

## A clínica psicanalítica: método, campo, postura

### Psychoanalytical clinic: method, field, posture

---

*Daniel Menezes Coelho (UFS)<sup>1</sup>*

**Resumo:** O artigo tem como objetivo uma apresentação introdutória, através da leitura dos Artigos sobre a técnica de Sigmund Freud, de um entendimento da clínica psicanalítica em três aspectos que julgamos imprescindíveis: seu método, seu campo, sua postura. Para isso, partiremos de um pequeno histórico do nascimento da psicanálise, a partir do trabalho com Breuer e as histéricas. Em seguida apresentamos as regras de ouro da associação livre e da escuta flutuante, que definem o método clínico psicanalítico. Logo depois, a transferência será apresentada como definindo um campo de observação e intervenção dos fenômenos do inconsciente. Para finalizar, discutiremos a neutralidade como postura diante desse campo.

**Palavras-chave:** Clínica; Técnica; Psicanálise.

**Abstract:** The article presents, through the lecture of Sigmund Freud's Articles on Technique, an understanding of the psychoanalytical clinics on three aspects that we judge essentials: its methods, its field, its posture. For that, we start from a small history about the birth of psychoanalysis, and continue on analyzing Freud's golden rules, free association and floating attention as clinical methods, the transference as action field, and neutrality as the required posture.

**Keywords:** Clinics, Technique; Psychoanalysis.

---

<sup>1</sup> Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Atualmente é Professor Adjunto IV da Universidade Federal de Sergipe e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe. Email: daniel7377@yahoo.com.br

## A clínica psicanalítica: método, campo, postura<sup>1</sup>

Este artigo destina-se a uma pequena apresentação da clínica da psicanálise. Tomaremos como fio condutor dos nossos argumentos o que Freud nos deixa sob o nome de *artigos sobre técnica*. A série compreende “O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise” (1911/1980); “A dinâmica da transferência” (1912a/1980), “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b/1980), “Sobre o início do tratamento” (1913a/1980), “Recordar, repetir e elaborar” (1914b/1980) e “Observações sobre o amor transferencial” (1915a/1980), e se encontram reunidos no volume XII da Edição *Standard* Brasileira. Ali encontramos certos pontos que podemos isolar como essenciais à clínica da psicanálise. São eles: o campo onde tal clínica se dá; a postura com a qual o psicanalista deve encarar tal campo; e o método proposto por Freud como terapêutica.

Em linhas muito gerais, o que será proposto aqui é que este método – o que poderíamos mesmo chamar psicanálise, no sentido clássico da clínica de consultório e divã – justifica-se e mesmo deduz-se do campo – campo transferencial por excelência, em todos os níveis – e da postura – que poderíamos colocar como uma neutralidade acolhedora do analista.

Veja por outra será necessário um ou outro ponto de teoria, de metapsicologia como chama Freud. Mesmo aqui, não estaremos além da clínica. Em psicanálise, a separação entre a teoria e a clínica, entre teoria e prática, não se justifica. Toda a teoria psicanalítica não é mais que tentativa de elaboração do que se dá na prática: é, portanto, análise, e arriscar-me-ia, clínica da própria atividade clínica. Eis porque, por exemplo, vemos Freud, sem pudores, mudar sua teoria a cada dado

<sup>1</sup> O presente texto foi escrito nos anos 1990, quando ainda trabalhava na Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. Ele era destinado a um livro introdutório sobre a clínica, organizado pela professora Ana Claudia Ornellas, que contemplaria as diversas linhas e escolas da clínica psicológica, com o intuito de servir como material complementar para nossos alunos. O projeto não foi à frente, mas o texto serviu de material de apoio a muitos de meus alunos durante os anos, em versões eletrônicas ou em xerox. Porém, sua divulgação sempre foi restrita aos círculos próximos. Agradeço a Elder Cerqueira, editor de *Clínica & Cultura*, a oportunidade de tornar o material finalmente disponível e publicado.

novo que da clínica lhe surge, e não só em pequenos detalhes retificadores, mas no seu próprio cerne: teoria das pulsões, formação do eu, tópica do aparelho psíquico, etc.

## Nascimento da clínica psicanalítica

Fato é que a clínica freudiana não é uma invenção de Freud. São suas primeiras históricas as mestras da sua arte da escuta clínica. Freud apenas colhe o fruto daquilo que se colocava, à época, como loucura no melhor dos casos, mormente como mera frescura das jovens senhoras e senhoritas da burguesia vienense.

Freud era um homem de laboratório, um cientista. Mesmo quando já embebido do que lhe começavam a trazer as históricas, sua primeira tentativa de entender e sistematizar os dados colhidos na clínica foi sob a forma de um projeto de psicologia científica, ou ainda uma psicologia para neurólogos, em 1895 (Freud, 1895/1980).

O cientista, no entanto, mete-se aqui em apuros. Se a fala das históricas traz certa luz aqui e acolá sobre a origem inesperada das frescuras a que nos referíamos, joga nas trevas coisa suficiente para que não tenhamos mais certezas julgadas essenciais ao trabalho científico. A filosofia e a psicologia, à época e mesmo ainda hoje, apostavam na grandiosidade quase divina da consciência do homem, e principalmente da consciência reflexiva de cepa cartesiana: se penso – se sei que penso, – logo sou – logo sei que sou. A pequena fórmula garantidora da minha existência corre grande risco depois que Freud lança ao mundo o que colheu da boca de suas pacientes.

O caso é que nunca se as havia levado a sério. Se fosse tomada a iniciativa de uma pequena enquete sobre o tema, dez entre dez grandes pesquisadores da alma humana do século XIX concordariam que nada havia de razoável (ou seja, de pensável) na fala das históricas. Seja por trauma, seja por fraqueza psíquica ou de caráter, haveria ali apenas perturbação e muita cena: grandes ataques teatrais, qual bruxas de Salém, à diferença que os inquisidores agora estavam do outro lado.

Que não se as levasse a sério, seria talvez coisa aceitável. Como de costume no trato da doença mental, o dado da desrazão é o que mais salta aos olhos. Mas Freud anota algumas passagens, quando fala da história da psicanálise, que colocariam as coisas em outros panos, no entanto. “São sempre segredos de alcova”, dizia um; “*Penis*

*normalis, dosim repetatur<sup>2</sup>r*” (Freud, 1914a/1980, p.23-24), receitava outro, na descontração do encontro social com colegas. Ao mesmo tempo em que se escutava das histéricas coisas que ainda hoje fariam alguns corarem: um apaixonamento incestuoso aqui, um ódio assassino ali, fantasias as mais escabrosas, imoralidades intoxicantes que pareciam ser as responsáveis pela geração de tantos sintomas.

É das experiências com Breuer que surgirá a psicanálise. Em termos muito rápidos, Freud e Breuer realizavam tratamentos com base na hipnose e na sugestão. Acreditavam eles que a histeria era a expressão sintomática de um represamento afetivo ocorrido devido a um trauma que permanecia separado da consciência, por seu conteúdo representacional insuportável. A hipnose dava a chance da sugestão que pudesse trazer à tona o conteúdo expulso da consciência e, com isso, a liberação ab-reativa da energia represada em torno de tal idéia (Freud e Breuer, 1985[1893-95]/1980).

Se Breuer não dava importância a que espécie de conteúdo poderia fazer surgir a sintomática apresentada, a Freud não escapava que a sexualidade era um terreno fértil para seu aparecimento. No seu *Projeto* (Freud, 1895/1980), Freud já defenderá a etiologia sexual da neurose histérica, posição que manterá até o fim da sua obra. A primeira hipótese – logo depois desacreditada – dizia que a histeria era fruto de um trauma: uma cena de sedução ocorrida na infância que, com o chegar da puberdade e da maturidade sexual, adquire caráter traumático. Tal ideia marca o pensamento freudiano por um curto período. Sua aplicação obteve sucesso num primeiro momento, para logo depois mostrar seus limites: a remissão dos sintomas – que nesse momento significavam a cura – durava um curto período, após o qual o paciente retornava; as cenas de sedução pareciam multiplicar-se: a cada sessão, mais uma, e mais outra, a ponto de levantarem-se dúvidas sobre a sua veracidade factual; isso, fora certo erro de contabilidade – afinal, onde estariam todos os perversos pedófilos responsáveis pela verdadeira epidemia histérica da Europa em fins de século XIX?

*Não acredito mais em minha neurótica*, Freud confessa a seu amigo Fliess, em carta de 1897 (Freud, 1897/1980). Elas mentem. Ou mais: elas fantasiam, sem parar. Seu sofrimento não vem de nenhum trauma: o trauma é, de fato, fanta-

sioso – ou ainda, trata-se de uma fantasia que, ela própria, é traumática. A histérica fantasia seu próprio abuso. É dessa constatação que surgirá toda a nova concepção teórica sobre o psiquismo da psicanálise, pois tudo isso se passava sem um ato sequer de reflexividade consciente, demonstrando assim que não é só a consciência que pensa. Quanto ao *cogito* cartesiano citado acima, é preciso subvertê-lo, tal como o movimento lacaniano acostumou-se: *penso onde não sou, sou onde não penso*.

A psicanálise nasce, portanto, com uma brutal potência explosiva: rompe com a filosofia, como víamos, pois rompe com a base de sua tradição; com o campo *psi* da sua época, ao afirmar uma etiologia não apenas sexual, mas também de cunho absolutamente fantasioso, da neurose; e com a sociedade de seu tempo, pois logo colocará que tal potência sexual recalçada estava presente não só nas histéricas convalescidas, mas também no cidadão comum, no pai e na mãe de família a resguardar pelos bons costumes na criação de seus filhos: todos eles envolvidos depois no complexo de Édipo, fundamental na determinação da neurose, e colocado como universal; e não obstante, na base de todo ato civilizatório: é da renúncia à atividade sexual – renúncia, portanto, à pulsão – que se tira a energia necessária para criar ou sustentar a cultura (Freud, 1913b/1980).

A potência explosiva da psicanálise tem origem certa e reconhecida: é na clínica que ela anda, é de lá que tira seus dados, é de lá que demarca seu campo e as forças atuantes nele; é de lá que tira sua postura – a neutralidade acolhedora que mencionamos acima não é apenas no trato com o paciente, mas também no trato teórico, e mesmo, quiçá, como ética possível (Cf. Magno, 2000, p. 205-260)

## O método

Nada mais irritantemente complicado que tentar falar tudo o que passa pela mente. Impossível mesmo: o pensamento é certamente mais rápido que a boca, e deixá-lo andar com pernas próprias é vertiginoso. Guardar uma distância de si próprio ajuda, mas como manter a distância diante da dor? Logo nos acuamos a desculparmo-nos por não pensar mais nisso ou naquilo, e outro assunto mais agradável é escolhido para amenizar a angústia. Sem contar a prova maior da estranheza sentida, até hoje, toda vez que se usa do artifício de

<sup>2</sup> “Pênis normal, dose repetida” (em latim no original).

enunciá-la bem claramente: o paciente aturdido, calado ou sem saber o que dizer, diante do nosso “diga-me tudo o que lhe venha à mente”.

No entanto, é o que o psicanalista pede. É a regra fundamental da psicanálise, segundo Freud: a associação livre que é pedida ao paciente. Temos, portanto, um problema: a psicanálise pede algo que sabe ser impossível, e é neste pedido que se encerra a única tarefa que seus pacientes devem realizar.

Como dizia acima, não é Freud que, arbitrariamente, coloca tal regra, *ex nihilo*, por inspiração divina. Anna O., caso famoso de Freud e Breuer (1985[1893-95]/1980, p. 63-90), lá pelas tantas de seu tratamento, o batiza de *talking cure* – cura pela fala. O hábito de contar, sob hipnose, para Breuer, o que lhe passava pela cabeça, suas lembranças e fantasias, a fazia acalmar de seu “atormentando” (Anna, entre tantos outros sintomas, apresentava crises de angústia nas quais repetia insistentemente “atormentando”). Graciosamente, dizia ela também que se tratava de *chimney sweeping*, uma boa desentupida na chaminé que dava vazão para a caldeira que parecia ser sua cabeça. Menina criativa e inteligente, companheira de conversas de seu pai, conservou durante tempos uma espécie de teatro privado, certamente mais interessante para ela que a insossa vida de *fräulein*.

Ainda em sua parceria com Breuer, Freud toma de outra paciente a lição final. Ouve dela, primeiramente, a reprovação do método de sugestão hipnótica. Ele a havia instruído a não lembrar-se mais de determinados eventos e temores. Ao fim do encontro, ao pedir que ela respondesse sobre a origem dos seus sintomas, ela diz que não sabe, e mais, que *não deve saber* – justamente o que Freud havia pedido, que esquecesse seus temores. Dia seguinte, ao ouvir Freud fazer novas questões sobre o porquê de outros sintomas, a paciente se queixa e manda o médico calar a boca. Freud nos conta: “Disse-me então, num claro tom de queixa, que não devia continuar a perguntar de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar o que tinha a dizer-me” (Freud e Breuer, 1985[1893-95]/1980, p. 107). E mergulha nas lembranças da morte do marido, chave para o entendimento do caso inteiro. Ela dá a Freud a regra fundamental de seu método: falar, tão livremente quanto possível. E que o *livre* não nos engane, pois falar livremente aqui não é livrar-se de toda e qualquer determinação, mas, ao contrário, entre-

gar-se à determinação inconsciente, à inércia do que Lacan chamará de cadeia significativa.

Anos depois, quando escreve algumas notas sobre a técnica que utiliza, Freud dará da regra fundamental um belo quadro. Escreve ele, como que dizendo ao paciente:

Uma coisa mais, antes que você comece. O que me vai dizer deve diferir, sob determinado aspecto, de uma conversa comum. Em geral, você procura, corretamente, manter um fio de ligação ao longo de suas observações e exclui quaisquer temas laterais, de maneira a não divagar longe demais do assunto. Neste caso, porém, deve proceder de modo diferente. Observará que, à medida que conta coisas, ocorrer-lhe-ão diversos pensamentos que gostaria de pôr de lado, por causa de certas críticas e objeções. Ficar tentado a dizer a si mesmo que isto ou aquilo é irrelevante aqui, ou inteiramente sem importância, ou absurdo, de maneira que não há necessidade de dizê-lo. Você nunca deve ceder a estas críticas, mas dizê-lo apesar delas – na verdade, deve dizê-lo exatamente *porque* sente aversão a fazê-lo. Posteriormente, você descobrirá e aprenderá a compreender a razão para esta exortação, que é realmente a única que tem de seguir. Assim, diga tudo o que lhe passa pela mente. Aja como se, por exemplo, você fosse um viajante sentado à janela de um vagão ferroviário, a descrever para alguém que se encontra dentro as vistas cambiantes que vê lá fora. Finalmente, jamais esqueça que prometeu ser absolutamente honesto e nunca deixar nada de fora porque, por uma razão ou outra, é desagradável dizê-lo (Freud, 1913a/1980: p.177).

Já dissemos do impossível da tarefa. Freud mesmo não se enganava. Apesar do bem montado contrato posto acima, é preciso encarar o fato de que tal contrato é feito com alguém que vem procurar tratamento mental – de quem, portanto, não se deve esperar muita coerência. Há que se esperar, justamente, que tal tarefa não se cumpra, e observar como e onde não se cumpriu. A associação livre esbarra e fracassa necessariamente nas resistências. Ou seja, descobre-as. Onde o paciente parou de associar, o ponto em que seguidamente chega para desviar-se por um “isso não tem importância”, ou um “... mas eu ia falando que...”, ou mesmo o silêncio mais marcado de angústia, eis aí a resistência, e trata-se de conseguir superá-la. Nesse momento, torna-se difícil distinguir um método. É antes a uma estratégia que é preciso

reportar-se. Nesse quesito, a guerra é a melhor metáfora. A neurose é, sabemos, uma solução de compromisso, na tentativa de apaziguamento do conflito psíquico. Curá-la passa necessariamente por deixar à mostra o horror que o neurótico tratava, sobretudo, de evitar. Não podemos, assim, contar com sua boa-vontade. Ao contrário, podemos vê-lo atuando contra o próprio tratamento.

Ao adentrar o terreno inimigo, não devemos esperar boas-vindas. A resistência ocorre antes mesmo da chegada de qualquer material compreensível, e se acirra a cada vez mais que nos aproximamos dele. É comum o paciente bater o pé em algum assunto tolo, que somente muito depois revelará sentido. É que o valor de tal disputa, quando acontece, é estratégico:

Se, no decurso de uma batalha, trava-se uma luta particularmente acirrada pela posse de uma igreja ou de uma fazenda particular, não se precisa supor que a igreja constitua santuário nacional ou que a casa abrigue o cofre de pagamento do exército. O valor do objeto pode ser puramente tático e surgir talvez apenas nesta determinada batalha (Freud, 1912a/1980: p.138).

Seria num capítulo sobre a estratégia, também, que incluiríamos o uso de todo ferramental interpretativo, mesmo o das “construções” (Freud, 1937/1980), e de toda técnica, seja ela qual for, que o analista queira lançar mão. Trata-se sempre de abrir caminho para a associação, de desmontar recalques, superar resistências, mas não mais que isso. Como o primeiro artigo da série sobre técnica alerta, é preciso não fazer da interpretação do sonho (ou de qualquer coisa) um fim em si do tratamento, uma “arte pela arte” (Freud, 1911/1980: p.124). Utiliza-se do expediente, mas querendo outra coisa.

Já vimos que se trata, em grande parte, de uma guerra no consultório. E guerra muito estranha, pois importa fazer com que o exército inimigo retorne para a próxima batalha. O que fazer, então?

A resposta pode ser mais desconcertante que o próprio quadro onde se gera a pergunta. Freud bem aprendeu que *nada* é o que se pode de melhor fazer: interferir o menos possível e abandonar-se às próprias cadeias associativas – adotando, assim, a mesma postura que é cobrada do analisando: que nada do que se passa pela mente é desprezível.

O tão conhecido silêncio do analista, a postura de escuta, bem antes que de sugestão, faz então a segunda regra técnica. Freud irá anotar que se trata de uma “atenção uniformemente suspensa” (Freud, 1912b/1980, p.150): espécie de ouvir sem prestar atenção, disposição de ser pego de surpresa no meio do caminho, pelo que de inconsciente se passa entre analisando e analista. Pois se todo sintoma encontra sentido, se nada fica de fora da consideração do analista, nada pode ele selecionar.

Freud passa o aviso, nas recomendações que faz aos analistas, sob forma de técnica de memória. Abster-se de escolher conscientemente o conteúdo importante a ser preservado, assim como de tomar notas e registros durante a sessão, não podem ser entendidos como desleixo, mas sim como método próprio de lidar com o inconsciente: deixar ao encargo dele a escolha do material, assim como o momento em que ele serve. Como diz Freud:

Aqueles elementos do material que já formam um texto coerente ficarão à disposição consciente do médico; o resto, ainda desconexo e em desordem caótica, parece a princípio estar submerso, mas vem rapidamente à lembrança assim que o paciente traz à baila algo de novo, a que se pode relacionar e pelo qual pode ser continuado (Freud, 1912b/1980, p. 150-151).

O sorriso do analista ao paciente espantado com sua boa memória, ao que lembra (pois lhe volta à mente, por associação) um pequeno detalhe passado revelado essencial para o agora, é modo de eximir-se humildemente de brilho: não há outro talento aqui que a disponibilidade ao inconsciente.

Disponibilidade essa que, no entanto, deve ser conquistada. É apenas pela própria análise pessoal, ou seja, é apenas analisando e superando as suas próprias resistências, que se chega a poder escutar alguém com a disponibilidade exigida pelo método freudiano.

De método, portanto, temos apenas o mínimo, um quase nada: diga-se o que passar pela cabeça de um lado, deixe o inconsciente escutá-lo, por outro. Nada de tomar notas, nada de testes, medições, cálculos. O sentido disso? Deixar entrar todo e qualquer dado. Outra forma de dizer, mais próxima à teoria: suspenderem-se todos os recalques.

Não há nada que não entre em consideração na clínica psicanalítica. Pois excluir da consideração o que quer que seja, do mais ínfimo detalhe ao ato mais escabrosamente perverso – mesmo pela boa intenção da objetividade – é trabalhar a favor da doença. Freud o coloca com termos fortes:

É notável como toda a tarefa se torna impossível se permite reserva mesmo em um único lugar. Mas temos somente de refletir sobre o que aconteceria se, em certo ponto de uma cidade, existisse o direito de asilo; quanto tempo se passaria até que toda a ralé da cidade lá se houvesse reunido? (Freud, 1913a/1980, p. 178, nota de rodapé).

A psicanálise, logo em seus primeiros textos, o dirá com todas as letras. Sonho, fantasia, ato-falho, sintoma neurótico: tomados como sem sentido – não tomados em consideração, portanto – antes de Freud, ver-se-ão plenamente determinados pelas cadeias associativas inconscientes, resgatáveis pela associação livre.

## O campo

Retomando a metáfora bélica, trata-se aqui de isolar e entender o campo de batalha. Freud o nomeou *transferência*.

Primeiramente, a transferência é anotada como fenômeno de apaixonamento muito comum. É a jovem paciente que se encanta com seu médico; a admiração, mais ou menos erotizada, que o aluno nutre por seu professor; o medo ou a excitação de um funcionário dedicado ao se perceber só com seu patrão.

De fato, o fenômeno é tão difundido e de tão simples explicação que espanta ter que dedicar-lhe atenção mais especial. Ocorre em todas as esferas, e tão mais marcadamente quanto haja relações hierárquicas em jogo. O amor transferencial não é nada de novo, não se trata de invenção da psicanálise; nem mesmo podemos desqualificá-lo como artificial, pois que se produz num ambiente montado para o propiciar. O amor de transferência não deixa, em nenhum momento, de ser amor, e mesmo, o protótipo de todo amor possível.

É de se esperar que se passe aqui o que conhecemos do fenômeno em outros lugares. Ao mar de rosas do começo de paixão – à adesão incondicional da paciente ao tratamento proposto, ao engajamento acadêmico notável do jovem alu-

no, ao esforço exemplar do funcionário em suas tarefas – sucede sempre uma tormenta espinhosa: seja porque o amor não foi correspondido, seja porque ele o foi, sempre se acusará o objeto de amor de indignidade, e a amorosidade com que se enfeitava tal relação mostrará a sua inevitável face odiosa: no que concerne à pulsão – ao inconsciente – não há a menor diferença, posto que, desde que se mantenha o laço com o objeto, pouco importa amá-lo ternamente ou destruí-lo sem pena (cf. Freud, 1915b/1980).

O mesmo ocorre na clínica analítica. Mas há que se considerar que, sem tal transferência, não há mesmo a possibilidade de engajar-se no tratamento. É esse amor que se cria na análise, seja ele artificial ou não, que faz com que o paciente retorne, e é ele que faz com que o paciente coloque-se na tarefa da associação livre, pedida pelo analista.

Mas, ainda pelo outro lado, é na transferência também que vemos o grande entrave da análise: é nela que encontramos a razão principal das resistências do paciente. Como confessar o crime a quem se ama? Como se dizer mesquinho frente a quem eu me ofereço como objeto de amor? Eis a ambiguidade do campo transferencial. A transferência, se ela é motor da análise, é também resistência, emperramento. E não só pela singeleza da bailarina que esconde suas mazelas para restar sempre linda e admirada, mas porque a resistência apodera-se volta e meia das coisas, e faz a batalha pelo amor impedir qualquer avanço que seja, mesmo o mais notadamente afastado do tema.

Já se faz bastante, no entanto, ter reconhecido a transferência, em toda sua ambiguidade. Não se tratará, a partir desse reconhecimento, de aceitar ou não, de retribuir ou não, de responder ou não a essa demanda de amor. Até porque, deixando a paciente apaixonada falar sobre seus sentimentos sem o mínimo julgamento, vemos que a paixão que ela exhibe é na verdade uma forma disponível de rememoração. O analista é associado com o pai, o irmão, o amor de infância ou adolescência. Não é a nossos belos olhos que devemos creditar os elogios recebidos – nem as animosidades sofridas.

Há quem pense que, pela ambiguidade perigosa na qual se mete o analista neste campo, ele deva saltar fora dele o quão mais rápido. Entretanto, devemos responder com a calma de quem, de forma ou outra, sabe que pular fora dele

coincide com mergulhar de cabeça no mesmo lodo que se queria evitar. Exemplo mais trágico é o patético fim de análise – ou seria de namoro? – de Anna O. e seu estimado Breuer. Ela, teatralizando o parto do filho que Breuer nunca lhe daria; ele, levando sua esposa para uma lua de mel para dar a ela o filho que ele tanto queria (claro, sem o saber) com Anna, mas não podia.

É preciso detalhar um pouco, aqui, a relação que se estabelecia entre eles. Anna era tratada principalmente por Breuer, embora Freud tenha tomado parte no caso também. Curiosamente, Freud nunca conseguiu nenhum avanço, e Anna clamava pela presença de Breuer. Todas as técnicas utilizadas com ela – inclusive a de deixá-la falar à vontade nos transe hipnóticos em que caía todos os dias, à mesma hora, a *talking cure* que falávamos acima – funcionavam apenas e tão somente na presença de Breuer, e de nenhum outro; Breuer a tinha em alta conta, e a elogia diversas vezes no decorrer do texto. Era claro que a técnica em nada se comparava ao poder curativo do laço criado entre os dois. Mesmo que haja controvérsias, conta a lenda (que nada tem de desprezível ao psicanalista) que a esposa de Breuer estava com ciúmes da jovem paciente, e por pressão dela ele termina o tratamento. É chamado à noite, e ao chegar encontra Anna com contrações de parto. Parte no dia seguinte em viagem de lua de mel com a esposa, que retorna grávida. A criança, mais tarde, suicida-se em Nova York (cf. Roudinesco e Plon, 1998, p. 568-572). Isso, mesmo que Breuer anote, já na primeira página do relato, que em Anna “o elemento da sexualidade estava surpreendentemente não desenvolvido” (Freud e Breuer, 1985[1893-95]/1980, p.63-64).

Se na transferência, pelo poder do amor aí incrustado, abre-se e fecha-se a báscula inconsciente da associação rememorativa, isso nem se compara com o poder de repetição aí igualmente colocado. A Freud parece ser o modo pelo qual alguns de seus pacientes rememoram: na medida em que o fluxo associativo é impedido, a rememoração sai da esfera psíquica e invade a motricidade. O paciente para, por exemplo, de rememorar algo sobre o pai, a mãe ou outra figura de igual importância e passa a tratar o analista assim como tratava tal figura, passa a *repetir* sua relação com esta figura, inserindo-a agora na relação estabelecida na análise. E o antigo conflito, no que não pode ser dito, é reeditado com o analista.

Mas então, é o próprio lugar da cura que é contaminado pela doença? Que esperança terapêutica podemos ter de tão malfadada relação?

Vejam por um outro viés: sabemos que todo o sofrimento neurótico provém grandemente da fantasia inconsciente, e não de um algo real acontecido como trauma. E não havendo como, pelo apelo à realidade, desacreditar a fantasia do neurótico – posto que para o inconsciente não há diferença entre a realidade mais dura e a fantasia mais louca quando esta é investida de desejo –, a reedição dessa fantasia no ambiente transferencial faz com que o inimigo ponha-se na nossa frente. Não há como lutar com quem se retira, ou com quem se expulsa de cena. A repetição nos dá a chance, então, de ter presente o conflito no *setting* de análise, no que nos tornamos objeto da libido na transferência do paciente. Ali ele repete, é claro, o que sempre faz com um objeto de tal tipo. Trata-se, bem entendido, de evocar demônios, mas como diz Freud, “[...] é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effigie*” (Freud, 1912a/1980, p.149).

Resta assim o manejo da transferência. Nem tirá-la de cena, nem exaltá-la. Nem respondê-la, nem recusá-la, mas utilizá-la para que, dentro dela, o rememorado e o repetido possam ser elaborados – de outra forma, possam ser falados. Não basta que o doente compareça à sessão, se junto não comparece a própria doença.

Trata-se, então, de saber bem aproveitar a situação:

...o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência. Tornamos a compulsão inócua, e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de afirmar-se num campo definido. Admitimo-la à transferência como a um *playground* no qual lhe é permitido expandir-se em liberdade quase completa e no qual se espera que nos apresente tudo no tocante a instintos patogênicos, que se acha oculto pela mente do paciente. Contanto que o paciente apresente complacência bastante para respeitar as condições necessárias da análise, alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma “neurose de transferência”, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida, através da qual a transição de uma para

a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção (Freud, 1914b/1980, p.201).

## A postura

Como se portar nesta guerra? Que postura ter diante do paciente? Qual é, então, o papel, o lugar, de um psicanalista em uma análise?

Sabemos que *analista* não é profissão. Nunca foi reconhecida como tal, e sempre que algum incauto ou aproveitador tenta reconhecer e regulamentar tal atividade, dá com os burros n'água. Impossível, por exemplo, fazer um manual de psicanálise. Freud nunca o tentou. Seus escritos técnicos – poucos, mediante sua vasta obra – foram sempre escritos com certa resistência. Diz ele expressamente que se tratam de conselhos que ele retira da própria experiência de consultório dele, Freud, que funcionavam para ele, Freud, e que outros poderiam chegar a conclusões e técnicas totalmente diversas (Freud, 1912b/1980, p. 147). Mas pelas advertências que faz e pelas dicas que oferece, podemos bem desenhar certa postura que dirige toda técnica que se queira utilizar.

Dissemos alguma coisa quanto ao que Freud deixa como únicos pilares metodológicos: a *associação livre*, por parte do paciente, e a *escuta flutuante*, por parte do analista. Quanto à segunda, dissemos que é um *quase nada*: a escuta flutuante tem o sentido de nada escutar de particular, de nada procurar, de nada selecionar, mas deixar a cargo do próprio inconsciente a escuta.

Os mais jovens, frente a isso, certamente acham graça. Mas é uma tarefa dura e séria, essa de nada sugerir, ou de apenas sugerir que se suspenda toda espécie de sugestão, toda espécie de recalque, toda espécie de resistência:

É fácil perceber para que objetivo as diferentes regras que apresentei convergem. Todas elas se destinam a criar, para o médico, uma contrapartida à “regra fundamental da psicanálise” estabelecida com o paciente. Assim como o paciente deve relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção dentre elas, também o médico deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela

seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente (Freud, 1912b/1980, p.154).

Ora, isso requer o trato *como paciente*, antes que com os pacientes; requer ter passado a experiência de, no divã, ter-se perdido em meio à sua própria associação livre; requer se ter sentido a vertigem de acompanhar o voo do próprio pensamento. É preciso ter se deparado com os próprios conflitos, ter experimentado a própria castração, e de tê-los frequentado e os mantido sob as vistas tempo suficiente para saber que deve sempre frequentá-los e mantê-los sob as vistas (sob pena de, recalcados e entregues ao inconsciente, retornarem no sintoma). É preciso ter feito análise o suficiente para se ter desistido de terminá-la.

Aí vemos que, de fato, não atrapalhar é o melhor que se pode fazer. Quanto à ajuda, o que vemos é que o paciente sofre disso: foi tentando se ajudar, protegendo-se contra um sofrimento iminente, que se tornou um neurótico. A escuta flutuante se esclarece por esse *não atrapalhar*, por deixar que o próprio material trazido leve aonde tem que levar, e acolhê-lo incondicionalmente, sem qualquer espécie de vontade, seja ela moral ou terapêutica. O mal, sabemos, não é nem pecado nem doença: é fato.

É esse tipo de saber que torna possível a *neutralidade* pedida ao analista em sua postura. Freud utiliza o termo na discussão sobre a transferência, como única postura capaz de lidar com ela (Freud, 1915a/1980: p.214), mas podemos sem dúvida estendê-la como postura geral da própria psicanálise. Se o mal é fato, não é de se perguntar de quem é a culpa, se o que está diante de você é culpado ou inocente, se merece ou não seu próprio sofrimento, se lucra ou não com esse sofrimento. Resta acolher: as culpas, as inocências, os sofrimentos, e seus lucros. Escutá-los indiferentemente, jogá-los todos na roda e, na consideração deles todos, tentar fazer do sofrimento neurótico uma infelicidade comum, pensável, da qual se possa falar (Freud e Breuer, 1985[1893-95]/1980 p.362-363).

Neutralizar-se frente ao paciente, mostrar a ele apenas o que ele nos mostra, ausentar a própria personalidade diante do analisando, todos os conselhos técnicos que Freud dá nos seus escritos, parecem ter aí seu fundamento. Colocar-se à disposição do que quer que o paciente traga, não para

julgá-lo e oferecer a ele um ego bem modelado no qual possa se inspirar, nem tampouco para ajudá-lo a cessar seu sofrimento por leituras mais ame-

nas da realidade ou da fantasia. Mas sim para levá-lo, pelas vias do inconsciente, até onde esta neutralidade é possível.

## Referências

Freud, S. (1895/1980). “Projeto de uma psicologia científica”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. I, p. 381-517. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1897/1980). “Carta 69 a Fliess”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. I, p.350-352. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1911/1980). “O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, p. 121-132. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1912a/1980). “A dinâmica da transferência”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, p. 133-148. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1912b/1980). “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, p. 149-163. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1913a/1980) “Sobre o início do tratamento”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, p.164-192). Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1913b/1980) “Totem e tabu”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIII, p.17-192. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1914a/1980) “História do Movimento Psicanalítico”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV, p. 16-88. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1914b/1980) “Recordar, repetir, elaborar”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, p. 193-207. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1915a/1980) “Observações sobre o amor transferencial”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, p. 208-221. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1915b/1980) “Os instintos e suas vicissitudes”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV, p. 137-168. Rio de Janeiro, Imago.

\_\_\_\_\_ (1937/1980) “Construções em análise”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XXIII, p.291-308. Rio de Janeiro, Imago.

Freud, S. & Breuer, J. (1895[1893-95]/1980) Estudos sobre a histeria. In: Freud, S. (1980) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. II. Rio de Janeiro, Imago.

Magno, MD (2000). *Psychopathia Sexualis*. Santa Maria, UFSM.

Roudinesco, E. e Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar.

Submetido em: 01 de março de 2017

Aceito em: 20 de junho de 2017