em relação ao trabalho do analisado. Isto não implica, porém, que ele deva estar totalmente terminado para que se passe ao trabalho de elaboração do paciente. Neste sentido, Freud aponta para o fato de que no processo analítico “os dois gêneros de trabalho prosseguem paralelamente, um sempre um passo mais à frente, seguido de perto pelo outro” (Freud, 1937b, p. 262). O ofício do analisando, portanto, consiste em conceder ou não seu acordo às construções, confirmando-as ou não por lembranças.

Como corolário, tem-se que a resposta do paciente à construção realizada e exposta pelo analista é revertida em termômetro ou indicador da veracidade desta

construção, tornando-se também um testemunho da fidedignidade da construção apresentada. As reações do paciente constituem, portanto, importantes indícios do sucesso da intervenção, e não se pode descuidar de tais indicações. Se uma construção incorreta não produz nenhum dano, nem tampouco uma reação no paciente, uma reação afirmativa, por sua vez, não necessariamente corrobora a construção, e só possui valor quando seguida por afirmações complementares indiretas, como novas recordações suscitadas espontaneamente pelo paciente que podem ampliar e completar a construção em questão, ou então expressões como “nunca pensei nisso”. Um “não” do paciente exterioriza, por outro lado, uma resistência provocada pelo conteúdo da construção, e revela, na realidade, que a construção encontra-se incompleta, e que o analisado não desconhece propriamente o que lhe foi comunicado, mas que sua negação é legitimada pelo fragmento ainda não descoberto pela construção.

No entanto, ainda que a construção do analista nem sempre leve à recordação do analisado, Freud afirma que se a análise foi conduzida corretamente o enfermo consegue alcançar uma convicção sobre a veracidade da construção, o que renderia o mesmo efeito terapêutico que a lembrança (Freud, 1937b). Esta concepção do trabalho analítico também marca o exercício de uma prática psicanalítica engajada nos riscos e confiante na produção de novas reações do paciente como testemunha da evolução do tratamento e da dissolução das resistências. Pois, se nos últimos escritos freudianos a resistência surge como sendo originária também de fatores constitutivos (Freud 1937a), a construção pode se apresentar como uma forma de garantir e provocar mudanças no estado psíquico do paciente.

O objetivo buscado na análise seria o de poder reabilitar o Eu que se encontra sob danos de um conflito psíquico, e, para isso, Freud diz que “nosso saber deve remediar seu [do Eu] não-saber, deve devolver ao Eu do paciente o império sobre jurisdições perdidas da vida anímica. Neste pacto consiste a situação analítica” (Freud 1940, p. 174). Esta situação analítica, portanto, fruto da conjunção de todos os fatores e regras expostos até aqui, forma o centro gravitacional em torno do qual tanto a terapêutica quanto a pesquisa psicanalítica são possíveis. Ela reúne em si as condições necessárias para que o trabalho do analista e do analisado se dê, tal qual um laboratório, de acordo com a analogia de Freud (Freud, 1933a), e tem como objetivo reproduzir uma realidade e uma

situação específicas para que surjam nela novos dados a serem analisados na produção do conhecimento. Este modelo será tratado a seguir, em sua estreita relação com a produção tanto teórica quanto terapêutica na psicanálise.

## 2.4

### O modelo do *setting* psicanalítico

Apesar das orientações freudianas estarem dispersas em sua obra (à exceção dos escritos sobre a técnica), e de serem por vezes vagas, havia, como foi mostrado, um certo número de regras e condições fundamentais para que o tratamento psicanalítico se desse. Ao que foge deste conjunto de fatores, poder-se-ia considerar a flexibilização do procedimento psicanalítico, deixando-a a cargo do tato e da experiência do analista, que deveria, por sua vez, passar por uma formação específica. Este conjunto de fatores compõe o método que Freud inventou, e que considerava aquilo que permitia à psicanálise formular hipóteses acerca do aparato psíquico. A invenção metodológica para o acesso ao inconsciente, então, visa criar um ambiente bastante específico, a *situação analítica*, na qual o tratamento vai se desenrolar.

Nesta conjuntura, o conhecido dispositivo divã-poltrona representaria a *melhor* condição de aplicação do método psicanalítico. Assim, o quadro das sessões, o divã, a poltrona, sua frequência e regularidade teriam por função o favorecimento do processo de transferência para o psicanalista de afetos e fantasias ligadas à infância. O enquadre analítico fornece as condições de emergência do Inconsciente freudiano, ao conjugar de maneira inédita diferentes elementos em um novo dispositivo de investigação clínica e teórica.

No entanto, ainda que o enquadramento da cura psicanalítica esteja no centro da prática da Psicanálise desde os primórdios do movimento iniciado por Freud, as reflexões sobre sua estrutura e sua função são bem mais recentes, e datam de um período posterior à Segunda Guerra Mundial. De fato, o termo “enquadramento” – também referido como “enquadre”, “*setting*”, ou mesmo “quadro analítico” – não faz parte do vocabulário freudiano, e foi introduzido no corpo teórico da Psicanálise, segundo Green (1975; 2008), por José Bleger, na Argentina, através do texto “Psicanálise do enquadramento psicanalítico”, publicado originalmente em 1966 no seu livro *Simbiose e ambiguidade*. Neste

trabalho, porém, utilizarei a versão do mesmo artigo publicada em 2003 pela Revista Pulsional.

Logo no início deste texto, Bleger apresenta o enquadre como sendo uma das partes integrantes da *situação analítica*. Para ele, esta situação retém a totalidade dos

“fenômenos que constituem um *processo*, ou seja, o que é objeto de nossos estudos, análises e interpretações; mas inclui também um *enquadramento*, isto é, um ‘não-processo’, constituído pelas constantes, pelos marcos em cujo interior se desenvolve o processo”(2003, p. 46)

O *setting*, para ele, seria aquilo da situação analítica que permanece imutável, constante, em oposição ao processo, que seria a parcela variável da situação. Ele inclui neste “não-processo” o papel do analista, o conjunto de fatores espaciais e temporais ou o ambiente, e parte da técnica, como o estabelecimento e a manutenção de horários, o acordo quanto aos honorários, as interrupções planejadas, a duração e a frequência das sessões, a limitação da comunicação a um nível verbal etc. Já no Dicionário Internacional da Psicanálise, Alain de Mijolla, além de referir o leitor ao artigo de Bleger, designa o enquadre como “o dispositivo formal e contratual necessário para que se instaure a situação que caracteriza um tratamento psicanalítico, em oposição as outras formas de psicoterapia” (2005, p. 563).

André Green, por sua vez, diz que a situação analítica seria a totalidade dos elementos que constituem a relação analítica, no cerne da qual podemos, ao longo do tempo, observar um processo cujos nós são amarrados pela transferência e a contratransferência, devido ao estabelecimento e os limites do *setting* (1975). Tal processo desvela, através do que é dito, o conflito inconsciente que se traduz em termos de sofrimento psíquico e de sintomas, conjunto que conduz um sujeito ao tratamento. Durante uma análise, o paciente, absorvido pelos movimentos psíquicos que o ocupam, se esquece do enquadre em que se encontra inserido, e assim permite o desenvolvimento da transferência para que possa realizar uma ligação entre o estranhamento psíquico que o ocupa e um objeto, ou, dito de outra maneira, para que possa dar um sentido para seu mal-estar e os motivos que o levaram a uma análise.

Após um primeiro contato, em uma análise dita “clássica”, na qual os termos do contrato psicanalítico são esclarecidos e acordados, o analisando acaba por assimilar todos estes elementos técnicos que permitem o prosseguimento da análise. O processo posto em movimento apoia-se, então, em um contrato entre o analista e o analisando, podendo ser rompido a qualquer momento por um ou outro de seus cossignatários. O enquadre, assim, pode ser subdividido em dois componentes: um sendo o contrato proposto pelo analista e aceito pelo paciente, e outro constituído pelas projeções dos vínculos primitivos do paciente.

As atitudes do analista sempre tendem a uma manutenção e à defesa deste conjunto de constantes, dos elementos do enquadre, e diante de um eventual ataque ao quadro, ou frente a uma falta deste último, a interpretação tem como objetivo sempre mantê-lo ou restaurá-lo. Esta conduta é oposta àquela adotada frente ao processo, no qual as ações do analista têm justamente o intuito de modificar os conteúdos que se apresentam. O enquadramento, em uma situação ideal, é mantido ativamente pelo analista no sentido de não ser alterado, e, enquanto existe como algo invariável, ficaria como que esquecido, ou inexistente, invisível. Ele somente fornece material para algum tipo de interpretação no caso de eventuais modificações. Ou seja, o enquadre é mantido de tal forma que passa a *não* ser levado em conta.

Uma outra propriedade do *setting* é a de apresentar-se como o pano de fundo sobre o qual o movimento analítico pode se desenrolar, uma base muda e silenciosa que desempenha uma função de sustentação e contenção da sessão e dos eventos que ali ocorrem. Pois, nas palavras de Green (1975), é o enquadre que tem o poder de dar limites ao que ocorre ao longo de uma análise. Segundo ele,

“tal trabalho só é possível pela função do *setting* analítico e as garantias dadas por sua constância, que transmite a importância da presença do analista enquanto pessoa. Isso é necessário para que se mantenha o isolamento da situação analítica, a impossibilidade da descarga, a proximidade de contato que é restrita à esfera da psique, e a certeza de que os pensamentos loucos não irão além das quatro paredes do consultório. Ele garante que a linguagem utilizada como veículo dos pensamentos permanecerá metafórica e que o peso da verdade de cada sessão se dissipará quando a porta se fechar atrás do paciente” (p.11).

O enquadramento teria como objetivo, neste sentido, tolerar e reduzir as tensões que surgem através do trabalho do analista, para que se possa chegar, eventualmente, àqueles objetos do analisando capazes de ocupar o espaço da

sessão oferecido pelo analista. O trabalho analítico consistiria, deste modo, na análise das representações e afetos que o paciente traz não só na forma de discurso mas também através de angústias, silêncios e estados físicos, para assim ajudá-lo a reorganizar ou estabelecer novas associações naquele sistema representativo e afetivo que ele apresenta. Freud, já em seus escritos técnicos, frisa que as referências técnicas que propõe são pertinentes na medida em que propiciam uma otimização da comunicação do paciente, pois a verbalização, ainda que desorganizada, introduz uma distância entre o ego e o objeto. “O enquadre analítico induziria a produção de um discurso, que a interpretação conduzirá ao silêncio de pontuação, seguido de novo lance associativo” (Green, 2004, p.18). Resta ao enquadre, além de estimular a emergência de material para que o processo se dê, garantir um espaço que tolere e contenha estes objetos internos do analisando, para que ele consiga se aproximar e separar-se dos objetos ao longo do processo que lhe convier.

O tratamento psicanalítico, em suma, para se desenrolar adequadamente, depende do estabelecimento de um estado psíquico possibilitado pelas exigências técnicas, e não encontrado fora do ambiente de atendimento, de modo que qualquer reflexão sobre este processo depende também da consideração da sessão enquanto “célula de base” (Green, 2008, p. 54) do tratamento. Pois é na sessão que se organiza e se constitui o enquadre psicanalítico, silencioso por definição, porém essencial para o desenrolar de uma análise, por ser precisamente o pano de fundo sobre o qual a experiência analítica se dá. Segundo André Green (2004), foi através da Interpretação dos sonhos que

“Freud forneceu um modelo não somente de um aparelho psíquico mas também do enquadre analítico. É comum observar que o enquadre analítico, do qual Freud é o descobridor, da mesma forma que é o descobridor do inconsciente, somente foi objeto de justificativas pragmáticas, enquanto, na verdade, institui uma relação absolutamente original e inteiramente nova entre dois seres humanos.”(p. 21)

Apesar de Freud não haver teorizado o modelo do enquadre, fica claro que este é peça fundamental quando se pensam as condições de realização de uma análise, e o papel do analista nesta empresa. Nas palavras de Green (2004), seria possível resumir a relação entre o analista e o quadro analítico da seguinte forma: “assim como o sonho é o guardião do sono, o analista é o guardião do enquadre”

(p. 16). Este conceito permite-nos esclarecer e visualizar, a um só tempo, os limites dentro dos quais ocorre a análise e sua condição de existência. Sobre ele recaem as exigências de analisabilidade, o *a priori* da psicanálise, ou da aplicação do método psicanalítico ao tratamento psicanalítico. O enquadre, assim, também se apresenta como o limite, e também o encontro, entre a teoria e a técnica psicanalítica, o ponto que permite a articulação das duas, e que faz com que tanto a pesquisa seja possível quanto que a terapêutica seja eficaz. Ou seja, somente o método analítico concebe as condições de recepção dos dados surgidos do encontro entre analista e analisado, permitindo ao trabalho da teoria evoluir a partir dos deslocamentos e superações de obstáculos surgidos na clínica oriunda desse método. Não existe, pois, clínica ou psicopatologia psicanalítica além daquelas que surgem através do dispositivo da situação analítica.

## 2.5

### A técnica psicanalítica como parte do método de pesquisa

A psicanálise seria, de acordo com a visão aqui apresentada, um método de investigação provido de uma técnica que visa ao acesso e à aquisição de conhecimento sobre a vida anímica e os processos inconscientes de um sujeito. Esta técnica, ao se inscrever como prática clínica, faz o encadeamento do que se passa em um atendimento com a metapsicologia e, também, com a ética do psicanalista. Todavia, no presente trabalho a questão da ética não será trabalhada, pelo menos não de forma direta.

Como introduziremos o tema da pesquisa psicanalítica em sua relação com a técnica analítica neste tópico, cabe aqui retomar os apontamentos que Freud faz em um breve texto de 1918, intitulado “Deve-se ensinar a psicanálise na Universidade?”, no qual é abordada a questão da pertinência do ensino da Psicanálise na universidade. Ele nos diz que este ensino seria apropriado para transmitir aos estudantes um conhecimento sobre o histórico da elaboração de seu método, bem como suas descobertas e noções que compõem o aparelho psíquico, visando, assim, a prepará-los para um estudo posterior nesta área. Além disso, os estudantes se beneficiariam de aprender algo proveniente da Psicanálise e suas aplicações e relações possíveis com outros campos, além daquele das funções

psíquicas, promovendo diferentes enfoques sobre problemas artísticos, filosóficos ou religiosos.

O próprio Freud, entretanto, ressalta no fim de seu artigo que tais cursos ou seminários haveriam de ter, necessariamente, um caráter teórico e expositivo, não podendo oferecer a oportunidade de experimentos práticos, pois, em suas palavras, “para os fins da investigação que deve levar a cabo o docente de psicanálise, bastará a ele dispor de um consultório externo que provenha o material necessário, na forma dos enfermos denominados ‘nervosos’” (Freud, 1918, p. 171). Em outras palavras, mesmo que a Universidade ofereça um ambiente propício à divulgação dos conhecimentos da psicanálise, a estudos teóricos sobre ela ou a sua aproximação com outras áreas do saber, ela não reuniria as condições adequadas para a pesquisa em psicanálise. Para este tipo de atividade, o ambiente analítico seria o único local apropriado.

Se é possível argumentar que a exploração psicanalítica deveria ser aquela conduzida somente pelo analista no próprio espaço analítico, constituído como um laboratório (como o faz Freud), por outro lado “convém não confundir o movimento de investigação do analista às voltas com a psicanálise de um paciente com a pesquisa em psicanálise que inclui necessariamente outras dimensões – não fosse a própria confrontação com a teoria –, enquanto durante a escuta a teoria está supostamente ‘em suspensão’ ou ‘flutuante’” (Mijolla-Mellor, 2004, p. 29). Mesmo que a investigação se dê respeitando a especificidade do método da associação livre, procedimento este que se aproxima de uma lógica da descoberta, sem se ater a um objetivo previsto por um programa preestabelecido, a pesquisa em psicanálise não se resume à aplicação deste protocolo.

O exercício clínico, assim, só dará lugar à pesquisa, “produtora de novas hipóteses teórico-clínicas, na medida em que a teoria foi trabalhada, investida e previamente interrogada” (Aguilar, 2006, p.122). Ou seja, uma reflexão teórica precedente é necessária para que não só o pesquisador consiga derivar daí novas hipóteses a serem examinadas, mas também para se familiarizar com o que já foi discutido naquele tema do qual ele pretende se aproximar.

Ademais, a pesquisa poderá igualmente se debruçar sobre a articulação teórico-conceitual da psicanálise, aprofundando os conhecimentos e as relações que se estabelecem entre os conceitos, seu desenvolvimento histórico, epistemológico com relação não só ao campo psicanalítico mas também suas

aproximações e interfaces com outros campos de saber. Ou, como ressalta Renato Mezan (1993) com relação a um trabalho crítico de pesquisa possível em psicanálise, deve-se retomar a evolução de um pensamento nos níveis histórico e crítico, realizando uma leitura dos textos freudianos que se distinguem não apenas pela

“busca do rigor na formação das hipóteses, respeitando o pensamento do autor estudado, mas sobretudo a captação das direções em que este pensamento é impelido por suas afirmações de base, por seus postulados e, em última análise, pela *teoria da verdade* que o anima e que, explícita ou implicitamente, ele visa demonstrar” (Mezan, 1993, p. 90).

Por estes motivos, o estudo teórico, conceitual e histórico da psicanálise também pode ser um movimento do qual se originam descobertas e invenções, tomando a psicanálise como objeto de estudo e tema de consideração.

O tempo passado em contato com a literatura psicanalítica fornece ao pesquisador elaborações, esquemas para correlacionar dados, para inferir hipóteses e sugerir derivações que ele deve dominar para que seu trabalho possa efetivamente se tornar uma contribuição ao seu campo de interesse. Desta maneira, a pesquisa teórica, histórica e conceitual faz parte também de um trabalho do pesquisador, mesmo quando os resultados ou as origens desta verificação não estiverem ligados à atividade clínica. Além disto, este trabalho se inscreve, igualmente, depois e a partir da prática que ele conduz em seu consultório. Segundo Mezan,

“é o momento em que o analista já não se dirige ao seu paciente, já não deseja encontrar a interpretação adequada do que escutou, ou mesmo do que pensou a partir do escutado, mas busca dar conta em termos conceituais do modo pelo qual puderam se produzir tanto o que ouviu como o que o fez ouvir assim. Neste momento, a teoria tem por função vincular a singularidade do experimentado à universalidade dos conceitos” (1993, p. 92).

Com estas ideias queremos, enfim, apontar que se as descobertas psicanalíticas são inseparáveis da clínica, isto não quer dizer que elas estejam limitadas à clínica. Pois não só prática e teoria dependem uma da outra e se retroalimentam, mas também novas descobertas na psicanálise não podem ser dissociadas de uma reflexão histórica e epistemológica neste domínio, derivando igualmente de uma pesquisa sobre a psicanálise. No entanto, como a pesquisa

teórica e conceitual em psicanálise não apresenta diferenças daquela realizada em outras disciplinas, nesta seção nos limitaremos a examinar a pesquisa clínica em psicanálise e a maneira como esta pesquisa se relaciona com a elaboração teórica realizada posteriormente.

A teoria psicanalítica é fruto, pois, de um método de pesquisa tanto clínico quanto teórico, e constitui um conjunto de noções, conceitos e hipóteses que é submetido a constantes remodelações e revisões (Mijolla-Mellor, 2005). A terapêutica seria uma das aplicações possíveis da Psicanálise, e constitui uma face dela, mas esta terapêutica possui, também, a atribuição de ser um dos locais de origem de hipóteses e da teoria que será composta posteriormente. É, porquanto, na ligação entre a teoria e a clínica que se elaboram e se põem à prova suas principais hipóteses. Ou seja, o progresso da psicanálise inscreve-se em sua própria prática, e os ajustes do método às situações clínicas múltiplas, e à atividade científica das instituições psicanalíticas são testemunhas desse movimento.

O psicanalista teria, então, duas maneiras de comunicar suas experiências individuais: a supervisão, que cria uma escuta intersubjetiva em um grau secundário, e a comunicação científica, que tem como objetivo o compartilhamento de um saber (Widlöcher, 2002). É neste segundo sentido – o de comunicar e dividir um saber adquirido – que se pode pensar a técnica psicanalítica e a prática que ela origina como um instrumento de pesquisa e de conhecimento. Pois o método clínico desenvolvido por Freud não teria como meta apenas uma intervenção terapêutica bem sucedida, mas também o desenvolvimento de conceitos científicos e a posterior publicação e aplicação destes conceitos (Freud, 1923), tal como outras empresas científicas. A posterior validação de um conceito ou teoria é realizada clinicamente em função de sua utilidade por outros psicanalistas. Como foi ressaltado na seção anterior do capítulo, em psicanálise a experiência clínica acontece tendo como base elementos técnicos que têm o poder de definir a sessão e a situação analítica como lugares de encontro entre o analista e o analisando.

Em outras palavras, este tipo de investigação ocorre na (e depende da) experiência clínica, pois é “no cotidiano das sessões, dentro do estrito espaço tranferencial/contratransferencial, que se inscreve a psicanálise enquanto método de investigação e geradora de novas teorias” (Lammano-Adamo, 2006, p. 167). A

técnica na psicanálise serve como instrumento de investigação e descoberta da vida anímica, ainda que o tratamento não seja mera aplicação técnica. No final, o que faz a psicanálise sempre provisória seria não a sua teoria, mas sim as mudanças que se dão em seu protocolo. Tal orientação é bastante estrita, na realidade, podendo ser resumida em:

“a regra da associação livre para o analisando, e a neutralidade do analista, que lhe possibilita uma escuta (livremente) flutuante; uma *teoria clínica* precisa, assentada no conceito de resistência (o equivalente na clínica ao conceito metapsicológico de recalçamento) e no de repetição; e um *processo constitutivo*, chamado transferência, pelo qual os desejos inconscientes do analisando se repetem, no quadro da relação analítica, sobre a pessoa do analista, colocada na posição de diversos objetos exteriores” (Aguilar, 2006, p. 112)

A ideia, aqui, é que o dispositivo psicanalítico do enquadre torna possível um tipo de processo que tem sua especificidade e suas particularidades, e que “organiza” a transferência de modo que uma configuração psíquica específica torne-se apreensível e interpretável. O pesquisador, posteriormente, se dispõe a transferir sua experiência clínica singular para o campo da metapsicologia. Para realizar esta tarefa, ele deve ser capaz de produzir o trabalho teórico necessário para comunicar o viço de sua exploração e inscrevê-la no campo problemático dos conceitos em debate. No entanto, tal transferência de uma experiência clínica para meios extraclínicos só se torna verdadeira pesquisa se ela der início ao movimento e ao trabalho necessário para retirar da clínica a forma genérica, um modelo exportável para além da prática singular e isolada da qual ela se origina, podendo, assim, terceirizar-se e circular fora do ambiente na qual foi gerada. A prática, portanto, deve poder ser traduzida em teoria para que possa se movimentar com mais facilidade e rapidez, para participar e se incluir nas discussões em andamento fora do consultório deste ou daquele analista. Mas também para poder, em outro ponto da rede de ideias e fatos na qual está incluída, ser traduzida novamente em prática clínica, individual e localizada *concretamente* em um outro consultório e em um outro atendimento.

No entanto, para que esta movimentação de uma experiência gere novas comunicações e debates, e seja incluída na rede de ideias e fatos que vão se construindo a partir deste encadeamento, é preciso que se possa atestar sua utilidade. Para isto – e ao contrário do que ocorre nas pesquisas teóricas,

históricas e epistemológicas – nem a consistência teórica própria de um enunciado, seu rigor ou sua inscrição refletida na metapsicologia seriam suficientes. É preciso que a teoria seja avaliada em sua transferência para a prática, que deve comprovar sua capacidade de gerar interpretações ou associações que possam se subjetivar de modo eficaz. Neste ponto revela-se a importância da cena analítica, mais uma vez, pois é ela quem garantiria tanto a modificação da prática em teoria quanto da teoria em prática sem a necessidade de fiscalização de toda a comunidade psicanalítica em cada atendimento realizado. Ou seja, é o quadro analítico quem dá legitimidade e fidedignidade à produção realizada a partir de seu interior, agindo de modo semelhante a um laboratório e funcionando como um elo fundamental na transmissão dos fatos, conceitos e práticas que povoam o campo.

Pode-se depreender, daí, o motivo pelo qual a questão técnica tinha importância fundamental para o pesquisador Freud. Pois, para fazer sua ciência valer em um círculo mais vasto do que aquele constituído pelos seus amigos e pares imediatos, para poder “exportar” sua Psicanálise e assim fortalecê-la, ele precisava aprender a controlar e purificar o fenômeno neurótico a fim de pesquisá-lo da forma mais neutra possível. Se fosse viável a Freud isolar aquilo que seus pacientes apresentavam, de modo a fazer o próprio evento “falar” a sua própria linguagem, dizer a sua própria verdade, a movimentação de suas ideias não dependeria mais da movimentação de Sigmund ou de algum de seus alunos.

Assim, podemos levantar a hipótese, tal qual o faz Stengers (1990), de que a definição do *setting* analítico – que gira em torno dos conceitos de transferência e resistência – seria a construção de um tipo de instrumento que teria a mesma função da hipnose. Para ela, a hipnose realizava a produção de uma testemunha fidedigna, ou seja, criava um evento que falava enquanto representante “objetivo” de sua ciência. Esta testemunha, ao falar, deve dar legitimidade à maneira através da qual o pesquisador a faz falar.

Não tem muita importância, neste caso, se a testemunha é humana ou não: a física faz falar aquilo que ela denomina seu objeto, enquanto a psicanálise faz falarem sujeitos. O que deve ser ressaltado é a criação “das condições segundo as quais esse fenômeno dará testemunho da maneira mais unívoca possível contra ou a favor da hipótese teórica em função da qual ele é interrogado” (Stengers, 1990, p. 84). Realizar este trabalho de criar uma testemunha, de dar voz a um fato,

implica necessariamente um trabalho de purificação e de controle, ou seja, de tentar eliminar tudo aquilo que possa comprometer ou modificar o sentido do testemunho, tudo aquilo que possa permitir a existência de outras leituras e interpretações de um evento. A testemunha não seria fidedigna caso outros pesquisadores pudessem mostrar que aquilo que ela diz tem outras interpretações. No entanto, as condições de experimentação científicas devem apenas permitir que o fenômeno se manifeste, pois – caso estas condições criem por si só um evento, não lhe dando opção quanto ao que ele diz – o fato deixa de ter valor.

Como já apontado ao longo do capítulo, a hipnose no método catártico operava sobre a memória, despertando lembranças que permitiriam descobrir a causa psíquica do sintoma, um evento traumático esquecido. Ao entrar em contato com esta lembrança, o sintoma desapareceria, “fazendo do paciente uma testemunha fidedigna de seu próprio mal” (Stengers, 1990, p. 118). A verdade dita sob estado hipnótico retorna ao paciente e é, ela mesma, o agente terapêutico. A cura do paciente testemunha, então, a verdade da lembrança liberada.

Todavia, a constatação de que a hipnose põe em cena forças emocionais que ligam paciente e médico num vínculo que dissolve qualquer possibilidade de controle do dispositivo fez com que o criador da psicanálise deixasse de hipnotizar seus pacientes. Do ponto de vista técnico, não se poderia isolar um fenômeno se o pesquisador ficasse vulnerável a estas forças afetivas incontroláveis. Neste sentido, Freud dirá, mais tarde, que a *transferência* pode se tornar a maior *resistência* que o médico encontra na clínica (Freud, 1912a). Assim, será preciso definir uma outra operação que tenha a capacidade de criar tais testemunhas após o abandono da utilização da hipnose. Pois, ao contrário das terapias que necessitavam de uma virtude inerente ao terapeuta, o criador da psicanálise buscou fazer de sua criação uma técnica moderna codificada, submetida a regras estritas.

Neste novo conjunto de regras, para pôr o paciente a serviço da verdade e revelar o fenômeno da neurose, esse testemunho implicaria não somente a lembrança, mas também a vitória sobre as resistências, o que não estava previsto no método que se utilizava da hipnose. Portanto, o último período de mutação entre o método catártico e técnica psicanalítica, e sua posterior definição, seria crucial para o processo de isolamento e criação de um dispositivo que pudesse atestar a fidedignidade dos eventos verificados e comunicados no atendimento

psicanalítico. O que se produz com o novo método, denominado então de psicanálise, é uma narrativa calcada num procedimento técnico, que justamente tem por função criar as condições que permitirão extrair do relato do doente seu substrato inconsciente, fonte do sintoma, e revelar assim o objeto psicanalítico.

Ao fazer da linguagem um meio e uma *matéria* de trabalho, a técnica da associação livre já opera sobre o dispositivo clínico do *setting*. A emergência desta técnica permitiria, assim, submeter o paciente à sua própria verdade. Para isto, o novo método entrega a palavra ao paciente, que assim obtém um controle maior sobre o seu discurso do que teria na hipnose, e a participação da consciência no processo. Isto, por conseguinte, dá origem às resistências. Por outro lado, o abandono da faculdade crítica, como no sonho, leva o paciente a transformar continuamente pensamentos abstratos em imagens, estimulando assim a produção de associações e mais associações, na tentativa de sintetizar o quadro ou o texto que as representações involuntárias vão configurando. Este movimento da cadeia associativa põe em cena representações inconscientes e afetos, sempre involuntários, e que de outra forma seriam impedidos de virem à tona por conta da censura imposta pela consciência.

Segundo Freud (1917b, p.106): “a psicanálise segue a técnica de fazer com que as próprias pessoas que estão sendo examinadas, tanto quanto possível, proporcionem a solução de seus enigmas”. Este aumento da participação do doente no curso de sua afecção deixa ao médico a tarefa de interpretar suas associações, e aqui reside um ponto chave: para interpretar, o médico-analista necessita do concurso da teoria, que explica e, assim, alicerça suas intervenções, “garantindo-lhe” imparcialidade. Teoria e técnica, deste modo, começam a se entrelaçar no discurso freudiano, produzindo um dispositivo diferente dos laboratórios científicos, mas que desempenha uma função semelhante à destes, e inteiramente afinado com o conceito freudiano de realidade psíquica, criando uma vinculação que podemos apontar como sendo o surgimento de um novo esquema epistemológico.

Não podemos, nestas condições, situar a clínica de um lado e a pesquisa de outro, como se fossem duas etapas distintas e bem ordenadas: a clínica se encontra em trabalho desde o princípio no interior da pesquisa, e não se pode fazer nenhuma experiência clínica que não seja, de certa forma, também pesquisa. Por outro lado, não existe uma experiência pura, pois ela já se encontra de início

infiltrada por um trabalho teórico, mesmo quando este último não foi solicitado conscientemente ou pelo método no âmago do experimento presente (Poulichet, 2004).

Podemos, além disso, entender este trabalho teórico subjacente como uma prática interpretativa, bem como nossos conceitos são instrumentos de interpretação que orientam nossa escuta, e ainda que esta escuta clínica solicite no momento do atendimento uma forma de esquecimento *aparente* destes instrumentos. Teoria e clínica seriam, então, indissociáveis desde suas origens. Ou, como nos diz Rousillon: “A psicanálise não é somente um conjunto de enunciados teóricos, tampouco é somente a aplicação de um dispositivo prático, de um modo de atualização de um método de análise, ela é também esse modo de articulação específico da relação teoria/prática que define uma posição epistemológica singular” (2007, p 115).

Finalmente, não existiria verdadeiramente um fundamento e um topo do “edifício”, correlativos de um primeiro tempo de observação seguido de um segundo momento de pesquisa pura, culminando em uma modelização das “ideias”. Da mesma maneira, não existiria clínica psicanalítica que pudesse ilustrar ou confirmar uma teoria, nem uma teoria que pudesse ser “aplicada” a uma clínica. A teoria na clínica seria, antes, parte integrante da escuta do analista, desde o instante em que ele tem a impressão de se produzir um deslocamento, uma condensação, uma denegação, ou outros processos menos fáceis de serem identificados no processo analítico. Esta teoria na clínica, ou o trabalho dos conceitos e apreensão de processos psíquicos que orientam a escuta, pode constituir um primeiro passo da pesquisa psicanalítica, na qual os eventos psíquicos são, eles mesmos, o movimento do pensamento na pesquisa.