

VINÍCIUS XAVIER CINTRA MARANGONI

**Freud e a criação da Psicanálise:
um estudo do período pré-psicanalítico**

ASSIS

2023

VINÍCIUS XAVIER CINTRA MARANGONI

**Freud e a criação da Psicanálise:
um estudo do período pré-psicanalítico**

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Mary Yoko Okamoto

ASSIS

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

M311f Marangoni, Vinícius Xavier Cintra
 Freud e a criação da Psicanálise: um estudo do
 período pré-psicanalítico / Vinícius Xavier Cintra
 Marangoni. Assis, 2023.
 144 p.

 Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista
 (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
 Orientadora: Dra. Mary Yoko Okamoto

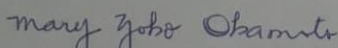
 1. Psicanálise - História. 2. Teoria psicanalítica.
 3. Período pré-psicanalítico. 4. Teorias psicanalíticas de
 Sigmund Freud. 5. Freud, Sigmund, 1856-1939. I. Título.

CDD 150.195



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE VINICIUS XAVIER CINTRA MARANGONI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 10 dias do mês de janeiro do ano de 2023, às 09:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de VINICIUS XAVIER CINTRA MARANGONI, intitulada **Freud e a criação da Psicanálise: um estudo do período pré-psicanalítico**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARY YOKO OKAMOTO (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis, Prof. Dr. JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO (Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis, Profa. Dra. THÁSSIA SOUZA EMÍDIO (Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL-Assis, Prof. Dr. LEANDRO ANSELMO TODESQUI TAVARES (Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia e Psicanálise / UEL/Londrina, Prof. Dr. PAULO JOSÉ DA COSTA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / UEM/Maringá. Após a exposição pelo doutorando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final: aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. MARY YOKO OKAMOTO

AGRADECIMENTOS

Para mim, o percurso deste doutorado foi tão amplamente solitário e exaustivo até as últimas reservas de energia, que só me resta, agora, agradecer à Deus por ter me dado ainda força suficiente para chegar até aqui. É bem verdade que minha exaustão não é um efeito direto das atribuições que competem a um doutorando, mas quem poderá conciliar 50 horas de jornada semanal de trabalho com os variados afazeres que competem ao pós-graduando sem nenhum prejuízo psíquico e social? Sonho com o dia em que o conhecimento receberá, neste país, o reconhecimento que lhe é devido e o pesquisador terá, então, o direito de realizar seu trabalho com dignidade. Até lá, que infelicidade necessitar do apoio de dirigentes cujo ponto de vista tacanho equipara o pesquisador com um oportunista espertalhão, com um tipo de parasita que deseja se aproveitar dos rendimentos oferecidos para se esgueirar das responsabilidades da vida adulta. Que lástima!

Não obstante a solidão habitual de uma pesquisa acadêmica, tão mais agravada pela pandemia da Covid-19, esta realização não seria possível sem a participação de muitas pessoas que se fizeram presentes nos vários momentos em que o cansaço me impedia de dar andamento ao doutorado, com a qualidade desejada. Por fim, a tese agora apresentada está muito aquém da tese sonhada. Mas não fosse minha noiva Gisella Aparecida Golfetti, que, nos bastidores, me proporcionou as condições para me dedicar a este trabalho, tolerou meus momentos de cansaço e irritação e me incentivou; não fosse a companhia e possibilidade de diálogo com Matheus José Cuzato Mancuso e Carolina Braconi dos Santos Mancuso, a palavra alentadora de amigos como Matheus Viana Braz, Lourenço da Silva Queiroz e Cristiane, o percurso deste doutorado teria sido muito mais difícil e seu resultado, inferior. Agradeço aos meus pais e ao meu irmão querido(s), por compreenderem minha ausência naqueles momentos que poderíamos ter passado juntos. Agradeço ainda aos colegas do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicanálise e Vincularidade (LAPSIVI), com os quais pude compartilhar as experiências da pesquisa acadêmica, além do aprendizado proporcionado pelo estudo em grupo. Agradeço ainda os colegas professores do curso de psicologia da UniFIO, os colegas professores do curso de psicologia da UNIP de Assis – SP, especialmente à Prof.^a Dr.^a Andreia Sanches Garcia, e os colegas professores do curso de psicologia da Universidade de Marília – SP.

Quero agradecer os professores que participaram da avaliação desta tese, ao Prof. Dr. Jorge Ferreira Abrão, Prof. Dr. Leandro Anselmo Todesqui Tavares, Prof.^a Dr.^a Thássia Souza Emídio, Prof. Dr. Paulo José da Costa, Prof. Dr. Vinícius Romagnolli R. Gomes e Prof. Dr. Marcos Paulo Shiozaki, que trouxeram sugestões importantes, muitas das quais foram acatadas e incorporadas neste trabalho. Agradeço especialmente à minha orientadora, Mary Yoko Okamoto, que acolheu meu interesse por um tema ímpar e me acompanhou nessa jornada sabendo diferenciar e compreender as particularidades vivenciadas neste doutorado, tão diferentes das condições do mestrado. A todos, muito obrigado!

MARANGONI, Vinícius Xavier Cintra. **Freud e a criação da Psicanálise: um estudo do período pré-psicanalítico**. 2023. 144f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2023.

RESUMO

Com o objetivo de valorizar o método psicanalítico, esta tese apresenta a história da criação da Psicanálise, desde o período pré-psicanalítico até o surgimento da associação livre, isto é, o método interpretativo. Foram abordadas as técnicas que precederam e serviram de suporte para a criação do método psicanalítico, como a sugestão hipnótica, o método catártico, inclusive quando catarse foi tentada por meio da técnica da pressão na testa. Quais os ganhos proporcionados por essas técnicas e as razões que levaram ao seu abandono definitivo, também é assunto desta tese. Além disso, são apresentados fatos históricos e dados biográficos de Freud, que contribuem para a compreensão do contexto histórico-cultural em que surgiu a Psicanálise. O esforço em recuperar essa história atende ao propósito de dar visibilidade ao nexo entre o percurso exemplar de Freud na criação da Psicanálise e o método psicanalítico, de maneira que o estudo dessa história pode indiretamente ensinar sobre a prática da Psicanálise, ainda hoje.

Palavras-chave: história da psicanálise, criação da psicanálise, pré-psicanalítico, método psicanalítico.

MARANGONI, Vinícius Xavier Cintra. **Freud and the creation of Psychoanalysis: a study of the pre-psychoanalytic period.** 2023. 144f. Thesis (Doctorate in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2023.

ABSTRACT

With the objective of valuing the psychoanalytic method, this thesis presents the history of the creation of Psychoanalysis, from the pre-psychoanalytic period until the emergence of free association, that is, the interpretive method. Techniques that preceded and served as support for the creation of the psychoanalytic method were discussed, such as hypnotic suggestion, the cathartic method, even when catharsis was attempted through the technique of forehead pressure. What are the gains provided by these techniques and the reasons that led to their definitive abandonment, is also the subject of this thesis. Furthermore, historical facts and Freud's biographical data are presented, which contribute to the understanding of the historical-cultural context in which Psychoanalysis emerged. The effort to recover this history serves the purpose of giving visibility to the nexus between Freud's exemplary path in the creation of Psychoanalysis and the psychoanalytic method, in a way that the study of this history can indirectly teach about the practice of Psychoanalysis, even today.

KEYWORDS: history of psychoanalysis, creation of psychoanalysis, pre-psychoanalytic, psychoanalytic method.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
OBJETIVOS	19
1. METODOLOGIA	21
2. Freud: abrindo caminho em direção à Psicanálise	34
2.1. Por que Freud trocou a neurologia pela psicologia?	34
2.2. O fracasso na neurologia levou Freud para a psicopatologia?	66
2.3. Por que Freud deu credibilidade à histeria e às histéricas?	72
3. Freud e a criação do método psicanalítico	83
3.1. Por que o hipnotismo foi estigmatizado?	84
3.2. Por que Freud abandonou a hipnose?	95
3.3. Por que Freud abandonou o método catártico?	102
3.4. A criação do método psicanalítico	123
CONCLUSÃO	135
REFERÊNCIAS	138

[...] o sentido de um conceito teórico está dado,
em grande parte, por sua produção:
a teoria significa o processo que a cria
e a utilização que se lhe dá
(HERRMANN, 1983/1992, p. 23).

INTRODUÇÃO

Acreditando que a história de minha “amizade” com Freud tenha a serventia de iniciar o assunto desta tese e ainda agora sumariar um de seus pontos essenciais – *como ler Freud?* –, ponho-me a contá-la. Foi em 2008 minha primeira tentativa de leitura das obras de Freud. Naquela época, animado por uma euforia obscura – que ainda hoje sou incapaz de precisar sua razão de ser –, supunha que encontraria em Freud a revelação de uma verdade sem precedentes, ao menos para mim. Decerto por força de outras leituras e das menções frequentemente elogiosas que eram feitas a Freud, imaginava se tratar de uma obra revolucionária, mesmo antes de conhecê-la. Então, por meio de um empréstimo na Biblioteca Pública Municipal de Franca – SP do volume 14 da *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, escolhido aleatoriamente, foi dado o primeiro passo. Sem nenhuma orientação, comecei pelo artigo *Os instintos e suas vicissitudes* (1915) e me decepcionei – de um modo que não me atrevo a qualificar. Sabendo que a leitura de grandes autores pode proporcionar “um encontro” alentador, esperava uma personalidade admirável e inspiradora, que pudesse ser olhada como uma figura exemplar, mas me vi diante de uma redação técnica, científica, entremeada por uma nomenclatura especializada que, a rigor, não entendi patavina. Como a simpatia não germina entre aqueles que não se entendem, minha “amizade” com Freud demoraria a desabrochar e, por um tempo, “deixei o Freud pra lá”.

Depois, passada a má impressão, me propus uma nova leitura, outra vez escolhida mais ou menos aleatoriamente: *A história do movimento psicanalítico* (1914). Se bem os relatos históricos facilitem o entendimento em decorrência de seu caráter descritivo, como a narração de fatos, acontecimentos, etc., *A história do movimento psicanalítico* (1914) é uma obra alicerçada sobre uma crise vivida pela Psicanálise – com letra maiúscula, seguindo Herrmann (1983/1992) –, uma crise associada ao advento do narcisismo e às tentativas de reformulação da Psicanálise protagonizadas por Adler e Jung (MARANGONI; OKAMOTO, 2021). Isso significa que mesmo se tratando de um artigo histórico, a compreensão prévia dessa crise é um dado indispensável para o mais profundo entendimento desse artigo de Freud,

condição que demanda o conhecimento de outras referências, que me faltavam naquela ocasião. Novamente, portanto, não experimentei o contentamento jubiloso – aquele que enche o espírito de alegria – produzido pela fagulha repentina de entendimento, cujo caráter revelador frequentemente não nos deixa mais ser o mesmo. Demorou até reconhecer a marca indelével do gênio de Freud.

A continuar assim, seria praticamente impossível sustentar o interesse pela Psicanálise. Porém, muito embora as dificuldades já relatadas, *A história do movimento psicanalítico (1914)* me apresentou “um Freud” diferente daquele de *O instinto e suas vicissitudes (1915)*, porque ausente o tecnicismo habitual da linguagem científica. Assim, tendo posto de lado a enganosa aparência de uma ciência hermética – aparentada a uma seita secreta somente acessível aos iniciados –, me propus a fazer uma terceira tentativa. Felizmente dessa vez o acaso me levou para *A interpretação dos sonhos (1900)* e minha satisfação foi imensa. *A interpretação dos sonhos (1900)* é uma obra encantadora em que se abre de pronto o discernimento do quão desconhecido e inexplorado é o universo do psiquismo humano – e, no caso, o meu próprio –, tanto que ainda hoje, apesar de tudo o que se pôde dizer a respeito, me parece que sempre há o que descobrir nesse domínio. Além do mais, *A interpretação dos sonhos (1900)*, como se passa também com a Psicanálise, carrega em si a promessa de diminuir a extensão inexplorada desse universo oculto e misterioso, e convida a cada um para uma viagem que proporcione, quem sabe, um pouco do conhecimento de si mesmo. Posso dizer que minha “amizade” com Freud havia começado. Tive sorte? Aparentemente sim, porque não sei quantas tentativas mais seriam suficientes para minar definitivamente meu interesse pela Psicanálise.

Depois, já 2010, tive a certeza de que iniciar o estudo da Psicanálise requer orientação adequada. Nesse ano, iniciei a graduação em psicologia e recebi direcionamentos mais apropriados ao iniciante. A princípio, me foi recomendada a leitura de Freud a partir de uma de suas últimas publicações, *Esboço de Psicanálise (1940[1938])*. Quer dizer, a recomendação orientava o estudo das obras de Freud por meio de uma cronologia invertida, ou seja, do fim para o começo, de maneira que conheceria desde o início as concepções mais amadurecidas da obra freudiana e depois – se é que, nesse caso, existe

um “depois”¹ – conheceria o “caminho” que conduziu Freud a inferir suas concepções mais maduras, “caminho” em que se dá maior atenção aos procedimentos empregados na clínica e às revelações e conclusões teóricas então viabilizadas. Todavia, alguns meses depois recebi orientação oposta, que recomendava o estudo cronológico das obras de Freud, a começar pelas origens da Psicanálise, isto é, pelo período pré-psicanalítico². Esse caminho propõe que a maturidade da obra de Freud seja compreendida por meio de uma modalidade de estudo cuja ênfase não está na “coisa pronta”, mas em seu processamento. A primeira recomendação põe em destaque “o quê”, isto é, o repertório conceitual da Psicanálise, a segunda, “o como”, ou melhor, a evolução da técnica e as descobertas correspondentes, principalmente a criação do método³ da Psicanálise. Assim, comecei.

Hoje, depois de mais de uma década, ao avaliar minha experiência inicial com o estudo das obras de Freud, posso afirmar com certeza que é de importância fundamental a orientação de um profissional mais experiente. Aliás, a falta dessa orientação pode não somente desanimar os principiantes – o que representa uma perda para a Psicanálise –, mas sobretudo dar margem para o surgimento de muitos equívocos em relação à teoria e, aí de nós, em relação ao método da Psicanálise. Como se passou com muitos grandes criadores, também Freud se preocupou com a continuidade de sua criação e por isso afirmou que os “amigos” da Psicanálise eram mais perigosos e capazes de leva-la à extinção do que seus inimigos, porque esses “amigos” poderiam destruí-la sem, no entanto, aniquilá-la. Quer dizer, empregá-la

¹Aparentemente, ao se iniciar o estudo das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* por meio de sua estrutura conceitual mais acabada, se avoluma muitíssimo a dificuldade em se dedicar posteriormente ao estudo das origens da Psicanálise, porque depois de familiarizado com os conceitos mais maduros, é inevitável a impressão de que “tudo o que veio antes” tornou-se obsoleto. E o que acaba acontecendo, não raramente, é que o estudioso, impregnado por essa impressão desdenhosa em relação às origens da Psicanálise, acaba ignorando-a, as vezes completamente.

²É conhecido como pré-psicanalítico o período de aproximadamente 14 anos (1886-1899) de trabalho médico-psicológico de Freud, anteriores a criação da Psicanálise – cujo marco formal de criação foi a obra *A interpretação dos sonhos*, publicada em 1900. As obras de Freud desse período estão reunidas nos 3 primeiros volumes das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. As obras anteriores à 1886, embora também possam ser chamadas de pré-psicanalíticas, como fazem Roudinesco e Plon (1997/1998), por não se tratarem de “escritos psicológicos” não foram contempladas no conjunto das *Obras Psicológicas Completas...* (STRACHEY, 1966a/1988).

³Nesta tese, foi feita a opção de adotar preferencialmente a expressão “método psicanalítico” ao invés de “associação livre”, porque a primeira se refere tanto ao processo de rebaixamento das faculdades críticas, próprias da consciência, para viabilizar a emergência dos processos mentais inconscientes, quanto ao processo de interpretação do conteúdo emergente, que é também parte fundamental do método da Psicanálise. “Associação livre” enfatiza o rebaixamento da crítica, mas não faz referência direta à interpretação.

equivocadamente, deturpá-la, transformá-la em outra coisa, porém mantendo o nome “Psicanálise” – entenda-se bem seu direito as aspas. Mas se é impossível assegurar uma compreensão isenta de equívocos, mesmo entre os psicanalistas mais experientes, há de se encontrar, todavia, as melhores opções para um aprendizado fecundo e que guarde verdadeira fidelidade com os ensinamentos de Freud. Na hipótese de conseguirmos oferecer uma contribuição como essa, ao colocar, com esta tese, ênfase no período pré-psicanalítico, nos parece um feito notável e gratificante.

Não obstante essa “amizade” tenha ainda muito a oferecer, já posso reconhecer seus benefícios e importância em minha formação acadêmica e profissional. Digo, portanto, que minha experiência com o aprendizado da Psicanálise me fez atribuir valor especial ao período pré-psicanalítico, porque encontrei ali a razão de ser da Psicanálise. Além de que, na condição atual de professor universitário, constatei que o aprendizado da Psicanálise pela via exclusiva dos conceitos é menos efetiva em preparar o aluno para o exercício clínico da Psicanálise, se comparado ao aprendizado da atividade clínica de Freud e suas reflexões sobre sua atuação, ainda durante o período pré-psicanalítico. Isso significa que o conhecimento das obras pré-psicanalíticas pode ensinar melhor sobre o método da Psicanálise do que o estudo isolado dos conceitos psicanalíticos. Então, o que é mais valioso de tudo, do nosso ponto de vista, é o retrato da experiência de Freud – ambientada em um momento histórico específico, em que a ciência, perplexa, não sabia o que fazer diante das doenças nervosas sem causação orgânica (ou doenças nervosas funcionais) –, que vai atingir seu ponto mais alto com a criação da Psicanálise. Quer dizer, a experiência da criação da Psicanálise, retratada em sua versão mais crua e direta nas obras pré-psicanalíticas, é fonte de formação clínica em Psicanálise, mais do que a instrução restrita aos conceitos psicanalíticos que, a rigor, não serão aplicados na prática clínica. Por isso nos autorizamos a propor essa via de introdução à Psicanálise que, como visto, não obedece à mais tradicional fórmula prescrita.

Como essa abertura sugere, debater sobre como se dá o ensino-aprendizado da Psicanálise é uma atividade própria à dedicação genuinamente implicada com seu futuro. O melhor horizonte para a Psicanálise certamente passa por debates dessa natureza, em que se deseja encontrar maneiras de

apropriação da Psicanálise que tornem mais vivo a cada dia o conhecimento legado por Freud. A Psicanálise é um instrumento poderoso, com condições de contribuir para o alívio do sofrimento psíquico, a recuperação da saúde mental e a melhoria de vida de cada um que por ela se deixa “influenciar”, por isso a relevância de se pensar sobre o aprendizado da Psicanálise, com a esperança de que os vários caminhos de apropriação das obras de Freud possam conjuntamente compor uma via sólida de aprendizado e atuação profissional. À vista disso, ignorar o período pré-psicanalítico pode significar o desprezo a um ensinamento valioso e, por isso, é preciso não cessar em refutar tal erro. Aliás, todo aquele que deseja compreender como foi criada a Psicanálise, precisa dar ouvidos à voz do pré-psicanalítico.

Se ainda é certo, e a história é testemunha, que a Psicanálise, desde sua gestação, sofreu ataques constantes das ciências e dos mais diversos segmentos da sociedade, e que hoje a situação não é lá muito diferente (GRUBRICH-SIMITIS, 1995/2001), é da maior importância provocar reflexões sobre o futuro da Psicanálise e, com efeito, problematizar seu ensino-aprendizado – o que justifica reconstituir a experiência de sua criação e recorrer as suas obras inaugurais. Não é de agora a tentativa de desautorizar a Psicanálise e reduzi-la a uma prática infundada e sem comprovações válidas, e o pior é que, qualquer que seja o palavrório sofismático mais descabido e adulteradamente aviltante, “fica claro que nenhum dos envolvidos precisa temer por sua reputação de acadêmico sério ou de jornalista investigador digno de crédito” (GRUBRICH-SIMITIS, 1995/2001, p. 12). Muito embora a natureza espúria dessas sistematizações argumentativas de ataque, é incorreto e perigoso considera-las retóricas batidas, porque se atualizam constantemente. De qualquer maneira, “a ubiquidade e teimosa persistência dos ataques certamente devem ser vistas como sinal da vitalidade ainda inquebrantável do pensamento freudiano” (GRUBRICH-SIMITIS, 1995/2001, p. 12). Portanto, se a Psicanálise sobreviveu – e permanece forte e vigorosa – é porque ainda hoje pode contribuir para que cada um caminhe em direção ao melhor.

Mas se as críticas se renovam com o passar dos anos – como em *O livro negro da psicanálise: Viver e pensar melhor sem Freud* organizado por Catherine Meyer (2011), *Freud: the making of an Illusion* de Frederick Crews (2017) e *Os arquivos de Freud* de Mikkel Borch-Jacobsen e Sonu Shamdasani

(2014) – é também oportuna a rememoração sempre atual do homem Freud e principalmente de sua obra, a Psicanálise, conforme propomos. Talvez se possa dizer, a exemplo de Freud (1900/1987) que pedia aos seus pacientes para outra e outra vez lhe contar o mesmo sonho, conseguindo assim alcançar informações novas, que recontar os episódios marcantes do pré-psicanalítico colabore não somente para avolumar as informações sobre esse período, mas sobretudo para enriquecer a formação em Psicanálise.

Isso posto, é oportuno agora apresentar como esta tese está organizada. Inicialmente, em *Metodologia*, nos detemos com mais demora sobre a importância de enfatizar um caminho histórico-genealógico de apropriação da Psicanálise, não com o propósito de desautorizar outras formas de estudo e aprendizado da Psicanálise, todavia com a intenção declarada de reconhecer e amplificar o valor e a importância da vertente histórico-genealógica. Enquanto um recurso de estilo e formação em Psicanálise, o próprio Freud, em sua maneira de escrever, adotou dois caminhos complementares: a “escrita genética” e a “escrita dogmática”, em que a primeira, uma escrita exploratória, conduz o estudioso por uma genealogia que culmina na descoberta (*insight*); a segunda é uma escrita voltada a apresentação e exame mais detalhado dos conceitos que fazem parte e sustentam a Psicanálise (MAHONY, 1982/1992; SOUZA, 1998) ⁴. “Desde o início de sua carreira, Freud mostrou-se explicitamente preocupado em combinar os estilos genético e dogmático” (MAHONY, 1989/1990, p. 35). Quer dizer, se o próprio Freud adotou esses dois caminhos complementares, quem de nós terá a ousadia de desprezar qualquer um deles, enquanto via de estudo e formação em Psicanálise?

Ainda em *Metodologia* é demonstrada a importância do estudo do período pré-psicanalítico enquanto uma via de compreensão do método da

⁴ Patrick Mahony (1932-), psicanalista canadense, é pioneiro em revelar o nexo entre o estilo de escrita de Freud e aspectos fundamentais da Psicanálise, isto é, do método psicanalítico. Argumenta ainda que essa associação foi intencionalmente praticada por Freud, a ponto tal que o método psicanalítico se encontra e pode ser identificado na escrita de Freud. “[...] o estilo genético privado de Freud explora processos em andamento; em vez de dizer algo previamente planejado, lembra a livre associação autêntica, na qual o paciente fala buscando descobrir o que pensa” (MAHONY, 1989/1990, p. 29). Mahony (1989/1990) se refere ao que disse Freud a Fliess sobre *A interpretação dos sonhos* (1900), quando ainda estava escrevendo-a: “[...] segue inteiramente os ditames do inconsciente, como no famoso princípio de Itzig, o viajante dos domingos: ‘Itzig, aonde você vai?’ ‘Nem imagino. Pergunte ao cavalo’. Não iniciei um só parágrafo sabendo onde o terminaria” (FREUD, carta de 7 de julho de 1898, apud MAHONY, 1989/1990, p. 29). Em outro livro, Mahony continua: “[...] os escritos de Freud *produzem* conhecimento, ao invés de apenas descrevê-lo, ponto este que eu jamais poderia enfatizar de forma suficiente” (MAHONY, 1982/1992, p. 29, grifos do autor). Ou então: “A escrita de Freud é um produto de sua própria atenção flutuante” (Idem, p. 47).

Psicanálise, isto é, percorrer a trajetória que possibilitou a criação da associação livre – método que proporciona o acesso ao conteúdo inconsciente e dá a possibilidade de interpretação desse conteúdo, traduzindo-o para a consciência – oferecerá a possibilidade de compreender, parcial e sutilmente, como operar com o método da Psicanálise. Para isso, no entanto, também será necessário percorrer a evolução da técnica que culminou na criação da Psicanálise, a saber, os tratamentos psíquicos como a hipnose e a técnica catártica, abordadas na segunda parte desta tese. Se é praticamente impossível compreender em profundidade – a ponto de se pôr em prática – o método da Psicanálise por uma via teórica, ao menos há a possibilidade de se fazer referência a ele por meio da experiência e do exemplo de Freud, de maneira que ao serem relatados os fatos do período pré-psicanalítico também se aludirá ao próprio método da Psicanálise.

Em seguida, damos continuidade ao enaltecimento do estudo histórico-genealógico das obras de Freud, com ênfase, todavia, no detalhamento do percurso teórico-metodológico adotado nesta tese. Então, apresentamos as obras utilizadas e justificamos seu uso para a realização deste trabalho, o que significa que a seleção do conteúdo foi feita em alinhamento com os objetivos desta tese. É razoável delimitar esse percurso, porque embora circunscrito ao pré-psicanalítico, existem diversas abordagens possíveis sobre essa fase das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, portanto julgamos válida uma explicação sobre a alternativa escolhida e colocada em prática.

Além do capítulo primeiro, a *Metodologia*, esta tese está dividida em mais dois capítulos complementares, em que será dada ênfase ao período pré-psicanalítico. Como se sabe, o percurso que culminou na invenção formalizada da Psicanálise, a partir da publicação de *A interpretação dos sonhos* (1900), tem duração de quase 20 anos, pois Freud concluiu a graduação em medicina em 1881, no ano seguinte deu início à prática médica, e desde então pode-se considerar que a Psicanálise estava sendo gestada, por assim dizer. É verdade que as *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* têm início em 1886, mas, de qualquer maneira, trata-se de uma trajetória de mais de uma década até o surgimento da Psicanálise. Mais exatamente, é esse o período abordado nesta tese, sobretudo a partir das próprias obras de Freud, em um recorte em

que se deseja conhecer a “criança” a partir dos principais episódios de sua “gestação”.

No segundo capítulo, a ênfase está em uma etapa de toda inicial da trajetória de Freud, em que ele se distanciou da neurologia e se inseriu definitivamente na psicopatologia. Trata-se de um período em que a mudança de direção na carreira de Freud é marcada por eventos de grande importância, inclusive para a posterior criação da Psicanálise e da teoria psicanalítica sobre os processos mentais inconscientes. Serão apresentados alguns dados da vida e da obra de Freud que tanto servem a uma contextualização histórica, em que se possibilita o reconhecimento do cenário em que Freud viveu, além de proporcionar o reconhecimento das “verdades científicas” da época, com as quais Freud precisou se defrontar, quanto para evidenciar o caráter inovador e revolucionário da prática clínica iniciada pelos entusiastas dos tratamentos psíquicos, entre quais Freud se destacou.

É essa prática clínica inovadora e ousada que, depois de muito embate teórico-técnico com as ciências médicas, vai viabilizar as condições para a criação da Psicanálise. Compreender como essa “clínica dos tratamentos psíquicos” surgiu e se estabeleceu é o ponto de maior importância desse capítulo, e essa compreensão pode ser gradualmente construída por meio do exemplo do próprio Freud, porque ele foi um dos principais defensores dos tratamentos psíquicos, tão rechaçados pela medicina comum. Pouco a pouco Freud foi se distanciando da medicina tradicional para desenvolver outras maneiras de tratar e compreender as “doenças nervosas” – portanto, não foi à toa que Freud abandonou a neurologia e ingressou na psicopatologia.

No terceiro e último capítulo, o enfoque está nos progressos técnicos que gradualmente foram acontecendo até proporcionarem o surgimento do método psicanalítico, que então se estabeleceu e prosperou até os nossos dias. À parte a genialidade de Freud, a criação da Psicanálise não se deu de uma vez, foi, ao contrário, um processo longo, confuso, que demandou muita coragem e energia para o enfrentamento da dúvida, da incerteza e da apreensão que rodeiam as criações mais inovadoras. Nesse percurso, muitas tentativas mais ou menos fracassadas de aliviar o sofrimento psíquico foram experimentadas e descartadas, mas o conhecimento desses “fracassos” serve de fundamento para a compreensão do método e da teoria psicanalítica. Assim,

recuperar essa história é como falar sobre a raiz oculta de uma árvore vistosa, por isso a necessidade de contemplar com zelo esses pontos menos adornados e, no entanto, não menos importantes.

Essa história complementa o conteúdo do segundo capítulo, pois se lá o tema é o surgimento e a consolidação daquilo que chamamos de “clínica dos tratamentos psíquicos” – com a apresentação de fatos que permitem um entendimento mínimo do contexto histórico –, agora a matéria se refere aos progressos técnicos desses tratamentos psíquicos, para demonstrar como surgiu o método de associação livre. Então, no terceiro capítulo, o uso clínico da hipnose, suas características, vantagens e desvantagens, e a razão pela qual Freud preferiu a catarse será nosso ponto de partida. Em seguida a técnica catártica será abordada mais detalhadamente, a princípio em suas diferenças em relação a sugestão hipnótica, mas sobretudo em suas especificidades técnicas e nos avanços que possibilitou tanto em relação a compreensão dos fenômenos psicopatológicos, quanto no alívio do sofrimento dos pacientes nervosos. Depois, se entenderá o porquê que Freud abandonou a hipnose e a técnica catártica, utilizando-se da técnica da “pressão na testa” como recurso substitutivo, até a criação definitiva do método psicanalítico.

É certo que, na condição de herdeira da hipnose e particularmente da técnica catártica, a Psicanálise contém resquícios destes procedimentos e, portanto, compreendê-los também ajudará na compreensão da Psicanálise, isto é, do método psicanalítico. Se, por várias vezes, o próprio Freud mencionou o nome de Breuer enquanto um tipo de cofundador da Psicanálise, é porque a técnica catártica criada por Breuer não só abriu o caminho para a criação da Psicanálise, como contém elementos em comum com ela. A catarse é, por assim dizer, uma técnica aparentada do método psicanalítico, portanto, as obras do período pré-psicanalítico possibilitam uma compreensão gradual da evolução da técnica empregada para alívio do sofrimento psíquico, até sua conformação permanente, o método da Psicanálise, e ainda preparam o terreno para a compreensão das formulações teóricas sobre os processos mentais inconscientes.

OBJETIVOS

Quão bem estabelecido se encontra, hoje, o caráter sumamente revolucionário da Psicanálise? Ao que se pôde observar, a revolução iniciada por Breuer e Freud, se plenamente reconhecida, foi agora alocada em um canto neutro e, assim, poucas são as menções mais detidas e elaboradas sobre esse assunto. Em um ensaio relativamente recente sobre o pré-psicanalítico, a psicanalista alemã Ilse Grubrich-Simitis, em uma edição comemorativa do centenário da obra inaugural da Psicanálise, *Estudos sobre histeria* (1895), expôs seu objetivo, conforme segue:

Meu objetivo [...] não era, na verdade, comunicar algo novo, mas trazer vigorosamente à vida algo antigo que corre o risco de ser esquecido. Ao ler cuidadosamente com novos olhos o livro inaugural da psicanálise, o leitor achará mais fácil imaginar a natureza radical da inovação introduzida por Breuer e Freud na cultura médica da época (GRUBRICH-SIMITIS, 1995/2001, p. 17).

Que satisfação encontrar no propósito da autora um anseio tão aparentado com o nosso, pois não se pode parar de combater o risco de esquecimento da “natureza radical” da Psicanálise. Aliás, seu componente de maior radicalidade, o método psicanalítico, encontra-se “diluído” no pré-psicanalítico, fato que demonstra toda a potência desse período gestacional da Psicanálise.

Objetivo Geral

- ✓ Caracterizar o nexos entre o estudo das obras pré-psicanalíticas e o método da Psicanálise – o que significa valorizar um modo de iniciação nas obras de Freud que dê prioridade ao “aprendizado” do método psicanalítico.

Objetivos Específicos

- ✓ Resgatar o cunho revolucionário dos “tratamentos psíquicos”, com ênfase ao protagonismo de Freud – sua transição da neurologia à psicopatologia –, para demonstrar que a criação da Psicanálise dependeu do uso clínico de procedimentos alternativos aos empregados pela medicina comum.

- ✓ Pôr em destaque o caráter exemplar dos enfrentamentos de Freud no período pré-psicanalítico – já que Freud, para criar a Psicanálise, precisou enfrentar o “conhecimento científico” explicativo das neuroses, a depreciação generalizada dos “tratamentos psíquicos”, a desonra em que foram lançados os pacientes histéricos e, com efeito, os médicos que os tratavam, entre outros – enquanto referência à prática clínica em Psicanálise.
- ✓ Delinear a evolução da técnica empregada ao longo do período pré-psicanalítico até a criação da Psicanálise, de forma a demonstrar que o estudo dessas técnicas é fonte valiosa de conhecimento e aprendizado sobre o método psicanalítico.

1. METODOLOGIA

Em uma época em que a Psicanálise traz em si o selo da sofisticação conceitual e proporciona, com efeito, a ampliação do discurso acadêmico – e por isso recebe os louros do colegiado universitário –, por que narrar outra vez a história da criação da Psicanálise? Por que viabilizar uma introdução à Psicanálise por meio de uma abordagem histórica, sem recorrer as explicações conceituais de uso comum, que tanto apraz aos intelectuais? Reunir sumariamente uma quantidade considerável de informações sobre o período pré-psicanalítico – tão confuso e complicado – e a criação da Psicanálise, de maneira um tanto didática, parece ser a principal contribuição desta tese. Por isso, a narrativa que se segue se propõe a recuperar o percurso que originou a Psicanálise, contemplando parte dos principais eventos ocorridos durante o período pré-psicanalítico. Se “a Psicanálise, como se passa verdadeiramente com qualquer ramo da ciência, só pode proveitosamente ser estudada como uma evolução histórica, nunca como se fosse um corpo de conhecimento aperfeiçoado” (JONES, 1961/1979, p. 30), é oportuna a revisão da história que precedeu à sua criação, ainda mais em vista do maior ou menor desdém com que é tratada, não nos Núcleos da Sociedade Brasileira de Psicanálise, mas com certeza em parte considerável dos círculos universitários.

No que concerne a importância de um trabalho dessa natureza, a experiência como estudante e professor universitário, possibilitou a verificação de que nos cursos de graduação em psicologia, a presença da Psicanálise se dá, geralmente, a partir, sobretudo, de um de seus componentes, demasiadamente enfatizado, em detrimento dos demais. Conforme ensinou Freud (1923[1922]/1992, p. 231, tradução nossa), a Psicanálise é, em primeiro lugar, “o nome de [...] um procedimento que serve para investigar processos psíquicos dificilmente acessíveis por outros meios”. É também, em segundo lugar, “[...] um método de tratamento de perturbações neuróticas, fundamentado nessa investigação”, e em terceiro e último lugar, é “uma série de inferências psicológicas, conquistadas por esse caminho, que pouco a pouco foram se estruturando em uma nova disciplina científica”⁵. E é

⁵ “Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas,

precisamente as “inferências psicológicas”, isto é, a teoria psicanalítica, o componente alçado à posição de peça principal no ambiente universitário, restando o encargo de coadjuvante ao método e a psicoterapia psicanalítica ou a “análise” propriamente dita.

Evidentemente, a teoria psicanalítica é um complemento indispensável à Psicanálise e é certo que o próprio Freud também conferiu grande importância para ela, e sua vasta obra é prova incontestável. Inclusive, a valorização da teoria psicanalítica no ambiente acadêmico é o caminho que naturalmente a Psicanálise trilharia nesse contexto, visto que a formação universitária em ciências humanas – em que a psicologia geralmente se acha inserida – é majoritariamente composta por leituras, análises de conteúdos teóricos, discussões, etc. A bem da verdade, o tripé analítico constituído por análise pessoal (didática), supervisão clínica e formação teórica – modelo adotado pelos Núcleos da Sociedade Brasileira de Psicanálise e perfeitamente alinhado às 3 dimensões constitutivas da Psicanálise – é praticamente impossível de ser praticado nas universidades. Uma coisa é a graduação em psicologia, outra coisa é a formação psicanalítica.

Todavia, o desejo de preservar o elemento essencial da Psicanálise há de oferecer uma possibilidade de estudo das obras psicanalíticas que priorize seu método e que, naturalmente, possa ser complementada por essa abordagem teórica-conceitual. Essa é a nossa proposta. Logo, se a maneira usual de introdução à Psicanálise é pela via explicativa, em que são explorados os conceitos mais importantes para a teoria psicanalítica, como “inconsciente”, “libido”, “defesa”, “fases do desenvolvimento psicosssexual”, “complexo de Édipo”, “aparelho psíquico”, etc., explicações usuais em, por exemplo, “O prazer de ler Freud” de Nasio, “Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan” de Jorge, etc., nossa proposta de introdução à Psicanálise por intermédio de uma perspectiva genealógica, atende à expectativa de fazer emergir gradualmente elementos que façam referência ao método da Psicanálise, percorrendo, por meio da teoria pré-psicanalítica, o percurso que desaguou na criação do método psicanalítico.

Então, procuramos uma alternativa que se mantivesse distante das explicações conceituais e que fosse apropriada para a valorização e melhor entendimento do método psicanalítico, ainda que por meio de uma produção teórica. *Mas de que forma a perspectiva genealógica pode valorizar o método psicanalítico?* O problema se revelou uma contradição: como uma produção teórica pode viabilizar uma explicação do método psicanalítico sem recorrer à conceitos e sem dar exemplos de sua aplicação? Desde o princípio se sabia que a maneira mais eficiente de se explicar um procedimento é demonstrando-o em operação; é explicá-lo por meio do exemplo, algo impossível de se fazer nessas circunstâncias. A resposta começou a se delinear a partir desta afirmação, retirada, como era de se esperar, da própria obra de Freud: “o melhor para compreender a psicanálise é estudar sua gênese e seu desenvolvimento” (FREUD, 1923[1922]/1992, p. 231, tradução nossa)⁶.

Não obstante o valor especial dessa frase, ela não explicou o porquê que estudar a gênese e o desenvolvimento da Psicanálise é a melhor maneira de compreendê-la. Freud não explicou... Todavia, foi observado que por diversas vezes Freud discorreu sobre a origem e o desenvolvimento da Psicanálise. Aliás, foi observado também que praticamente todas as vezes em que ele se propôs a explicar “o que é a Psicanálise”, recorreu à uma abordagem histórica em que, mais uma vez, discorreu sobre sua gênese e desenvolvimento. Por exemplo, em *Sobre a psicanálise* (1913[1911]), *Contribuição a história do movimento psicanalítico* (1914), *Uma dificuldade da psicanálise* (1917[1916]), *Dois verbetes de enciclopédia: psicanálise e teoria da libido* (1923[1922]), *Breve descrição da psicanálise* (1924[1923]), *Apresentação autobiográfica* (1925[1924]) e *Psicanálise* (1926[1925]).

Não há a menor dúvida de que Freud atribuiu importância especial ao estudo do período pré-psicanalítico enquanto fonte de conhecimento sobre a Psicanálise. Portanto, sabíamos que uma melhor compreensão daquela afirmação de Freud resolveria a contradição e o impasse que precedeu à elaboração desta tese – e, quem sabe, poderia arrebanhar para esse lado àqueles que ainda sustentam a teoria psicanalítica como a única e melhor opção para iniciação no estudo da Psicanálise.

⁶ “Lo mejor para comprender al psicoanálisis es estudiar su génesis y su desarrollo” (FREUD, 1923[1922]/1992, p. 231).

Pode-se dizer, meio a sério, meio jocosamente, que o psicanalista, principalmente durante o processo clínico de análise de seus pacientes – embora também em outras circunstâncias em que ele aplica o método psicanalítico –, tem “mania de origem”: “como começou?”, “como veio a ser o que é?” – são questões que exemplificam o esforço de compreensão da psicogênese das mais variadas expressões humanas, para as quais o psicanalista dedica atenção. Uma vez que a investigação psicanalítica segue uma direção regressiva, isto é, a partir do presente avança ao passado até alcançar a gênese da problemática, essa “mania de origem” é parte indispensável do método e da terapia psicanalítica, e é por isso que, desde o início da Psicanálise, Freud (1896/1989) relacionou a atividade do psicanalista com a do arqueólogo, porque, para a melhor percepção do “presente” – e o concomitante alívio do sofrimento “presente” –, a Psicanálise também opera uma “escavação” de camadas e camadas até que seja possível alcançar a raiz mais profunda do “passado”, célula germinativa a partir da qual o “presente” se desenvolveu. Isso significa que o processo clínico de análise envolve (ao paciente) o aprendizado sobre a “gênese” e o “desenvolvimento” de si mesmo. Afinal, se essa “mania de origem” é oportuna na clínica psicanalítica, por que não a empregar também no estudo da Psicanálise? Por que não repetir essa “mania de origem” com a própria Psicanálise?

Assim sendo, o método de estudo da Psicanálise proposto aqui pretende empregar essa “mania de origem” à obra de Freud, porque assim é possível estabelecer uma *correspondência entre o estudo da Psicanálise e o método psicanalítico*. Quer dizer, o estudo da Psicanálise por intermédio de uma perspectiva genealógica, em que se acha aberto um caminho para a compreensão histórica e gradual de sua criação, isto é, uma via de estudo em que se enfatiza como a Psicanálise foi “gestada” e “parida”, *estabelece uma analogia com o método psicanalítico*. Mesmo indiretamente e a partir de uma investigação teórica, essa perspectiva genealógica se aproxima do uso clínico do método psicanalítico, e é precisamente por esse motivo que Freud a empregou. *Freud ensinou Psicanálise empregando-a, inclusive quando explicou “o que é a Psicanálise”*. Então, no momento em que é colocada a questão sobre a pertinência de uma abordagem genealógica da Psicanálise, pode-se responder que “[...] para compreender algo da Psicanálise, é preciso

retomar a trajetória que conduziu Freud a inventá-la” (MEZAN, 1982/2000, p. 22).

Serve como exemplo uma ocasião em que nos pediram uma indicação bibliográfica que se traduzisse na “melhor” maneira de se iniciar estudos em Psicanálise. Nos permitindo a pompa de indicar um caminho, recomendamos um estudo cronológico da obra de Freud, a começar pelo período pré-psicanalítico. Insatisfeito, o interlocutor perguntou: “por quê?”. “Porque o período pré-psicanalítico reproduz o movimento de criação do método psicanalítico, isto é, reproduz mais ou menos o próprio método psicanalítico. Por isso o estudo desse período oferece a vantagem de proporcionar um primeiro contato com o método da Psicanálise”. *É esta nossa percepção a respeito de uma perspectiva genealógica – é essa a nossa tese.* “E depois?”, continuou. “Depois, sem dúvida, ‘A interpretação dos sonhos’”. Novamente: “por quê?”. “Por se tratar de uma obra em que Freud está ‘fazendo Psicanálise’ ao invés de ‘estar falando sobre Psicanálise’”. A impressão de que a resposta não havia ficado clara se confirmou: “não entendi”. “Nessa obra Freud exemplificou a aplicação do método psicanalítico – usou-o para explorar e dar significado aos conteúdos oriundos da psique inconsciente. Por isso também oferece a vantagem de ensinar sobre o método da Psicanálise”. Conversa encerrada. Esse caso simplifica o argumento que dá sustentação para o proposto nesta tese.

Além do mais, se forem consideradas as sucessivas e profundas reformulações que incidiram sobre a teoria psicanalítica ao longo de toda sua extensão no conjunto das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, é fácil se inclinar à busca exclusiva do aporte teórico majoritariamente consolidado, em detrimento daqueles conteúdos cujos conceitos foram superados e substituídos, porque certamente será considerado mais oportuno a apropriação dos ensinamentos que ainda detém o status de “verdade”, às expensas daqueles considerados ultrapassados. Desde que se tenha atribuído o valor de peça principal à teoria psicanalítica, seguramente será mais interessante a absorção das postulações teóricas certas, àquelas que permanecem válidas, pois soará inútil a investida em conhecer os ensinamentos vencidos pelos avanços posteriores.

O raciocínio é ainda mais tentador quando aplicado às obras pré-psicanalíticas, porque contêm apenas os rudimentos da Psicanálise e, a rigor, não versam sobre teoria psicanalítica propriamente dita. Se o caminho que resultou na constituição da Psicanálise foi marcado por dúvidas, incertezas e por muitos equívocos – como é comum às ciências que se baseiam na experiência –, é provável que as inferências teóricas produzidas neste período sejam consideradas obsoletas, pois sucumbiram em face dos avanços posteriores, ao menos parcialmente. Em tudo isso, se apresenta um pendor quase irresistível que orienta o descarte do período pré-psicanalítico, um pendor que se apresenta na forma de perguntas como essa: para que se apropriar de ensinamentos cujo conteúdo foi superado e substituído por outro mais fiel à verdade? Mas se imaginarmos que, no futuro, parte dos conceitos que hoje são válidos perderão sua validade, e que, no entanto, o método psicanalítico permanecerá inalterado, é oportuna uma abordagem que priorize o método da Psicanálise.

Aliás, se o período pré-psicanalítico não fosse importante o próprio Freud não o teria recontado e aludido a ele tantas vezes. No prefácio à 2ª edição dos “Estudos sobre histeria” há mais uma demonstração de sua importância: “[...] quem se interessa pelo desenvolvimento [que vai] da catarse para a Psicanálise não poderia aconselhar nada melhor senão que comece com os *Estudos sobre histeria* (1895) e assim siga pelo caminho que eu mesmo deixei para trás” (FREUD, 1908/1987, p. 25, grifos do autor, tradução nossa)⁷. Se, em 1908, quando o próprio Freud já havia “deixado para trás” a matéria contida nos *Estudos sobre histeria* (1895), por que a recomendou aos estudiosos da Psicanálise? Se o conteúdo conceitual desta obra se encontra predominantemente ultrapassado, de que vale o pré-psicanalítico? *Pois seu valor está em ser um tipo de homólogo do método da Psicanálise. Isso significa que a travessia de Freud até a criação da Psicanálise carrega em si elementos exemplares e correspondentes ao método psicanalítico.* O período embrionário da Psicanálise retrata a criação gradual de um procedimento que, com o objetivo de solucionar o enigma da neurose e o sofrimento decorrente dela,

⁷ “[...] a quien se interese por el desarrollo de la catarsis hacia el psicoanálisis no podría aconsejarle nada mejor sino que empiece con los Estudios sobre la histeria y así transite por el camino que yo mismo he dejado atrás” (FREUD, 1908/1987, p. 25).

viabilizou o acesso e a tradução do conteúdo inconsciente. E é por isso que “[...] os escritos que Freud documenta seus procedimentos e suas conclusões não têm apenas um caráter fundador, mas sobretudo um caráter *exemplar*” (MEZAN, 1982/2000, p. 50-51, grifo do autor).

Agora serve como ilustração a história de um casal que procurou um psicanalista, por que a filha – uma menina de 7 anos – se encontrava com “sérios problemas emocionais”. Como de costume, o psicanalista se empenhou inicialmente em avolumar as informações sobre os pais da menina, porque a mais ampla compreensão dos pais viabilizaria o melhor entendimento e possibilidades de ajudar à menina. Se essa menina se chamasse “Psicanálise” seus pais certamente se chamariam “pré-psicanalítico”. Afinal, como “raras vezes se aprecia em grau suficiente que talvez a mais importante das realizações de Freud foi sua invenção do primeiro instrumento para o exame científico da mente humana” (STRACHEY, 1955/1987, p. 11, tradução nossa)⁸, é oportuna uma abordagem genealógica da Psicanálise que permita “rastrear as etapas iniciais do desenvolvimento deste instrumento” (STRACHEY, 1955/1987, p. 11, tradução nossa).

Em uma nota preliminar que antecede à introdução do livro *Freud: a trama dos conceitos*, Mezan (1981, p. IX⁹) pergunta: “como ler Freud?”. Desde aquela época já existia um consenso entre os estudiosos, no que se refere as várias possibilidades de apropriação da obra freudiana, de modo que “várias respostas podem ser dadas a esta pergunta” (MEZAN, 1981, p. IX). Mezan (1981), com formação em filosofia, propôs naturalmente a leitura de “[...] Freud como se lê um filósofo, buscando a articulação de seus conceitos e a lógica subterrânea que comanda a sua produção” (p. XVII), isto é, uma leitura explicativa da teoria psicanalítica, com ênfase à elucidação de sua estrutura conceitual, a “trama dos conceitos”, sem ignorar, todavia, o processo que tornou possível o surgimento das concepções que, após ganharem substância, deram origem a “nova” disciplina científica chamada Psicanálise.

⁸“Rara vez se aprecia en grado suficiente que quizás el más importante de los logros de Freud fue su invención del primer instrumento para el examen científico de la mente humana. Uno de los rasgos más fascinantes del presente volumen es que nos permite rastrear las etapas iniciales del desarrollo de ese instrumento” (STRACHEY, 1955/1987, p. 11).

⁹ Em algarismo romano, como consta na obra consultada. Toda a nota preliminar está numerada dessa forma e, depois, inicia-se a introdução a partir do número 1.

A exemplo de Mezan (1981), nosso ponto de partida também foi a pergunta “como ler Freud?”. Mas, diferentemente do propósito de pôr em prática “[...] uma leitura pelo ângulo dos conceitos, isto é, uma abordagem que privilegie o aspecto sistemático da obra freudiana” (MEZAN, 1981, p. IX), esta tese se sustenta na aposta de que é possível compreender aspectos essenciais do método psicanalítico a partir de uma perspectiva histórica.

Se, hipoteticamente, o pré-psicanalítico seja considerado um período em que Freud realizou uma pesquisa clínica que levou a “descoberta” da Psicanálise, qual teria sido o método de pesquisa empregado? Se não é possível definir exatamente o método empregado nessa hipotética pesquisa de Freud, com certeza se pode afirmar que o método utilizado, qualquer que seja, está reproduzido nas obras do período pré-psicanalítico, que retratam esse período de pesquisa. E se “toda investigação [...] reproduz em escala seu movimento e o traz embutido, como a semente na fruta” (HERRMANN, 2004, p. 65), qual o “movimento” embutido no método empregado por Freud durante sua investigação pré-psicanalítica? Sem dúvida, esse “movimento” operacionalizado por Freud durante a pré-psicanálise contém os rudimentos essenciais do método psicanalítico, é a “semente da fruta”. Talvez seja essa a razão que levou o próprio Freud (1926/1987) a dizer que existem duas datas que marcam o surgimento da Psicanálise: a segunda data é a mais conhecida, se refere a publicação de *A interpretação dos sonhos* (1900), mas a primeira se refere aos *Estudos sobre histeria* (1895), ou seja, com a publicação dessa obra, alocada no período pré-psicanalítico, até mesmo Freud lhe atribuía o valor de obra inaugural da Psicanálise.

Freud (1912/1991) afirmou que durante o processo clínico de análise, o “pesquisar” e a “terapêutica” coincidem. Isso significa que a investigação da psique inconsciente do paciente em análise resulta, ao mesmo tempo, no alívio de seu sofrimento: “a coincidência de pesquisa e tratamento no trabalho analítico é, sem dúvida, um dos títulos de glória desse último” (p. 114, tradução nossa)¹⁰. De maneira semelhante, talvez, a pesquisa sobre o período pré-psicanalítico coincida com o aprendizado de rudimentos do método da Psicanálise. Então, se verdadeiro o pressuposto de que a investigação

¹⁰“La coincidencia de investigación y tratamiento en el trabajo analítico es sin duda uno de los títulos de gloria de este último” (FREUD, 1912/1991, p. 114).

colocada em prática durante o pré-psicanalítico guarda correspondência com o método psicanalítico, percorrer a trajetória de criação da Psicanálise pode oferecer um conhecimento vivo, já que “os conceitos psicanalíticos [...] só adquirem pleno sentido quando em movimento, como os fotogramas que compõem um filme” (HERRMANN, 2003, p. 82). De modo mais simples e incompleto, ao percorrer com Freud a pré-psicanálise, o estudioso também “descobre” a Psicanálise.

Se outra vez nos for permitida a ousadia de uma comparação com Mezan, cujo livro pretendeu “[...] fornecer a quem se inicia na leitura de Freud uma introdução sistemática a seu universo conceptual” (MEZAN, 1981, p. X), nossa pretensão é fornecer uma introdução à Psicanálise por meio de uma abordagem genealógica, e contribuir para a compreensão dos aspectos que precederam e influenciaram a criação do método psicanalítico – contribuir na compreensão do próprio método –, por meio do estudo das obras do período pré-psicanalítico – que se encontram nos três primeiros volumes das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Por isso, se pode dizer que a criação da Psicanálise é o assunto principal desta tese, mas que sua abordagem genealógica proporciona a familiaridade com aspectos essenciais da Psicanálise – da associação livre e do método interpretativo. E a tentativa de valorização do método psicanalítico, o enaltecimento de sua importância, se dá em decorrência de ser o elemento invariável e permanente da Psicanálise, pois “a psicanálise se apoia com segurança na observação dos fatos da vida psíquica; por isso, sua superestrutura teórica é, todavia, incompleta e se encontra em um processo de permanente transformação” (FREUD, 1926/1987, p. 254, tradução nossa)¹¹.

Justificada a opção pelo pré-psicanalítico, é oportuna a apresentação sistematizada das obras utilizadas nesta tese. No capítulo 2, serão explorados sobretudo os artigos do primeiro volume das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* denominado *Publicações pré-psicanalíticas e manuscritos inéditos (1886-1899)*. Esse volume não raramente é deixado de lado pelos estudiosos, e o próprio Mezan (1981) o desconsiderou, porque sua abordagem

¹¹“El psicoanálisis se apoya con seguridad en la observación de los hechos de la vida anímica; por eso, su superestructura teórica es todavía incompleta y se encuentra en un proceso de permanente transformación” (FREUD, 1926/1987, p. 254).

da obra de Freud se iniciou com as publicações que datam de 1893. O volume começa com o *Relatório de meus estudos em Paris e Berlim, realizado com uma bolsa de estudos do Fundo de Jubileo da Universidade (outubro de 1885 – março de 1886)*, e na nota introdutória, Strachey (1966b/1988), muito acertadamente, identificou que o relatório marca a transição do interesse de Freud da neurologia para a psicopatologia. “Este relatório indica claramente que a sua experiência na Salpêtrière foi um ponto de virada na sua carreira” (STRACHEY, 1966b/1988, p. 4)¹².

Aqui, esse relatório receberá atenção especial, porque traz em si pontos da máxima importância na posterior criação da Psicanálise. Tudo leva a crer que Freud viveu uma crise durante sua permanência na Salpêtrière, em que pôs em dúvida sua escolha pela neurologia, uma crise pessoal que, no entanto, também foi motivada pela “crise” das ciências médicas da época, que não conseguiam desvendar o enigma da neurose, particularmente a histeria. Esse relatório não somente evidencia a profunda admiração de Freud em relação à Charcot – admiração cuja importância está no fato de ter seguido os passos do mestre, tendo permanecido fiel as constatações clínicas, mesmo quando contrariavam as “explicações científicas” –, como também a ousadia já praticada na Salpêtrière, manifesta na utilização de procedimentos médicos-terapêuticos novos, como alternativa aos ineficientes métodos da medicina comum.

Também será dada grande importância aos artigos do volume 1 em que Freud discorreu sobre procedimentos médico-terapêuticos inovadores. Por exemplo, *Prefácio à tradução de De la Suggestion, de H. Bernheim (1888[1888-89])*, *Resenha de Der Hypnotismus, de August Forel (1889)*, *Tratamento psíquico (tratamento da alma) (1890)*, *Hipnose (1891)*, *Um caso de cura por hipnose (1892-93)*, entre outros. São artigos reveladores da tentativa de aliviar as doenças nervosas por meio de recursos ainda pouco explorados, como era o caso da hipnose, mas também reveladores da resistência da medicina tradicional em relação ao surgimento de procedimentos terapêuticos inovadores e muito diferentes dos empregados tradicionalmente. Além do mais, demonstram a disponibilidade de Freud em empregar novas técnicas, defender

¹²“Este informe indica con toda claridad que su experiencia en la Salpêtrière fue un punto de viraje en su carrera” (STRACHEY, 1966b/1988, p. 4).

e ensinar sua utilização, desde que constatada sua eficácia clínica. Sem dúvida, são registros de um período de efervescência no meio médico, cuja importância para o surgimento posterior da Psicanálise se encontra na exposição viva das dificuldades, avanços e recuos, no uso de procedimentos que se pretendiam capazes de aliviar o sofrimento dos pacientes nervosos. Como se sabe, é a partir destas tentativas que virá a luz, posteriormente, à Psicanálise.

O tópico seguinte, ainda no segundo capítulo, dará ênfase à histeria, demonstrando historicamente a confusão diagnóstica que a circundou, sua associação assustadora com possessões demoníacas no período medieval, o rechaço sofrido pelos pacientes histéricos na modernidade e a dedicação de personalidades como Charcot e Freud à tentativa de compreender e aliviar os pacientes histéricos. Além das obras citadas anteriormente, no volume 1 há também um artigo chamado *Histeria (1888)*, em que Freud oferece uma descrição nosográfica da histeria, fato que, por si só, parece não ter grande importância, mas, considerando o contexto em que tanto a medicina tradicional como a sociedade civil desacreditavam a histeria e discriminavam os pacientes histéricos, uma descrição clínica da histeria tem uma importância muito maior do que somente caracterizar uma doença.

Também será mencionado o artigo *Observação de um caso severo de hemianestesia de um homem histérico (1886)*, que foi apresentado por Freud à Sociedade de Medicina de Viena, pouco depois de seu retorno da Salpêtrière. Este caso clínico tem a importância de demarcar um entendimento inovador em relação à histeria, ainda que em oposição às opiniões de médicos renomados e muito mais experientes que Freud, como é o caso de seu antigo professor, Theodor Meynert. Além do mais, verifica-se outra vez a importância atribuída por Freud aos fenômenos histéricos, isto é, que ele também contribuiu para restituir dignidade aos pacientes histéricos e autorizar, por assim dizer, seu tratamento generalizado.

Evidentemente, outras obras de Freud foram consultadas para compor o segundo capítulo desta tese, com destaque para as de caráter histórico como *Contribuições a história do movimento psicanalítico (1914)* e *Apresentação autobiográfica (1925[1924])*. Ambas oferecem uma reconstituição do processo de criação da Psicanálise pela ótica do próprio Freud e se conciliam

perfeitamente com o restante, aliás corroboram e complementam os dados mencionados a partir dos artigos contidos no volume 1.

No terceiro capítulo o enfoque será a evolução da técnica, que vai alcançar sua maior estatura com a criação do método da Psicanálise. Como se sabe, o método psicanalítico foi amadurecendo, por assim dizer, durante todo o período pré-psicanalítico. Neste processo de maturação, a técnica utilizada com o propósito de investigar e aliviar os pacientes nervosos passou por várias modificações, as quais proporcionaram, por sua vez, compreensões inovadoras sobre os processos psicológicos. Portanto, a evolução da técnica e seus desdobramentos na teoria será o enfoque do terceiro capítulo.

O volume 2 das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, chamado *Estudos sobre histeria (1893-1895)* e o volume 3, *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)*, serão as principais obras de Freud a serem estudadas.

Depois de enfatizada a importância da pré-psicanálise, é também importante uma explicação sobre como esta tese foi redigida, porque o artifício empregado em sua redação pode ser compreendido como um aspecto da metodologia. A opção adotada para recontar a história da criação da Psicanálise foi o recurso de *perguntas e respostas*, em que cada pergunta pretende aludir a um ponto importante do período pré-psicanalítico, levantando, portanto, uma dúvida pertinente aos aspectos fundamentais da pré-psicanálise, e cada resposta pretende ser uma construção gradual em que a decifração do problema contido na pergunta acontece pouco a pouco, até sua revelação final. Não raramente as respostas ultrapassarão o escopo da pergunta, oferecendo informações adicionais, também relevantes para a compreensão do período pré-psicanalítico.

A vantagem deste recurso de estilo, por assim dizer, é reproduzir, em muito menor proporção, a flagrante dificuldade vivenciada por Freud no período pré-psicanalítico. Habitualmente não se reconhece, mas o sentimento comum durante a leitura das obras da pré-psicanálise é uma inevitável “interrogação” diante dos fenômenos, ainda incompreendidos, relatados ali. Considerando que a criação da Psicanálise ocorreu depois de mais de uma década marcada por dúvidas, perplexidade, confusão, ceticismo e equívocos, com certeza o conhecimento produzido durante o período pré-psicanalítico também foi

atravessado por essa sucessão de hesitações e mal-entendidos. Portanto, é praticamente impossível não vacilar diante do pré-psicanalítico, porque foi um período de dúvida para o próprio Freud e suas obras refletem-na indiscutivelmente.

Se o estudioso do período pré-psicanalítico se vê enredado em mistério e confusão em decorrência da própria vacilação de Freud, também perceberá que essa dúvida foi o ponto de partida e propulsão para a criação da Psicanálise. Uma vez que Freud (1914/1989) jamais adotou uma estrutura teórica prévia para posteriormente ir lhe adaptando as evidências clínicas, jamais antecipou uma teoria explicativa aos dados de realidade, a dúvida suscitada pelos fatos clínicos sempre foi a alavanca para o surgimento da novidade. Na condição de um recurso metodológico, adotar a “dúvida” como o começo – e o meio – até finalmente chegar à resposta, depois de amadurecê-la durante um percurso relativamente longo, é um procedimento que faz referência ao vivenciado por Freud durante a pré-psicanálise. Enfim, a utilização de *perguntas e respostas* poderá aludir a realidade do período pré-psicanalítico, uma vez que não parte de conceitos conhecidos e consolidados, mas toma o não-saber como início, e assim minimamente reproduz aquela atmosfera de “dúvidas” que desafiou a inteligência de Freud e também desafia a inteligência dos estudiosos de suas obras pré-psicanalíticas.

2. Freud: abrindo o caminho em direção à Psicanálise

2.1. *Por que Freud trocou a neurologia pela psicopatologia*¹³?

A história da criação da Psicanálise é tão amplamente repleta de episódios importantes que seria impossível reuni-los em sua totalidade, porque não somente a obra, mas também a vida de Freud contém pontos relevantes – que podem ser comprovados por meios das principais biografias de Freud – que direta ou indiretamente contribuíram para o surgimento da Psicanálise. Inclusive, havia elementos próprios daquele contexto histórico-social que também tiveram importância considerável nesse processo. “Não foi por acaso que a psicanálise nasceu em Viena e ali atingiu a maturidade. No tempo de Freud, a atmosfera cultural de Viena estimulava a fascinação por doenças mentais e problemas sexuais de forma singular no mundo ocidental” (BETTELHEIM, 1991, p. 3).

Atualmente, o tratamento psicanalítico se tornou algo comum, e tão banal tornou-se alguns conceitos da Psicanálise, que vai se perdendo seu caráter revolucionário. Quando se está diante de um fenômeno comum, que faz parte do cotidiano, sua obviedade é tamanha e se está tão acostumado com ele que até parece que ele sempre existiu. É possível afirmar que a psicologia, depois de receber o estatuto de ciência há mais de 140 anos, se encontra nesta condição. E os tratamentos psíquicos, alavancados nesse mesmo período, também. Após mais de um século, tornaram-se comuns, até mesmo populares, fato que pode fazer com que o esforço e o mérito daqueles que possibilitaram sua criação e sua popularização, sejam esquecidos.

Como se sabe, é imenso o volume de conhecimento produzido sobre a vida e a obra de Freud, no entanto o período que precedeu à criação da Psicanálise recebe menor atenção. Então, nesta primeira parte, algumas passagens da vida de Freud e a descrição do ambiente médico-científico da época nos servirão como recurso para uma contextualização histórica, cenário sobre o qual será narrado como que, gradualmente, Freud se distanciou da medicina comum, isto é, da neurologia, e adentrou o campo da psicopatologia.

¹³ “Esse termo foi utilizado, no fim do século XIX, pela medicina, psicologia, psiquiatria e psicanálise, para designar os sofrimentos da alma e, em termos mais amplos, os distúrbios do psiquismo humano” (ROUDINESCO e PLON, 1997/1998, p. 616-617).

Uma maneira de iniciarmos uma investigação sobre a criação da Psicanálise é por meio do surgimento dos tratamentos psíquicos, que foram criados a partir da medicina comum, exatamente no ponto em que ela foi insuficiente. Se atualmente os tratamentos psíquicos são populares, não era assim na Viena de Freud. Hoje, particularmente a(s) chamada(s) psicoterapia(s), praticada em consultórios particulares, é uma atividade comum, sobre a qual já é possível falar um pouco mais abertamente, mesmo que com algum constrangimento. Então, os tratamentos psíquicos fazem parte do cotidiano comum na sociedade ocidental contemporânea, o que permite dizer, com certeza e sem nenhum demérito, que hoje em dia os tratamentos psíquicos foram popularizados. Mas – atenção –, no período em que viveu o gênio de Freud, um tratamento psíquico era algo original, praticamente inédito, e não existia, portanto, cursos de formação para a prática profissional no campo dos tratamentos psíquicos. Não obstante as neuroses terem alcançado, já naquele período, uma proporção praticamente epidêmica, atingindo todas as classes sociais – “como revelam as pesquisas recentes, a histeria estava longe de ser uma doença limitada às salas de estar com cortinas pesadas e às mulheres frustradas da burguesia, sendo igualmente comum na classe trabalhadora” (APPIGNANESI e FORRESTER, 1992/2011, p. 130) –, não se tem notícias de tratamentos psíquicos e, como se verá, as neuroses foram dramaticamente desacreditadas, tanto pela medicina quanto pelo senso comum.

Não existia, por exemplo, graduação em psicologia, mesmo porque a criação da “psicologia científica” se deu em 1879, em Leipzig, Alemanha, e gradualmente foi se propagando até ser possível a formação superior em psicologia. Todavia, quando Wilhelm Wundt inaugurou o Laboratório de Psicologia Experimental na Universidade de Leipzig, em 1879, se tornou referência internacional de formação de psicólogos experimentais, e não de psicólogos clínicos, portanto “[...] o perfil do psicólogo experimental constituiu uma das primeiras formas de identidade na formação dos novos psicólogos” (ARAUJO, 2009, p. 9). Muitos anos depois, assim escreveu Freud (1917[1916]/1992, p. 129, tradução nossa) sobre o ensino da psicologia: “A psicologia que se ensina em nossas escolas nos proporciona escassíssimas respostas satisfatórias quando lhe inquirimos sobre os problemas da vida

psíquica”¹⁴. Com isso, não havia a menor possibilidade de Freud se encaminhar, desde o início, à preparação teórico-prática direcionada aos tratamentos psíquicos, já que ele próprio foi contemporâneo e um dos entusiastas da criação dos tratamentos psíquicos. Então, formou-se médico na Universidade de Viena, Áustria, e, alguns anos depois, se especializou em neurologia. Muitos anos depois criou a Psicanálise.

O que é possível compreender até agora, por meio desta breve descrição da atmosfera médica-científica da época, é que os tratamentos psíquicos, empregados de maneira sistematizada, com viés científico e não-religioso, são relativamente novos: seu surgimento ocorreu na segunda metade do século XIX, conforme demonstrado pelas obras pré-psicanalíticas de Freud – obras que fazem menção à atividade médica-profissional e a produção científica de grandes personalidades que precederam Freud e a Psicanálise, como Jean-Martin Charcot, Pierre Janet, Hyppolyte Bernheim, Ambroise-Auguste Liébault, Josef Breuer, para citar alguns dos principais personagens da revolução médica-científica que se deu a partir do propósito de se tratar os males da alma – e também do corpo – por meio de intervenções que atingissem e produzissem efeitos no domínio psicológico do paciente. Se couber a questão sobre quando e de que forma as ciências médicas começaram a dar atenção ao sofrimento psíquico, já é possível afirmar que foi tardiamente e com muitas ressalvas. Aliás, o surgimento dos tratamentos psíquicos só foi possível depois de muito enfrentamento de seus defensores com os conservadores da medicina (dos tratamentos) tradicional.

Mas à medida que os “anos”, “décadas”, “século”, foram passando, os tratamentos psíquicos se popularizaram, e, com efeito, se dissipou seu caráter inovador, de maneira que hoje em dia praticamente desapareceu a índole arrojada que os tratamentos psíquicos possuíam no final do século XIX. Se agora os tratamentos psíquicos são ordinários, naquela época eram extraordinários. E, o que é mais importante, compreender o “extraordinário” dos tratamentos psíquicos, considerando a conjuntura do período, proporcionará avançar no entendimento sobre o porquê Freud trocou a neurologia pela

¹⁴ “La psicología que se enseña en nuestras escuelas nos proporciona escasísimas respuestas satisfactorias cuando le inquirimos por los problemas de la vida anímica” (FREUD, 1917[1916]/1992, p. 129).

psicopatologia, proporcionará um pequeno progresso para o entendimento da criação da Psicanálise.

Uma demonstração desse elemento “extraordinário” se encontra em um artigo de Freud (1890/1988) chamado *Tratamento psíquico (tratamento da alma)*, publicado pela primeira vez em um manual de medicina, em uma sessão dedicada à apresentação de métodos terapêuticos diversos. A despeito do público médico a quem se destinava a publicação, Freud (1890/1988) adotou um estilo didático, como se estivesse diante de um público leigo, porque sabia que “também os médicos de formação científica aprenderam só recentemente a apreciar o valor do tratamento psíquico” (FREUD, 1890/1988, p. 115, tradução nossa)¹⁵. Além do mais, sua entonação pedagógica se manifestou também na apresentação de conceitos que, fosse um público versado no assunto, seriam dispensáveis, fato que evidencia a originalidade dos tratamentos psíquicos, pois deixa ver que os próprios médicos a quem se destinava à publicação não estavam familiarizados com essa prática clínica.

A partir do estilo didático empregado por Freud, pode-se inferir que a medicina ignorava, por desconhecimento e desprezo, os tratamentos psíquicos. Essa constatação tem e importância de, em primeiro lugar, realçar a revolução que foi operada no campo das ciências e práticas médicas – uma revolução que reinventou as proposições basais da medicina sobre os processos de saúde/doença (mental) e ampliou as possibilidades de alívio do sofrimento psíquico; e, em segundo lugar, engrandecer o esforço das personalidades que atuaram para fazerem dos tratamentos psíquicos algo de valor científico e clinicamente provado, possibilitando a ampliação de seu alcance – sua popularização. Sigmund Freud foi, com a mais lúcida certeza, o personagem mais notável dessa revolução.

Pois bem, Freud (1890/1988) explicou que um tratamento psíquico não é um tratamento dos fenômenos patológicos da vida psíquica, não é um tratamento das “doenças da alma” em contraposição às “doenças do corpo”. “Tratamento psíquico quer dizer, mais corretamente, tratamento a partir da alma [psique] – seja de perturbações psíquicas ou corporais – com recursos que de maneira primária e imediata influenciam o psíquico do homem” (FREUD,

¹⁵“También los médicos de formación científica aprendieron sólo recientemente a apreciar el valor del tratamiento anímico” (FREUD, 1890/1988, p. 115).

1890/1988, p. 115, tradução nossa)¹⁶. Nessa definição, o que caracteriza um tratamento psíquico é precisamente o procedimento adotado, cuja finalidade é intervir e influenciar o psíquico, com a expectativa de produzir alívio do sofrimento (sintoma) do corpo e/ou da psique. Hoje, a aparente obviedade da explicação de Freud faz com que o interesse nesse assunto seja quase nulo, mas, ao contrário do que parece, a lição de Freud inclui em si a persistência em “descriminalizar” os procedimentos empregados para “influenciar o psíquico do homem”. *Vejam, os tratamentos psíquicos oferecem resultados promissores e sua utilização por nós, médicos, não tem nada de não-científico*, poderia ser dito por Freud aos colegas de profissão, naquela época.

O que é da maior importância, desde já, é observar com atenção o fato de que a introdução de uma nova técnica, no caso, a sugestão hipnótica, possibilitou intervir diretamente sobre uma esfera do homem, a psique, que até então só existia enquanto um conceito abstrato. Com a criação e a prática dos tratamentos psíquicos, o psiquismo foi lançado à condição de objeto de estudo e pesquisa, porque as técnicas empregadas deram expressão manifesta aos eventos psicológicos que se encontravam além da consciência, não revelados pelas técnicas da medicina comum. Sem dúvida, este fato abriu caminho para a criação posterior do método psicanalítico, já que “a criação da Psicanálise se baseia no método de ter acesso à psique inconsciente” (SAGAWA, 2008, p. 8). É ainda mais interessante que, após mais de um século de sua criação, o método psicanalítico é, de longe, “o mais sutil e poderoso instrumento para investigação do mundo interno inconsciente do homem” (GRUBRICH-SIMITIS, 1995/2001, p. 19).

Como a palavra grega “psique” significa “alma”, se poderia supor automaticamente que um “tratamento psíquico” é um “tratamento da alma”, mas com a explicação mencionada, Freud (1890/1988) se antecipou ao mal-entendido, demonstrando que os tratamentos psíquicos são recursos para influir, suggestionar, etc., o psíquico. E, desde essa época, propôs a “palavra” como principal recurso para os tratamentos psíquicos: “[...] as palavras são [...] o elemento essencial do tratamento psíquico” (FREUD, 1890/1988, p. 115,

¹⁶“Tratamiento psíquico quiere decir, más bien, tratamiento desde el alma — ya sea de perturbaciones anímicas o corporales — con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre” (FREUD, 1890/1988, p. 115).

tradução nossa)¹⁷. Portanto, a palavra – isto é, a fala, o diálogo, o uso da linguagem como recurso simbólico que proporciona a conexão mais íntima entre dois psiquismos – foi eleita o recurso mais poderoso para viabilizar o alívio de perturbações, psíquicas e/ou somáticas, de origem psicológica.

Ainda nesse artigo vê-se o esforço de Freud (1890/1988) em compreender a negligência das ciências médicas em relação aos fenômenos psíquicos. Intervenções para preservar e reestabelecer a saúde do corpo são praticadas desde a Antiguidade, mas na segunda metade do século XIX o psíquico continuava praticamente ignorado. Se, por exemplo, nos primeiros tempos da Idade Moderna a dessacralização do corpo humano viabilizou sua exploração científica, a partir do cadáver, e o passo seguinte foi a exploração científica do cérebro, no século XIX (BOCK; TEIXEIRA; FURTADO, 1999), por que o desprezo pelo psíquico? Naquela época, quando não eram relegados aos filósofos, os fenômenos psíquicos eram relegados aos místicos, e só raramente recebiam a atenção da medicina. Além disso, quando as intervenções por meio da “palavra” eram colocadas em prática, recebiam a censura da medicina, que as nomeavam de misticismo ou charlatanismo, por exemplo.

Praticamente tudo combinava para que os médicos e estudiosos ignorassem completamente o psíquico. Mas Freud não apenas defendeu com vigor os tratamentos psíquicos como fez avançar o declínio da compreensão que separa corpo e mente. Por meio dos tratamentos psíquicos evidenciou a influência recíproca entre o psíquico e o somático, e renunciou, desde logo, a separação artificial entre corpo-alma; foi razoável com os colegas médicos, compreendendo que os avanços da medicina comum eram verdadeiramente atraentes, podendo ofuscar as questões relativas ao psíquico. Então, reivindicando atenção ao psíquico, Freud (1890/1988) compreendeu que a negligência das ciências médicas de seu tempo em relação aos fenômenos psíquicos poderia ser explicada com base nos progressos¹⁸ concretizados pela

¹⁷ “[...] las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico” (FREUD, 1890/1988, p. 115).

¹⁸ “A medicina investigou a construção do organismo, mostrando que é composto de unidades microscópicas (células); aprendeu a entender nos termos da física e da química cada um dos desempenhos vitais (funções) e a distinguir as alterações visíveis e apreensíveis nas partes do corpo que são uma consequência dos vários processos patológicos; por outro lado, descobriu os sinais que revelam a presença de processos mórbidos profundos no organismo vivo; identificou também um grande número

“medicina do corpo”. Quem prossegue é Freud (1890/1988, p. 115-116, tradução nossa):

Isso é facilmente explicado se você observar a evolução da medicina nos últimos cinquenta anos. Após um período bastante infértil em que dependia da chamada “filosofia da natureza”, a medicina, sob a feliz influência das ciências naturais, fez seu progresso máximo como ciência e arte [...] Todos esses progressos e descobertas se referiam ao corpo do homem; e assim, seguindo uma orientação incorreta (mas compreensível) de julgamento, os médicos restringiram seu interesse ao corporal e deixaram que os filósofos, que eles desprezavam, se ocuparem com o psíquico¹⁹.

Como visto, desde a hipnose se evidenciava a unidade entre o psíquico e o corporal, porque durante o transe hipnótico o hipnotizado se encontra sob a influência do médico que, por meio da sugestão hipnótica²⁰ – uma intervenção psíquica –, poderia produzir ou eliminar sintomas corporais (FREUD, 1890/1988). Se a medicina considerava exclusivamente o corporal e desprezava o psíquico, Freud (1890/1988), mais uma vez, deu visibilidade à unidade entre o psíquico e o somático, e para exemplificar a poderosa influência que o psíquico pode exercer no corpo, isto é, a força terapêutica da sugestão hipnótica, basta verificar um episódio contado pelo próprio Freud (1890/1988), em que “se o hipnotizador disser: ‘Seu braço se move por conta própria, você não pode detê-lo’, esse braço se move, e vemos os hipnotizados se esforçando em vão para mantê-lo parado” (FREUD, 1890/1988, p. 127, tradução nossa)²¹. Quer dizer, por meio da verbalização (sugestão), o

de microrganismos causadores de doenças e, com a ajuda dessas descobertas que acabara de obter, reduziu drasticamente os perigos de uma cirurgia séria” (FREUD, 1890/1988, p. 115-116, tradução nossa). “La medicina ahondó en el edificio del organismo mostrando que se compone de unidades microscópicas (las células); aprendió a comprender en los términos de la física y de la química cada uno de los desempeños vitales (funciones), y a distinguir aquellas alteraciones visibles y aprehensibles en las partes del cuerpo que son consecuencia de los diversos procesos patológicos; por otro lado, descubrió los signos que delatan la presencia de procesos mórbidos profundos en el organismo vivo; identificó además gran número de los microorganismos que provocan enfermedades y, con ayuda de esas intelecciones que acababa de obtener, redujo extraordinariamente los peligros de las operaciones quirúrgicas graves” (FREUD, 1890/1988, p. 115-116).

¹⁹ “Esto se explica con facilidad si se repara en la evolución de la medicina durante los últimos cincuenta años. Tras un período bastante infecundo en que dependió de la llamada ‘filosofía de la naturaleza’, la medicina, bajo el feliz influjo de las ciencias naturales, hizo sus máximos progresos como ciencia y como arte [...] Todos estos progresos y descubrimientos concernían a lo corporal del hombre; y así, a raíz de una incorrecta (pero comprensible) orientación del juicio, los médicos restringieron su interés a lo corporal y dejaron que los filósofos, a quienes despreciaban, se ocuparan de lo anímico” (FREUD, 1890/1988, p. 115-116).

²⁰ Sugestão hipnótica é aquilo que o hipnotizador diz (ordena) ao hipnotizado, que por sua vez se encontram em um estado de completa obediência e credulidade em relação ao hipnotizador. A sugestão hipnótica exerce influência sobre o psíquico, produzindo efeitos somáticos, também. Por isso seu poder de alívio dos sintomas (FREUD, 1890/1988).

²¹ “Si el hipnotizador dice: ‘Su brazo se mueve solo, usted no puede detenerlo’, ese brazo se mueve, y vemos al hipnotizado esforzarse en vano por tenerlo quieto” (FREUD, 1890/1988, p. 127).

hipnotizador produziu uma influência psíquica e uma reação corporal correspondente ao seu conteúdo (FREUD, 1890/1988).

O sucesso da sugestão hipnótica pode ser explicado quando se considera o comportamento do hipnotizado em relação ao hipnotizador – chamado *rapport*. Durante o transe hipnótico o hipnotizado se encontra praticamente indisponível (como que dormindo) em relação aos estímulos provenientes do mundo externo, mas está plenamente atento aos estímulos do hipnotizador. Tão intenso é o vínculo entre o hipnotizador e o hipnotizado que Freud o comparou com o vínculo entre a mãe e o bebê, especialmente durante a amamentação, em que ambos estão compenetrados e praticamente ausentes para o mundo externo (FREUD, 1890/1988). No *rapport*, portanto, a ênfase está na grande proporção de obediência e credulidade do hipnotizado em relação ao hipnotizador, características que possibilitam a influência psíquica, por isso são poderosas as sugestões dadas pelo hipnotizador ao hipnotizado, podendo produzir o alívio e/ou remissão dos sintomas (FREUD, 1890/1988).

Rapport é um conceito muito usado em psicologia clínica, atualmente. Refere-se a uma técnica que diminui a resistência do paciente e possibilita um tipo de relacionamento em que há harmonia e confiança entre o paciente e o psicoterapeuta, em que ambos estabelecem um vínculo permeado por sintonia, confiança e respeito, o que viabiliza uma aliança terapêutica. Não obstante o significado atual desse conceito, viu-se que sua origem remete a utilização clínico-terapêutica da hipnose e, mesmo que diferente do apresentado por Freud (1890/1988, p. 126), é inegável que o significado atual é uma derivação daquele empregado por Freud há mais de um século. Se, em relação aos fenômenos da hipnose, a credulidade do paciente possibilitava maior influência por parte do médico (cujas sugestões resultavam em atenuação dos sintomas), na psicoterapia psicanalítica, o estabelecimento de um vínculo genuíno e profundo é um dos fatores que possibilita o investimento libidinal do paciente no analista, viabilizando, portanto, a ocorrência e posterior manejo da *transferência*. Aparentemente, aliás, o significado primordial de *rapport* é a raiz mais profunda da futura noção de *transferência*, porque “a repetição de protótipos [vinculares] infantis vivida com um sentimento de atualidade” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1982/1998, p. 514) na situação clínica, é a

resultante desse tipo de vinculação descrita por Freud desde o período pré-psicanalítico.

Embora a utilização terapêutica da hipnose seja anterior à Freud, quer dizer, não foi ele o primeiro a empregar a hipnose na condição de um tratamento psíquico, esse artigo pode ser considerado uma referência histórica sobre o início aproximado das intervenções médico-científicas relacionadas ao sofrimento psíquico. Já se sabe que o método catártico de Breuer foi empregado pela primeira vez em 1880/1881 (FREUD, 1925[1924]/1987; JONES, 1961/1979), portanto 10 anos antes da publicação desse artigo. De qualquer maneira, em *Tratamento psíquico (tratamento da alma)* de 1890, como em *Hipnose* de 1891, é certo que Freud fez um esforço de divulgação de “procedimentos médicos” inovadores, inclusive com o propósito de popularizá-los. Quer dizer, ousou abordar temas que não faziam parte da formação médica e que só a experiência clínica e o aprendizado com personalidades médicas também extraordinárias lhe proporcionaram. Mas, por que dar relevo aos tratamentos psíquicos em um período em que a medicina colecionava avanços surpreendentes no tratamento de doenças (corporais) variadas? Por que Freud divulgou os tratamentos psíquicos para a classe médica – que praticamente os desconhecia?

Antes que se diga qualquer outra coisa, um comentário sobre o comportamento audacioso de Freud. Como visto, em um momento em que ainda era um desconhecido, defendeu ideias e procedimentos contrários aos praticados pelas ciências médicas. É fato indubitável: Freud fez oposição à formação e à clínica médica de seu tempo, principalmente à clínica médica das doenças nervosas. Por exemplo, em *Duas breves resenhas bibliográficas*: “O exemplo da neurastenia mostra da maneira mais impressionante, talvez, quão insuficiente é a chamada formação clínica adquirida em nossos hospitais para as necessidades do exercício prático da medicina” (FREUD, 1887/1988, p. 37, tradução nossa)²². Adiante, após afirmar que a neurastenia é “bastante desconhecida” pelos médicos de “formação científica”, se opôs à sua explicação livresca: “A neurastenia não é um quadro clínico no sentido dos

²²“El ejemplo de la neurastenia muestra de la manera más llamativa, quizá, cuan insuficiente es la llamada formación clínica que se adquiere en nuestros hospitales para las necesidades del ejercicio práctico de la medicina” (FREUD, 1897/1988, p. 37).

livros didáticos, baseado exclusivamente na anatomia patológica; ao contrário, ela deve ser vista como uma modalidade de reação do sistema nervoso” (FREUD, 1887/1988, p. 37, tradução nossa)²³. Aqui, tão cristalina é a oposição de Freud, que dispensa outras menções. Todavia, o que é mais importante para nós, é entender o porquê de sua contestação e enfrentamento. Primeiramente, não se trata de uma oposição infundada, como se a fizesse por pura inclinação irracional ao embate gratuito.

Em segundo lugar, ainda antes da criação da Psicanálise, Freud – e outros – chegou a conclusões inéditas sobre os processos mentais, e para dar-lhes visibilidade foi necessário contrapor-se às teorias livrescas que se sustentavam tanto mais pela reputação dos médicos que as pronunciavam, do que propriamente por sua correspondência com os fatos clínicos. Por exemplo, as críticas do prestigiado médico Theodor Meynert – que foi professor de psiquiatria na Universidade de Viena –, em relação ao hipnotismo, conquanto nenhuma correspondência com seu uso clínico-terapêutico, foram recebidas elogiosamente pela comunidade médica. Quer dizer, mesmo sem nenhuma experiência com o procedimento, a grande reputação de Meynert era suficiente para desqualificar a hipnose. Não é por acaso que Freud (1889/1988), em sua *Resenha de August Forel, Der Hypnotismus* tenha rebatido tão duramente a censura de seu professor, valendo-se, inclusive, de citações do próprio Forel, psiquiatra suíço, celebridade no círculo médico daquele tempo: “para julgar sobre o hipnotismo, é preciso que haja hipnotizado durante certo tempo” (FOREL, 1889 apud FREUD, 1889/1988, p. 100, tradução nossa)²⁴. Sobre à aceitação crédula da comunidade médica em relação à censura de Meynert, Freud (1889/1988, p. 101, tradução nossa) fez a seguinte advertência: “À maioria das pessoas é difícil entender que um pesquisador que tenha adquirido um grande conhecimento em certos capítulos da neuropatologia [...] em outros campos não é adequado invocá-lo como autoridade”²⁵. Desde o início, portanto, a oposição de Freud resultou de seu amor pela verdade, e do propósito íntimo

²³ “La neurastenia no es un cuadro clínico en el sentido de los libros de texto, basados en forma demasiado exclusiva en la anatomía patológica; más bien habría que ver en ella una modalidad de reacción del sistema nervioso” (FREUD, 1887/1988, p. 37).

²⁴ “Para poder juzgar acerca del hipnotismo, es preciso que uno mismo haya hipnotizado durante cierto tiempo” (FOREL, 1889 apud FREUD, 1889/1988, p. 100).

²⁵ “A la mayoría de las personas les resulta difícil entender que un investigador que ha adquirido un gran saber en ciertos capítulos de la neuropatología [...] no sea idóneo en otros campos para invocarlo como autoridad” (FREUD, 1889/1988, p. 101).

de aliviar o sofrimento dos doentes nervosos, incumbência cuja realização exigiu o máximo empenho na exploração da psique humana.

Se o período pré-psicanalítico guarda correspondência com o método da Psicanálise, já é possível uma primeira inferência em que ambos são pareados. A resistência da classe médica – sua não-aceitação de novos métodos aplicados ao tratamento das doenças nervosas, resistência que se repetiu em relação à Psicanálise e se perpetuou –, pode ser relacionada com a resistência de cada paciente durante o processo clínico de análise. Se para a criação da Psicanálise foi necessário o enfrentamento dessa resistência, ferrenha desde os primeiros tratamentos psíquicos, a prática clínica em Psicanálise requer um “enfrentamento” da consciência do paciente, isto é, de sua resistência em permitir a emergência do conteúdo/funcionamento psíquico inconsciente. Por um lado, agarradas ao conhecimento vigente, as ciências médicas atacaram e ainda hoje atacam à Psicanálise; por outro, o paciente se agarra à sua consciência, pois é seu “eu” mais conhecido e seguro. Ambos se seguram com todas as forças na racionalidade. Portanto, quando Freud é perseverante em empregar os tratamentos psíquicos, dá um exemplo de como é difícil vencer a razão – inclusive a razão, a racionalidade dos pacientes.

Outra correspondência possível diz respeito as “dúvidas” vivenciadas por Freud durante o período pré-psicanalítico, “dúvidas” também presentes durante o processo clínico de análise de pacientes. Os fenômenos e experimentações relatados na pré-psicanálise são confusos inclusive aos estudiosos, quanto mais para Freud que os vivenciou na pele. Mas, já mencionado anteriormente, Freud não adotou um alicerce conceitual prévio que pudesse “explicar” os fenômenos enigmáticos da época, e perseverou na “dúvida”, até que o caos desse lugar a ordem (FREUD, 1893a/1989). De maneira similar, também será necessário conviver com a “dúvida” na clínica psicanalítica, pois no tratamento psicanalítico, durante um período inicial considerável, o psicanalista se vê perdido diante do conteúdo verbalizado pelo paciente. Caso venha a se precipitar, o psicanalista – não suportando a “dúvida” – adotará um alicerce conceitual prévio, a teoria psicanalítica, podendo aplicá-la ao paciente, teorizando, portanto, sobre ele – o que não é recomendado. Então, durante os anos do período pré-psicanalítico em que Freud suportou a “dúvida” e se manteve firme em sua investigação sobre os fenômenos mentais

mais enigmáticos, até conseguir elucidá-los verdadeiramente, ofereceu uma importante lição sobre a atuação clínica do psicanalista, isto é, sobre o método da Psicanálise. E, outra vez, ensinou por meio do exemplo.

Até aqui, o que se viu foi o caráter revolucionário dos tratamentos psíquicos – particularmente do emprego clínico-terapêutico da hipnose – e a resistência em relação à tais procedimentos psicoterapêuticos por parte de celebridades médicas de grande influência, mas que nos seja permitido regressar ainda mais no tempo para que as questões anteriormente apresentadas sejam respondidas. Em outubro de 1885, cinco anos antes da publicação do artigo *Tratamento psíquico (tratamento da alma)*, Freud foi à Paris para dar continuidade ao seu aprendizado em neuropatologia no já célebre Hospício da Salpêtrière, por meio de uma bolsa de estudos que viabilizou as condições para realização dessa viagem (FREUD, 1956[1886]/1988). Formou-se em medicina em 1881 e no ano seguinte iniciou sua atividade profissional como médico, portanto quando viajou para Paris estava bem familiarizado com a prática clínica. Quando concorreu à bolsa de estudos, expressou seu propósito de se dirigir ao Hospício da Salpêtrière, ainda que se tratasse de um ambiente declaradamente malvisto pelos médicos austríacos e alemães. “[...] As descobertas da escola francesa, em parte extremamente assombrosas (hipnotismo), em parte de importância prática (histeria), encontraram em nosso país mais descrença que reconhecimento” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 5, tradução nossa)²⁶. Até mesmo o prestigiado Jean-Martin Charcot foi alvo de censura por parte dos médicos vienenses: “[...] os pesquisadores franceses, em primeiro lugar Charcot, tiveram que suportar frequentemente a reprovação de falta de julgamento crítico ou, pelo menos, de tendência a estudar o esquisito e fazer-lhe uma apresentação impressionante” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 5-6, tradução nossa)²⁷. Isso atesta a admoestação dos médicos vienenses e alemães em relação aos franceses e suas práticas. Então, por que Freud almejou um ambiente tão difamado? Por

²⁶ “[...] los descubrimientos de la escuela francesa, en parte extremadamente asombrosos (hipnotismo), en parte de importancia práctica (histeria), hallaron en nuestro país más incredulidad que reconocimiento” (FREUD, 1856[1886]/1988, p. 5).

²⁷ “[...] los investigadores franceses, en primer lugar Charcot, tuvieron que soportar a menudo el reproche de falta de juicio crítico o, al menos, de tender a estudiar lo raro y a darle una presentación efectista” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 5-6).

que almejou dar prosseguimento ao seu aprendizado em meio à profissionais cuja competência foi colocada em dúvida?

É fato que Freud não endossou a censura de seus pares e de seus mestres alemães e vienenses em relação aos franceses, reservando-se o direito de construir uma opinião sobre os procedimentos adotados no Hospício da Salpêtrière somente após tê-los conhecido. “Depois que o honorável Colégio de Professores me distinguiu com o prêmio da bolsa de estudos, aproveitei de bom grado a oportunidade oferecida a mim para formar um julgamento a partir de minha própria experiência [...]” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 6, tradução nossa)²⁸. É certo que o jovem médico não fazia mal juízo da escola de neuropatologia francesa, julgamento de todo contrário ao de seus colegas médicos em Viena. Então, dirigiu-se à Salpêtrière.

Todavia, no início dessa história há um acontecimento cuja importância reivindica sua menção indispensável, pois auxiliará, inclusive, no entendimento do porquê Freud ignorou a censura de seus pares à medicina francesa. Precedeu à viagem de Freud à Paris, o início de sua amizade com o médico Josef Breuer, ainda durante o período em que Freud era estudante de medicina na Universidade de Viena, onde Breuer foi professor. “[...] Josef Breuer, importante fisiologista e médico de sucesso, rico, extremamente culto, quinze anos mais velho que ele [Freud] [...]. Os dois logo travaram as melhores relações; Freud [...] tornou-se frequentador assíduo da família Breuer” (GAY, 1988/1989, p. 47). Breuer foi o médico responsável pela famosa paciente Anna O. (Bertha Pappenheim), atendida por aproximadamente um ano e meio, entre dezembro de 1880 até junho de 1882 (ANZIEU, 1959/1989). “O primeiro encontro de Freud com Breuer verificou-se no Instituto de Fisiologia, nos últimos anos da década de setenta” (JONES, 1961/1979, p. 235). Em novembro de 1882, “Breuer põe Freud a par do caso de Anna O., que terminou em junho seu tratamento, sendo transferida em julho, por três meses e meio, para o sanatório Bellevue, em Kreuzinglen, na Suíça” (ANZIEU, 1959/1989, p. 439). A popularidade desta história clínica resultou do procedimento inovador que foi empregado no tratamento da paciente, procedimento que se valia da

²⁸ “Luego que el honorable Colegio de Profesores me hubo distinguido con la concesión de la beca de viaje, aproveché de buena gana la oportunidad que se me ofrecía para formarme por mi propia experiencia un juicio fundado sobre las mencionadas series de hechos [...]” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 6).

hipnose e que mais tarde foi batizado de “método catártico”. Interessa perceber agora que Freud obteve informações sobre o caso de Anna O. antes de ir à Paris, de maneira que já estava familiarizado com um procedimento alternativo aos praticados pela medicina, estava familiarizado com o uso clínico da hipnose e com a histeria.

Já antes de viajar para Paris, Breuer havia me informado sobre um caso de histeria tratado por ele entre 1880 e 1882 de uma maneira particular, o que lhe permitiu examinar profundamente a causa e o significado dos sintomas histéricos. É importante dizer que isso aconteceu em um momento em que o trabalho de Janet ainda era uma coisa do futuro. Em repetidas ocasiões ele leu para mim fragmentos da história clínica e tive a impressão de que contribuía para a compreensão da neurose mais do que qualquer outro trabalho anterior (FREUD, 1925[1924]/1992, p. 19-20, tradução nossa)²⁹.

Freud se entusiasmou com o método de Breuer, e, com efeito, o enxergou como uma possibilidade promissora de tratamento das doenças nervosas, inclusive fez suas primeiras tentativas de tratamento por meio da hipnose em junho de 1885 – poucos meses antes de se dirigir à Salpêtrière –, durante um breve período em que substituiu um colega médico que precisou se ausentar de um sanatório particular (ANZIEU, 1959/1989). Não obedecer às orientações prescritas pela medicina tradicional era uma ousadia inconcebível entre os médicos vienenses e alemães, a ponto tal que o próprio Breuer, já famoso, recusou-se a continuar empregando o procedimento catártico que ele próprio criou. “[...] depois de sua primeira experiência, Breuer abandonou o método catártico durante vários anos, e só o retomou depois que eu, de volta de minha permanência com Charcot, o incentivei a fazê-lo” (FREUD, 1914/1989, p. 9, tradução nossa)³⁰. Freud se familiarizou com o método catártico e percebeu o potencial revolucionário da nova técnica, tanto para o tratamento quanto para a exploração e melhor compreensão das neuroses. Mas, aparentemente, se encontrava completamente isolado na prática do novo procedimento, já que o próprio Breuer não continuou utilizando-o, fato que, com

²⁹ “Ya antes de que yo viajara a París, Breuer me había informado acerca de un caso de histeria tratado por él entre 1880 y 1882 de un modo particular, que le permitió echar una profunda mirada sobre la causación y la significatividad de los síntomas histéricos. Vale decir, ello acontecía en una época en que los trabajos de Janet eran todavía cosa del futuro. En repetidas ocasiones me leyó fragmentos del historial clínico, y yo tuve la impresión de que contribuían a la comprensión de la neurosis más que cualesquiera otros trabajos anteriores” (FREUD, 1925[1924]/1992, p. 19-20).

³⁰ “[...] después de su primera experiencia, Breuer abandonó durante una serie de años el método catártico, y sólo lo retomó después que yo, de vuelta de mi permanencia con Charcot, lo moví a ello” (FREUD, 1914/1989, p. 9).

efeito, contribuiu para a viagem de Freud à Salpêtrière, pois em Paris já se empregava – a seu modo – a hipnose de maneira mais ampla, porque Charcot, que já havia conquistado fama internacional, conferiu-lhe validade científica (FREUD, 1893a/1989). De qualquer maneira, significa que Freud estava disposto a conhecer e praticar métodos alternativos à medicina comum, aplicados ao tratamento das doenças nervosas, e que o primeiro contato com a hipnose (método catártico) e com a histeria também podem tê-lo motivado a se dirigir, posteriormente, ao Hospício da Salpêtrière.

Afinal, por que Freud foi à Paris? Não obstante a péssima reputação da escola francesa de neuropatologia no círculo médico vienense, Freud encaminhou-se à Paris porque estava seguro de que mediante esta experiência no Hospício da Salpêtrière lhe seria aberto um horizonte inexplorado, lhe seria ofertado um saber-fazer indisponível em Viena, porque o rigor científico predominante entre os médicos austríacos e alemães não tolerava práticas alternativas, por exemplo, a hipnose – chamada charlatanismo, bruxaria, etc. Além do mais, o conhecimento adquirido a partir da experiência com Breuer, reforçou a necessidade de ampliação do saber teórico-prático para além da medicina tradicional, exercida em Viena. Portanto, o propósito de ir ao Hospício da Salpêtrière corresponde à expectativa da novidade, do alargamento teórico e técnico em relação ao tratamento de doenças nervosas, expectativa impossível de se concretizar em Viena. E, no que lhe diz respeito, a “expectativa da novidade” correspondia às dúvidas suscitadas pela neurose, já que a medicina das doenças nervosas não compreendia e tampouco conseguia aliviar o sofrimento dos neuróticos. Quem sabe – poderia ter pensado o jovem médico – a neuropatologia francesa dispõe de procedimentos capazes de solucionar este enigma.

[...] já não podia mais esperar aprender algo essencialmente novo em uma universidade alemã depois de ter desfrutado em Viena o ensino indireto e direto dos professores T. Meynert e H. Nothnagel. Por outro lado, me parecia que a escola francesa de neuropatologia oferecia muito de novo e singular em sua maneira de trabalhar, além de abordar novas áreas da neuropatologia, às quais o trabalho científico na Alemanha e na Áustria não havia sido estendido de maneira semelhante (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 5, tradução nossa).³¹

³¹ “[...] ya no podía esperar aprender algo esencialmente nuevo en una universidad alemana luego que había gozado en Viena de la enseñanza indirecta y directa de los profesores T. Meynert y H. Nothnagel. En cambio, me parecía que la escuela francesa de neuropatología ofrecía mucho de novedoso y singular en su modalidad de trabajo, y también había abordado nuevos ámbitos de la neuropatología, a los que la

A prática clínica de Charcot na Salpêtrière, chamada por Roudinesco (2014/2016, p. 81) de “uma clínica do olhar”, se dava em grandes enfermarias coletivas, diferenciadas entre si de acordo com o diagnóstico. “Nos anos 1870, [...] visando a separação das loucas, epiléticas e histéricas, Charcot voltou sua atenção para estas últimas e tentou distingui-las nosologicamente das epiléticas” (APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 123). A Salpêtrière reunia uma multidão de “mulheres loucas ou semiloucas oriundas dos *faubourgs* [subúrbios] parisienses” (ROUDINESCO, 2014/2016, p. 81), mas na Viena de Freud, as mulheres histéricas eram “acolhidas no sigilo de um consultório particular” (ROUDINESCO, 2014/2016, p. 81), fato que talvez tenha dado aos franceses a vantagem de constatar a histeria em muito maior número e, portanto, com maior certeza diagnóstica, além de possibilitar a aplicação mais abundante da hipnose, submetendo-a a prova necessária à sua validação – fatos que talvez tenham os colocado um pouco à frente dos alemães, em relação aos tratamentos psíquicos inovadores e Freud certamente sabia disso.

Ao chegar no Hospício da Salpêtrière, a pretensão suposta de Freud era um estudo sobre as “[...] atrofias e degenerações secundárias ocorridas após afecções encefálicas na infância” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 8, tradução nossa)³². Quer dizer, “[...] suas pesquisas anatômicas achavam-se ainda mais em seu âmbito de preocupações do que seu interesse clínico e, logo que chegou, tentou continuá-las no laboratório da Salpêtrière. Charcot e Guinon arranjaram-lhe, para este fim, cérebros de crianças” (JONES, 1961/1979, p. 227). Entretanto, quando deixou a Salpêtrière, “[...] seu espírito estava imbuído dos problemas da histeria e do hipnotismo. Dando as costas para a neurologia, se encaminhava para a psicopatologia” (STRACHEY, 1966b/1988, p. 4, tradução nossa)³³. É possível inferir, portanto, que o período na Salpêtrière foi o divisor de águas que culminou na mudança de interesse de Freud. Todavia, que acontecimentos foram decisivos na causação desta mudança? Quais ensinamentos a Salpêtrière lhe ofereceu a ponto de produzir uma reviravolta?

labor científica en Alemania y Austria no se había extendido de parecida manera” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 5).

³² “[...] había elegido el estudio de las atrofias y degeneraciones secundarias sobrevenidas tras afecciones encefálicas infantiles” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 8).

³³ “[...] su espíritu estaba imbuído de los problemas de la histeria y el hipnotismo. Dando la espalda a la neurología, se encaminaba hacia la psicopatología (STRACHEY, 1966b/1988, p. 4).

Em Viena, Freud se viu forçado a abandonar o uso clínico e experimental da hipnose, já que o próprio Breuer o abandonou. Foi à Paris, pois lá se praticava a hipnose, lá se dava credibilidade à histeria, mas quando partiu, embora o interesse pela psicopatologia já existisse, se encontrava relativamente adormecido, e o foco de suas pesquisas era a neuroanatomia e neuropatologia infantil. Tendo chegado à Salpêtrière em outubro de 1885, em 3 de dezembro do mesmo ano abandonou o laboratório de neuroanatomia para dedicar-se inteiramente às lições do mestre Charcot e à clínica das doenças nervosas. Apesar da justificativa de Freud de que o laboratório da Salpêtrière era desorganizado e não oferecia as condições adequadas a um médico visitante, foi outro o motivador principal para abandoná-lo. Já se sabe que a hipnose e os fenômenos histéricos habitavam o terreno dos interesses mais profundos do jovem Freud e, com efeito, foram influências de primeira ordem na virada que se processou em sua carreira. “Ao contrário da deficiência do laboratório, a clínica da Salpêtrière ofereceu tantas coisas novas e interessantes que tive que recorrer a todos os meus esforços para aproveitar essa oportunidade tão favorável ao meu aprendizado” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 9, tradução nossa)³⁴.

Freud encontrou as condições de laboratório da Salpêtrière, que sem dúvida nenhuma eram bastante diferentes das condições a que se habituara, cada vez mais insatisfatórias e, em 3 de dezembro [1885] anunciou que desejava retirar-se das suas tarefas ali. Era praticamente o fim de sua atividade com o microscópio: daí por diante haveria de tornar-se um mero clínico. Na carta seguinte dava sete razões convincentes para fundamentar sua decisão, afirmando, no entanto, a intenção de recomeçar suas pesquisas anatômicas em Viena. Essa multiplicidade geralmente denota a supressão da razão fundamental, e *pode-se dizer que a razão principal residia na fascinação pela Psicopatologia que Charcot lhe havia inculcado* (JONES, 1961/1979, p. 227, grifo nosso).

É até possível indicar a data exata dessa mudança: foi no início de dezembro de 1885, quando ele parou de trabalhar no laboratório de patologia da Salpêtrière, argumentando como razão suas más instalações. Certamente, esse motivo foi apenas a ocasião que precipitou aquela virada decisiva na direção de seus interesses. Outros fatores mais profundos estavam em ação e, entre eles, sem dúvida, a grande influência pessoal que Charcot evidentemente exercia sobre ele” (STRACHEY, 1966b/1988, p. 4, tradução nossa)³⁵.

³⁴ “Por oposición a la deficiencia del laboratorio, la clínica de la Salpêtrière ofrecía tal plenitud de cosas nuevas e interesantes que hube de recurrir a todos mis esfuerzos a finde aprovechar esa oportunidad tan propicia para mi aprendizaje” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 9).

³⁵ “Hasta es posible señalar la fecha precisa de ese cambio: fue a comienzos de diciembre de 1885, cuando dejó de trabajar en el laboratorio de patología de la Salpêtrière arguyendo como motivo sus

Uma breve incursão nas obras pré-psicanalíticas é suficiente para se constatar a admiração genuína de Freud em relação ao mestre Charcot. Com certeza Charcot foi uma personalidade das mais importantes, a pessoa mais influente na reviravolta que se processou na carreira de Freud. Pouco tempo após chegar à Salpêtrière, Freud enviou uma carta à sua futura esposa em que se expressou sobre Charcot: “[...] é um dos maiores médicos e um homem de genial sensatez, ele está simplesmente perturbando todos os meus objetivos e opiniões [...] posso afirmar que nenhum outro ser humano jamais teve um efeito tão grande sobre mim” (FREUD, 1960[1885] apud STRACHEY, 1962/1989, p. 10, tradução nossa). A afirmação de Freud – “ele está simplesmente perturbando todos os meus objetivos e opiniões” – é um demonstrativo consistente de que suas pesquisas iniciais foram suplantadas e sua inclinação à psicopatologia, até então em posição secundária, emergiu poderosa ao primeiro plano de seus interesses. Definitivamente, Freud não foi mais o mesmo, depois do contato com Charcot.

Um dos elementos distintivos deste neurologista prodigioso está no fato de ter compreendido “[...] a necessidade de tomar as doenças nervosas crônicas como objeto de um estudo contínuo e exclusivo” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 7, tradução nossa)³⁶, diferentemente da classe médica da época que frequentemente se transferia de setor e/ou de hospital, mudando, portanto, a especialidade médica praticada, mudando conseqüentemente o foco de estudo e exploração e acarretando em prejuízo à investigação científica das doenças nervosas, que reivindicavam, como dito, “um estudo contínuo e exclusivo”. Ao contrário de Charcot, a classe médica daquele período não se mantinha focada em um domínio único do campo patológico, resultando em uma formação generalista, que capacitava para a compreensão e o tratamento das doenças já conhecidas, descritas na nosografia, porém insuficiente para a descoberta das doenças ainda cercadas de dúvidas, como eram as doenças nervosas (FREUD, 1956[1886]/1988). Sobre como Charcot se instalou na

deficientes instalaciones. Por supuesto, dicho motivo no fue sino la ocasión que precipitó ese vuelco decisivo en la dirección de sus intereses. Otros factores más profundos estaban operando, y entre ellos, sin lugar a dudas, la gran influencia personal que Charcot evidentemente ejercía en él” (STRACHEY, 1966b/1988, p. 4).

³⁶ “[...] la necesidad de tomar las enfermedades nerviosas crónicas como objeto de un estudio continuo y exclusivo” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 7).

Salpêtrière e se dedicou com exclusividade às doenças nervosas crônicas, relata Freud:

O rico material dos fatos neuropatológicos, completamente ignorados na época, despertou cedo sua curiosidade científica; já ocorreu, segundo ele contava, quando era um jovem *interne* [estagiário]. Naquela época, toda vez que visitava junto com seu médico chefe um dos departamentos da Salpêtrière [...] e percorria aquela selva de paralisias, espasmos e convulsões que há quarenta anos não haviam sido batizados e nem eram compreendidos, costumava dizer: *vou ter que voltar aqui e aqui ficar*; e cumpriu sua palavra. Nomeado médico do hospital, em seguida procurou ingressar em um daqueles departamentos da Salpêtrière que abrigavam as doentes nervosas; e, uma vez conseguido, permaneceu ali, sem usar o direito que na França permite que o médico mude de hospital, em turnos regulares, de hospital e departamento e, portanto, de especialidade (FREUD, 1893a/1989, p.13-14, tradução nossa)³⁷.

Se a Salpêtrière daquele tempo poderia ser chamado “a meca dos neurologistas” (JONES, 1961/1979, p. 224), é com certeza resultado do trabalho de Charcot, que se dedicou infatigavelmente ao tratamento e à exploração científica das doenças nervosas. Com efeito, ele foi o responsável pelo reconhecimento e descrição clínica de muitos quadros neuropatológicos, desconhecidos pela medicina até aquele momento. “Charcot havia passado pelas velhas enfermarias cheias de casos crônicos, consignando e batizando um sem-número de doenças do sistema nervoso, à maneira de um senhor absoluto” (JONES, 1961/1979, p. 224). Ele permaneceu praticamente toda sua vida profissional na Salpêtrière, dedicando-se às doenças nervosas crônicas, e sobre isso “esse homem modesto [...] declara que seu único mérito foi colocar esse projeto em prática” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 7, tradução nossa)³⁸. Sem nenhuma dúvida, o exemplo de Charcot serviu de modelo a Freud, que também se dedicou incansavelmente ao tratamento e a compreensão das neuroses, tendo alcançado resultados sem precedentes.

³⁷ “El rico material de los hechos neuropatológicos, por completo ignorado en esa época, despertó su temprana curiosidad científica; ocurrió ya, según él contaba, siendo un joven *interne*. Por ese tiempo, toda vez que visitaba con su médico jefe uno de los departamentos de la Salpêtrière [...] y recorría esa selva de parálisis, espasmos y convulsiones que hace cuarenta años no habían sido bautizados ni eran entendidos, solía decirse: *Faudrait y retourner et y rester*; y cumplió su palabra. Designado *médecin des hôpitaux*, procuró enseguida ingresar en uno de aquellos departamentos de la Salpêtrière, que albergaban a las enfermas nerviosas; y una vez que lo hubo conseguido, permaneció allí, sin usar del derecho que en Francia permite al *médecin des hôpitaux* cambiar, en turnos regulares, de hospital y de departamento, y por tanto de especialidad” (FREUD, 1893a/1989, p. 13-14, grifos do autor).

³⁸ “Este hombre modesto declara [...] que su único mérito ha sido poner en práctica ese designio” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 7).

Em conexão com sua dedicação exclusiva às doenças nervosas crônicas, outro elemento distintivo deste cientista extraordinário, era o “hábito” de priorizar os fatos e evidências clínicas – ainda que seus achados contrariassem as “teorias científicas” legitimadas pelas ciências médicas. “[...] Charcot nunca deixou de advogar pelos direitos do trabalho puramente clínico [...] contra os excessos da medicina teórica” (FREUD, 1893a/1989, p. 15, tradução nossa)³⁹. Evidentemente, opor-se aos constructos das ciências médicas exigia pesquisas e constatações clínicas plausíveis, todavia resultantes da maneira de trabalho particular adotada por Charcot, que ele denominou “cultivar a nosografia”⁴⁰, em que a observação sistemática das ocorrências clínicas incompreendidas fazia emergir um entendimento da ordem de uma revelação, em que o caos de uma nosografia desconhecida era substituído pela ordem de uma nosografia, então, descoberta (FREUD, 1893a/1989).

Certa vez reunimos um pequeno grupo de estrangeiros, formados na fisiologia acadêmica alemã, e o incomodávamos objetando suas novidades clínicas: ‘Isso não pode ser – se opôs um de nós – porque contradiz a teoria de Young-Helmholtz’. Não retrucou ‘Tanto pior para a teoria, os fatos clínicos tem precedência’, ou coisa parecida, mas nos disse algo que nos causou grande impressão: ‘A teoria é boa, mas isso não impede que as coisas sejam como são’ (FREUD, 1893a/1989, p. 15, tradução nossa)⁴¹.

Contada por Freud, esta história ilustra a importância prioritária que Charcot atribuía às ocorrências clínicas. E, o que é mais importante, somente ao priorizar as ocorrências clínicas em detrimento da medicina livresca que foi possível o reconhecimento da ineficácia das intervenções médicas tradicionais

³⁹ “[...] Charcot nunca cesó de abogar por los derechos del trabajo puramente clínico [...] contra los desbordes de la medicina teórica” (FREUD, 1893a/1989, p. 15).

⁴⁰ “Sobre sua maneira de trabalhar, ele nos dizia isso: costumava olhar repetidas vezes para as coisas que não conhecia, reforçando dia após dia a impressão que lhe causavam, até que de repente o entendimento se abria. E então, diante dos olhos de seu espírito, o aparente caos que a repetição contínua dos mesmos sintomas causava, dava lugar à ordem; Foi assim que surgiram os novos quadros clínicos caracterizados pela conexão constante de certos grupos de sintomas” (FREUD, 1893a/1989, p. 14, tradução nossa).

“Acerca de su manera de trabajar nos refería esto: solía mirar una y otra vez las cosas que no conocía, reforzaba día tras día la impresión que ellas le causaban, hasta que de pronto se le abría el entendimiento. Y era que entonces, ante el ojo de su espíritu, se ordenaba el aparente caos que el retorno de unos síntomas siempre iguales semejava; así surgían los nuevos cuadros clínicos, singularizados por el enlace constante de ciertos grupos de síntomas” (FREUD, 1893a/1989, p. 14).

⁴¹ “Cierta vez estábamos reunidos un pequeño grupo de extranjeros, formados en la fisiología académica alemana, y lo fastidiábamos objetando sus novedades clínicas: ‘Eso no puede ser —le opuso uno de nosotros—, pues contradice la teoría de Young-Helmholtz’. No replicó ‘Tanto peor para la teoría; los hechos de la clínica tienen precedencia’, o cosa parecida, pero nos dijo algo que nos causó gran impresión: ‘La *théorie*, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister’” (FREUD, 1893a/1989, p. 15, grifos do autor).

em relação às doenças nervosas e, conseqüentemente, o esforço em encontrar outros métodos de tratamento que oferecessem, de fato, o alívio do sofrimento dos “pacientes nervosos”. Portanto, foi a coragem de Charcot em recusar as teorias explicativas da neurose – já que havia comprovado sua ineficiência clínica – que viabilizou a experimentação de métodos alternativos à medicina tradicional, abrindo caminho para tratamentos psíquicos, como a hipnose, mas também para Psicanálise, que surgiu anos depois. E a hipnose, execrada pela medicina, ganhou ares de ciência a partir de Charcot que, tendo comprovado sua eficácia clínica, colocou o peso de sua reputação para defender a validade terapêutica desta técnica (FREUD, 1893a/1989).

Também Freud, antes de inclinar-se aos tratamentos psíquicos, esgotou os recursos “terapêuticos” – entenda-se as aspas – oferecidos pela medicina tradicional. Em conformidade com o mestre, adotou convictamente a hipnose: defendeu sua validade científica e eficácia clínica, inclusive apresentou orientações técnicas com a finalidade de convencer os colegas médicos a experimentarem-na, com o interesse provável de fazê-los constatar que o uso correto da hipnose poderia resultar em sucessos clínicos (FREUD, 1891/1988). Antes, aliás, já havia utilizado a terapia elétrica, a hidroterapia, recomendado o repouso e a adoção de dietas específicas aos seus pacientes, tudo com a expectativa de aliviar-lhes os sintomas e resolver o enigma da histeria (FREUD, 1914/1989).

Quer dizer, antes de experimentações e inovações técnicas Freud utilizou até o esgotamento as “terapias” usuais. Em *Histeria*, enumerou os diversos tratamentos adotados pela medicina da época para aliviar os sintomas histéricos – massagens, eletroterapia, hidroterapia, a cura de repouso de Weir Mitchell –, todavia, embora tenha elogiado principalmente este último, apresentou a sugestão hipnótica⁴² e o método de Breuer como alternativas

⁴² “[...] se instila uma sugestão ao paciente em hipnose cujo conteúdo é a eliminação de seu sintoma. Por exemplo, uma tosse nervosa histérica se cura pressionando a garganta do paciente hipnotizado e lhe assegurando que o estímulo para a tosse foi removido; uma paralisia histérica do braço, forçando-o, na hipnose, a mover cada uma das partes do membro paralisado” (FREUD, 1888/1988, p. 62, tradução nossa).

“[...] se instila al enfermo en la hipnosis una sugestión cuyo contenido es la eliminación de su padecimiento. Por ejemplo, una *tussis nervosa hysterica* se cura oprimiendo la garganta del enfermo hipnotizado y asegurándole que se ha quitado el estímulo para la tos; una parálisis histérica del brazo, constriñéndolo, en la hipnosis, a mover cada una de las partes del miembro paralisado” (FREUD, 1888/1988, p. 62, grifos do autor).

melhores (FREUD, 1888/1988). Disse a respeito do que posteriormente seria denominado “método catártico”:

[...] consiste em reconduzir o paciente, hipnotizado, a pré-história psíquica do sofrimento, forçando-o a confessar a ocasião psíquica a partir da qual foi gerada a perturbação correspondente. Este método de tratamento é de data recente, mas fornece êxitos terapêuticos que não se alcançam de outro modo. É o mais adequado para histeria, porque imita fielmente o mecanismo pelo qual são geradas e dissipadas estas perturbações (FREUD, 1888/1988, p. 62, tradução nossa)⁴³.

Ora, depois de enumerar intervenções terapêuticas diversas, àquelas então utilizadas para o tratamento da histeria, Freud apresentou o método de Breuer como o “mais adequado para a histeria”. E é exatamente pela importância atribuída ao método catártico – uma intervenção terapêutica de caráter psicológico e não neurológico – que se comprova sua opção pela psicopatologia em detrimento da neurologia, pois a neurologia se demonstrou uma resposta insuficiente às doenças nervosas. Então, os tratamentos psíquicos se inseriram na lacuna deixada pelos tratamentos tradicionais, incapazes de proporcionarem, naquela época, o alívio aos “pacientes nervosos”. E o insucesso dos tratamentos tradicionais não foi por acaso: as doenças nervosas não respondiam aos tratamentos tradicionais, porque em sua etiologia havia um fundamento psíquico que requeria um “tratamento a partir da alma [psique]”. Foi possível inferir que uma doença de causa psíquica necessitava de um tratamento a partir do psíquico, e que quando Freud foi para a Salpêtrière esperava encontrar uma novidade que verdadeiramente contribuísse na melhor exploração e compreensão das doenças nervosas e proporcionasse, conseqüentemente, o alívio dos sintomas nervosos.

Por exemplo: em Viena, logo após regressar da Salpêtrière, Freud estava convencido, a partir da experiência com Charcot, que a histeria também afetava os homens e não somente as mulheres, como se acreditava, já que a palavra “histeria” é proveniente do idioma grego e significa “útero” (FREUD, 1888/1988). “O nome ‘histeria’ provém dos primeiros tempos da medicina e expressa o preconceito, somente superado em nossa época, de que esta

⁴³ “[...] consiste en reconducir al enfermo, hipnotizado, a la prehistoria psíquica del padecer, constreñirlo a confesar la ocasión psíquica a raíz de la cual se generó la perturbación correspondiente. Este método de tratamiento es de reciente data, pero brinda éxitos terapéuticos que de otro modo no se alcanzan. Es el más adecuado a la histeria, porque imita fielmente el mecanismo siguiendo el cual se generan y disipan estas perturbaciones” (FREUD, 1888/1988, p. 62).

neurose está ligada a perturbações do aparelho reprodutor feminino” (FREUD, 1888/1988, p. 45, tradução nossa)⁴⁴. Enquanto a resultante suposta de perturbações do aparelho reprodutor feminino, ou seja, perturbações orgânicas, não se admitia sua manifestação entre os homens. Mas Freud, de volta a Viena na condição de especialista em doenças nervosas, precisou expor para a Sociedade de Medicina o que havia aprendido na Salpêtrière. E em suas alocuções argumentou que a histeria também acometia os homens, mas foi desacreditado (FREUD, 1925[1924]/1992). “Meynert me desafiou a procurar em Viena e apresentar casos como os que descrevi para a Sociedade [de Medicina]. Tentei, mas os médicos-chefes em cujo departamento os encontrei me recusaram a autorização para observar estes casos [...]” (FREUD, 1925[1924]/1992, p. 15, tradução nossa)⁴⁵. Fora do Hospital, no entanto, Freud (1886b/1988) encontrou um caso que deu origem ao artigo *Observação de um caso severo de hemianestesia em um homem histérico*, apresentado à Sociedade de Medicina em outubro 1886, aproximadamente seis meses após retornar de Paris.

O que é mais valioso, do nosso ponto de vista, é que a exposição incontestável de um caso de um homem histérico pôs em dúvida a origem da histeria, pois se decorrente de “perturbações do útero”, não haveria nenhuma possibilidade de se manifestar em homens. Se a histeria que acometia as mulheres já recebia considerável descrédito por parte dos médicos austríacos e alemães, a histeria masculina era completamente desacreditada, portanto foi muito intensa a resistência enfrentada por Freud. Quando se preparava para responder ao desafio de Meynert e buscava homens histéricos em Viena – e não na França –, Freud se deparou com uma oposição aferrada e inflexível por parte dos médicos vienenses. “Um desses médicos, um velho cirurgião, me interpelou diretamente: 'Mas, colega, como você pode dizer tais absurdos? "Hysteron" (sic) Significa "útero". Como um homem poderia ser histérico?"

⁴⁴ “El nombre de 'histeria' proviene de los primeros tiempos de la medicina y expresa el prejuicio, sólo superado en nuestra época, de que esta neurosis va unida a unas afecciones del aparato genésico femenino” (FREUD, 1888/1988, p. 45).

⁴⁵ “Meynert me desafió a buscar en Viena y presentar ante la Sociedad casos como los que yo había descrito. Lo intenté, pero los médicos jefes en cuyo departamento los hallé me rehusaron su autorización para observar esos casos [...]” (FREUD, 1925[1924]/1992, p. 15).

(FREUD, 1925[1924]/1992, p. 15)⁴⁶. Com a hipótese de uma histeria masculina, baseada nas proposições de Charcot, Freud colocou em dúvida a teoria predominantemente aceita entre os médicos vienenses em relação à histeria.

A teoria de Charcot propunha a degeneração hereditária como causa da histeria e atribuía aos eventos traumáticos somente o poder de desencadeá-la (FREUD 1893a/1989). Ocioso dizer que neste período Freud endossava completamente às ideias de Charcot, e assim também acreditava que a degeneração hereditária era o fator causal da histeria. Porém, diferentemente de Charcot, Freud não demorou para atribuir maior relevância ao trauma e logo o identificou como elemento causador da histeria, o que se reveste da maior importância (FREUD 1893a/1989). No relato clínico *Observação de um caso severo de hemianestesia em um homem histérico*, Freud (1886b/1988), mesmo indiretamente, argumentou na direção de uma causa psíquica (traumática) para a histeria, já que demonstrou ao longo de sua exposição que os “estigmas histéricos” – averiguados de maneira incontestável e descritos pormenorizadamente – do paciente foram desencadeados por (a) uma vivência emocional intensa (no caso um desentendimento grave com um de seus irmãos, devido à uma quantia em dinheiro que este irmão lhe devia); e (b) que a hemianestesia apresentava um caráter transitório, condição que seria impossível se derivada de uma lesão ou perturbação mental orgânica (como um acidente vascular encefálico, por exemplo). É certo que Freud, com o relato clínico mencionado, não rejeitou a formulação de Charcot, aliás ele jamais desprezou a importância da hereditariedade, mesmo em relação aos processos mentais, não-orgânicos. Todavia, já é possível constatar o valor essencial atribuído aos fatores propriamente psicológicos na causação de doenças mentais, já que Freud (1886b/1988) sustentou que, neste caso, o trauma psíquico foi o agente causal e não apenas desencadeador da doença.

Embora a exposição de um caso de um homem histérico tenha rendido a Freud um pequeno número de aplausos, a negação da histeria masculina permaneceu, firme como uma rocha, e novamente Theodor Meynert foi um de seus principais porta-vozes (FREUD, 1925[1924]/1987). A recusa em admitir o

⁴⁶ “Uno de esos médicos, un viejo cirujano, me espetó directamente: ‘Pero, colega, ¿cómo puede usted decir tales disparates? “Hysteron” (¡sic!) significa “útero”. ¿Cómo podría ser histérico un varón?”’ (FREUD, 1925[1924]/1992, p. 15).

diagnóstico abarcava outras implicações: significava negar o método que possibilitou sua identificação e alívio dos sintomas, ou seja, significava negar a hipnose e qualquer outro tratamento psíquico. Conforme mencionado anteriormente, Freud argumentou em favor do diagnóstico de histeria masculina logo após retornar de Paris, onde teve acesso irrestrito à hipnose. Portanto, o reconhecimento da histeria masculina implicaria, conseqüentemente, o reconhecimento das limitações das ciências médicas frente às doenças nervosas sem origem em perturbações orgânicas, e da necessidade seguinte de se abrir espaço para os tratamentos psíquicos.

Mas em 1892 Meynert se encontrava debilitado, tanto que faleceu precocemente, aos 58 anos. É fato curioso que no ano de sua morte Meynert tenha reconhecido à histeria masculina, e classificou a si mesmo como um histérico. Tudo indica que tanto Freud quanto Meynert inicialmente nutriam uma admiração recíproca, que entretanto foi substituída por divergências profissionais agudas. “[...] Meynert, cujos passos eu segui com tão alta veneração e cuja conduta em relação a mim, após um breve período de predileção, se transformou em hostilidade indisfarçada” (FREUD, 1900/1987, p. 436, tradução nossa)⁴⁷. Freud (1900/1987) reconheceu que manteve com ele uma divergência polêmica em relação à histeria masculina, que Meynert não admitia. Mas quando foi visitá-lo no período em que ele se encontrava gravemente doente, se deu o seguinte: “[...] depois que lhe perguntei sobre sua condição, se demorou na descrição de sua doença e concluiu com estas palavras: ‘Você sabe, sempre fui um dos mais belos casos de histeria masculina’” (FREUD, 1900/1987, p. 436-437, tradução nossa)⁴⁸.

Em *Histeria* é ainda mais evidente a dúvida levantada por Freud (1888/1988) em relação à origem orgânica desta neurose. A histeria “[...] é uma neurose no sentido mais estrito do termo; isto é, não foram encontradas alterações (anatômicas) perceptíveis do sistema nervoso para esta doença e [...] não se pode esperar que qualquer refinamento futuro das técnicas

⁴⁷ “Meynert, cuyas huellas he seguido con veneración tan alta y cuya conducta hacia mí, después de un breve período de predilección, se trocó en una hostilidad indisimulada” (FREUD, 1900/1987, p. 436).

⁴⁸ “[...] después que le pregunté por su estado, se demoró en la descripción de sus padecimientos y concluyó con estas palabras: ‘Sabe usted, siempre fui uno de los más bellos casos de histeria masculina’” (FREUD, 1900/1987, p. 436-437).

anatômicas possa verificá-las” (FREUD, 1888/1988, p. 45, tradução nossa)⁴⁹. Ainda neste artigo, Freud comparou as paralisias orgânicas com as histéricas e mais uma vez evidenciou, mediante constatações clínicas, que a histeria se desenvolve a partir de perturbações de natureza psíquica, e que mesmo as manifestações somáticas da histeria (as paralisias, por exemplo), não obedeciam às “leis do funcionamento orgânico”, como era o caso das paralisias de origem orgânica, por exemplo. Para a neurologia era inacreditável que os sintomas histéricos – ataques convulsivos, perturbações da sensibilidade e da atividade sensorial, paralisias e contraturas musculares – não resultavam de lesões cerebrais (orgânicas). A histeria contrariava os achados da medicina: “as paralisias histéricas não levam em consideração a construção anatômica do sistema nervoso, que, como é sabido, se traduz da maneira mais clara na distribuição da paralisia orgânica” (FREUD, 1888/1988, p. 50, tradução nossa)⁵⁰.

A partir do enunciado anteriormente apresentado é possível entender por que o próprio Charcot reduziu a importância da medicina comum no que se refere ao tratamento das doenças nervosas e defendeu os tratamentos psíquicos, especialmente a hipnose. Em relação à compreensão e ao tratamento das doenças nervosas, ele desacreditou a anatomia (neuroanatomia), alegando o esgotamento das contribuições deste ramo da medicina e, ainda que indiretamente, desacreditou a neurologia, que se sustentava apoiada na neuroanatomia.

Charcot costumava dizer que a anatomia, em geral, havia consumado seu trabalho, e a doutrina das doenças orgânicas do sistema nervoso está, por assim dizer, terminada; e que agora era a vez das neuroses. É legítimo considerar esta frase como uma mera expressão da mudança que ocorreu em sua própria atividade. Seu trabalho há anos aponta quase exclusivamente para neuroses e, de preferência, para histeria (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 10, tradução nossa)⁵¹.

⁴⁹ “La histeria es una neurosis en el sentido más estricto del término; vale decir que no se han hallado para esta enfermedad alteraciones {anatômicas} perceptibles del sistema nervioso, y [...] ni siquiera cabe esperar que algún futuro refinamiento de las técnicas anatômicas pudiera comprobar-las” (FREUD, 1888/1988, p. 45).

⁵⁰ “Las parálisis histéricas no toman para nada en consideración el edificio anatômico del sistema nervioso, que, como es sabido, se traduce de la manera más nítida en la distribución de las parálisis orgânicas” (FREUD, 1888/1988, p. 50).

⁵¹ “Solía decir Charcot que la anatomía, en líneas generales, ha consumado su obra, y la doctrina de las afecciones orgânicas del sistema nervioso está, por así decir, acabada; y que ahora le tocaba el turno a las neurosis. Es lícito considerar esta sentencia como mera expresión del cambio sobrevenido en su propia actividad. Su trabajo desde hace años apunta casi exclusivamente a las neurosis y, de preferencia, a la histeria” (FREUD, 1956[1886]/1988, p. 10).

Considerando que o conceito de neurose foi introduzido no ano de 1769 pelo médico escocês Willian Cullen (1710-1790) “e designava afecções mentais sem alterações orgânicas e denominadas ‘funcionais’, ou seja, sem inflamação ou lesão do órgão doente sendo, portanto, uma doença nervosa” (COCIUFFO, 2002, p. 25), a compreensão e o próprio termo neurose eram relativamente recentes na época de Charcot, fato que outra vez realça sua ousadia.

Talvez seja possível acrescentar agora outra analogia entre a pesquisa clínica de Freud, realizada durante o período pré-psicanalítico, e o método da Psicanálise. O juízo independente e a autonomia clínica-intelectual de Freud é, sem dúvida, digna de nota. Na época em que Freud viveu, a psiquiatria, surgida em 1802 e que “generalizou-se no início do século XIX, em substituição à antiga medicina alienista”, de certa forma detinha o monopólio da verdade em relação as doenças mentais – apoiada pela neurologia e neuroanatomia –, porque já consolidada enquanto “uma disciplina específica que tem por objeto o estudo, o diagnóstico e o tratamento do conjunto das doenças mentais” (ROUDINESCO e PLON, 1997/1998, p. 627). Portanto, seria esperado e conveniente que Freud endossasse as afirmações da psiquiatria, como também de seu antigo mestre Meynert, sobre as neuroses. Mas a dedicação ao enigma da neurose, o emprego de procedimentos terapêuticos inovadores e as descobertas efetuadas no período denominado pré-psicanalítico somente foram possíveis porque Freud colocou de lado o conhecimento médico-científico sobre as neuroses, que, na época, recebiam o status de “verdade”. Deliberadamente, Freud pôs para fora de seu consultório médico as teorias científicas explicativas das neuroses, se propondo a conhecer as neuroses, sobretudo, a partir da experiência clínica. Assim, colocar a teoria em suspenso e priorizar as evidências clínicas é, sem dúvida, um ensinamento valioso para o psicólogo clínico de orientação psicanalítica, até hoje – na realidade, permanentemente. Outra vez, Freud ensinou por meio do exemplo.

Aliás, as descobertas sobre o mecanismo psíquico e a etiologia das neuroses, que foram surgindo gradativamente – a descoberta do inconsciente –, são também o resultado indireto deste hábito de priorizar os fatos clínicos em detrimento das explicações “exatas” das ciências. Por exemplo, a descoberta

de que os sonhos possuem um significado psicológico oculto, passível de interpretação, somente foi alcançada graças à autonomia médica-intelectual de Freud, porque a ciência da época considerava os sonhos uma manifestação desprezível (FREUD, 1900/1987). Então, se o uso clínico do método psicanalítico consiste em “descobrir” o inconsciente do paciente, isto é, “tornar consciente o inconsciente” – valendo-se de um clichê já desgastado –, e cada *insight* pode fazer avançar a compreensão e aliviar o sofrimento do paciente, é possível associar o esforço de descoberta praticado por Freud, desde o pré-psicanalítico, com o método da Psicanálise propriamente dito, porque, de certa forma, assim como Freud descobriu o inconsciente a partir de seu trabalho clínico, cada psicanalista também precisará descobrir o inconsciente de seus pacientes, para verdadeiramente ajuda-los. Assim, mais uma vez, o caráter exemplar do pré-psicanalítico é evidenciado.

Novamente trilhando o caminho aberto por seu mestre, em um artigo chamado *Hipnose*, publicado pela primeira vez em um dicionário médico, Freud (1891/1988) se opôs à concepção pejorativa predominante entre os médicos da época em relação à hipnose, contrapondo-se à opinião difamatória segundo a qual a hipnose era um tipo de feitiçaria sem valor científico. Freud (1891/1988) tentou elevá-la à condição de tratamento médico (psíquico), inclusive, repito, orientou à classe médica sobre as indicações de uso da hipnose⁵², além disso, ensinou como praticá-la e defendeu seu potencial terapêutico.

O genuíno valor terapêutico da hipnose está na *sugestão* que é transmitida [ao paciente] durante a hipnose. Esta sugestão consiste na negação enérgica do sintoma que o paciente queixou, ou na garantia de que ele é capaz de fazer uma determinada coisa ou na ordem de executá-la (FREUD, 1891/1988, p. 143, grifos do autor, tradução nossa)⁵³.

Por meio dessa postura, ou seja, ao defender a hipnose perante a classe médica e ao tentar convencer os médicos a adotarem-na para o tratamento das

⁵² “Contra quais doenças deve-se aplicar a hipnose? [...] Em geral, se evitará tratar mediante hipnotismo sintomas que tenham um fundamento orgânico, e se utilizará deste método somente contra perturbações puramente funcionais, nervosas, perturbações de origem psíquica” (FREUD, 1891/1988, p. 138-139).
 “¿Contra qué enfermedades se debe aplicar la hipnosis? [...] En general, se evitará tratar mediante hipnotismo síntomas que tengan un fundamento orgánico, y se utilizará este método sólo contra perturbaciones puramente funcionales, nervosas, afecciones de origen psíquico [...] (FREUD, 1891/1988, p. 138-139).”

⁵³ “El genuino valor terapéutico de la hipnosis reside en la *sugestión* que durante ella se imparte. Esta sugestión consiste en la enérgica negación del achaque de que el enfermo se ha quejado, o en el aseguramiento de que él es capaz de hacer cierta cosa, o en la orden de ejecutarla” (FREUD, 1891/1988, p. 143, grifos do autor).

doenças nervosas de origem psíquica, Freud se posicionou em favor de um alargamento técnico-terapêutico que ultrapassava os procedimentos médicos tradicionais. No *Prólogo à tradução de H. Bernheim, 'De la suggestion'*, Freud (1888[1888-89]/1988) novamente mencionou que “a causa do hipnotismo teve uma recepção muito desfavorável entre os principais homens da ciência médica alemã” (p. 82), porém argumentou que a censura de seus pares e mestres alemães derivava de um exame superficial, já que não haviam utilizado a hipnose. Tanto que os desafiou manifestando o desejo de que “[...] se ocupem do problema e do procedimento terapêutico, lembrando o apótema que nas ciências naturais a decisão final sobre aceitação e rejeição sempre corresponde somente à experiência e nunca à autoridade sem uma experiência mediadora” (FREUD, 1888[1888-89]/1988, p. 82, tradução nossa)⁵⁴.

Indicativo incontestável do êxito terapêutico da hipnose se encontra em *Um caso de cura pela hipnose: com algumas considerações sobre a gênese dos sintomas histéricos por obra da 'vontade contrária'* (FREUD, 1892-93/1988). Nesta história clínica, a paciente não conseguia amamentar seu filho recém-nascido. Na realidade, a paciente já havia passado por este problema na época em que teve o primeiro filho, período em que se esforçou para amamentar, mas “[...] depois de quatorze dias, a tentativa foi considerada fracassada e o menino foi entregue a uma ama de leite” (FREUD, 1892-93/1988, p. 152, tradução nossa)⁵⁵. Com o nascimento do segundo filho, novamente não conseguia amamentar e, juntamente com a incapacidade para amamentação, também apresentou perda de apetite e vômitos, insônia e irritação – principalmente quando o filho lhe era trazido na cama –, além de impaciência e contrariedade diante do fracasso (FREUD, 1892-93/1988).

Dessa vez, encaminhada a Freud após 4 dias sem conseguir amamentar, a paciente foi submetida à hipnose e durante o hipnotismo lhe eram dadas sugestões como a seguinte: “Você não tem porquê se angustiar, será uma excelente mãe [amamentadora] com quem o menino prosperará perfeitamente. Seu estômago está totalmente calmo; você tem um apetite muito bom, quer se

⁵⁴ “[...] se ocupen del problema y del procedimiento terapéutico, recordando el apotegma de que en ciencias naturales la decisión última sobre aceptación y desestimación corresponde siempre a la sola experiencia, y nunca a la autoridad sin una experiencia mediadora” (FREUD, 1888[1888-89]/1988, p. 82).

⁵⁵ “[...] tras catorce días se dio por fracasado el intento y el niño fue entregado a una nodriza” (FREUD, 1892-93/1988, p. 152).

deliciar, etc.” (FREUD, 1892-93, p. 153, tradução nossa)⁵⁶. A partir de afirmações que contrariavam a realidade dos sintomas, a sugestão hipnótica, aplicada durante um período em que o paciente se encontrava em um estado de rebaixamento normal da consciência, exercia influência psíquica de tamanha capacidade que eliminava os sintomas. Freud (1892-93/1988) prosseguiu dizendo que após a segunda sessão de hipnose a paciente recuperou o apetite, produziu leite em abundância e não experimentou a menor dificuldade para amamentar seu filho. “Eu não tinha mais nada para fazer. A senhora amamentou seu filho por oito meses e graças a nossa relação amistosa tive oportunidades frequentes para me convencer das boas condições de ambos” (FREUD, 1892-93/1988, p. 154, tradução nossa)⁵⁷.

Um ano depois do sucesso clínico mencionado, um terceiro filho outra vez produziu as mesmas dificuldades e Freud foi novamente chamado para remediar o caso. De fato, após algumas sessões de hipnose “[...] a senhora amamentou igualmente a este filho [...] sem dificuldade nenhuma e desfrutou do mais tranquilo bem-estar” (FREUD, 1892-93/1988, p. 154, tradução nossa)⁵⁸. Entretanto, o reaparecimento dos sintomas permite inferir que a hipnose não resolveu por completo as dificuldades da paciente associadas à amamentação. Não obstante o alívio dos sintomas, se vê que se trata de um alívio temporário e que um quarto filho provavelmente produziria os mesmos sintomas.

O que se viu até agora foi um retrato do percurso clínico de Freud, desde aproximadamente 1885 até 1892-93, marcado pelo declínio de seu interesse neurológico e a emergência de seu interesse pela psicopatologia. Com o propósito de responder *por que Freud trocou*⁵⁹ *a neurologia pela psicopatologia*, foram retratados pontos importantes desta trajetória. Em resumo, Freud formou-se médico em 1881 e no ano seguinte deu início ao seu trabalho clínico, primeiramente como candidato no Hospital Geral de Viena – o

⁵⁶ “Usted no tiene por qué angustiarse, será una excelente nodriza con quien el niño prosperará magníficamente. Su estómago está totalmente calmo; tiene usted muy buen apetito, desea darse un banquete, etc.” (FREUD, 1892-93, p. 153).

⁵⁷ “Yo no tenía nada más que hacer. La señora amamantó a su hijo por ocho meses, y gracias a nuestra relación amistosa tuve frecuentes oportunidades para convencerme del buen estado de ambos” (FREUD, 1892-93/1988, p. 153).

⁵⁸ “[...] la señora amamantó igualmente a este hijo [...] sin dificultad ninguna y gozó del más imperturbado bienestar” (FREUD, 1892-92/1988, p. 154).

⁵⁹ Na verdade, não se trata exatamente de uma troca, pois Freud aos poucos foi abandonando a neurologia, que a cada dia demonstrava sua ineficiência na compreensão e tratamentos das doenças nervosas.

mais importante hospital de Viena – e depois como médico interno, tendo atuado em diversos setores. Paralelamente à sua atuação médica, dedicou-se à pesquisa no Instituto de Anatomia do Cérebro, à convite de Meynert, e em seguida deu início ao estudo das doenças nervosas, disciplina muito pouco difundida em Viena, naquela época (FREUD, 1925[1924]/1987). Em Paris, no entanto, Charcot dedicava-se com exclusividade ao estudo e tratamento das doenças nervosas e em 1885 Freud foi à Salpêtrière dar continuidade aos seus estudos. Convencido por alguns de seus mestres que as contribuições da neurologia se encontravam próximas ao esgotamento, no tocante à compreensão da histeria, dedicou-se principalmente ao hipnotismo e à exploração e entendimento da histeria e demais neuroses. Quando retornou à Viena, como especialista em doenças nervosas, sua clientela era formada majoritariamente por “pacientes nervosos” e, tendo fracassado nas tentativas de tratamento convencional, adotou o hipnotismo e o método de Breuer, motivo que despertou tamanha contrariedade e razão pela qual foi rispidamente rechaçado pela classe médica vienense. Travou intensa batalha na defesa da hipnose, mas também na defesa da histeria, particularmente à histeria masculina, não admitida em Viena (FREUD, 1925[1924]/1987; JONES, 1961/1979).

Em outras palavras, Freud se distanciava a cada dia da neurologia e gradualmente se aproximava da psicopatologia – da Psicanálise, mais exatamente. Desde o princípio se pode observar que Freud trilhou seu próprio caminho, não raramente contrariando grandes autoridades das ciências médicas. Um episódio contado por Freud (1925[1924]/1987) em seu ensaio autobiográfico contribui para que se entenda a origem de seu “julgamento independente”, suas “decisões autônomas”, seu “espírito combativo”. Relata que quando ingressou na Universidade de Viena teve algumas decepções: “Acima de tudo, me machucou a insinuação de que deveria me sentir inferior e estrangeiro por ser judeu. Rejeitei o primeiro com completa decisão” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 9, tradução nossa)⁶⁰. O ódio e perseguição aos judeus já era velho conhecido de Freud, pois desde a infância foi forçado a conviver com o antissemitismo, tanto que a mudança da família Freud, quando ele tinha

⁶⁰ “Sobre todo me dolió la insinuación de que debería sentirme inferior y extranjero por ser judío. Desautorice lo primero con total decisión (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 9).

somente 4 anos de idade, de Freiberg, na Morávia, para Viena, Áustria, foi decorrente, entre outros fatores, da crescente onda antissemita na região (JONES, 1961/1979). Ao fazer um balanço de sua trajetória, da decepção vivida na universidade, percebeu que o preconceito e a discriminação o prepararam “[...] desde cedo com o destino de me encontrar na oposição e de ser banido pela ‘maioria compacta’. Assim, uma certa independência de julgamento foi preparada em mim” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 9, tradução nossa)⁶¹. Talvez, a decepção vivenciada na Universidade de Viena tenha lhe rendido à força para confrontar as enormes dificuldades que enfrentou para chegar à criação da Psicanálise.

Finalmente, é chegado o momento de assegurar que, em sentido amplo, duas grandes personalidades – Breuer, cuja “[...] obra científica revela alguém que pensa por si mesmo; [alguém que] não venerava a autoridade nem se sentia tolhido por doutrinas preconcebidas” (BREGER, 2000/2002, p. 139) e Charcot, “o Napoleão das neuroses” (BREGER, 2000/2002, p. 103) – persuadiram o jovem Freud a respeito das limitações da neurologia e da neuropatologia na compreensão e, sobretudo, no tratamento das doenças mentais. Estas duas personalidades lhe forneceram o alicerce para avançar com os tratamentos psíquicos, proporcionando as condições para sua opção definitiva pela psicopatologia – pela Psicanálise, depois. Então, se Freud retornou à Viena disposto a adotar e a disseminar o emprego clínico e terapêutico da hipnose – primeiro passo em direção à psicopatologia e, mais exatamente, à criação da Psicanálise –, é porque estava convencido que os tratamentos convencionais eram ineficazes para as doenças nervosas que não apresentavam causação orgânica.

Se ainda permanece à dúvida em relação ao porquê Freud trocou a neurologia pela psicopatologia, sobre o motivo em função do qual praticou e divulgou os tratamentos psíquicos, é porque, pode-se acrescentar, certamente se incumbiu da missão de aliviar o sofrimento dos neuróticos, ultrajados pela medicina comum, e para tanto precisou ir além dos constructos neurológicos e neuropatológicos, precisou ir além dos procedimentos médicos-científicos empregados à época para o tratamento das doenças nervosas; é porque não

⁶¹ “[...] desde temprano con el destino de encontrarme en la oposición y ser proscrito por la ‘compacta mayoría’. Así se preparaba en mí cierta independencia de juicio” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 9).

aceitou calado explicações sobre os processos mentais, particularmente sobre as doenças mentais, que não correspondiam com os achados da experiência clínica, e foi em busca da verdade ocultada pelo conhecimento “científico”, propagandeado pela medicina livresca.

2.2. *O fracasso na neurologia levou Freud para a psicopatologia?*

Se o insucesso em um ramo de atividade pode impulsionar o interesse por outro, esse não foi, definitivamente, o motivador que levou Freud a trocar a neurologia pela psicopatologia. Quer dizer, não foi um falacioso ou suposto fracasso no exercício da neurologia que impulsionou Freud a praticamente abandonar esse ramo de atuação médica para dedicar-se exclusivamente à Psicanálise. Como se verá a seguir, a atuação de Freud como pesquisador no campo da neurologia e neuropatologia, e sua atuação como médico especialista em doenças nervosas, foi exitosa, desde os anos de formação e, portanto, reveladora autêntica de suas qualidades profissionais. Assim, se antecipando ao levantamento de hipóteses dessa natureza, apresentamos este adendo.

Peter Gay (1988/1989) garantiu que desde a infância Freud foi um estudante exemplar, reconhecidamente um dos melhores alunos ao longo de todo o processo de escolarização, embora o próprio Freud (1925[1924]/1987, p. 8, grifo do autor, tradução nossa) já o tenha dito: “No ‘*Gymnasium*’, fui o primeiro da classe durante sete anos, mantive uma posição privilegiada, quase nunca passei por exames”⁶². “Os boletins escolares que ele conservou rendem repetido tributo à sua conduta exemplar e notável desempenho em classe” (GAY, 1988/1989, p. 37). Durante a graduação em medicina na Universidade de Viena, não obstante o reconhecimento de algumas dificuldades ao longo da formação médica (FREUD, 1925[1924]/1987), uma vez mais se tornou patente sua dedicação e seu alto desempenho. Em 1881, quando “tardamente” concluiu a graduação em medicina, iniciada em 1873, havia se dedicado à diversos outros temas, sobretudo aqueles de viés humanístico, além das disciplinas comuns ao curso de medicina. “Sua imensa curiosidade e suas

⁶² “En el ‘*Gymnasium*’ fui el primero de la clase durante siete años; tenía una posición de preferencia, y apenas si alguna vez se me tomó examen” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 8).

preocupações com a pesquisa impediram-no de se formar no prazo usual de cinco anos” (GAY, 1988/1989, p. 42-43).

A partir do terceiro ano da graduação em medicina Freud ingressou no Laboratório de Anatomia do Instituto de Fisiologia de Ernest Brücke, vinculado à Universidade de Viena, onde trabalhou entre os anos de 1876 a 1882 e desde esta época deu demonstrativos convincentes de seu talento como pesquisador (JONES, 1961/1979). Sua dedicação e talento foram a tal ponto evidenciados que se tornou “[...] opinião geral que seria nomeado assistente assim que esse cargo se tornasse vago” (FREUD, 1925[1924]/1987, P. 10, tradução nossa)⁶³. Seu orientador, o professor Ernest Brücke, era conhecido por ser um “trabalhador consciencioso e infatigável, exigia o mesmo padrão de seus assistentes e estudantes” (JONES, 1961/1979, p. 75). Já neste período o jovem Freud fez progressos consideráveis no campo da histologia das células nervosas: “Brücke me propôs uma tarefa relacionada à histologia do sistema nervoso que pude resolver para sua satisfação e prosseguir por conta própria” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 9, tradução nossa)⁶⁴.

A pesquisa realizada sob a orientação de Brücke alcançou conclusões de valor científico considerável, tanto que o próprio Brücke fez uma apresentação desta pesquisa à Academia em 1878, e em seguida publicou-a no *Bulletin* desta instituição (JONES, 1961/1979). “Esse trabalho, em conteúdo, apresentação e pelas suas consequências, estava sem qualquer dúvida muito acima do nível do principiante: qualquer zoologista teria ficado orgulhoso de haver feito tais descobertas” (JONES, 1961/1979, p. 78). Quais descobertas? Naquela época a obra do inglês Charles Darwin, que viveu entre 1809-1882, se encontrava no mais alto patamar de discussão entre estudiosos dos mais diversos segmentos, ou seja, ainda não havia um consenso em torno dos achados estupefacentes de Darwin (WINOGRAD, 2007). Em 1859 ele publicou sua obra principal – “Sobre a origem das espécies por meio da seleção natural ou a preservação de raças favorecidas na luta pela vida⁶⁵” –, que produziu

⁶³ “[...] opinión general que se me designaría asistente tan pronto ese puesto quedara vacante” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 10).

⁶⁴ “Brücke me propuso una tarea referida a la histología del sistema nervioso que pude solucionar a su satisfacción y proseguir por mi cuenta (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 9).

⁶⁵ O título do livro de Charles Darwin “On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life” foi alterado quando da publicação de sua 6ª edição, em 1872, para o título pelo qual é popularmente conhecido, “The Origin of Species”.

grande efervescência nos círculos universitários, inclusive na Universidade de Viena, onde Freud iniciou seus estudos em medicina, aproximadamente 14 anos depois. Então, durante seus anos de formação, a teoria “sobre a origem e evolução das espécies” era o tema da vez e, por meio de pesquisas realizadas durante a graduação em medicina, Freud se inseriu neste campo de investigação e debate, ainda que indiretamente, pois sua pesquisa com Brücke voltava-se sobretudo para histologia das células nervosas (JONES, 1961/1979).

Mesmo superficialmente é oportuno reunir informações sobre a pesquisa que Freud realizou com Brücke, pois possibilita não somente identificar a importância de seus resultados no meio científico como também, principalmente, identificar a competência e o rigor metodológico do estudante de medicina e pesquisador iniciante – o jovem Freud. Por meio de algumas referências diretas – um tanto extensas demais, embora necessárias – se tornará clara a relevância dos achados da pesquisa empreendida sob a supervisão de Brücke e se confirmará o potencial indubitável do futuro neurologista.

Paralelamente ao problema da estrutura íntima dos elementos nervosos surge a interessante questão de se o sistema nervoso dos animais superiores se compõe de elementos diferentes dos dos animais inferiores ou se ambos estão constituídos de elementos idênticos. Esse item era altamente controverso à época. As implicações filosóficas e religiosas pareciam resultar perturbadoras. [...] Os cientistas achavam-se empenhados em tais problemas com a esperança de apreenderem conclusões definitivas [...] sobre a natureza do homem, a existência de Deus e a finalidade da vida. A esse vasto e excitante campo de pesquisa ligava-se o modestíssimo problema que Brücke havia posto diante de Freud. Na medula espinhal dos *Petromyzon*, um gênero de peixes pertencentes aos primitivos Ciclostomos, Reissner havia descoberto uma forma peculiar de célula extensa. A natureza dessas células e a sua conexão com o sistema espinhal provocaram um número de investigações fracassadas. Brücke desejava ver a histologia dessas células esclarecida. Ajudado por uma melhoria introduzida na técnica da preparação do material, Freud estabeleceu definitivamente que as células de Reissner ‘não são nada mais do que células ganglionares que nesses vertebrados inferiores, em que o deslocamento do tubo embrionário neural para a periferia não se completou ainda, permanecem na medula vertebral. Essas células dispersas mostram a maneira pela qual as células ganglionares vertebrais passam pelo seu trajeto evolutivo’. Essa solução dada ao problema das células de Reissner constitui um triunfo de observação precisa e de interpretação genética – um dos milhares de pequenas observações bem sucedidas que, finalmente, estabeleceram entre os cientistas a convicção da unidade evolucionária de todos os organismos (JONES, 1961/1979, p. 78, grifos do autor).

Este tinha sido seu primeiro trabalho no laboratório de Ernst Brücke, onde estudou fisiologia nervosa de 1876 até 1882. Era sobre a histologia do sistema nervoso, mais especificamente, sobre a histologia de uma forma peculiar de células nervosas descobertas numa espécie de peixe, o *Petromyzon* ou, para os leigos, a lampréia. Sabia-se, até então, que os animais vertebrados inferiores apresentavam células bipolares (possuidoras de dois processos) no gânglio espinhal, ao passo que os animais vertebrados superiores tinham células unipolares. As pesquisas do jovem Freud levaram-no à conclusão de que as células do *Petromyzon* constituíam uma espécie de células intermediárias [...] Suas descobertas histológicas comprovavam processos evolutivos e faziam com que uma lacuna na teoria da evolução fosse preenchida. As células intermediárias do *Petromyzon* revelavam o modo como se deu o trajeto evolutivo dos vertebrados inferiores aos vertebrados superiores. Através da demonstração de que o sistema nervoso dos animais inferiores e superiores é composto por elementos idênticos, a continuidade entre as espécies poderia ser estabelecida. Freud aderiu às idéias de Darwin e participava dos esforços para demonstrar os caminhos da evolução (WINOGRAD, 2007, p. 72, grifo da autora).

Na rigorosa pesquisa histológica sobre o sistema nervoso que realizou para Brücke, Freud estava participando do imenso esforço coletivo a fim de demonstrar os caminhos da evolução. Para ele, Darwin nunca deixou de ser “o grande Darwin” [...] Ele estava fazendo suas pesquisas com bons resultados. Alguns dos pioneiros artigos publicados por Freud, escritos entre 1877 e 1883, detalham descobertas nada triviais. Elas comprovam processos evolutivos revelados nas estruturas nervosas do peixe que examinava em seu microscópio (GAY, 1988/1989, p. 49).

Para além da originalidade dos achados, acrescenta-se, ainda, as inovações técnicas empreendidas nesse mesmo período, sem dúvida foram fundamentais para viabilizar a obtenção de informações novas. “[...] as pesquisas histológicas que acabamos de ver foram tornadas possíveis ou, de qualquer maneira, grandemente facilitadas, através de uma melhoria de técnica que Freud descobriu em 1877” (JONES, 1961/1979, p. 80-81). É sabido que nas ciências naturais o aprimoramento das técnicas empregadas na exploração do objeto de pesquisa pode proporcionar um vértice de entendimento totalmente inédito. “Uns poucos anos mais tarde ele realizou uma invenção técnica mais importante – o método de cloreto de ouro para colorir o tecido nervoso – mas nenhum dos dois métodos era muito usado fora do Instituto em Viena” (JONES, 1961/1979, p. 81). Assim, a originalidade dos resultados de pesquisa estava relacionada ao aperfeiçoamento, desenvolvido pelo candidato à médico, das técnicas empregadas no processo de pesquisa. Portanto, “Freud havia aprendido bem cedo o fato de que o progresso decisivo no plano do

conhecimento requer novos métodos e sempre mais eficientes” (JONES, 1961/1979, p. 81).

Concluída a graduação em medicina e iniciada a carreira médica, Freud também continuou a estudar e a publicar suas pesquisas no campo da neurologia, sobre a medula, mais especificamente. Entre 1885-1886 publicou três artigos em periódicos especializados e, logo após retornar à Viena, surgiu-lhe a oportunidade de atuar como diretor do departamento neurológico do Instituto de Doenças Infantis, a convite do pediatra Max Kassowitz. Conciliando com atendimentos clínicos particulares, “Freud ocupou esse lugar durante muitos anos, ali trabalhando durante horas seguidas três vezes por semana, e oferecendo valiosas contribuições à Neurologia” (JONES, 1961/1979, p. 228).

Em 1891 publicou *Sobre a formação das Afasias: um estudo crítico*, considerado pelo próprio Freud “a mais valiosa de suas obras neurológicas” (FREUD apud JONES, 1961/1979, p. 229). Apesar do reconhecido valor dessa obra para a neuropatologia, sua coleção robusta de citações das principais autoridades do segmento, há quem nela veja o princípio de uma inclinação crescente aos assuntos psicológicos. Sem se recusar a reconhecer o nexo causal entre lesões cerebrais em áreas específicas do cérebro, por um lado, e as afasias, por outro, Freud colocou em pauta a necessidade de se observar as condições de funcionamento – condições funcionais – do aparelho da linguagem (GAY, 1988/1989). “Cercado por neurologistas, Freud estava começando a procurar causas psicológicas para efeitos psicológicos” (GAY, 1988/1989, p. 73).

Também publicado em 1891, uma monografia abundante de dados bem-informados, fruto de sua atividade no departamento de neurologia do Instituto de Doenças Infantis, “[...] um trabalho pelo qual o nome de Freud foi finalmente – e ainda é – lembrado pelos neurologistas de todo mundo” (JONES, 1961/1979, p. 232). Assegura a afirmação de Jones a transcrição literal de outros comentadores da monografia de Freud:

Pierre Marie, o neurologista mais famoso da França e, em muitos aspectos, o sucessor de Charcot, num escrito crítico sobre a monografia de Freud relativa às diplegias cerebrais na infância, disse: “Esta monografia é inquestionavelmente a mais completa, a mais segura e a mais densa de pensamento que já apareceu sobre o confuso problema da diplegia cerebral na infância, sobre o qual se

conhece tão pouco” (PIERRE MARIE apud JONES, 1961/1979, p. 233).

A monografia de Freud é a mais minuciosa e completa exposição que jamais se escreveu sobre as paralisias cerebrais das crianças [...]. Foi uma realização soberba e só esse trabalho seria o bastante para assegurar ao nome de Freud um lugar permanente no terreno da Neurologia Clínica (BRUN apud JONES, 1961/1979, p. 234).

Isto posto, pode-se prosseguir com tranquilidade e continuar a percorrer o caminho que culminou na criação da Psicanálise. Embora o caráter sumário, certamente se apresentaram informações seguras, suporte suficiente para garantir que a mudança da neurologia para a psicopatologia não se concretizou por qualquer incapacidade suposta, atribuída à Freud, ou ao oportunismo velhaco e a mentira, também imputadas à Freud – já que ninguém está livre de levar coice de burro –, como sugerem certas publicações de cunho flagrantemente duvidoso⁶⁶. A partir do conteúdo exposto até agora, é possível concluir que Freud abandonou a neurologia, a neuroanatomia, a neuropatologia, etc. – ou melhor, a medicina comum –, na qualidade de fontes de compreensão e tratamento das doenças nervosas, e empregou tratamentos não-convencionais – os tratamentos psíquicos –, com o interesse em produzir o alívio do sofrimento dos pacientes, por um lado, e ir adiante e mais profundamente na apreensão das doenças nervosas – principalmente as neuroses – envoltas em impenetrável mistério e preconceito, por outro.

Em nosso julgamento, a mudança na carreira de Freud é verdadeiramente explicada com base em sua insistência em mitigar o conjunto dos sinais e sintomas das neuroses em seus pacientes. Freud perseguiu a cura das neuroses com disposição infatigável, por isso abandonou, um a um, os procedimentos empregados pela medicina comum, pois não produziam o efeito desejado. Para chegar tanto mais próximo do alívio duradouro dos sintomas neuróticos, foi necessário seguir em frente, e a cada vez que se aproximava do

⁶⁶ Em resposta para “O livro negro da psicanálise. Viver, pensar e melhorar sem Freud”, organizado por Catherine Meyer (2005), Roudinesco (2009), evidenciando o caráter falacioso das acusações à Freud – chamado de “mentiroso, charlatão, fraudador, plagiador, [...] obcecado sexual [...] que enganou o mundo inteiro com uma teoria falsa [...]” (ROUDINESCO, 2009, p. 18) –, concluiu que “o melhor seria rirmos disso tudo, tamanha a farsa. Porém, em nossos dias, quanto maior a fraude, maior a crença” (p. 27), necessário se faz, então, responder aos difamadores oportunistas e às suas críticas irracionalmente rancorosas. “O ‘espancamento de Freud’ tornou-se um conceito estabelecido; e o antifreudismo, um movimento. Qualquer um que se junte a ele e descaradamente tome a palavra tem a oportunidade de divulgar seus pontos de vista e fazer seu nome como ‘pregador de rua’, ou seja, sem a necessidade de qualquer opinião substantiva própria, graças a surpreendente anulação das faculdades críticas da mídia nesse campo polêmico” (GRUBRICH-SIMITIS, 1995/2001, p. 11).

“psíquico”, se distanciava do “neurológico”. Se se arriscou na aplicação dos tratamentos psíquicos, foi em busca de respostas mais satisfatórias ao problema das neuroses, de maneira que a mudança da neurologia para psicopatologia foi a resultante praticamente espontânea do empenho de um médico e pesquisador perseverante, que perseguiu obstinadamente o esclarecimento das doenças nervosas, até as últimas consequências. Isso significa que foi a própria essência das doenças nervosas, seu fundamento psíquico inabalável – e até então ignorado –, o ponto de partida que desafiou as maiores inteligências em medicina (mental) do século XIX, e encontrou nos tratamentos psíquicos – posteriormente na Psicanálise – a resposta, à época, mais satisfatória.

2.3. *Por que Freud deu credibilidade à histeria e as histéricas?*

A partir do mencionado anteriormente, vai se constatar que foi dada breve atenção à histeria e às histéricas. Todavia, como se deseja levar a efeito o processo cujo ponto mais alto é a criação da Psicanálise, o tópico é da máxima envergadura, como se perceberá, porque a histeria, em particular, e as neuroses, em geral, evidenciaram as limitações do conhecimento médico-científico e reivindicaram forçosamente por alternativas aos tratamentos comuns, já que nenhum caminho que levaria à solução do problema se achava aberto. Aliás, o tema estabelece conciliação perfeita com o exposto anteriormente, porque a mudança na carreira de Freud se relaciona diretamente com seu interesse pela histeria e com o tratamento dos seus pacientes histéricos.

Quem observou atentamente, estará lembrado que a histeria é uma doença milenar, proveniente “[...] dos primeiros tempos da medicina” (FREUD, 1888/1988, p. 45, tradução nossa)⁶⁷, porque desde quando a medicina se constituiu, ao redor de Hipócrates, no século IV a.C., que o conhecimento sobre a histeria começou a fazer parte do repertório médico. Antes disso, as parteiras já sabiam de sua existência, tanto que foram elas que batizaram esse tipo de mal-estar com o nome de “histeria”, em período anterior à constituição da medicina. Nessa época, seu tratamento ficava a cargo de curandeiros,

⁶⁷ “[...] de los primeros tiempos de la medicina” (FREUD, 1888/1988, p. 45)

xamãs, etc., mas com Hipócrates tanto a epilepsia quanto a histeria foram retiradas do domínio sobrenatural e inseridas no campo médico, na condição de entidades nosológicas, reconhecíveis e tratáveis (TRILLAT, 1986/1991).

Todavia, ainda que reconhecida pela medicina desde a Antiguidade, a histeria, por outro lado, correu os séculos revestida por tamanha quantidade de mistérios que é impossível decifrá-los todos. É por isso que a história da histeria é daquelas que tem ao menos duas versões: a médica-científica e a mística-religiosa, versões que, aliás, coabitam o mesmo tempo-espaço, com maior ou menor influência de uma delas, a depender da cultura, do período histórico, etc. Houve inclusive ocasiões em que ambas se misturaram, sem se fusionarem, mas a ponto de praticamente fazer o médico retirar o jaleco, cessar os procedimentos e recomendações médicas e aspergir com água benta sobre seus pacientes histéricos, porque também, em dadas ocasiões, ele se inclinou à crença de que a histeria não era uma doença, portanto não lhe competia, e em se tratando de manifestações mais ou menos assustadoras – como é o caso da crise histérica – também se deixou influenciar pela superstição, supondo ser a histeria uma obra do diabo. Portanto não foram raros os casos em que médicos a atribuíram ao coisa-ruim e se retiraram do cenário, porque, afinal, o fato requeria a intervenção do sacerdote (TRILLAT, 1986/1991).

Mas na Idade Antiga predominou a vertente médica que supunha ser o útero um organismo vivo e indomável, cujas movimentações no interior do corpo feminino poderiam acarretar uma variedade de patologias, a depender do itinerário particular do útero, também chamado de “matriz”. No caso da histeria, um tipo específico de deslocamento do útero, a saber, sua subida até as proximidades do fígado, resultaria em obstrução da passagem do ar, supostamente, dificultando a respiração e, assim, produzindo a crise histérica – a histeria. Tanto é verdade, que a medicina da época se referia à histeria, em seu vocabulário técnico, como “sufocação da matriz” (TRILLAT, 1986/1991). Portanto se acreditava que quando o útero “está no fígado e nos hipocôndrios e produz a sufocação, o branco dos olhos revira, a mulher fica fria e [...] lívida. Ela range os dentes, a saliva aflui a boca e ela se assemelha aos epiléticos” (HIPÓCRATES apud TRILLAT, 1986/1991, p. 20). Essa era a explicação para a histeria, dada pela medicina da Antiguidade Greco-Romana, ainda que, como

se verá adiante, na Roma Cristã houve uma importante mudança no entendimento sobre a causa da histeria.

A partir disso, o tratamento objetivava retornar o útero ao baixo-ventre, retorná-lo à sua posição de origem, porque assim cessariam os sintomas da “sufocação da matriz”. E para fazê-lo descer se produziam odores fedorentos próximos às narinas e perfumes agradáveis no canal vaginal da histérica, pois o útero animal supostamente reagia aos odores, se afastando dos malcheirosos e se aproximando dos perfumados. Por meio do engenho à fumigação catigueta de chifres de cabra ou óleo de foca e do perfume de murta ou de manjerona, esperava-se desafixar o útero do alto e fazê-lo regressar ao baixo-ventre e assim desobstruir a oxigenação e finalmente aliviar os sintomas histéricos (TRILLAT, 1986/1991).

Outra inferência notável dos médicos da Antiguidade diz respeito à explicação sobre a movimentação do útero, explicação que tanto justificava o emprego de medidas profiláticas, quanto confirma que desde essa época há uma associação entre a histeria e a sexualidade. Para prevenir a “sufocação da matriz” se receitava “para as moças, o casamento; para a mulher casada, o coito para umedecer e manter a matriz em seu lugar; para a viúva, a gravidez” (TRILLAT, 1986/1991, p. 21), pois a medicina acreditava que a abstinência sexual tornaria o útero algo mais leve e mais suscetível a se mover, por isso a recomendação preventiva, como visto, orientava as mulheres à prática sexual a fim de impedir o ressecamento e irritação do útero, conseqüentemente seu deslocamento e a doença. Talvez, a julgar pelos parâmetros médicos atuais soe absurdo, mas a teoria do útero móvel e bestial recebeu a assinatura de personalidades reconhecidamente brilhantes, como as que escrevem a seguir:

Na mulher, o que se chama matriz ou útero é como um ser vivo, possuído do desejo de fazer crianças. Quando durante muito tempo e apesar da estação favorável a matriz permanece estéril, ela se irrita perigosamente; ela se agita em todos os sentidos pelo corpo, obstrui as passagens de ar, impede a inspiração, mete o corpo, assim, nas piores angústias e lhe ocasiona outras doenças de todas as espécies (PLATÃO apud TRILLAT, 1986/1991, p. 23).

Se há um caso desses, em que a mulher não tenha relações sexuais e o ventre se esvazie mais do que é preciso em virtude de algum sofrimento, a matriz sofre um deslocamento, pois ela se desloca em razão de sua secura e de sua leveza maior que o habitual. Ao contrário, quando a matriz está úmida pelo coito e o ventre não se

esvazia, ela não se desloca facilmente (HIPÓCRATES apud TRILLAT, 1986/1991, p. 19).

Em Roma, ainda na Antiguidade, mas já nos primeiros séculos da Era Cristã, o fundamento explicativo da “sufocação da matriz” permanecia válido, mas sua terapia se renovou completamente. Soranos de Éfeso é certamente um dos principais exemplos: médico ginecologista, obstetra e pediatra, em seu “Tratado das doenças da mulher”, desacreditou a influência dos odores sobre o útero, que, portanto, deixou de ser “[...] um animal atraído pelos perfumes agradáveis e fugidio aos odores fétidos” (TRILLAT, 1986/1991, p. 30). A terapêutica adotada naquele momento preocupou-se principalmente com o corpo e o ambiente da mulher histérica. “É preciso instalar o doente em um quarto quente e claro, distender suavemente os membros contraídos, aquecer as articulações, aplicar cataplasmas emolientes, banhos de assentos e pessários, igualmente emolientes” (TRILLAT, 1986/1991, p. 30). Em relação à atividade sexual, além do mais, a recomendação médica se converteu oposta, logo se dizia que o coito, “que sempre debilita” (SORANOS DE ÉFESO apud TRILLAT, 1986/1991, p. 30), deveria ser evitado.

Tamanha a repercussão das teorias do “útero móvel” que reuniram força suficiente para, depois de séculos, chegarem até a Idade Moderna com tamanha credibilidade a ponto de, não raramente, servir de base para a realização de intervenções medico-cirúrgicas para a extirpação dos ovários de mulheres histéricas, como forma de tratamento. A título de exemplo, mencionamos o caso de Charcot, que, acusado por um colega médico de Nova Iorque de extirpar os ovários de suas pacientes, respondeu:

Jamais aconselhei que os ovários fossem extirpados. Não sou tão simplista assim, e penso que se trata de algo muito mais complexo. Em vez de sair dizendo que eu deveria ter ficado calado, o colega de Nova Iorque teria feito melhor se tivesse me lido. Ele certamente não teria encontrado esse tipo de conselho em meu ensino. Ao contrário, teria visto que protesto contra a tendência demasiado radical de alguns cirurgiões de retirar os ovários nos casos de histeria geral (CHARCOT, 1887/2003, p. 21)

A evolução histórica da prática clínica e do conhecimento produzido sobre a histeria, aliás, carregado de contradições, é evidência das grandes dificuldades que essa expressão de sofrimento psíquico representou aos médicos e estudiosos do assunto. Embora tudo o que se pôde conhecer sobre

a histeria, sempre aparecia algo de novo nesse domínio, fato que serve para explicar a confusão diagnóstica que se arrasta até hoje, mas que não serve como justificativa para os excessos perpetrados no período medieval. Se há uma parcela de injustiça à alcunha “idade das trevas”, comumente empregada para fazer menção à Idade Média, no caso do “proceder” da sociedade medieval em relação às histéricas sua aplicação é inteiramente adequada, porque sua completa ignorância em relação aos fenômenos psicopatológicos custou a vida de muitas pobres histéricas. A histeria, “na Idade Média desempenhou um significativo papel histórico-cultural [...] [que] constitui o fundamento real da história das possessões pelo demônio e da bruxaria” (FREUD, 1888/1988, p. 45, tradução nossa)⁶⁸, e serviu de argumento à barbárie.

Não é à toa que a instabilidade aparente das manifestações histéricas, a transmutação suposta de suas manifestações e as dúvidas permanentes sobre o assunto, resultaram, na Idade Moderna, em um ceticismo irônico por parte da medicina tradicional, e o médico – prudente e conservador –, fingia, na melhor das hipóteses, que acreditava na suposta e mais despuída desfaçatez da histérica, e só raramente dava continuidade ao tratamento. Incompreensão e conclusões precipitadas sobre a mais enigmática das neuroses implicou, com efeito, na adoção de práticas falsamente terapêuticas, como a tentativa de reestabelecer a ordem para o caos mental das histéricas mediante medidas de controle rígido e punições, isto é, “[...] tentativas de exercer influência psíquica, quase sempre muito inapropriadas e realizadas de maneira hostil, por meio de ameaças, depreciação [...]” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204, tradução nossa)⁶⁹.

Se a Idade Média adotou as piores práticas em relação às histéricas – seguramente histéricas porque “documentos desta época atestam que seus sintomas não experimentaram alteração alguma até os dias de hoje” (FREUD, 1888/1988, p. 45, tradução nossa)⁷⁰ – a Idade Moderna, não obstante o cancelamento das práticas de exorcismo e de condenação à fogueira,

⁶⁸ “En la Edad Media desempeñó un significativo papel histórico-cultural [...] y constituye el fundamento real de la historia de las posesiones por el demonio y la brujería” (FREUD, 1888/1988, p. 45).

⁶⁹ “[...] intentos de influjo anímico, casi siempre muy inapropiados y realizados de manera inamistosa, como amedrentamientos, escárnios [...]” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204)

⁷⁰ “Documentos de esa época atestiguan que su sintomatología no ha experimentado alteración alguna hasta el día de hoy” (FREUD, 1888/1988, p. 45).

preservou o preconceito e a discriminação. Na “idade das trevas”, as infelizes histéricas, “[...] como possuídas, haviam sido queimadas na fogueira ou exorcizadas, na moderna época esclarecida, não receberam mais do que o anátema do ridículo; seus estados eram considerados mera simulação e exagero e, portanto, indignos da observação clínica” (FREUD, 1888/1988, p. 45, tradução nossa)⁷¹.

Mas por que tamanha hostilidade em relação às histéricas? Por um lado, porque as manifestações histéricas foram associadas ao que há de mais terrorífico no universo místico-religioso, quer dizer, associadas a um tipo de aparição do demônio. O ataque histérico é, de fato, assustador e, portanto, não causa surpresa sua associação com manifestações demoníacas, já que naquela época os fenômenos eram explicados, quase que em sua totalidade, pelos argumentos metafísicos. Mas, mesmo depois de relativamente desacreditada essa concepção mística, que praticamente atravessou a Idade Média, a medicina moderna, porém, recusou-se a reconhecer o sofrimento das histéricas, que eram consideradas fingidoras, mentirosas, interesseiras, etc. Com efeito, muitas histéricas foram deixadas a própria sorte, discriminadas pela medicina e, como consequência, marginalizadas socialmente. Talvez, o número de mulheres histéricas entregues ao confinamento possa exemplificar o menosprezo da sociedade em relação ao sofrimento decorrente da histeria.

A Salpêtrière, fundada originalmente como parte do grande confinamento, do fim do século XVII, para servir de prisão a prostitutas, jovens libertinas e mulheres adúlteras, tinha se transformado em asilo no século XIX: um grande museu de patologias e uma aldeia de custódia, onde de 5 a 8 mil mulheres – 1% de toda população de Paris – eram abrigadas (APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 123).

Entretanto, a Salpêtrière e o trabalho de Charcot podem ser considerados a principal exceção em relação à compreensão e ao tratamento da histeria daquela época, isto é, antes de Freud, porque Charcot “mostrou que a histeria era uma entidade clínica bem mais estável do que sua reputação secular de indefinição variável e enganação camaleônica levava a pensar”

⁷¹ “[...] las pobres histéricas, que en siglos anteriores, como posesas, habían sido quemadas en la hoguera o exorcizadas, en la moderna época ilustrada ya no retribieron más que el anatema del ridículo; sus estados se consideraban mera simulación y exageraciones, y por consiguiente indignos de la observación clínica” (FREUD, 1888/1988, p. 45).

(APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 124). Seu empenho resultou em um mapeamento das manifestações históricas, como verificável a seguir:

Em marcos diagnósticos estáveis traziam em si o selo somático preciso do neurologista e eram estes os encontrados com maior frequência nos setores da Salpêtrière: 79% dos casos apresentavam estigmas localizados, 76% anomalias visuais (em particular, estreitamento do campo de visão ou, as vezes, cegueira histórica), em contraste com apenas 12% cujo quadro de sintomas incluía o grande ataque, marca distintiva apresentação teatral dos paciente a grandes multidões a que a reputação pública de Charcot ficou associada; 37% dos pacientes não apresentava qualquer sintoma de convulsão (APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 125).

Charcot havia feito esforços enérgicos para separar a histeria não apenas da epilepsia, mas também da neurastenia, da ninfomania, do nervosismo em geral e da insanidade; ele resgatou a histeria da psiquiatria e levou-a para a neurologia e a medicina interna em geral. Nesse processo, a histeria se tornou a clássica doença da moda da *Belle Époque* (APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 125, grifos dos autores).

Entretanto, a grandeza de Charcot não foi suficiente para garantir de uma vez a erradicação do preconceito direcionado aos homens e mulheres históricas. Além do mais, também os médicos que lhes ofereciam algum tipo de tratamento foram alvo de discriminação, e ao se prestarem ao atendimento de pacientes históricos colocavam em risco sua reputação profissional, pois se a histórica era uma dissimulada, o médico que nela acreditava ficava com a fama de incompetente, pois acreditava em uma mentirosa. Que o diga o próprio Freud (1893a/1989, p. 20, tradução nossa):

[A histeria] [...] a mais enigmática das doenças nervosas, para cuja avaliação os médicos ainda não haviam encontrado um ponto de vista adequado, naquela época havia caído então em total descrédito, que se estendia tanto aos doentes como aos médicos que se ocupavam desta neurose (FREUD, 1893a/1989, p. 20, tradução nossa)⁷².

Os neurologistas daquela época haviam sido educados para respeitar os fatos físico-químicos e anatomopatológicos e, nos últimos tempos, estavam sob a influência das descobertas de Hitzig e Fritsch, Ferrier, Goltz e outros, que pareciam demonstrar uma vinculação íntima, talvez exclusiva, de certas funções com partes específicas do cérebro. Em relação ao fator psíquico, não conseguiram fazer nada, não conseguiam apreendê-lo, abandonaram-no aos filósofos, místicos e...

⁷² “Esta, la más enigmática de las enfermedades nerviosas, para cuya apreciación los médicos no habían hallado todavía el punto de vista adecuado, había caído por aquella época en un total descrédito, que se extendía tanto a las enfermas como a los médicos que se ocupaban de esa neurosis” (FREUD, 1893a/1989, p. 20).

curandeiros, e consideraram não-científico se dedicarem a ele (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 203, tradução nossa)⁷³

Ainda sobre a reputação das histéricas:

Ela não se dedicava mais as necessidades alheias, agindo como uma esposa, mãe ou filha que se sacrificava: por meio da sua histeria, podia e fazia os outros assumirem essas funções. As atividades domésticas eram reorientadas para responder às necessidades inoportunas da mulher histérica. [...] A inquietação e a dominação pesavam sobre os ombros do marido; de súbito sua casa se tornava um hospital e a enfermeira era ele. Com a doença, a mulher acamada vinha a dominar a família em um grau que seria considerado uma inadequação – um desnaturamento até – para uma mulher saudável (SMITH-ROSENBERG, 1972/1985, p. 208 apud APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 128).

Já se constatou que a medicina da época não conseguia compreender e explicar satisfatoriamente a histeria, tampouco conseguia empregar um tratamento verdadeiramente eficaz (FREUD, 1925[1924]/1987). Mas, como é muito difícil admitir a própria ignorância, sobretudo no campo das ciências médicas, a escolha mais fácil frente ao inexplicável foi imputá-la como algo sem sentido e clinicamente inválido, isto é, como uma dissimulação interesseira, porque assim se arremessava a responsabilidade para fora do campo médico: “não é a medicina que não compreende e não consegue curar a histeria, são as histéricas que fingem estar doentes para isentarem-se das responsabilidades sociais”, poderia dizer um neuropatologista da época. Somente após Charcot ter conferido autenticidade à histeria e restituído a dignidade às histéricas mediante a comprovação clínica dos fenômenos histéricos, que se iniciou um processo de diminuição de sua ridicularização, fato que conseqüentemente autorizou o tratamento médico da histeria, fato da maior importância – tanto aos pacientes histéricos daquele período, quanto ao próprio aprimoramento das técnicas terapêuticas. Foi acertada, portanto, a comparação feita por Freud entre Philippe Pinel e Charcot, pois o primeiro – nomeado chefe da Salpêtrière em 1794, no período em que estava em curso a Revolução Francesa – tornou-se famoso pelo tratamento, na época, mais humanitário oferecido aos loucos, inclusive libertando-os das correntes que os

⁷³ “Los neurólogos de esa época habían sido educados en el respeto por los hechos físico-químicos y anátomo-patológicos, y en los últimos tiempos se hallaban bajo la influencia de los descubrimientos de Hitzig y Fritsch, Ferrier, Goltz y otros, que parecían demostrar una ligazón íntima, acaso excluyente, de ciertas funciones con determinadas partes del encéfalo. Respecto del factor psíquico no atinaban a hacer nada, no podían aprehenderlo, lo abandonaban a los filósofos, místicos y... curanderos, y consideraban acientífico consagrarse a él” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 203).

prendiam; o segundo merece o crédito por libertar as histéricas do ridículo, por libertá-las do preconceito proveniente da ignorância generalizada (FREUD, 1893a/1989).

Apesar disso, a péssima reputação da histeria não se dissuadiu rapidamente, mesmo depois do surgimento da Psicanálise e seus esclarecimentos sobre os fenômenos histéricos. A histeria desafiou o conhecimento médico-científico da época e “[...] o desafio permaneceu. Já na década de 1950 um certo psiquiatra sugeriu que ‘se depois de cinco minutos com uma paciente, vocês se virem agarrando os braços da cadeira, então a paciente é histérica’” (APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 127). A verdade é que a doença mental ainda hoje desafia as maiores inteligências, tanto na medicina como em outras áreas da saúde e, aliás, desafia as inteligências da população comum, também. Não é por acaso que, atualmente, a depressão – para ficar em um único exemplo – é, de maneira similar ao que ocorria com a histeria, alvo de muito preconceito, é considerada uma tentativa de disfarçar a preguiça, a má vontade, a falta de retidão moral, etc., assim como a histeria da era vitoriana (PEREIRA, 2010). “Ainda hoje, o senso comum acredita que ‘depressão não é doença de pobre’. Nada mais equivocado” (PEREIRA, 2010, p. 20).

Por isso, quando Freud (1888/1988) publicou *Histeria*, apresentou uma descrição clínica e uma diretriz diagnóstica muito mais exata, proporcionou a diferenciação dos quadros histéricos em relação a outros quadros nervosos, tamanha era a confusão diagnóstica. Freud sabia da miscelânea diagnóstica e da desorientação de médicos e pacientes na Alemanha, Áustria e na Inglaterra, onde ainda usavam [usam] “os rótulos arbitrários de histeria e histérico até hoje e colocam em um mesmo balaio a histeria com nervosismo geral, neurastenia, muitos estados psicóticos e várias neuroses que ainda não foram separadas do caos das doenças nervosas” (FREUD, 1888/1988, p. 46, tradução nossa). Portanto, a descrição nosográfica apresentada em *Histeria* serviu ao propósito de minimizar a confusão, o que já representa uma maior possibilidade de alívio aos pacientes histéricos, porque se o diagnóstico é falso a terapêutica é ineficiente.

Apesar disso, atenção, a nosografia da histeria, por si só, é representativa de algo que vai muito além de uma descrição clínica e uma

diretriz diagnóstica: é um esforço para consolidação do tratamento médico-psicológico da histeria, tratamento, como visto, negado aos pacientes histéricos, que tinham que amargar a doença sem uma assistência verdadeiramente implicada com sua atenuação e cura. Portanto, em uma época recém-saída do obscurantismo que demonizava a histeria e em que, sob o manto das luzes da ciência se ocultava um preconceito vigoroso, oferecer uma descrição clínica da histeria significava, isso sim, dar credibilidade aos pacientes histéricos e lhes proporcionar a possibilidade de tratamento médico-psicológico, isto é, a possibilidade de ter esperança, alívio e dignidade, por meio do reconhecimento médico e social de uma condição patológica tratável.

Acontece, contudo, que uma leitura apressada de *Histeria* (1888), em que não se reconstrói o cenário em que esse artigo foi publicado, não deixa ver a grandeza dessa publicação e sua importância em se colocar em oposição à comum hostilidade direcionada aos pacientes histéricos. A incorporação da histeria aos manuais de medicina é a resultante de um esforço em retirá-la da posição ultrajante em que se encontrava até então – e desde séculos –, e assim contribuir para soterrar um juízo impregnado de preconceito e, no entanto, absolutamente comum. E ainda que outros visionários do campo médico possam, com razão e se assim quisessem, se gabarem de terem alentado as histéricas, não cabe dúvida que Freud foi um dos pioneiros em escutar e acolher o sofrimento de uma população de mulheres lançadas na desonra e no desprezo.

Aliás, a criação da Psicanálise pode ser explicada com base nesse esforço, porque “em sua origem tinha um único objetivo: compreender algo sobre a natureza das doenças nervosas chamadas ‘funcionais’, a fim de remediar a impotência em que até então se encontravam os médicos para seu tratamento” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 203, tradução nossa)⁷⁴. Isso significa que a “histeria veio contribuir largamente para o surgimento da Psicanálise” (LEANDRO; HONDA, 2008), mas somente porque Freud, a exemplo de Charcot, deu credibilidade à histeria e assim reconheceu as limitações teóricas e técnicas da medicina comum em seu tratamento, o que abriu a possibilidade

⁷⁴ “En su origen conoció una sola meta: comprender algo acerca de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas «funcionales», a fin de remediar la impotencia en que hasta entonces se encontraban los médicos para su tratamiento” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 203).

de aplicação de procedimentos inovadores, o que caracteriza o início de um percurso que levará o gênio de Freud à construção de seu próprio método de tratamento das doenças nervosas (LEANDRO; HONDA, 2008). “O projeto psicanalítico origina-se, portanto, de uma dor, de algo que não quer calar justamente porque não podia dizer: a dor das mulheres” [histéricas] (MOLINA, 2011, p. 12). Portanto, o surgimento da Psicanálise é também o resultado de um pesado enfrentamento de Freud contra o preconceito de toda uma sociedade, inclusive de uma de suas vozes mais poderosas: a medicina.

3. Freud e a criação do método psicanalítico

Ainda que filósofos e pensadores tenham aventado a hipótese de processos mentais inconscientes, não há dúvida que desde Freud está assegurada sua existência. A Psicanálise, mais uma vez, é um instrumento que possibilita a exploração desses processos mentais inconscientes, dando-lhes verdadeira possibilidade de expressão e decifração. Mas, arriscamos dizer, a Psicanálise nunca será absorvida pela cultura nem por grandes populações, ainda que certos aspectos da teoria psicanalítica estejam mais ou menos presentes na cultura moderna e contemporânea. É certo que é e será árduo o trabalho de transmissão e de aprendizado do método psicanalítico, a ponto tal que jamais o método psicanalítico se tornará uma conquista irrevogável da humanidade. Haverá, sempre, a necessidade de o método psicanalítico ser ensinado e aprendido, pois diferentemente das enunciações teóricas que podem ser absorvidas pela cultura e assim serem transmitidas entre as gerações, o método psicanalítico, arredo, não alcançará essa condição.

Isso significa que o exemplo de Freud nunca envelhecerá, porque o método psicanalítico, aquele que possibilita descobrir o tão profundamente encoberto – o inconsciente – precisará ser aprendido, uma e outra vez, para possibilitar a sempre necessária descoberta dos processos mentais inconscientes. Então, se essa descoberta e exploração dos processos mentais inconscientes “[...] não é uma aquisição definitiva da humanidade [...] [e] tem que ser realizado[a] de novo por cada paciente e por cada psicanalista” (MEZAN, 1982/2000, p. 50-51), significa que caberá a cada um repetir o extraordinário feito de Freud, isto é, descobrir e explorar o inconsciente. Mas se a descoberta e exploração dos processos mentais inconscientes somente é possível por meio do método que lhe dá acesso, o método psicanalítico, caberá a cada um, portanto, aprender (com) o método psicanalítico – na condição de paciente e de analista. Assim, há de se valorizar o processo de criação da Psicanálise, pois servirá a toda hora como modelo e inspiração aos estudiosos e particularmente aos principiantes em Psicanálise, porque é o período em que o próprio Freud está “aprendendo” a operar com as técnicas preliminares e, em seguida, com o método da Psicanálise.

Se, ainda mais, “cada análise é uma repetição da experiência inaugural” (MEZAN, 1982/2000, p. 51), àquela em que Freud pela primeira vez acessou e

interpretou os processos mentais inconscientes, essa “experiência inaugural” merece uma visibilidade de relevo, em que possa expor seu mote em dimensões grandes, apropriadas a sua grandeza, para assim ocupar o lugar de importância que lhe é devido, já que é ocasião em que Freud ensina pelo exemplo. Então, a partir, sobretudo, da obra inaugural da Psicanálise, *Estudos sobre histeria* (1895), vamos avançar na trilha que se abre com a pergunta: *como foi criado o método da Psicanálise?*

Agora, receberá nossa maior atenção o percurso clínico de Freud em que se corporifica a criação da Psicanálise, a começar pelo emprego clínico-terapêutico da hipnose e seus desdobramentos, até o surgimento definitivo do método psicanalítico. A continuação do nosso relato, portanto, não perde a conexão com a contextualização histórica anterior, todavia enfatiza a evolução da técnica que originou a Psicanálise e para essa matéria os *Estudos sobre histeria* (1895) é com certeza um guia prioritário. O caráter exemplar das realizações de Freud contidas nessa obra será intencionalmente enfatizado. Por enquanto, que nos seja permitida a tentativa de dar uma resposta à questão oportunamente elaborada por Strachey em sua *Nota histórica sobre os Estudos*: “até que ponto e de que maneira as técnicas descritas nos *Estudos*, e os achados clínicos a que conduziram, abriram caminho para a prática da psicanálise?” (STRACHEY, 1955/1897, p. 11, grifos do autor, tradução nossa, vol. II)⁷⁵. Para responder esses questionamentos, faz-se necessário conhecer a história daquele procedimento terapêutico que, pela primeira vez, possibilitou explorar o psiquismo inconsciente: o hipnotismo.

3.1. *Por que o hipnotismo foi estigmatizado?*

Se um determinado procedimento médico, qualquer que seja, é um dos únicos a proporcionar o alívio de determinados sintomas, não apresentando efeitos colaterais ou contraindicações, *por que não o empregar tão amplamente quanto possível?* Essa questão se aplica perfeitamente ao hipnotismo, porque, na época, pouquíssimo resultado se conseguia com as terapias então disponíveis para o tratamento das doenças nervosas. Conforme ficará evidente

⁷⁵ “¿Hasta qué punto y de qué manera las técnicas descritas en los *Estudios*, y los hallazgos clínicos a que condujeron, allanaron el camino para la práctica del psicoanálisis?” (STRACHEY, 1955/1897, p. 11, grifos do autor).

a seguir, embora o hipnotismo tenha alcançado relativa aceitação, foi energicamente rechaçado pelas ciências médicas da época. Então, posto que já dito sobre a importância de ter sido dada credibilidade à histeria e às histéricas, é agora oportuno compreender de que maneira essa e outras doenças nervosas reivindicaram o emprego de procedimentos médico-psicológicos novos e proporcionaram, com efeito, a criação do método psicanalítico. E, nesse caso, é fato sumamente curioso que o hipnotismo – alcunhado charlatão, clandestino, não-científico e mais com nomes desprezíveis ditos pela boca dura das ciências –, foi uma importante alternativa para socorrer uma população inteira de neuróticos.

O interessante nisso tudo é que a ciência, que há séculos vinha destronando a autoridade místico-religiosa, precisou pôr de lado seu orgulho, reconhecer a desorientação em que se encontrava quando chamada a solucionar o enigma da histeria e aceitar a ajuda de sua prima-pobre, as ditas “curas alternativas” – muito embora o tenha feito apenas parcialmente. Se bem lhe cabia a roupagem de feitiçaria, ao passo que era empregado com seriedade e verdadeiro propósito médico-terapêutico, o hipnotismo foi aumentando seu número de adeptos entre médicos e, mesmo em meio à enorme controvérsia, tornou-se uma prática relativamente aceita, sobretudo a partir dos anos 1880. “A virada decisiva veio quando na década de 1880 o fenômeno do hipnotismo novamente solicitou sua entrada na ciência médica – dessa vez através do trabalho de Liébeault, Bernheim, Heidenhain, Forel – com mais sucesso do que tantas ocasiões anteriores” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204, tradução nossa)⁷⁶.

Antes de reivindicar sua admissão no campo das ciências, a sugestão hipnótica e outros procedimentos baseados na sugestão já haviam conquistado fama na Europa moderna. Antes mesmo de James Braid – aquele que criou a palavra “hipnotismo” – perambulava na velha Europa, amado e odiado, um personagem já bem esquecido: Franz Anton Mesmer (1734-1815). Médico e filósofo alemão, criador do mesmerismo – ou teoria do magnetismo animal –, Mesmer milagrosamente conseguiu a cura de uma centena de pessoas

⁷⁶ “El giro decisivo sobrevino cuando en la década de 1880 los fenómenos del hipnotismo solicitaron otra vez su ingreso en la ciencia médica – esta vez merced al trabajo de Liébeault, Bernheim, Heidenhain, Forel – con más éxito que en tantas ocasiones anteriores” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204).

desiludidas com a medicina convencional. Por meio de uma influência magnética suposta – que, aliás, ninguém conseguiu verdadeiramente explicar –, algo similar ao magnetismo mineral, Mesmer impressionava com realizações comoventes, mas perturbadoras, pois que conseguiu reestabelecer a saúde de pacientes desacreditados pela medicina e pela fé. “Notícias sobre o talento de Mesmer se espalharam pela Europa depois que ele efetuou diversas ‘curas’ extraordinárias usando seus poderes de magnetismo, como a recuperação da visão da Srta. Franziska Oesterlin, uma amiga da família Mozart” (LIEBERMAN, 2015/2016, p. 28).

Em 1770, Mesmer rejeitou as explicações religiosas que se aplicavam às doenças nervosas e também as narrativas moralistas, e ofereceu uma explicação “fisiológica”, propondo que a doença nervosa “podia estar localizada no ‘magnetismo animal’ – uma energia invisível que circula através de milhares de canais magnéticos dentro do corpo” (LIEBERMAN, 2015/2016, p. 28). Supostamente, a má circulação ou a obstrução dessa energia produzia sintomas que caracterizavam as doenças nervosas funcionais – como eram chamadas. “Segundo Mesmer, a saúde era restaurada por meio da remoção dessas obstruções. Quando a natureza não conseguia fazer isso espontaneamente, o paciente podia se beneficiar entrando em contato com um potente condutor de magnetismo animal [...]” (MESMER apud LIEBERMAN, 2015/2016, p. 27).

Se as ciências, assim como Lieberman (2015/2016), rechaçaram veementemente o magnetismo animal de Mesmer e outros procedimentos baseados na sugestão é porque, de fato, não se podia explicá-los pelos meandros tradicionais das ciências positivistas. Porém, isso não significa que eram falsas as curas efetuadas. Segundo Stefan Zweig (1931/ 2017), amigo e correspondente de Freud, Mesmer foi “[...] o primeiro a ter provado de maneira visível a força da sugestão – de uma forma incipiente e ainda rudimentar, mas não deixou de prová-la contra as zombarias, a ironia e o desprezo de uma ciência meramente mecanicista” (p. 102). Quer dizer, não obstante a indiscutível ignorância do próprio Mesmer acerca do processo de cura que ele praticava e de suas amalucadas tentativas de comunicá-lo, não se pode negar as curas realizadas, de fato. E mais,

Todas as ciências ocultas, todos os experimentos telepáticos e telecinéticos, os videntes, os reveladores de sonhos, em última instância têm sua origem no laboratório “magnético” de Mesmer. Um novo ramo da ciência tem origem na convicção tão desprezada desse homem esquecido – de que, através da ação sugestiva, as forças psíquicas do homem podem ser aumentadas a um grau que nunca será alcançado pelo mero tratamento médico tradicional (ZWEIG, 1931/2017, p. 104).

A partir da história de Mesmer, Zweig (1931/2017) reconheceu a força poderosa da sugestão, artifício posteriormente empregado na sugestão hipnótica. Todavia, a sugestão remete inevitavelmente ao universo das religiões, sua morada mais antiga, por assim dizer. Muito antes da sugestão ser aproveitada pela medicina do século XIX, já era velha conhecida de rituais religiosos diversos. Tanto pior para a sugestão hipnótica que, com efeito, dificilmente conseguiria se desvencilhar do misticismo e da religiosidade.

De qualquer maneira, a cura decorrente da ação sugestiva foi reconhecida por nomes importantes da medicina do século XIX. Em um artigo intitulado *A fé que cura*, Charcot (1892/2003) – para quem “o objetivo essencial da medicina é a cura dos doentes, independentemente do procedimento terapêutico utilizado” (p. 71) – não só reconheceu a capacidade curativa da sugestão, no caso àquela decorrente da fé religiosa, como, ainda, procurou explicá-la em bases científicas. Ele identificou duas características que servem de alicerce às curas milagrosas:

[...] são engendradas por uma disposição específica do espírito do doente, uma confiança, uma credulidade, uma sugestionabilidade, como se diz hoje, constitutivas da *faith-healing* [...]; em contrapartida, o domínio da *faith-healing* é limitado e, para produzir seus efeitos, deve se referir a casos cuja cura não exige qualquer outra intervenção, salvo a potência do espírito sobre o corpo (CHARCOT, 1892/2003, p. 72, grifos do autor).

Além do mais, Charcot (1892/2003) equiparou a cura pela fé com outras formas de sugestão e também equiparou a cura de tumores e úlceras com a cura de paralisias, anestésias, hiperestesias e outros sintomas histéricos. Desde que o tumor ou a úlcera, assim como os sintomas histéricos, sejam essencialmente psicogênicos, há a possibilidade de curá-los por meio da “potência do espírito sobre o corpo”. De maneira similar, a sugestão hipnótica foi um procedimento por meio do qual se pretendia recorrer a potência do psiquismo para aliviar os sintomas corporais típicos das neuroses. Assim, seja um mesmerista, um padre ou um médico – desde que presente a fiel

credulidade do doente – a potência da sugestão operou “milagres” nos templos, terreiros e centros espíritas, mas também nos consultórios daqueles que praticaram a sugestão hipnótica.

Todavia, Charcot pertenceu à uma minoria seleta de médicos cuja grandeza soube aceitar intervenções não-médicas, sem precisar nomeá-las de charlatanismo; e soube também praticar a sugestão hipnótica na condição de um procedimento médico-terapêutico, sem, por isso, sentir-se um traidor da ciência. Mas a ampla maioria de médicos e cientistas foram na direção oposta e atacaram tanto quanto possível as curas baseadas na sugestão, sobretudo a hipnose, porque reivindicava sua entrada nas ciências. Portanto, o destino infalível dessa terapia aparentada às curas religiosas foi ocupar um tipo de submundo da medicina e o hipnotismo acabou por ocupar um lugar de clandestinidade.

Já é possível inferir que a sugestão hipnótica é herdeira de uma tradição constituída na sombra da medicina tradicional e, portanto, associada com curas alternativas das mais diversas, inclusive com àquelas de péssima reputação entre os cientistas. Isso explica não somente a perseguição à Mesmer e ao magnetismo animal como também a desconfiança em relação à sugestão hipnótica e aos médicos que a praticavam. Se esboça agora a resposta sobre o estigma que impregnou a sugestão hipnótica: seu parentesco com práticas místico-religiosas e sobretudo com práticas desacreditadas pelas ciências, como o mesmerismo, fizeram-na amargar uma exclusão que mais ou menos se estende até o contemporâneo. Qual médico gostaria de ter seu nome associado com essa infâmia?

Mas há mais. Apesar da má reputação do hipnotismo, na década de 1880 houve uma mudança em que ele foi aceito enquanto um procedimento médico-científico. Nesse período, portanto, deu-se uma certa disseminação do hipnotismo clínico – ou da hipnoterapia –, mas ainda não muito bem dissociado de práticas místico-religiosas, principalmente no juízo supersticioso das pessoas comuns, mas também entre a maior parte dos médicos, como é o caso do médico italiano Cesare Lombroso (1909) que foi buscar no espiritismo explicações para certos fenômenos observados durante o transe hipnótico ou durante o ataque histérico. Ao contrário do que se supõe, também os “homens de ciência” se inclinavam às explicações sobrenaturais quando sua ciência se

apequenava frente ao inexplicável. A passagem abaixo serve de ilustração: “Fui adversário do espiritismo [...] até que em 1882 tive que presenciar, como neuropatólogo, fenômenos psíquicos singulares, que a ciência não podia explicar, limitando-se a dizer que provinham da histeria ou da hipnose” (LOMBROSO, 1909, p. 11, tradução nossa)⁷⁷. Tudo leva a crer que o cunho sombrio do hipnotismo e o aspecto sumamente assustador do grande ataque histérico tenham impulsionado à crença nas explicações místico-religiosas. Todavia, o sofrimento psíquico, isto é, “os fenômenos psíquicos singulares”, são tão difíceis de se compreender que as inclinações religiosas já eram esperadas, mesmo entre cientistas. O ponto principal nisso tudo é a associação entre o hipnotismo e a histeria – “fenômenos psíquicos singulares” –, como que provenientes das mesmas fontes. Assim, as técnicas que influenciam, alteram e podem aliviar o psíquico, como é o caso do hipnotismo, foram historicamente associadas com práticas místicas das mais diversas, inclusive com àquelas supostamente diabólicas.

Os relatos do próprio Freud, como no caso Emmy Von N. e Miss Lucy, ambos inseridos nos *Estudos sobre histeria* (1895), oferecem exemplos de sugestões pós-hipnóticas que acabaram assumindo um caráter sombrio e terrorífico, tão amedrontador como o grande ataque histérico. Na sugestão pós-hipnótica o paciente realiza ações que lhe foram sugeridas durante o transe hipnótico, mesmo após se encontrar desperto e não se lembrar da sugestão dada. Havia, portanto, um pavor de que o médico pudesse lhe ordenar ações das mais escabrosas e o paciente, ainda que em uma ação contrária à sua vontade, colocasse-as em prática. O fragmento a seguir é uma ilustração clara. Quem prossegue é Freud (1895a/1987, p. 88): “[...] Bernheim (1886) sugere a um paciente que, após acordar, coloque ambos os polegares na boca. Ele o faz [...]. Uma moça, obedecendo a uma sugestão, tenta assassinar um funcionário do tribunal totalmente desconhecido para ela [...]”^{78 79}.

⁷⁷ “Fui adversario del espiritismo [...] hasta que en 1882 tuve que presenciar como neuropatólogo, fenómenos psíquicos singulares, que la ciencia no podía explicar, limitándose a decir que provenían de la histeria o de la hipnosis (LOMBROSO, 1909, p. 11).

⁷⁸ “[...] Bernheim (1886) sugiere a un enfermo que tras despertar se llevará ambos pulgares a la boca. Así lo hace [...]. Una muchacha, en obediencia a la sugestión, intenta asesinar a un empleado de tribunales que le era totalmente desconocido [...]” (FREUD, 1895a/1987, p. 88).

⁷⁹ Cumpre registrar que o próprio Freud posteriormente rechaçou a possibilidade de um paciente hipnotizado ou que tenha recebido uma sugestão pós-hipnótica cometer barbaridades como a mencionada, pois mesmo em transe hipnótico a faculdade crítica do indivíduo não é eliminada, de forma que ele se recusaria a pôr em ação uma sugestão considerada imoral, obscena, etc.

Outra evidência que serve para exemplificar a atmosfera diabólica em que se achava inserido o hipnotismo se encontra no cinema das primeiras décadas do século XX. Filmes da época, como o alemão *O gabinete do Dr. Caligari* (1920) e o norte-americano *Trilby* (1923), exprimem como era má a reputação do hipnotismo. Ambos o retrataram como algo empregado por homens ávidos pelo poder, homens que, seduzidos pela tentação irresistível de utilizá-lo para satisfazer interesses pessoais mais obscuros, abusavam de sua prática até as últimas consequências. Retratados com amparo no juízo público, estereotipado e preconceituoso, os agenciadores do hipnotismo artificial chegaram aos cinemas com a pecha da maldade. Supostamente movidos por interesses tão baixos quanto a deformação de caráter que os perseguia, utilizavam-se da técnica hipnótica para as ações mais hediondas. Assim, tanto quanto a histeria, que foi abertamente vinculada ao demônio, também se suspeitou que o hipnotismo era uma prática perversa, por isso o pavor generalizado em relação à histeria e ao ataque histérico, sua face mais medonha, era praticamente o mesmo em relação ao hipnotismo.

Tanto é verdade que, mesmo na França, protagonista do Iluminismo, nação conhecida pelo cosmopolitismo intelectual e maior abertura às novidades científicas, filosóficas e gnosiológicas, o uso terapêutico da hipnose e outras terapias baseadas na sugestão, foram longamente rechaçadas pela Academia e pela Sociedade dos Médicos franceses durante muito tempo. Mesmo quando James Braid propôs a utilização terapêutica da hipnose, em uma tentativa de diferenciá-la de supostos abusos e de práticas místico-religiosas, teve seu pedido negado, em 1840, pela Academia e pela Sociedade dos Médicos franceses “[...] quando Braid [...] já há muito tempo transformou a hipnose em um instrumento inegável da ciência” (ZWEIG, 1931/2017, p. 77). Mas, em fevereiro de 1882, a partir do empenho de Charcot, a “ilustríssima Academia” se dignou a reconhecer a sugestão e, com efeito, a hipnose, como um procedimento terapêutico cientificamente válido (ZWEIG, 1931/2017).

De qualquer maneira, posto que até mesmo personalidades médicas de renome internacional não resistiram ao mistério e ao assombro do sofrimento mental e dos tratamentos psíquicos – como Lombroso e Breuer –, é um dado notável em coragem e ousadia o esforço mais perseverante em elucidar fatos dessa ordem. Uma pequeníssima minoria realmente enfrentou esse problema

com chifres e conseguiu explicar a arrumação psicopatológica dos “fenômenos psíquicos singulares”, além de criarem meios para aliviar o sofrimento dos acometidos por transtornos mentais. O estigma que pesou sobre o hipnotismo, também associado a reputação satânica da histeria, fez inúmeros médicos e pacientes o recusarem.

Hoje, uma época em que a histeria nem de longe é a expressão predominante de sofrimento psíquico, é preciso acrescentar sua descrição mais detalhada e assim possibilitar a compreensão de sua “reputação satânica”. A bem da verdade, não foi por acaso que toda uma população estremeceu diante dos fenômenos histéricos. Porém, como suas manifestações são muito mais incomuns na atualidade, torna-se difícil reproduzir o terror que predominava entre aqueles que presenciavam as manifestações histéricas. Então, no caso de ainda não estarmos convencidos do traço sinistro da histeria, é oportuno um detalhamento do grande ataque histérico, algo que, aliás, vai contribuir para também compreendermos a má reputação do hipnotismo, que despontou com a pretensão de curar a histeria, mas acabou associado com sua faceta diabólica. Enfim, *o que caracterizava o “grande” ataque histérico?*

A histeria também foi chamada por Charcot (1888/2003) de histeroepilepsia, devido à semelhança do ataque histérico com o ataque epilético, “embora nada tenha em comum com a epilepsia” (p. 40). Entretanto, o ataque histérico é muito mais ruidoso e impressionante. “Vejam como gritam as histéricas” disse Charcot (1888/2003, p. 43) diante de todos, em uma de suas aulas, durante o ataque histérico de uma de suas pacientes. Como já estava acostumado com aquelas cenas pavorosas, completou: “Pode-se dizer que é muito barulho por nada. A epilepsia, muito mais grave, é muito mais silenciosa” (CHARCOT, 1888/2003, p. 43). Uma referência do nosso tempo, o dicionário médico Blackiston (2000, p. 540), confirma as afirmações de Charcot, pois define a histeroepilepsia como uma

[...] histeria na qual ocorrem usualmente convulsões somente na presença de outras pessoas; são frequentemente desencadeadas por alguma situação emocional, imitam os fenômenos epiléticos verdadeiros, incluindo movimentos musculares violentos e desordenados, e cessam abruptamente sem o estado de confusão e letargia que ocorre frequentemente na epilepsia verdadeira.

Conforme uma das famosas lições de Charcot (1888/2003), o “grande ataque histérico” apresenta 4 fases: a primeira, chamada de epileptóide, é aquela em que se apresenta as manifestações aparentadas do ataque epilético – um ataque convulsivo. “A fase epileptóide se subdivide em um período tônico e um período clônico” (p. 40).

[...] a fase tônica se inicia com alguns movimentos de circundação dos membros superiores e inferiores, acompanhados de perda de consciência, interrupção momentânea da respiração, palidez sucedida por vermelhidão no rosto e, algumas vezes, protrusão da língua. Essa fase termina com a imobilização tetânica de todo o corpo, cuja atitude mais frequente é a extensão do tronco e dos membros. Os lábios espumam. Em seguida, os membros retesados têm breves e rápidas oscilações, cuja amplitude aumenta gradativamente e termina em grandes comoções generalizadas. Essa é a fase clônica. *Os músculos da face, animados pelos mesmos movimentos, distorcem horivelmente a fisionomia* (CHARCOT; RICHER, 1887/2003, p. 91-93, grifo nosso).

Em seguida, após um breve silêncio e calma, surge o período de contorções ou fase dos grandes movimentos, em que a doente exhibe movimentos que exigem tamanha força que contrastam com sua debilidade. O “arco de círculo”, em que o doente mantém somente a cabeça e os pés na cama e eleva seu corpo formando um arco, é um exemplo dessa segunda etapa do grande ataque histérico. Além do mais,

É uma verdadeira crise de raiva contra ele próprio ou contra os outros; são gritos selvagens; urros de animal selvagem. Tenta morder e atacar. O doente rasga em pedaços tudo o que consegue alcançar: lençóis, roupas etc. As mulheres arrancam violentamente seus próprios cabelos (CHARCOT; RICHER, 1887/2003, p. 97).

Quando esse período do grande ataque histérico é o de maior predominância, há um reforçamento da credence demoníaca, porque é nessa fase que o doente, além das contorções mais estarrecedoras e da selvageria mencionada, revela-se dono de uma força sobrenatural. Em *Os ‘demoníacos convulsionários’ de hoje*, Charcot e Richer (1887/2003) contam sucintamente o caso de um menino de 13 anos que torcia “o corrimão da escada e conseguia arremessar uma cama em cima das outras” (p. 97). É medonho!

O terceiro período é aquele em que o doente adota uma série de “atitudes passionais”, como se estivesse representando uma peça dramática. O exagero e a teatralidade do atualmente denominado comportamento histeriônico é, sem dúvida, derivação desse tipo de manifestação histérica. Nesse período,

o doente “vive” histórias fantásticas, de grande alegria ou tristeza. “O próprio doente entra em cena e, por intermédio da mímica expressiva e animada à qual se entrega, [...] é fácil seguir as peripécias do drama a que acredita assistir e no qual crê desempenhar o papel principal” (CHARCOT; RICHER, 1887/2003, p. 97).

Na última etapa, conhecida como “período terminal”, o doente ainda não se livrou completamente do quadro delirante descrito anteriormente. Contraturas e câimbras perturbam ainda o movimento do doente que, em decorrência da dor, assume posições corporais estranhas. É um período residual em que sobras dos períodos anteriores ainda reúnem força para produzir efeitos, isto é, produzir dor e sofrimento ao doente. “É como um resto do ataque que se esgota” (CHARCOT; RICHER, 1887/2003, p. 99). Assim se encerra o grande ataque histérico, após as quatro etapas mencionadas. Mas antes de dar por encerrada essa descrição, é indispensável enfatizar o sofrimento manifesto no ataque histérico em que a “[...] *persistência da dor* [...] arranca terríveis gritos do doente, imprimindo ao ataque um selo de sofrimento tão horrível que os assistentes, mesmo os mais habituados, não podem se defender de uma dolorosa emoção (CHARCOT; RICHER, 1887/2003, p. 104, grifo dos autores).

Por fim, o “grande” ataque histérico é assim chamado porque é um ataque completo, em que se encontram as quatro etapas. A partir dele é possível compreender outros tipos de ataques que não apresentam todas as quatro fases ou que acabam dando ênfase para uma delas. “[...] diversas variedades do ataque histérico decorrem logicamente do tipo que acabamos de descrever, seja pelo isolamento de um período, seja simplesmente por seu exagero, com atenuação dos demais” (CHARCOT; RICHER, 1887/2003, p. 101).

Demonstramos assim que a grande histeria desempenhou importante papel nas antigas possessões demoníacas, nas quais pode ser encontrada nas mais variadas formas: ataque epileptóide, ataque de contorção ou de grandes movimentos, ataque de êxtase, ataque de delírio, ataque de letargia, ataque de sonambulismo, ataque de catalepsia etc., sem esquecer a forma não convulsiva caracterizada pelas anestésias, pelas hiperestésias particulares, pelas paralisias, pelas contraturas etc. (CHARCOT; RICHER, 1887/2003, p. 104-105).

Atualmente, a psiquiatria deixou de utilizar o termo “histeria”, preferindo empregar “transtornos dissociativos ou conversivos” (CID-10 – F44), em que as mais variadas expressões da antiga histeria foram subdivididas em quadros diagnósticos diversos. “Amnésia dissociativa”, “Convulsões dissociativas”, “Transtorno de transe e possessão”, “Transtornos dissociativos de movimento e sensação”, “Anestesia e perda sensorial dissociativas”, são algumas das classificações diagnósticas derivadas da velha histeria, presentes na “Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10”. “Esses transtornos foram anteriormente classificados como tipos diversos de ‘histeria de conversão’, mas agora parece melhor evitar o termo ‘histeria’ tanto quanto possível, em virtude de seus muitos e variados significados” (OMS, 1993, p. 149). Mas, atenção, mesmo após mais de um século, o próprio CID-10 reconhece a causa psíquica da antiga histeria. “Transtornos dissociativos, como os descritos aqui, são presumivelmente psicogênicos em sua origem” (p. 149). Se agora, sobretudo após o abandono completo do nome “histeria” e sua retirada dos manuais de diagnóstico psiquiátrico, inclusive do “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais” (DSM-V), a histeria aparentemente perdeu sua reputação mal-assombrada, era muito diferente séculos XVIII e XIX.

Quando, hoje, avaliamos o recurso ao hipnotismo como meio para aliviar as histéricas, o cálculo é aparentemente fácil, senão óbvio. *Ora, se é uma doença psíquica, deve-se empregar um tratamento psíquico.* Mas, após a caracterização do ataque histérico e do espectro terrorífico que o circundava, além da má reputação do hipnotismo, vê-se que não era tão simples assim. A criação do método psicanalítico, antes de mais nada, precisou de um período prévio de relativa aceitação dos tratamentos psíquicos e de terapias baseadas na sugestão, como é o caso da sugestão hipnótica. Uma novidade tamanha como a Psicanálise certamente seria ainda mais incompreendida e rechaçada não fosse a presença prévia dos tratamentos psíquicos que tanto prepararam o ambiente para receber a Psicanálise, como prepararam o próprio Freud para sua criação. Portanto, não é preciso dizer que a versão mais estarrecedora da histeria e a má reputação do hipnotismo não foram os fatores que levaram Freud a abandoná-lo por completo.

3.2. Por que Freud abandonou a hipnose?

A rigor, Freud fez uso efetivo da hipnose durante aproximadamente 10 anos, entre 1886 e 1896, ano em que reconheceu suas limitações terapêuticas e desistiu de utilizá-la. O detalhe apresentado a seguir comprova essa afirmação, isto é, comprova seu desapontamento com a hipnose e seu abandono. Em 1886 foi publicada, originalmente em idioma francês, a obra de Hippolyte Bernheim – *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique* (1886). Em 1888 surgiu uma edição em alemão, cuja tradução foi feita por Freud. Aliás, além da tradução, Freud escreveu a introdução do livro, rendendo muitos elogios a Bernheim e à terapia baseada na sugestão hipnótica. Quase uma década depois, foi publicada uma segunda edição em alemão, porém nessa segunda edição, publicada em 1896, Freud suprimiu a enunciação calorosa que constava na edição anterior, porque, exaurido o entusiasmo inicial, sua decepção com o hipnotismo já estava na beira do indisfarçável (STRACHEY, 1966c/1988).

Mas em um período em que pouco se conseguia fazer em benefício dos doentes nervosos, os sucessos terapêuticos da hipnose – que se baseavam sobretudo nas sugestões hipnóticas, já abordadas – eram verdadeiramente promissores, tanto que Freud a utilizou, durante tempo considerável, como principal procedimento terapêutico, sobretudo depois de se decepcionar com o manual de eletroterapia de W. Erb, “o autor mais importante da neuropatologia alemã”, pois as recomendações médico-terapêuticas de Erb tinham tanta “[...] relação com a realidade que alguns livros de sonhos ‘egípcios’ que se vendiam em nossas livrarias populares [...]” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 15-16, tradução nossa)⁸⁰. Se “o arsenal terapêutico” de Freud “compreendia apenas duas armas, a eletroterapia e a hipnose [...]” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 15, tradução nossa)⁸¹, ao ser descartada a primeira, a segunda se converteu, aliás, em seu único recurso para tratamento das doenças nervosas. É claro que, como se poderia esperar, a utilização predominante da hipnose cobrou seu preço, e o resultado prático mais imediato foi a redução da clientela de Freud,

⁸⁰“La intelección de que la obra del autor más destacado de la neuropatología alemana no tenía más relación con la realidad que alguno de los libros de sueños ‘egípcios’ que se vendían en nuestras librerías populares era dolorosa [...]” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 15-16).

⁸¹“Mi arsenal terapéutico comprendía sólo dos armas, la electroterapia y la hipnosis [...]” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 15).

porque agora se restringia às pessoas cuja doença nervosa não acusava nenhuma causa orgânica. “Fora isso, trabalhar com a hipnose era realmente sedutor” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 16, tradução nossa)⁸².

Não obstante o hipnotismo tenha aliviado provisoriamente a frustração e a impotência da medicina mental daquela época, não tardou para se revelarem suas limitações e outra vez a decepção e o ceticismo se tornaram predominantes. Freud (1925[1924]/1987) já se queixava do fato de que nem todos pacientes eram hipnotizáveis, mas acreditando que o insucesso com alguns pacientes decorria de uma hipnose que, supunha, não alcançava a profundidade necessária⁸³ (o “sonambulismo com amnésia”), viajou para Nancy – França –, em 1889, onde ficou “várias semanas” (porque lá “havia uma escola de sugestão”), com o objetivo de aprimorar sua técnica hipnótica e assim aliviar definitivamente seus pacientes. Entretanto, constatou, para seu enorme pesar, que não se tratava de um aperfeiçoamento técnico, mas de uma limitação inerente ao procedimento. Na ocasião, Freud (1925[1924]/1987) havia convencido uma de suas pacientes a acompanhá-lo até Nancy, porque nutria a esperança de que ela pudesse finalmente se livrar de seu sofrimento se fosse tratada por um médico mais experiente no uso da sugestão hipnótica, porém, nem mesmo Hyppolyte Bernheim, médico neurologista e um dos principais porta-vozes da capacidade terapêutica da sugestão hipnótica, conseguiu o alívio duradouro dos sintomas da paciente de Freud, mesmo depois de várias tentativas. Assim, Bernheim “[...] confessou claramente que alcançou grandes êxitos terapêuticos por meio da sugestão apenas em sua prática hospitalar, não com seus pacientes particulares” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 17, tradução nossa)⁸⁴.

O esforço em deslocar uma paciente de Viena, Áustria, para Nancy, França – percurso cuja distância alcança atualmente quase mil quilômetros –

⁸²“Aparte de ello, trabajar con la hipnosis era realmente seductor” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 16).

⁸³ Seguindo as orientações de Bernheim, Freud acreditava que a eficácia das sugestões estava relacionada com o grau de hipnotismo do paciente. Supunha-se que o “sonambulismo com amnésia” era o grau mais profundo e propício para que as sugestões produzissem o efeito desejado. Havia orientações sobre como avaliar o grau do hipnotismo para assim se fazerem as sugestões no momento mais oportuno. Depois, no entanto, Freud vai dizer que “[...] a porcentagem dos pacientes que alcançavam o sonambulismo era muito menor do que a indicada por Bernheim” (FREUD, 1895b/1987, p. 126, tradução nossa) “Además, em mi experiencia el porcentaje de quienes alcanzaban el sonambulismo era mucho menor que el indicado por Bernheim” (FREUD, 1895b/1987, p. 126).

⁸⁴“Me confesó llanamente que él alcanzaba los grandes éxitos terapéuticos mediante la sugestión sólo en su práctica hospitalaria, no con sus pacientes privados” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 17).

foi levado a efeito porque era grande a esperança de cura e porque Freud não conseguia o alívio duradouro dos sintomas de sua paciente: “Por meio da influência hipnótica, havia lhe possibilitado uma existência humana e pude resgatá-la pouco a pouco de seus estados miseráveis. Mas, passado certo tempo, sempre acontecia uma recaída” (FREUD, 1925[1924]/1984, p. 17, tradução nossa)⁸⁵. Na prática, o fracasso de Bernheim foi um verdadeiro balde de água fria e as maiores expectativas e ilusões de Freud em relação à sugestão hipnótica sofreram um duro golpe, tanto que alguns anos depois a abandonou definitivamente.

Porém, para a mais exata compreensão do fracasso do hipnotismo é ainda mais importante se atentar para a fragilidade das curas baseadas na sugestão. A cada tentativa frustrada, a cada insucesso terapêutico do hipnotismo, abalava-se “a confiança, a credulidade, a sugestionabilidade” do doente no hipnotismo e no médico. Enfraquecia-se o *rapport*. Logo, a terapia hipnótica fracassava. Aliás, qualquer cura baseada na sugestão fracassará quando o doente desacredita do procedimento terapêutico. Escreveu Charcot (1892/2003) que essa confiança e credulidade são “constitutivas da fé que cura”. Poderíamos acrescentar que são constitutivas de toda cura baseada na sugestão. Portanto, a descrença é um impeditivo de peso para quando se deseja insuflar a “potência do espírito sobre o corpo”⁸⁶. Por isso, se crescia o número de doentes que “se recusavam” a serem hipnotizados, a questão que se coloca é: *por que muitos pacientes não eram hipnotizáveis?*

Numa resposta simplificada, segundo parece, foi uma crescente descrença em relação ao hipnotismo que, com efeito, enfraqueceu sua força curativa. Aparentemente, a difusão do ceticismo em relação à cura oferecida pelo hipnotismo instaurou um clima de todo desfavorável para sua aplicação e eventuais sucessos terapêuticos, porque o doente, quando se submetia ao tratamento baseado na hipnose, já não se sentia seguro e desconfiava de sua

⁸⁵ “Mediante influjo hipnótico yo le había posibilitado una existencia humana, y pude rescatarla poco a poco de sus estados miserables. Pero cada vez se producía, trascurrido cierto tiempo, una recaída [...]” (FREUD, 1925[1924]/1987, p. 17).

⁸⁶ A “escalada do nihilismo”, isto é, a generalização da mais completa descrença e do esvaziamento de sentido que caracterizam a vida na contemporaneidade, foi visto por Nietzsche (1886/2001), ainda na modernidade, como um efeito do protagonismo das ciências. Quer dizer, o conhecimento científico, baseado em evidências concretas, ou seja, na materialidade, pôs de lado as “coisas do espírito” e abalou a confiança na espiritualidade, impedindo, até certo ponto, o agenciamento das “forças do espírito sobre o corpo” e sobre a vida, em sentido amplo.

eficácia. Até porque a sugestão hipnótica geralmente oferecia um alívio provisório e depois de um tempo o sintoma retornava ou surgia um outro. E até Freud, inevitavelmente, se tornou também “um desconfiado” desse procedimento, como se verifica abaixo: “Quando estudei o estado sonambúlico [abúlico] da senhora Von N., pela primeira vez surgiram dúvidas sobre a exatidão da tese de Bernheim, *Tudo está na sugestão*”⁸⁷ (FREUD, 1895a/1987, p. 118, grifos do autor, tradução nossa). Além disso, também cresceu o medo em relação ao hipnotismo, já que se supunha correr o risco de receber uma sugestão que pudesse comprometer a idoneidade moral do paciente, senão sua própria integridade física. Nessas condições, deixar-se levar pelas sugestões, confiando no profissional e no procedimento, tornou-se algo muito mais complicado.

A sugestão hipnótica, além de tudo, possuía uma limitação adicional, qual seja, não possibilitava a exploração dos processos mentais (inconscientes) e Freud se sentia grande demais para se limitar a um procedimento que consistia, simplificada, em ficar dando “sugestões” aos seus pacientes hipnotizados, tentando influenciar sua psique e amortizar os sintomas. De qualquer maneira, embora o fato de que Freud nunca limitou a utilização da hipnose à sugestão hipnótica – pois, diferentemente do método catártico, a sugestão hipnótica era um procedimento que não possibilitava a exploração da psique e, com efeito, um melhor entendimento do processo patógeno (FREUD, 1914/1989) –, a decepção vivida em Nancy com certeza influenciou a decisão posterior de abandoná-la completamente.

Desde o início, portanto, Freud preferiu o método catártico em relação à sugestão hipnótica e o excerto abaixo explica o porquê dessa preferência.

Naquela época, o tratamento por sugestão em estado de hipnose profunda, que conheci por meio das demonstrações extremamente impressionantes de Liebeault e Bernheim, parecia oferecer um substituto satisfatório para a fracassada terapia elétrica. Mas a exploração de pacientes em estado de hipnose, que eu havia conhecido com Breuer, juntava duas coisas: um modo de operação automático e a satisfação do apetite pelo conhecimento; por isso mesmo se tornava incomparavelmente mais atraente do que a

⁸⁷ “Cuando estudié el estado sonámbulo de la señora Von N. me acudieron por primera vez dudas acerca de la corrección de la tesis de Bernheim, *Tout est dans la suggestion*” (FREUD, 1895a/1987, p. 118, grifos do autor)

proibição monótona e forçada da sugestão, alheia a toda inquietação investigativa (FREUD, 1914/1987, p. 9, tradução nossa)⁸⁸.

Decepcionado com a sugestão hipnótica, que não aliviava completamente e não possibilitava conhecer em profundidade o mecanismo psíquico da histeria e de outras doenças nervosas, Freud se dedicou principalmente ao método catártico. Isso não significa que a hipnose não possibilitou avanços consideráveis na compreensão dos fenômenos psiconeuróticos, como prova o exemplo de Charcot. Em uma de suas lições, sobre uma paciente com paralisia nas mãos e nos dedos, disse: “os senhores lembram que ela [a paralisia] surgiu após um tapa dado com o dorso da mão”, e ainda, “em razão das circunstâncias do desenvolvimento dessa paralisia e dos antecedentes da doente, podemos dizer que se tratava de uma paralisia histerotraumática” (CHARCOT, 1888a/2003, p. 31). Quer dizer, Charcot defendeu a associação entre o trauma e o sintoma, ou seja, a associação entre um evento psíquico e o sintoma manifesto no corpo. Aliás, demonstrou sua tese ao produzir artificialmente sintomas histéricos em pacientes da Salpêtrière por meio da sugestão hipnótica. Hipnotizado, o paciente recebia a sugestão de que, por exemplo, suas pernas seriam paralisadas e que assim não conseguiria se sustentar de pé, o que, de fato, acontecia. “Poder reproduzir um estado patológico representa a perfeição, pois aparentemente comprovamos a teoria quando temos nas mãos o meio de reproduzir os fenômenos mórbidos” (CHARCOT, 1888a/2003, p. 31). Esses experimentos comprovaram a origem psíquica dos sintomas, fato notável que praticamente inaugurou a pesquisa no campo da psicopatologia. Aliás, indicou para eventuais continuadores a importância de concentrar esforços sobre o assunto – e Freud seguiu a indicação.

O excerto abaixo demonstra como essa descoberta de Charcot foi importante e fomentou a curiosidade de Freud: “Grande impressão causaram os experimentos de Charcot, que conjecturou que certas paralisias, ocorridas após um trauma (acidente), eram de natureza histérica e, mediante a sugestão

⁸⁸ “En aquella época, parecía ofrecer un sustituto satisfactorio de la fracasada terapia eléctrica el tratamiento con sugestiones en estado de hipnosis profunda, de que yo tomé conocimiento por las demostraciones en extremo impresionantes de Liébeault y de Bernheim. Pero la exploración de pacientes en estado de hipnosis, que yo había conocido por Breuer, aunaba dos cosas: um modo de operación automático y la satisfacción del apetito de saber; por esto mismo debía resultar incomparablemente más atractiva que la prohibición monótona y forzada en que consistía la sugestión, ajena a toda inquietud investigadora” (FREUD, 1914/1987, p. 9).

de um trauma em estado de hipnose, pôde provocar artificialmente a mesma paralisia” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204, tradução nossa)⁸⁹. Em suma, o que é da maior importância, é que esses “experimentos” de Charcot corroboraram a natureza psíquica de um tipo de histeria (FREUD, 1893a/1987). Então, “[...] se chegou ao convencimento de que mesmo alterações corporais marcantes poderiam ser o resultado de influências puramente psíquicas, ativadas pelo próprio experimentador” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204, tradução nossa)⁹⁰.

Da mesma maneira como foram reproduzidos os “estados mórbidos” por meio da sugestão hipnótica, Charcot também tentou eliminar os sintomas já existentes, mas, assim como as tentativas posteriores de Bernheim e Freud, os sucessos clínicos foram parciais e os sintomas retornavam (FREUD, 1893a/1989). De qualquer maneira, não obstante as insuficiências da sugestão hipnótica, o hipnotismo proporcionou a constatação de que o psiquismo humano não é constituído unicamente pela consciência – como se acreditava na época – e que, portanto, jazem – ocultos – processos psíquicos de uma natureza diversa da consciente. Talvez estejamos nos estendendo no óbvio, porém a mais ampla exploração do inconsciente, até hoje alcançada exclusivamente por meio do método psicanalítico, somente foi possível após a constatação primeira de que há, de fato, processos psíquicos inconscientes, e que é possível acessá-los por meio de um método engenhoso, como a hipnose. Freud (1924[1923]/1992, p. 204, tradução nossa) continua: “[...] como resultado da conduta dos sujeitos após a hipnose, se teve a mais nítida impressão da existência de processos psíquicos para os quais não se podia dar outro nome do que ‘inconscientes’”⁹¹. Para além do descontentamento de Freud em relação à sugestão hipnótica, o que se viu até agora, portanto, é que o hipnotismo atestou a origem psíquica dos sintomas neuróticos e ainda possibilitou uma

⁸⁹ “Gran impresión causaron los experimentos de Charcot, quien había conjeturado que ciertas parálisis, sobrevenidas tras un trauma (accidente), eran de naturaleza histérica, y mediante la sugestión de un trauma en estado de hipnosis pudo provocar artificialmente parálisis de esos mismos caracteres” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204).

⁹⁰ “[...] se llegó al convencimiento de que aun alteraciones corporales llamativas podían ser el resultado de influjos puramente anímicos, activados por el experimentador mismo” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204).

⁹¹ “[...] la raíz de la conducta de los sujetos tras la hipnosis, se tuvo la impresión más nítida de la existencia de procesos anímicos a los que no se podía dar otro nombre que el de ‘inconscientes’” FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204).

inferência arrojada e grávida de consequências: a de que o psiquismo humano vai muito além da consciência.

No artigo, *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos* (1893) vê-se que Freud (1893b/1989) endossou os achados de Charcot, confirmando a histeria traumática. O trauma – um “acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1982/1998, p. 522)⁹² – resultava em formação de sintomas porque, não conseguindo reagir adequadamente ao afluxo excessivo de excitações, o sujeito se fixava nessa vivência, ou seja, não conseguia superá-la e ela se fazia presente pela via do sintoma. Freud sabia, assim como Charcot, que o trauma resultava na formação de sintomas, porque impedia a vazão do afeto correspondente ao acontecimento traumático. Mas ele sabia também, diferentemente de Charcot, que o método catártico “repetia” a vivência do trauma, só que, dessa vez, o sujeito conseguia reagir adequadamente. Quer dizer, Freud percebeu que o método catártico também reproduzia artificialmente o mecanismo de formação do sintoma histérico, também reproduzia os “estados mórbidos”, e após reviver o trauma e exteriorizar o afeto sufocado, desapareciam o(s) sintoma(s). Por isso, Freud (1888/1988, p. 62, tradução nossa)⁹³ afirmou que o método catártico “é o mais adequado para histeria, porque imita fielmente o mecanismo pelo qual são geradas e dissipadas essas perturbações”.

Aqui, portanto, o método catártico já se colocou à frente da sugestão hipnótica, uma vez que possibilitou o alívio dos sintomas neuróticos pela mesma via de formação dos sintomas, alívio agora mais duradouro. Para que fique ainda mais clara a diferença entre as terapias, a sugestão hipnótica proporcionava um alívio artificial e também produzia artificialmente os sintomas,

⁹²Nas palavras de Freud (1917[1916-17]a/1991, p. 252, tradução nossa) “[...] uma experiência que em um curto período de tempo provoca na vida psíquica um excesso tal na intensidade do estímulo que seu processamento ou acomodação {Aufarbeitung} pelos canais usuais e normais fracassa, do qual necessariamente resultam perturbações duradouras para a economia energética”.

“[...] una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad de estímulo que su tramitación o finiquitación {Aufarbeitung} por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética”.

⁹³“Es el más adecuado a la histeria, porque imita fielmente el mecanismo siguiendo el cual se generan y disipan estas perturbaciones” (FREUD, 1888/1988, p. 62).

como nos experimentos de Charcot. O método catártico proporcionava um alívio legítimo, porque reproduzia psiquicamente a crise geradora dos sintomas, dando ao paciente ainda a possibilidade de confrontá-la de outro modo, podendo se produzir efeitos diferentes, não-sintomáticos. Logo, a legitimidade do método catártico consiste em viabilizar, pela via de dentro, um reencontro com experiências dolorosas sufocadas, carregadas de grande carga psíquica, e sua exteriorização purgante, trazendo maior alívio aos pacientes neuróticos.

Embora incompleta, a resposta dada até aqui já possibilitou o entendimento do porquê Freud abandonou a sugestão hipnótica. Foram mencionados aspectos dessa técnica terapêutica, seu mecanismo de “cura” ou de combate aos sintomas neuróticos, e os principais impedimentos para sua aplicação, decorrentes de clima de desconfiança e incredulidade crescentes, desfavorável ao sucesso terapêutico baseado na força da sugestão. Falta agora compreender *por que Freud abandonou o método catártico?* Mas para responder satisfatoriamente essa última pergunta, é necessário mais amplo entendimento sobre a criação e as indicações desse método psicoterapêutico. É o que pretendemos a seguir.

3.3. *Por que Freud abandonou o método catártico?*

Com a reconhecida habilidade literária que caracterizava sua escrita, em um breve artigo chamado *Sobre psicoterapia (1905[1904])*, Freud (1905[1904]/1992, p. 250, tradução nossa) demonstrou a diferença entre a sugestão hipnótica e o tratamento psicanalítico por meio de uma comparação, proposta, no campo das artes, por Leonardo da Vinci. É de uma elegância literária que faz jus uma apresentação integral.

Na verdade, entre a técnica sugestiva e a analítica há a maior oposição possível: aquela que o grande Leonardo da Vinci resumiu, com relação as artes, com a fórmula *per via di porre y per via di levare*⁹⁴. A pintura, disse Leonardo, trabalha *per via di porre*; com efeito, sobre a tela em branco deposita acumulações de cores onde anteriormente não haviam; por outro lado, a escultura procede *per via de levare*, pois retira da pedra tudo o que recobre as formas da estátua nela contida. Da mesma forma, senhores, a técnica sugestiva busca operar *per via di porre*; ignora a origem, a força e o significado dos sintomas patológicos, mas deposita algo, a sugestão, que, segundo se espera, será suficientemente poderosa para impedir a exteriorização da ideia patogênica. A terapia analítica, por outro lado,

⁹⁴ por meio de colocação e por meio de retirada.

não quer acrescentar ou introduzir nada novo, mas subtrair, retirar, e para tanto se ocupa da gênese dos sintomas patológicos e da trama psíquica da ideia patogênica, cuja eliminação se propõe como objetivo⁹⁵.

Na ocasião, explicava Freud que já havia abandonado a utilização da hipnose há aproximadamente oito anos, mas seus colegas médicos ainda acreditavam que ele continuava se utilizando desse procedimento. A explicação dada acima, em que Freud comparou a Psicanálise com a sugestão, deixa ver que ele encontrara um procedimento muito mais eficiente. Mas como ainda não respondemos o porquê do abandono da catarse, é cedo para abordarmos o método psicanalítico.

Com o dito até agora, já está claro que Charcot atribuiu ao trauma psíquico um posto de relevância no desencadear dos quadros histéricos – e neuróticos, como um todo. Mas Freud foi além, porque atribuiu ao trauma um peso ainda maior do que Charcot, supondo a presença de um trauma, ou de algo equivalente, em todos os quadros histéricos. No início de 1893, ano em que Charcot morreu, Freud publicou um artigo – *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* – em que apresentou essas discordâncias com o antigo mestre. Acontece, e isso é da maior importância, que essas discordâncias só foram possíveis a partir de inferências alcançadas pelo uso clínico do método catártico, desconhecido de Charcot. Quer dizer, por meio desse método arrojado e tanto mais penetrante na exploração da psique, Freud e Breuer chegaram a conclusões inovadoras sobre o mecanismo psíquico da histeria.

[...] o esquema da histeria traumática, como formulado por Charcot para as paralisias histéricas, é universalmente válido para todos os fenômenos histéricos, ou pelo menos para a maioria deles; em toda parte, é o efeito dos traumas psíquicos que inequivocamente controlam a natureza dos sintomas assim gerados (FREUD, 1893b/1989, p. 33, tradução nossa)⁹⁶.

⁹⁵ “La pintura, dice Leonardo, trabaja per via di porre; en efecto, sobre la tela en blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban; en cambio, la escultura procede per via di levare, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella. De manera en un todo semejante, señores, la técnica sugestiva busca operar per via di porre; no hace caso del origen, de la fuerza y la significación de los síntomas patológicos, sino que deposita algo, la sugestión, que, según se espera, será suficientemente poderosa para impedir la exteriorización de la idea patógena. La terapia analítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta” (FREUD, 1905[1904]/1992, p. 250).

⁹⁶ “[...] el esquema de la histeria traumática, como Charcot lo formuló para las parálisis histéricas, vale universalmente para todos los fenómenos histéricos, o, al menos, para la mayoría de ellos; dondequiera,

Existe uma analogia completa entre a paralisia traumática e a histeria comum, não traumática. A única diferença é que ali interveio um grande trauma, enquanto aqui raramente se vê um único grande acontecimento, mas testemunha-se uma série de acontecimentos cheios de afeto: toda uma história de sofrimento (FREUD, 1893b/1989, p. 32, tradução nossa)⁹⁷.

Então, embora a importância do trauma e das neuroses traumáticas, desde muito cedo Freud considerou a existência de neuroses ditas não-traumáticas, aquelas cuja somatória de ocorrências, e não apenas uma única ocorrência de grande intensidade, reúnem força para produzir o quadro patológico. E, diferentemente de Charcot que atribuiu importância fundamental aos aspectos hereditários como fatores causais das neuroses, Freud identificou que um certo conjunto de vivências (infantis) poderia assumir o peso de um trauma e produzir, portanto, a neurose. Mas essa conclusão só foi possível graças ao método catártico.

A neurose seria comparável a uma doença traumática e surgiria da incapacidade de processar uma experiência marcada por um afeto hiperintenso. E assim foi, de fato, a primeira fórmula com a qual Breuer e eu, em 1893-95, demos uma razão teórica para nossas novas observações (FREUD, 1917[1916-17]a/1991, p. 252, tradução nossa)⁹⁸.

Mas como o método catártico possibilitou essas inferências? Ou melhor, como o método catártico permitia maior exploração dos processos mentais inconscientes? Como o próprio Freud reconheceu, ele não foi o primeiro a se valer dessa nomenclatura – a palavra “inconsciente” –, já empregada antes, particularmente no campo filosófico. Mas é verdade que o hipnotismo, preliminarmente, e, em seguida, a Psicanálise, foram pioneiras na exploração do inconsciente, o que representa, de um só golpe, a “materialização” de algo que até então existia exclusivamente enquanto um fenômeno abstrato. O que segue, dá uma prova disso: “É verdade que o ‘inconsciente’ há muito tempo era examinado pelos filósofos como um conceito teórico, mas aqui, nos fenômenos

se trata del efecto de unos traumas psíquicos que comandan de manera unívoca la naturaleza de los síntomas así generados” (FREUD, 1893b/1989, p. 33).

⁹⁷ “Existe una total analogía entre la parálisis traumática y la histeria común, no traumática. La única diferencia es que allí intervino un gran trauma, mientras que aquí rara vez se comprueba un solo gran suceso, sino que se asiste a una serie de sucesos plenos de afecto: toda una historia de padecimiento” (FREUD, 1893b/1989, p. 32), sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos).

⁹⁸ “La neurosis sería equiparable a una enfermedad traumática y nacería de la incapacidad de tramitar una vivencia teñida de un afecto hiperintenso. Y así rezaba, en realidad, la primera fórmula con la cual Breuer y yo, en 1893-95, dimos razón teórica de nuestras nuevas observaciones” (FREUD, 1917[1916-17]a/1991, p. 252).

do hipnotismo, ele se tornou pela primeira vez algo vivo, palpável e objeto de experimentação” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204, tradução nossa)⁹⁹. O hipnotismo, portanto, foi um primeiro passo na descoberta do inconsciente e “tanto no aspecto teórico como no terapêutico, [a psicanálise] administra uma herança que recebeu do hipnotismo” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204, tradução nossa)¹⁰⁰. Se, por assim dizer, os contornos do inconsciente foram desenhados pelo hipnotismo com traços inseguros, a Psicanálise o desenhou com traços mais precisos. E ainda hoje é válida essa separação entre um “inconsciente teórico-abstrato” e um “inconsciente vivo” porque, atenção, *a verdadeira descoberta do inconsciente ultrapassa sua compreensão abstrata*. Cada um de nós pode afirmar que “tem” um inconsciente, mas certamente essa afirmação se fundamenta, sobretudo, em uma concepção teórica, porque afirmar a “existência viva” do inconsciente depende de um tipo particular de experiência, no caso, a experiência clínica de análise.

Para não nos estendermos demasiadamente nessa digressão, já foi dito que a sugestão hipnótica, na condição de um procedimento psicoterapêutico, ofereceu um relativo consolo aos pacientes nervosos, porém foi o método catártico que, além de mais efetivo na atenuação dos sintomas nervosos, possibilitou a exploração da psique. Aí está o ponto em que o negócio pega! Pois então, em abril de 1895, no prólogo à primeira edição de *Estudos sobre histeria* (1895), Breuer e Freud (1895/1987, p. 23, grifo nosso, tradução nossa) novamente anunciaram uma realização já comunicada há aproximadamente dois anos: “Em 1893, em uma ‘Comunicação Preliminar’, publicamos nossas experiências sobre um *novo método de exploração e tratamento dos fenômenos histéricos*, acrescentando ali, com a maior concisão, as opiniões teóricas a que havíamos chegado”¹⁰¹. Tratava-se de uma publicação sumamente arrojada que carregava em si a ambição de consumir em registro escrito um procedimento inédito para a investigação e a terapêutica da histeria, procedimento, no entanto, empregado pela primeira vez há mais de uma

⁹⁹“Es verdad que lo «inconciente» era examinado desde hacía mucho tiempo por los filósofos como concepto teórico, pero aquí, en los fenómenos del hipnotismo, se volvió por vez primera algo vivo, palpable y objeto de experimentación” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204).

¹⁰⁰“Tanto en el aspecto teórico como en el terapéutico, este [a psicanálise] administra una herencia que ha recibido del hipnotismo” (FREUD, 1924[1923]/1992, p. 204).

¹⁰¹“En 1893, en una ‘Comunicación preliminar’ publicamos nuestras experiencias sobre un nuevo método de exploración y tratamiento de fenómenos histéricos, agregando allí, con la máxima concisión, las opiniones teóricas a que habíamos arribado” (FREUD, 1895/1987, p. 23).

década. Nos *Estudios sobre histeria* (1895) foram apresentadas as inferências teóricas decorrentes da aplicação desse “novo método” e os casos clínicos que se valeram dele enquanto recurso terapêutico. Mas, *quais são as novidades desse “novo método”? Como foi criado esse “novo método”?*

A começar pela última questão, a resposta começa a se esboçar agora. No parágrafo que dá início ao artigo - *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar* (1895), há uma informação que geralmente não recebe foco e que passa, portanto, despercebida: “*Levados por uma observação casual, há vários anos investigamos, nas mais diversas formas e sintomas da histeria, sua causa [...]*” (BREUER; FREUD, 1895/1987, p. 29, grifo nosso, tradução nossa)¹⁰². Se referem os autores ao fato de que a investigação dos fenômenos histéricos por meio do “novo método” ocorreu a princípio por obra do mais completo acaso, o que significa que o “novo método” surgiu acidentalmente: Anna O. (Bertha Pappenheim), paciente de Breuer entre 1880-1882, foi quem, a rigor, inaugurou o “novo método”, isto é, o método catártico. “Boa parte do crédito dessa invenção cabe à própria Bertha” (APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011, p. 135). Refeita, a questão, nesse momento, é sobre *como esse acaso aconteceu?* E a explicação precisa de maior aprofundamento no fragmento clínico relatado por Breuer, o caso de Anna O.

Nos *Estudios sobre Histeria* (1895) são apresentados 5 casos clínicos, sendo que somente um desses casos é de autoria de Josef Breuer: o caso Anna O., porque Breuer, como se sabe, não continuou utilizando o método catártico, pois optou por não se dedicar aos pacientes nervosos. No entanto, esse único caso tem a importância de uma pedra fundamental. Anna O. adoeceu durante o período em que se encarregou de cuidar de seu pai doente, na época se encontrava com 21 anos de idade e não apresentava histórico de doenças nervosas. Foi “em julho de 1880, [que] o pai da paciente, a quem ela amava com paixão, contraiu um abscesso de peripleurite que não sarou e em consequência do qual morreu em abril de 1881” (BREUER, 1895/1987, p. 48, tradução nossa)¹⁰³. Além de distúrbios da linguagem – “parafasia” –, contratura

¹⁰²“Movidos por una observación casual, desde hace una serie de años investigamos, en las más diversas formas y síntomas de la histeria, su ocasionamiento [...]” (BREUER e FREUD, 1895/1987, p. 29).

¹⁰³ “En julio de 1880, el padre de la paciente, a quien ella amaba con pasión, contrajo un absceso de peripleuritis que no sanó y a consecuencia del cual murió en abril de 1881” (BREUER, 1895/1987, p. 48).

e consequente paralisia do lado direito do corpo e também da perna esquerda, perturbações graves da visão, incluindo “estrabismo convergente” e paralisia parcial dos músculos do pescoço, “havia dois estados de consciência totalmente separados; eles se alternavam com muita frequência e sem transição, e se tornaram cada vez mais separados no decorrer da doença” (BREUER, 1895/1987, p. 49, tradução nossa)¹⁰⁴. Por um lado, uma aparente normalidade, polvilhada, no entanto, por tristeza e angústia, todavia algo relativamente comum; por outro, rebeldia e agressividade, pois insultava as pessoas que a cercavam, “comportava-se mal”, “[...] tinha dois eus, o dela real e um mau que a obrigava a um comportamento rebelde” (BREUER, 1895/1987, p. 50, tradução nossa)¹⁰⁵.

É intrigante o fato de que, após regressar ao seu estado comum de consciência, não recordava certos episódios – como quem se esquece de um sonho –, de maneira que seu pensamento e sua memória apresentavam lacunas. Para o médico, aliás, as lacunas eram várias e os recursos terapêuticos pouco eficientes, mas essa impotência não fez com que Breuer recorresse voluntariamente a utilização de um procedimento médico-terapêutico inovador: foi Anna O. quem, direta ou indiretamente, o propôs. Anna O. era uma jovem muito inteligente e determinada: “ricos dons poéticos e imaginativos, controlados por uma compreensão aguda e crítica. Essa última também a tornou *completamente não sugestionável*; apenas argumentos, nunca afirmações a influenciavam” (BREUER, 1895/1987, p. 47, grifos do autor, tradução nossa)¹⁰⁶. Isso significa, atenção, que nenhum sucesso se conseguiria por meio da sugestão hipnótica, fato que desde o início deixa ver que Breuer precisou valer-se de um procedimento distinto em relação à terapia de sugestão, porque, não obstante Breuer nunca tenha feito qualquer tentativa de uso da sugestão hipnótica, esse traço do caráter da paciente seria impeditivo infalível e inviabilizaria o emprego dessa técnica. Aliás, Breuer não

¹⁰⁴ “Existían dos estados de conciencia enteramente separados; alternaban entre sí muy a menudo’ y sin transición, y fueron divorciándose cada vez más en el curso de la enfermedad” (BREUER, 1895/1987, p. 49).

¹⁰⁵ “[...] tenía dos yoes, el suyo real y uno malo que la constreñía a un comportamiento díscolo” (BREUER, 1895/1987, p. 50).

¹⁰⁶ “Ricas dotes poéticas y fantasía, controladas por un entendimiento tajante y crítico. Este último la volvía también por completo insugestionable; sólo argumentos, nunca afirmaciones, influían sobre ella” (BREUER, 1895/1987, p. 47).

conhecia previamente e tampouco aplicava qualquer procedimento terapêutico que não os tradicionais utilizados pela clínica médica da época.

Já dito que Anna O. era muito “imaginativa”, durante as visitas praticamente diárias à paciente, Breuer (1895/1987) frequentemente a encontrava em um estado de consciência similar ao estado hipnótico, um sonambulismo natural, em que se deixava falar sem um propósito explícito e se regozijava ao narrar histórias extraordinárias, românticas etc. É estranho, de fato, imaginar essa situação, mas acontece que Anna O., que vivia desolada com o adoecimento e morte de seu pai, encontrou refúgio em um universo de fantasias por meio do qual se distanciava provisoriamente de sua desilusão e de seu quadro sintomático. “Cultivava sistematicamente um sonhar diurno que chamava de seu ‘teatro particular’” (BREUER, 1895/1987, p. 47, tradução nossa)¹⁰⁷.

Breuer escutou-a pacientemente, não porque estava empregando um procedimento terapêutico já conhecido, mas porque, aparentemente, não tinha outro recurso médico, não enxergava mais nada que pudesse fazer. Compadecido e interessado, pôs-se a escutar os relatos de Anna O., até o ponto em que lhe brindou uma compreensão reveladora: percebeu, pela primeira vez, o desaparecimento de um sintoma como um efeito da verbalização sobre um episódio de alta carga afetiva, associado ao sintoma. Assim relatou o ocorrido:

Por duas semanas inteiras emudeceu por completo e apesar de suas contínuas e tensas tentativas de falar, não emitiu uma única sílaba. Aqui, pela primeira vez, o mecanismo psíquico da perturbação tornou-se claro. Eu sabia que algo a havia ofendido muito e ela decidiu não dizer nada. Quando deduzi isso e a obriguei a falar sobre o assunto, desapareceu a inibição que até então a impedia de fazer qualquer outro pronunciamento [falar]. Isso coincidiu com o retorno da mobilidade dos membros do lado esquerdo, em março de 1881 (BREUER, 1895/1987, p. 50, tradução nossa)¹⁰⁸

Esse episódio representa um marco de abertura para o surgimento do método catártico e, com efeito, para a elaboração da teoria traumática, já que

¹⁰⁷ “Cultivaba sistemáticamente el soñar diurno, al que llamaba su ‘teatro privado’” (BREUER, 1895/1987, p. 47).

¹⁰⁸ “Durante dos semanas enteras cayó en total mutismo, y en sus continuados y tensos ensayos de hablar no profería sonido alguno. Aquí por vez primera se volvió claro el mecanismo psíquico de la perturbación. Yo sabía que algo la había afrentado {mortificado} mucho y se había decidido a no decir nada. Cuando lo hube colegido y la compeli a hablar acerca de ello, desapareció la inhibición que hasta entonces le imposibilitara además cualquier otra preferencia. Esto coincidió en el tiempo con el retorno de la movilidad en las extremidades del lado izquierdo, en marzo de 1881” (BREUER, 1895/1987, p. 50).

ambos se encontram intimamente relacionados. Atenção, o método catártico e a teoria traumática estabeleceram, desde o início, uma relação direta, porque a catarse aliviava o sintoma que se constituiu a partir do trauma. Breuer constatou, sem querer, o processo que posteriormente denominou de abreação, ou seja, uma “descarga emocional pela qual um sujeito se liberta do afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo assim que ele não se torne ou não continue sendo patogênico” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1982/1998, p. 1). Tanto foi acidentalmente que ele assim escreveu (BREUER, 1895/1987, p. 58, tradução nossa)¹⁰⁹: “A primeira vez que, por uma fala casual, não provocada, na hipnose da noite, um sintoma antigo desapareceu, fiquei muito surpreso”. Breuer (1895/1987) prosseguiu contando o episódio. Como efeito do processo patológico, a paciente, na época, se encontrava impossibilitada de beber água – sintoma que a acometeu repentinamente e sem que ela pudesse indicar qualquer motivo para isso – e acabava sofrendo devido uma sede intensa. Tão logo o copo com água chegava em sua boca, o repelia com nojo e pavor. Se alimentava de frutas líquidas como um esforço de compensar sua dificuldade de ingestão de água e como forma de minimizar sua sede. Porém, após 6 semanas dessa situação, Breuer a hipnotizou e Anna O. falou sobre sua cuidadora, de quem não gostava, contando com nojo e raiva que foi até o quarto dela e lá viu seu cachorrinho bebendo água em um copo. Por educação, não disse nada. “Depois de exteriorizar energicamente essa raiva que havia ficado aprisionada, pediu para beber, tomou sem inibição uma grande quantidade de água e despertou da hipnose com o copo nos lábios” (BREUER, 1895/1987, p. 58, tradução nossa)¹¹⁰. Breuer (1895/1987) concluiu dizendo que esse sintoma desapareceu para sempre.

Não obstante os efeitos terapêuticos proporcionados por esses sucessos acidentais de Breuer, nenhum resultado de maior impacto haveria de surgir não fosse sua perspicácia em identificar nessas experimentações um procedimento

¹⁰⁹ “La primera vez que por una declaración casual, no provocada, en la hipnosis del anochecer desapareció un sintoma que ya llevaba largo tiempo, quedé muy sorprendido” (BREUER, 1895/1987, p. 58).

¹¹⁰ “Tras dar todavía enérgica expresión a ese enojo que se le había quedado atascado, pidió de beber, tomó sin inhibición una gran cantidad de agua y despertó de la hipnosis con el vaso en los labios” (BREUER, 1895/1987, p. 58).

psicoterapêutico em potencial. Em suas visitas diárias, aproveitando-se do sonambulismo natural de Anna O., Breuer acolheu com perplexidade e paciência o palavrório de sua paciente, mas sem abandonar o espírito científico, tanto que, percebendo eventuais atenuações dos sintomas por meio desse “falar em hipnose”, desenvolveu a técnica que posteriormente daria origem ao método psicanalítico.

A partir dessas experiências – que os fenômenos histéricos se dissiparam nessa paciente assim que em hipnose ela reproduziu o evento que havia causado o sintoma – [...], desenvolveu-se um procedimento técnico-terapêutico que nada deixou a desejar em termos de consequência lógica e aplicação sistemática (BREUER, 1985/1987, p. 59, tradução nossa).

Inicialmente sem um nome, o novo procedimento foi apelidado por Anna O., que o chamou de *talking cure* – a cura pela fala. Esse “falar em hipnose” possibilitou uma relativa melhora do quadro da paciente de Breuer, mas, a bem da verdade, não a libertou completamente de seu sofrimento, tanto que, depois, ela foi para o sanatório Bellevue, em Kreuzlingen, Suíça (APPIGNANESI; FORRESTER, 1992/2011). Todavia, se ausente qualquer alívio ou “cura”, ainda que incompleta, não teria Anna O., ela própria, chamado o procedimento de Breuer de “a cura pela fala”. Aliás, o apelido foi dado em idioma inglês, porque Anna O. se encontrava submergida em uma crise severa, a ponto tal que não mais se comunicava por meio de sua língua materna e nem por meio de nenhum outro idioma que dominava – era poliglota –, exceto o inglês.

Outra denominação usada por Anna O. para caracterizar o procedimento de Breuer foi “limpeza da chaminé”. Ao “falar em hipnose” estava limpando a chaminé (BREUER, 1985/1987). A analogia causa estranheza para nós brasileiros, já que lareiras e chaminés são inusuais no Brasil. Mas são comuns nos países em que o inverno é mais severo. A correspondência entre o “falar em hipnose” e o “limpar a chaminé” se torna clara quando se descobre que a limpeza periódica da chaminé é indispensável, porque essa higienização retira o acúmulo de resíduos da queima da lenha e impede, com efeito, a obstrução da chaminé. Se não realizada a desobstrução, a fumaça, impedida de sair, retorna para o interior da casa e as consequências vão desde uma intoxicação leve, podendo também causar problemas respiratórios graves e até levar à óbito por sufocamento, já que a fumaça impede a troca gasosa. Por isso, a

“limpeza da chaminé” possibilitava a expulsão de um conteúdo potencialmente destrutivo e a eliminação da fumaça afetiva reduzia a sensação de sufocamento. Breuer considerou a catarse – essa descarga afetiva intensa e purificadora – o aspecto mais importante de seu procedimento que, portanto, foi denominado de método catártico.

Para ensaiar um resumo sobre esse procedimento à época inovador e sobre uma das principais inferências por ele possibilitada, que nos seja permitido um certo exagero na utilização das próprias palavras de Laplanche e Pontalis (1982/1998):

É um clássico caracterizar assim o início da psicanálise (entre 1890 e 1897): no plano teórico, a etiologia da neurose é referida a experiências traumáticas passadas, sendo a data destas experiências recuada, em uma démarche sempre mais regrediente, à medida que as investigações analíticas se aprofundam, da idade adulta para a infância; no plano técnico, a eficácia do tratamento é procurada numa ab-reação e numa elaboração psíquica das experiências traumáticas. (p. 523).

A persistência do afeto que se liga a uma recordação depende de diversos fatores, e o mais importante deles está ligado ao modo como o sujeito reagiu a um determinado acontecimento. Esta *reação* pode ser constituída por reflexos voluntários ou involuntários, pode ir das lágrimas à vingança. Se tal reação for suficientemente importante, grande parte do afeto ligado ao acontecimento desaparecerá. Se essa reação for reprimida, o afeto se conservará ligado à recordação (p. 1).

Agora, não se pode perder de vista, que na Viena de Freud, isto é, na Europa Moderna, a cultura vigente ensinava a repressão severa dos impulsos humanos e a renúncia quase completa do desejo, e os exigiam intransigentemente, sobretudo das mulheres (BETTHELHEIM, 1991). Aliás, é possível inferir que essa repressão também cobrava vigência no campo verbal e o falar era muito mais policiado e comedido, bem diferente da extroversão e da impulsividade contemporânea. Hoje, “quem fala o que quer ouve o que não quer”, mas naquela época não se respondia uma injúria com um furor irascível descontrolado. Segurava-se a língua. Por isso, a possibilidade de falar, de “responder” tardia e indiretamente uma injúria, por exemplo, proporcionava tão poderosa purgação. Respeitadas as devidas proporções, é claro que isso ainda se aplica atualmente, podendo se estabelecer um paralelo entre a ab-reação e o “desabafar”, sem dúvida presente nos consultórios de psicologia da sociedade contemporânea. A descarga afetiva que se consuma com a

exposição dos pacientes, isto é, com o “desabafo” é terapêutica por si, podendo “diminuir o peso”, diminuir o “aperto no peito”, etc.

Mas como, a partir de um ponto de vista psíquico, acontecia o alívio do sintoma por meio da ab-reação? Ao contrário do que se supõe, um “trauma” – e a grande carga afetiva associada –, ainda que “esquecido”, não deixa de exercer influência psíquica e, mesmo indiretamente, produz seus efeitos. Breuer demonstrou que a formação e a particularidade do sintoma estabeleciam um nexos com os eventos “traumáticos” associados – como o mutismo de Anna O. após se calar e “engolir” o que queria falar. Quer dizer, o mutismo, que a paciente não entendia e não conseguia explicar, pois “esquecido” o(s) evento(s) traumático(s), relacionava-se com o calar cotidiano e o severo impedimento para se expressar, e um episódio em particular em que, outra vez, foi preciso calar e “engolir” tudo aquilo que cobrava vazão. “Esquecido” o fato, como que deslocado para um porão da psique, a carga afetiva associada cobrava vazão, mesmo que por via indireta e inadequada: o sintoma. Recordar em hipnose o episódio “traumático”, possibilitava uma oportunidade de “reagir adequadamente” aos eventos traumáticos e liberar a carga afetiva represada, aquela que estava produzindo o sintoma. O método catártico colocava o afeto em seu lugar, no canal de escoamento possível. Daí o alívio.

Mas o método catártico possibilitava ainda a elaboração psíquica. Breuer (1895/1987) notou que normalmente durante a hipnose o sintoma retornava com grande intensidade enquanto a paciente relatava sobre os episódios com ele associados. Mas o fato é que ao recontar e reviver o episódio traumático, além de expulsar o afeto sufocado, havia ainda a possibilidade de “elaboração psíquica”, isto é, a possibilidade de “[...] transformação do volume de energia que permite dominar esta energia, derivando-a ou ligando-a” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1982/1998, p. 144).

Normalmente, o efeito traumático de um acontecimento é liquidado, ou por ab-reação, ou por integração “no grande complexo das associações”, que exerce assim uma ação corretora. Na pessoa histérica, diversas condições [...] impedem tal liquidação, não há elaboração associativa; a recordação do traumatismo conserva-se no estado de “grupo psíquico separado”. O tratamento encontra sua eficácia no estabelecimento dos laços associativos que permitem a liquidação progressiva do trauma (LAPLANCHE; PONTALIS, 1982/1998, p. 144).

Se relacionássemos os usos que Freud faz da noção de elaboração psíquica na teoria da histeria [...], poderíamos ser levados a distinguir dois aspectos: 1º a transformação da quantidade física em qualidade psíquica; 2º o estabelecimento de caminhos associativos, que supõe como condição prévia essa transformação (LAPLANCHE; PONTALIS, 1982/1998, p. 144).

A sequência do relato de Breuer (1895/1987) deixa ver que ele conseguiu eliminar muitos outros sintomas de Anna O. por meio do método catártico, não obstante não tenha alcançado o alívio completo dos sintomas da paciente que, como mencionado, foi encaminhada para um sanatório. *Mas, afinal, por que Freud abandonou o método catártico?*

Entre os casos clínicos apresentados na obra inaugural da Psicanálise, é certo que o caso de Emmy Von N. explicita um momento de transição entre a técnica da sugestão hipnótica para o método catártico. Anteriormente, Freud já empregara a sugestão hipnótica, mas, não obstante conhecesse a técnica catártica há pelo menos metade de uma década, por intermédio de Breuer, foi com essa paciente, em 1888, que Freud a utilizou pela primeira vez. Desde o início Emmy Von N. foi diagnosticada com histeria e, assim como Anna O., paciente de Breuer, também se conseguia com ela, com relativa facilidade, o estado de sonambulismo adequado para as intervenções médico-terapêuticas, ou melhor, para as intervenções psíquicas. “Dessa primeira hipnose ela preservou uma lembrança obscura de minhas palavras; já a partir da segunda houve um sonambulismo total (com amnésia)” (FREUD, 1895a/1987, p. 73, tradução nossa)¹¹¹.

Ambas, Anna O. e Emmy Von N., espontaneamente – senão como efeito particular do quadro histérico – se colocavam em um estado mental de sonambulismo ou auto-hipnose. E essa característica foi vista por Freud como uma oportunidade de pôr em ação o método de Breuer. “Era histérica, e com a máxima prontidão se colocava em estado de sonambulismo; quando percebi isso, resolvi aplicar o procedimento de Breuer de exploração em estado de hipnose” (FREUD, 1895a/1987, p. 71, tradução nossa)¹¹². Pouco depois ele afirmou: *“Foi minha primeira tentativa de manejar esse método terapêutico; eu*

¹¹¹ “De esta primera hipnosis le queda un oscuro recuerdo de mis palabras; ya tras la segunda le sobreviene un sonambulismo total (con amnesia)” (FREUD, 1895a/1987, p. 73).

¹¹² “Era histérica, y con la máxima prontitud caía en estado de sonambulismo; cuando reparé en esto, me resolví a aplicarle el procedimiento de Breuer de exploración en estado de hipnosis” (FREUD, 1895a/1987, p. 71).

ainda estava muito longe de dominá-lo e, de fato, não levei suficientemente adiante a análise dos sintomas patológicos [...]” (FREUD, 1895a/1987, p. 71, tradução nossa, grifo nosso)¹¹³.

O que agora se confirma é que em 1888 Freud deu início à utilização do método catártico e que, em 1895, quando publicou esse fragmento clínico, já estava em condições de se autoavaliar e perceber que na ocasião não investigou tão profundamente quanto desejável os sintomas da paciente. Aqui cabe um aparte importante, porque permite entender que a catarse só verdadeiramente se consumava se o processo de investigação em hipnose alcançasse a memória e/ou o fato primário associado ao sintoma. O alívio mais duradouro do sintoma dependia, supunha Freud em 1895, do grau de profundidade dessa escavação psíquica. Então, sempre que o tratamento catártico resultava ineficiente se imaginava que o sintoma não havia sido explorado até suas causas primárias – mesmo que o paciente trouxesse durante o sono hipnótico muitas recordações que, supunha-se, conjecturava-se, estavam associadas aos sintomas.

Por isso, não raramente o método catártico não produzia o efeito desejado, porque os pacientes hipnotizados relatavam sobre a origem de seus sintomas, isto é, colaboravam, portanto, com o procedimento proposto, mas estranhamente não se aliviavam. O fato que depois se tornou evidente é que não havia no relato desses pacientes a recordação mais poderosamente purgativa, não se tratava de um relato carregado de afeto, são pacientes que se lembravam do passado mais longínquo ou dos episódios mais penosamente marcantes, priorizando, todavia, os aspectos irrelevantes, desprezando o essencial. *Por que faziam isso?* Além dos pacientes não hipnotizáveis havia esse outro problema.

Outro aparte não menos importante, também levado a efeito por intermédio principalmente do caso de Emmy Von N., se refere ao divã. Não raramente se supõe que o divã foi pensado para o exercício clínico da Psicanálise, como se Freud houvesse “desenhado” essa peça emblemática para atender ao propósito de fazer o paciente “relaxar” – isto é, relaxar a

¹¹³ Fue mi primer intento de manejar este método terapéutico; yo estaba aún muy lejos de dominarlo, y de hecho no llevé suficientemente adelante el análisis- de los síntomas patológicos [...]” (FREUD, 1895a/1987, p. 71).

vigilância de sua consciência. Mas essa suposição é equivocada. Freud não planejou empregar o divã na condição de um utensílio técnico que viesse a facilitar o processo de livre associação inconsciente de ideias e pensamentos. Aliás, a utilização do divã antecedeu a criação da Psicanálise e a revelação de sua empregabilidade na clínica psicanalítica – revelação associada a descoberta dos processos mentais inconscientes – também é um feito que “tem que ser realizado de novo por cada paciente e cada psicanalista”.

Então, *qual foi a origem psicanalítica do divã?* No primeiro atendimento de Freud com Emmy Von N., assim como em muitos outros, posteriormente, Freud, durante a visita médica, a encontrou deitada em um divã. “Encontro uma senhora de aparência ainda jovem [...], deitada no divã, com uma almofada de couro sob o pescoço” (FREUD, 1895a/1987, p. 71, tradução nossa)¹¹⁴. A esse fato, acrescenta-se que era relativamente comum a realização de uma consulta médica com uma paciente deitada em um divã, pois se tratava de um mobiliário tradicional da burguesia da época. Quer dizer, se durante a consulta a paciente fosse encontrada deitada em um divã, não havia aí nenhuma novidade para os médicos europeus do século XIX. Freud revestiu esse mobiliário comum com um uso e um significado sem precedentes e sua originalidade ganhou corpo quando ele se retirou do campo de visão de sua paciente (deitada no divã) e se posicionou em uma poltrona disposta bem às costas do divã, como forma de impedir o contato visual entre o médico (psicanalista) e a paciente. *Por que Freud fez isso?*

Mais tarde, em seus famosos artigos sobre a técnica, Freud (1913/1991) ofereceu uma explicação mais palatável e mais elaborada a respeito da utilização do divã, principalmente no que se refere a arrumação do consultório, que impede o contato visual entre psicanalista e o paciente. Disse assim:

Mantenho o conselho de que o paciente se deite em um divã enquanto sento atrás dele, para que ele não me veja. Esse cenário tem um significado histórico: é o resto do tratamento hipnótico a partir do qual a psicanálise se desenvolveu. Mas por várias razões merece ser preservado. Em primeiro lugar, por uma razão pessoal, mas talvez outros compartilhem comigo. Não consigo tolerar ser encarado por outra pessoa por oito horas (ou mais) todos os dias. E como, enquanto escuto, eu mesmo me abandono ao curso de meus pensamentos inconscientes, não quero que meus gestos ofereçam ao

¹¹⁴ “Encuentro a una señora de aspecto todavía joven [...], yacente sobre el diván, con un almohadón de cuero bajo la nuca” (FREUD, 1895a/1987, p. 71).

paciente material para suas interpretações ou influenciem suas comunicações. (FREUD, 1913/1991, p. 135, tradução nossa).¹¹⁵

Mas essa enunciação sofisticada apenas foi possível depois que, ainda nos primórdios da Psicanálise, Freud identificou que a derrubada da resistência do paciente era, como ainda é, uma condição indispensável para viabilizar sua análise psíquica. Nesse momento, tudo isso ainda é muito confuso, mas a origem psicanalítica do divã, os fracassos do método catártico, exemplificados anteriormente, e a questão da resistência dos pacientes à análise se esclarecerão ao mesmo tempo, mais adiante. Aliás, tudo isso ajudará a responder *por que Freud abandonou o método catártico?* Agora, retomemos o caso Emmy Von N.

Com essa paciente, Freud reconheceu que empregou ambas as técnicas baseadas na hipnose – sugestão e catarse. Escreveu Freud (FREUD, 1895a/1987, p. 119, tradução nossa):

A história clínica mostra claramente a natureza da terapia que foi aplicada aqui no sonambulismo. Como de costume na psicoterapia hipnótica, combati as representações patológicas presentes mediante garantias, proibições, apresentação de representações contrárias de todo tipo; mas não me contentei com isso, fui atrás dos vestígios da história genética de cada sintoma para poder combater as premissas sobre as quais foram construídas as ideias patológicas.¹¹⁶

Então, apesar da insistência de Freud em se valer da sugestão hipnótica, conciliou com esse procedimento, a catarse de Breuer. Em vários momentos ao longo desse caso clínico, Freud (1895a/1987) descreveu sua prática clínica, em que solicitava, ainda durante o estado de vigília, que Emmy Von N. recordasse o período inicial dos sintomas e possíveis eventos associados, os eventos traumáticos. Mas, como era comum nas histerias, as

¹¹⁵ “Mantengo el consejo de hacer que el enfermo se acueste sobre un diván mientras uno se sienta detrás, de modo que él no lo vea. Esta escenografía tiene un sentido histórico: es el resto del tratamiento hipnótico a partir del cual se desarrolló el psicoanálisis. Pero por varias razones merece ser conservada. En primer lugar, a causa de un motivo personal, pero que quizás otros compartan conmigo. No tolero permanecer bajo la mirada fija de otro ocho horas (o más) cada día. Y como, mientras escucho, yo mismo me abandono al decurso de mis pensamientos inconcientes, no quiero que mis gestos ofrezcan al paciente material para sus interpretaciones o lo influyan en sus comunicaciones” (FREUD, 1913/1991, p. 135)

¹¹⁶ “El historial clínico muestra bien a las claras la índole de terapia que se aplicó aquí en el sonambulismo. Como es habitual en la psicoterapia hipnótica, combatí las representaciones patológicas presentes mediante aseguramiento, prohibición, introducción de representaciones contrarias de todo tipo; mas no me contenté con ello, sino que fui tras las huellas de la historia genética de cada síntoma a fin de poder combatir las premisas sobre las cuales se edificaban las ideas patológicas” (FREUD, 1895a/1987, p. 119).

ela não se recordava. Porém, sabe-se que a hipnose possibilitava um tipo de ampliação da capacidade de recordar e a amnésia histérica foi parcialmente solucionada pelo método catártico. Então, Freud hipnotizava sua paciente, que gradualmente regredia em suas recordações até alcançar as memórias mais antigas e tão mais correspondentes aos sintomas, ao que parecia. Mas os sucessos terapêuticos foram parciais, tanto que Emmy Von N. uma e outra vez procurou Freud, porque os sintomas retornavam. Inclusive, algumas décadas depois, Freud tomou conhecimento que sua paciente procurou outros médicos, por razões similares, fato que confirma um verdadeiro insucesso.

Em uma nota de rodapé datada de 1924, Freud afirmou que “[...] nenhum analista poderá ler hoje essa história clínica sem um sorriso de piedade” (FREUD, 1985a/1987, p. 122)¹¹⁷. *Mas o que ele fez de diferente nos casos clínicos posteriores?* Com Emmy Von N. Freud foi demasiadamente crédulo em relação às recordações dessa paciente, isto é, não considerou que a narrativa da paciente durante o transe hipnótico pudesse conter distorções. Não considerou, como fez logo depois, a presença de uma resistência da paciente em possibilitar acesso às informações que o juízo crítico da paciente a impedia de contar. Mas ele desconfiou e inclusive afirmou que em alguns momentos ela dava informações incompletas.

Agora, soma-se aos pacientes não-hipnotizáveis, as distorções enunciadas pelos pacientes hipnotizáveis. Essas dificuldades operacionais com o método catártico levaram Freud a abandoná-lo. No caso Miss Lucy, fica evidente o constrangimento de Freud (1895b/1987) em fracassar repetidas vezes na tentativa de hipnotizar a paciente.

[...] depois de um pouco de caminhada, cansei de ouvir repetidas vezes, após a garantia e a ordem: “Você vai dormir... durma!” [...] “Mas doutor, não estou dormindo”, e logo me ver forçado a fazer esta distinção espinhosa: “Não estou me referindo ao sono comum, mas à hipnose. Como vê, você está hipnotizada, não pode abrir os olhos”, etc. (FREUD, 1895b/1987, p. 126)¹¹⁸.

¹¹⁷ “Sé que ningún analista podrá ler hoy este historial clínico sin una sonrisa compasiva” (FREUD, 1895a/1987, p. 122).

¹¹⁸ “[...] a poco andar me cansó escuchar una y otra vez, tras el aseguramiento y la orden: ‘Usted se dormirá; ¡duérmase!’, esta respuesta en los grados más leves de hipnosis: ‘Pero, doctor, si no me duermo’; y verme obligado luego a aducir este espinoso distingo: ‘No me refiero al sueño corriente, sino a la hipnosis. Vea usted: está hipnotizado, no puede abrir los ojos’, etc (FREUD, 1895b/1987, p. 126).

Se o caso Emmy Von N. refere a marca da transição que vai da sugestão hipnótica para o método catártico, o caso Miss Lucy é marcante pelo abandono completo da hipnose. “Miss Lucy não caiu sonâmbula quando tentei hipnotizá-la. Renunciei, então, ao sonambulismo e fiz toda a análise com ela em um estado que dificilmente se distinguiria do normal” (FREUD, 1895b/1987, p. 125, tradução nossa)¹¹⁹. Considerando que Freud se familiarizou com a hipnose desde o período em que esteve na Salpêtrière com Charcot, em 1885-86, e que iniciou a prática do método catártico em 1888, com Emmy Von N., em 1892-93 estava cansado das dificuldades de colocar o método catártico em prática, aliás, estava cansado das dificuldades decorrentes da hipnose.

Quando visitei a clínica de Nancy em 1889, ouvi o decano da hipnose, Dr. Liébeault, dizer: “Ah! Se tivéssemos os meios para pôr todas as pessoas em estado de sonambulismo, a terapia hipnótica seria a mais poderosa”. Na clínica de Bernheim, quase parecia que tal arte realmente existia e podia ser aprendida. Mas ao tentar praticá-la com meus próprios pacientes, descobri que pelo menos *minhas* forças nesse terreno se moviam dentro de limites estreitos, e que se um paciente não entrava em sonambulismo depois de uma a três tentativas, eu não tinha meios de consegui-lo. Além disso, na minha experiência a porcentagem dos que alcançavam o sonambulismo era muito menor do que a indicada por Bernheim (FREUD, 1895b/1987, p. 125-126, tradução nossa)¹²⁰.

Considerando que a hipnose era a maneira de vencer a amnésia histérica, de fazer o paciente se recordar, já que proporcionava uma ampliação da capacidade de recordar, a questão que Freud se colocou foi a seguinte: *como fazer o paciente se recordar dos fatos traumáticos sem a utilização da hipnose?* Abandonar a hipnose significava perder uma condição prévia que possibilitava a prática do método catártico. Freud havia encontrado na catarse sua mais poderosa técnica para o alívio dos sintomas neuróticos, porém a catarse dependia, supostamente, da hipnose, que auxiliava o paciente se recordar dos eventos traumáticos, carregados de afeto (represados). Isso

¹¹⁹ “Miss Lucy R. no cayó sonámbula cuando intenté hipnotizarla. Renuncié entonces al sonambulismo e hice todo el análisis con ella en un estado que se distinguía apenas del normal” (FREUD, 1895b/1987 p. 125).

¹²⁰ “Cuando en 1889 visité la clínica de Nancy, escuché decir al decano de la hipnosis, el doctor Liébeault: ‘¡ Ah! Si poseyéramos los medios para poner en estado de sonambulismo a todas las personas, la terapia hipnótica sería la más poderosa’. En la clínica de Bernheim, parecía casi como si realmente existiera un arte de esa índole y se lo pudiera aprender de él. Pero al intentar practicarlo con mis propios enfermos, noté que por lo menos mis fuerzas en este terreno se movían dentro de estrechos límites, y que si un paciente no caía sonámbulo después de uno a tres intentos, yo no poseía medio alguno para conseguirlo. Además, en mi experiencia el porcentaje de quienes alcanzaban el sonambulismo era mucho menor que el indicado por Bernheim” (FREUD, 1895b/1987 p. 125-126).

significa que sem o hipnotismo era praticamente impossível o paciente se recordar e, portanto, impossível vivenciar a purgação essencial do método catártico. “[...] no estado de consciência alterado os doentes dispunham de umas recordações e discerniam conexões que presumivelmente não estavam presentes em seu estado de consciência normal” (FREUD, 1895b/1987, p. 126-127, tradução nossa)¹²¹.

Sobre as opções que restaram, disse Freud: “Assim me encontrei frente a opção de abandonar o método catártico [...] ou tentar aplicá-lo fora do sonambulismo” (FREUD, 1895b/1987, p. 126, tradução nossa)¹²². Eis aí o ponto que vai diretamente levar a criação do método psicanalítico. Inicialmente, quando não conseguia hipnotizar seus pacientes, tentava uma hipnose de aparência em que “[...] somente exigia ‘concentração’ e, para isso, ordenava que se deitasse de costas e fechasse voluntariamente os olhos” (FREUD, 1895b/1987 p. 126, tradução nossa)¹²³. Assim tentou conseguir um certo grau de hipnotismo sem o emprego da hipnose propriamente dita. Então, Freud se propôs fazer tentativas de aplicar o método catártico sem a utilização da hipnose, quer dizer, tentou uma mudança de técnica, sem, no entanto, abandonar o método da catarse. Considerou essa possibilidade porque havia escutado do grande Bernheim que “[...] as recordações do sonambulismo somente em aparência estão esquecidas no estado de vigília e podem ser lembradas por meio de uma leve admoestação [...]” (FREUD, 1895b/1987 p. 127)¹²⁴. Quer dizer, os pacientes não se esqueciam, de fato, dos eventos traumáticos, tanto que, com insistência, conseguiam recordá-los.

Bernheim, a fim de verificar a veracidade dessa hipótese, realizou um experimento clínico, descrito por Freud (1895b/1987), conforme segue. Durante o transe hipnótico, produziu em uma paciente uma alucinação negativa, afirmando-lhe que não estava mais presente no recinto. Depois, tentou de

¹²¹ “Ella consistía en que en el estado de conciencia alterado los enfermos disponían de unos recuerdos y discernían unos nexos que presuntamente no estaban presentes en su estado de conciencia normal (FREUD, 1895b/1987, p. 126-127).

¹²² Así me encontré frente a la opción de abandonar el método catártico en la mayoría de los casos que podían ser aptos para él, o intentar aplicarlo fuera del sonambulismo (FREUD, 1895b/1987, p. 126).

¹²³ “[...] sólo demandaba ‘concentración’ y, para conseguir esta, ordenaba acostarse de espaldas y cerrar voluntariamente los ojos” (FREUD, 1895b/1987, p. 126).

¹²⁴ “De esta nueva perplejidad me sacó el recordar que le había visto al propio Bernheim producir la prueba de que los recuerdos del sonambulismo sólo en apariencia están olvidados en el estado de vigilia y se los puede volver a convocar por medio de una leve admonición [...]” (FREUD, 1895b/1987, p. 127).

várias maneiras chamar a atenção da paciente, para fazê-la perceber sua presença, sem sucesso. Após despertá-la, a questionou sobre o que ele havia feito enquanto ela supunha que ele não estava presente. A paciente disse não saber nada. Mas Bernheim não aceitou a resposta e insistiu, dizendo que a paciente se lembraria de tudo. Ele colocou sua mão na testa da paciente, dizendo que aquilo a ajudaria a se lembrar, como forma de pressioná-la a lembrar. E surpreendentemente a paciente se recordou, em vigília, de acontecimentos ocorridos durante o sono hipnótico, de tudo que aparentemente não havia percebido, contrariando ainda a orientação dada pelo médico, “não se lembrará de nada quando despertar”.

Esse experimento surpreendente e instrutivo me serviu de modelo. Resolvi partir do pressuposto de que meus pacientes também sabiam tudo aquilo que pudesse ter um significado patogênico e que era apenas uma questão de pressioná-los a falar. Assim, quando alcançava um ponto em que para a pergunta: “Desde quando você tem esse sintoma?” ou “Qual foi sua origem?”, recebia como resposta: “Realmente não sei”, procedia da seguinte maneira. Colocava a mão na testa do paciente ou lhe tomava a cabeça entre as mãos e dizia: “Agora, sob a pressão da minha mão, lhe ocorrerá. No momento em que eu relaxar a pressão, você verá algo à sua frente, ou algo aparecerá repentinamente em sua cabeça e deve agarrá-lo. Será o que buscamos. E então, o que foi que viu ou o que lhe ocorreu?” (FREUD, 1895b/1987, p. 127)¹²⁵.

Fica evidente, agora, que o “esquecimento” das vivências de importância patogênica não aconteciam por acaso. Freud reconheceu ser mais trabalhosa essa maneira de alcançar um tipo de ampliação do acesso consciente às recordações armazenadas na memória – se comparado com a hipnose –, mas foi possível inferir que esse “esquecimento” é efetuado mais ou menos deliberadamente e que, portanto, não é um esquecimento de fato. Pouco tempo depois, em *Sobre o mecanismo psíquico do esquecimento* (1898) Freud (1898/1989) identificou a serventia do esquecimento na dinâmica dos processos mentais. Ele propôs que o esquecimento, quer dizer, o deslocamento de uma determinada informação para fora da consciência,

¹²⁵ Ese experimento asombroso e instructivo me sirvió de modelo. Me resolví a partir de la premisa de que también mis pacientes sabían todo aquello que pudiera tener una significativdad patógena, y que sólo lo era cuestión de constreñirlos a comunicarlo. Así, cuando llegaba a un punto en que a la pregunta: «¿Desde cuándo tiene usted este síntoma?» o «¿A qué se debe eso?», recibía por respuesta: «Realmente no lo sé», procedía de la siguiente manera: Ponía la mano sobre la frente del enfermo, o tomaba su cabeza entre mis manos, y le decía: «Ahora, bajo la presión de mi mano, se le ocurrirá. En el instante en que cese la presión, usted verá ante sí algo, o algo se le pasará por la mente como súbita ocurrencia, y debe capturarlo. Es lo que buscamos. Pues bien; ¿qué ha visto o qué se le ha ocurrido?» (FREUD, 1895b/1987, p. 127).

atendia ao propósito de evitar o grande “desprazer” que aquela informação poderia causar. Isso significa que “esquecer” tem a finalidade de proteger o indivíduo do sofrimento inerente ao ato de recordar vivências penosas. Todavia, nos neuróticos o sintoma assumia o lugar das “vivências penosas esquecidas”, daí então se fazia oportuno lembrar e aliviar esses sintomas.

Portanto, quando a paciente afirmava não se lembrar das primeiras manifestações dos sintomas e dos eventos associados ao surgimento dos sintomas, não se tratava, exatamente, de esquecimento, mas da resistência. Uma verdadeira tentativa de impedir que o médico (e a própria paciente) acessasse conteúdos não conscientes. “[...] Freud inferiu que as amnésias são o resultado de um processo que ele chama de *repressão* e cujo motivo é identificado no sentimento de desprazer” (FREUD, 1903[1904]/1992, p. 239, grifos do autor, tradução nossa)¹²⁶. Para proteger o indivíduo do sofrimento, a consciência dá um jeito de impedir a emergências das recordações mais dolorosas.

Assim, segundo parece, o paciente está resistindo ao tratamento, mas isso não significa que ele não deseja se aliviar do sofrimento, isto é, dos sintomas e da maioria de suas consequências. De fato, os pacientes resistem ao tratamento porque a psicanálise envolve a restauração subjetiva das vivências concretas e/ou fantasiadas mais dolorosas, envolve a revelação daquilo que com todas as forças o paciente recusa a reconhecer em si mesmo, envolve necessariamente, portanto, uma vivência de crise. Portanto, o esforço em tornar os processos mentais inconscientes acessíveis à consciência somente é possível mediante a superação das resistências do paciente (FREUD, 1903[1904]/1992).

Não demorou para Freud perceber que “[...] a derrota dessas resistências é a operação essencial da análise e o único trabalho que nos assegura que conseguimos algo com o paciente” (FREUD, 1917[1916-17]b/1991, p. 266)¹²⁷. Derrotar as resistências significa traspor a barreira que dificulta o acesso aos processos mentais inconscientes. Por isso que, mais

¹²⁶ “[...] Freud infirió que las amnesias son el resultado de un proceso que él llama *represión* y cuyo motivo individualiza en el sentimiento de *displacer*” (FREUD, 1903[1904]/1992, p. 239).

¹²⁷ “Y hasta entendemos, en definitiva, que el vencimiento de estas resistencias es la operación esencial del análisis y la única pieza del trabajo que nos asegura que hemos conseguido algo con el enfermo” (FREUD, 1917[1916-17]b/1991, p.266).

tarde, Freud (1914/1989) afirmou que a hipnose ocultava a resistência, já que o paciente hipnotizado aparentemente não colocava obstáculos para se lembrar do que o médico solicitava. O médico lhe perguntava sobre a origem dos sintomas e o paciente respondia, mas não respondia, evidentemente, o que essencialmente lhe ocorria, em grande parte dos casos. Quer dizer, a resistência também estava operando na hipnose, mas como o paciente respondia às solicitações do médico, parecia que não estava. O paciente hipnotizado narrava situações de acordo com as solicitações médicas, mas essas narrativas passavam, geralmente, pela filtragem da resistência. Só que ao narrar os fatos, ao invés de dizer “não me lembro”, a resistência se mantinha oculta. São narradas histórias sem aquela poderosa carga afetiva (represada) que, quando liberada, possibilitava o alívio dos sintomas. Essas lembranças atuavam em favor da resistência, impedindo o acesso aos processos mentais inconscientes. Freud (1899/1989) às chamou de “lembranças encobridoras”, aquelas que retém o que é irrelevante e suprimem o que é mais importante.

Freud prosseguiu utilizando a técnica da pressão na testa, num esforço de acessar informações “esquecidas”. Garantindo que se recordaria de informações pertinentes aos processos patogênicos quando ele retirasse a mão da testa do paciente. Mas havia casos em que o paciente, uma e outra vez, trazia o mesmo relato: “não me ocorre nada”. Ele não aceitava essa resposta. Dizia que algo havia surgido, mas o paciente descartava. Freud exemplificou essa situação se referindo a vários casos e concluiu que “[...] os pacientes ainda não aprenderam a deixar a crítica repousar, descartaram a lembrança que aflorou ou a ocorrência porque a consideraram inútil” (FREUD, 1895b/1987p. 128)¹²⁸. Freud descreveu ainda que alguns pacientes diziam alguma coisa somente na quarta ou quinta tentativa, mas depois admitiam que surgira desde a primeira. Gradualmente se tornava claro que Freud precisava de uma técnica que fosse tão mais poderosa em derrubar essa resistência, em driblar essa crítica, já que havia se tornado claro que o esquecimento ou “[...] o não saber dos histéricos era realmente um. . . não quero saber, mais ou menos conscientemente, e a tarefa do terapeuta era superar essa *resistência* [...]”

¹²⁸ “[...] los enfermos todavía no habían aprendido a dejar reposar su crítica, habían desestimado el recuerdo aflorante o la ocurrencia porque los consideraron inservibles” (FREUD, 1895b/1987p. 128).

(FREUD, 1895c/1987, p. 276, grifo do autor, tradução nossa)¹²⁹. Por isso, quando percebeu que a hipnose ocultava a resistência, teve certeza de que precisava de um novo procedimento. Esse é, sem dúvida, o principal motivo que levou Freud a abandonar a hipnose e o método catártico.

De fato, pode-se atribuir à resistência dos pacientes muitos dos fracassos do método catártico. A resistência oferecia uma lembrança encobridora e impedia que o conteúdo essencial emergisse. E o método catártico não atacava essa resistência, não a vencida. Assim, paciente e médico caminhavam exaustivamente por recordações sem importância, até o abandono do tratamento. Aliás, a descoberta da resistência talvez sirva para também explicar a utilização psicanalítica do divã, porque, considerando que a resistência é um artifício poderoso do juízo crítico, da racionalidade consciente, deitar-se de costas e sem estímulos visuais – que alimentam e nos mantêm focados na razão consciente –, poderia facilitar ao paciente colocar essa resistência em repouso.

3.4. *A criação do método psicanalítico...*

Ao abandonar definitivamente a hipnose e adotar o recurso da pressão na testa, Freud ainda pretendia facilitar o processo de recordação dos eventos traumáticos associados aos sintomas, pretendia possibilitar, portanto, a revivência purgativa dos fatos verídicos e/ou fantasiados mais dolorosos, para viabilizar o alívio dos sintomas. Embora tenha renunciado a hipnose, ainda estava tentando praticar o método catártico, cuja terapêutica se encontrava na catarse, na ab-reação, mesmo que agora sem o uso da hipnose. Trata-se de uma mudança da técnica, não uma mudança do método. De maneira similar ao uso da hipnose, com a técnica da pressão na testa Freud ainda fazia um esforço intencional junto aos seus pacientes de recordar certos fatos, ou seja, o tratamento preservava seu foco no passado, na recuperação de informações do passado.

¹²⁹ “[...] Por tanto, el no saber de los histéricos era em verdad un. . . no querer saber, más o menos conciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa *resistencia* [...]” (FREUD, 1895c/1987, p. 276, grifo do autor).

Freud dá maior amplitude ao pressuposto de que o esquecimento pode ser uma ação da resistência em *Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria* (1898).

Não obstante sua importância, esse procedimento da pressão na testa foi utilizado por pouco tempo, já que logo deu origem ao método psicanalítico. Um primeiro rascunho desse método radicalmente inovador pode ser encontrado em uma história clínica cheia de particularidades, conhecida como o caso *Katharina* (189...) ¹³⁰, em que Freud não se utilizou da hipnose, tampouco da pressão na testa. De férias e em viagem por uma das cadeias montanhosas mais altas dos Alpes Austríacos, Freud tentava se esquecer por um tempo dos problemas da neurose. Mas Katharina, uma jovem de 18 anos, funcionária da hospedaria, vendo a profissão de Freud em seu registro no “livro de visitantes”, pediu sua atenção, porque acometida por alguns sintomas (histéricos) como falta de ar, tonturas, vômitos, ataques de angústia, em que sentia medo de morrer, além de uma alucinação em que via um rosto aterrorizante. Freud, que mesmo em Viena, capital e metrópole, era hostilizado por utilizar a hipnose, fez a opção de não utilizá-la com Katharina, em um lugarejo no interior. Acontece que ela, diferentemente das mulheres de Viena, cuja pudicícia mais empolada dificultava uma exposição um tanto mais livre de ponderações críticas, pôs-se a falar sobre seu quadro de saúde, com relativa espontaneidade, já que “a um médico se pode contar tudo” (FREUD, 189.../1987, p. 143, tradução nossa) ¹³¹.

Isso não significa que não haveria Freud de se confrontar com a resistência de Katharina, tanto que, quando perguntada sobre a origem de seus ataques, a jovem respondeu que não sabia. Todavia, estabelecido o diálogo, ela foi respondendo aos questionamentos de Freud. Ao ser questionada sobre quando os sintomas se apresentaram pela primeira vez, recordou-se de quando encontrou sua prima Franziska junto de seu “tio” em um quarto trancado, em que pôde espiar pela janela – mas, disse, não viu nada, porque estava escuro. Na realidade, trata-se de uma história atravessada por um componente incestuoso flagrante, já que um “tio” de Katharina fez investidas poderosas para seduzi-la, que não cedeu, mas sua prima Franziska não teve a mesma resistência (FREUD, 189.../1987). Investigações posteriores revelaram que Freud alterou alguns dados para, na época, preservar a identidade dos envolvidos, de maneira que, na verdade, foi o pai e não o tio que tentou seduzi-

¹³⁰ Assim mesmo, sem uma data exata, porque Freud não a divulgou.

¹³¹ “A un doctor una puede decírselo todo” (FREUD, 189.../1987, p. 143).

la (MAHONY, 1989/1990). Katharina descobriu o caso de seu pai com Franziska e contou para sua mãe, levando ao divórcio do casal (FREUD, 189.../1987).

Há muitos aspectos oportunamente proveitosos na história clínica de Katharina, mas para nós é sumamente interessante o procedimento empregado no breve tratamento dessa jovem. Fato notável, então, se refere ao relato inicial de Katharina, pois dá a impressão de que ela não tem nenhum conhecimento sobre assuntos sexuais, como se nela não houvesse nenhuma disposição para tanto. Inclusive, parece mesmo que ela própria conservou sobre si uma autoimagem angelical e imaculada, pois embora tenha relembrado com clareza certos episódios flagrantemente eróticos, excluiu seu significado sexual – por força, decerto, de um processo defensivo radical. Mas prossegue o diálogo e gradualmente se revela que a jovem não é lá tão ignorante no assunto. Há um episódio em que precisou passar uma noite junto ao seu pai, que se aproximou dela na cama, fazendo-a sentir seu corpo (FREUD, 189.../1987). “Quando Freud lhe perguntou qual parte do corpo do pai ela havia sentido durante a noite na hospedaria, ela sorriu constrangida como se tivesse sido apanhada em flagrante” (MAHONY, 1989/1990, p. 37). O esforço, voluntário e involuntário, em sufocar o significado erótico daquele episódio – episódio que contribuiu para o despertar de sua sexualidade de Katharina e que, portanto, veio carregado de culpa – certamente pode ser colocado em conexão com os sintomas neuróticos da jovem paciente de Freud. Isso significa que a neurose (adquirida) de Katharina estava associada com o “chamamento” que recebeu para participar desse enredo familiar incestuoso e que, não obstante o despertar de sua sexualidade, resistiu, a ponto tal que seus impulsos incestuosos se externalizaram pela via dos sintomas histéricos, já mencionados.

Durante o diálogo com Freud, Katharina forçosamente lembrou e reconheceu um ponto “esquecido”, quando emergiu a compreensão de que ela não ignorou as intenções incestuosas de seu pai e que, aí de nós, apesar da recusa racional amparada na imoralidade do fato, aquilo lhe despertou a curiosidade sexual. A partir do relato “espontâneo” de Katharina, Freud brindou uma compreensão reveladora sobre a implicação da paciente com toda trama em que foi envolvida. Depois, ela reconheceu que o rosto aterrorizante de suas

alucinações era o rosto de seu pai, que a acusava de ser a responsável pelo divórcio e por toda a situação que vivia a família. Seus sintomas abrandaram (FREUD, 189.../1987).

Posteriormente Katharina se casou com um homem de mesmo nome do pai, nome dado ao primeiro filho do casal, também (MAHONY, 1989/1990). A partir desse fato, pode-se aventar a hipótese do impulso incestuoso que, mais tarde, Freud vai associar com os quadros neuróticos, como no caso Dora, por exemplo. Independentemente disso, é mais importante sublinhar que, por meio de uma “conversa” com a paciente, ela foi conduzida a constatar em si mesma – “apanhada em flagrante” – a presença de impulsos que rechaçava com todas suas forças e que, no entanto, estavam associados aos sintomas. Quer dizer, a partir de uma conversa sem muitas reservas foi possível avançar na compreensão da situação e dos processos mentais de Katharina. Resumindo, Freud conseguiu fazer a paciente enxergar uma parte de si que ela ignorava.

Curiosamente, com esse caso clínico Freud (189.../1987) apresentou um rudimento do método de trabalho que doravante ganharia maior importância. Os sintomas de Katharina foram abrandados sem a utilização da hipnose no método catártico e sem a técnica catártica da pressão na testa. Freud dialogou com Katharina até que uma discreta contradição confirmou a presença do reprimido. A aparente ignorância da paciente a respeito da sexualidade, isto é, a suposta inocência da paciente durante o episódio em que recebeu uma investida sexual explícita de seu pai não se sustentou, nem mesmo para ela, fato da maior importância. Freud conseguiu superar (parcialmente) a resistência de Katharina, revelando-lhe uma verdade dolorosa, mas potencialmente capaz de lhe aliviar e ampliar sua compreensão sobre si mesma.

Até agora, foi visto que o abandono completo da hipnose pôs às claras a resistência, que por sua vez reivindicou um procedimento novo, sem o uso da hipnose, como no caso Katharina. Mas talvez ainda não esteja esclarecida a dúvida: *em que consiste superar a resistência?* A resposta indicará na direção, sem mais, do método psicanalítico. Observemos as orientações de Freud, dada aos pacientes, relativas ao conteúdo que subitamente lhes invadia o pensamento após retirada a mão da testa: “Digo-lhe que não tem permissão para guardar para si por opinar, talvez, que não é o que procurava, não é

pertinente, ou porque acha desagradável dizê-lo. Sem críticas ou reservas, sejam elas do afeto ou do desprezo” (FREUD, 1895c/1987, p. 277, tradução nossa)¹³². O exercício proposto consiste na redução da atenção, da vontade, da avaliação crítica relacionada ao conteúdo emergente no pensamento, para que o mesmo se manifeste em sua forma bruta. “Julgo que a vantagem do procedimento reside antes em que, por meio dele, *dissocio a atenção do paciente de sua busca e meditação conscientes*, enfim, de tudo aquilo que possa exteriorizar sua vontade” (FREUD, 1895c/1987, p. 277, grifo nosso, tradução nossa)¹³³. Quando “dissocia a atenção” e minimiza a intensidade dos processos mentais conscientes, fica clara a tentativa de abrir espaço para os processos mentais inconscientes, como que para fazê-los assumir o protagonismo da psique – durante o tempo da sessão, exclusivamente. Então, para viabilizar as condições apropriadas à expressão manifesta de dados provenientes do “além-da-vontade”, do “além-da-consciência”, foi e é indispensável adotar um procedimento que minimize as “ações psíquicas” oriundas da vontade consciente.

Após testemunhar a resistência, isto é, a poderosa barreira que tenta impedir o aparecimento de conteúdos inconscientes e assim evitar o desprazer que podem causar, a constatação seguinte, difícil de admitir, é que a consciência não detém e, portanto, não revela a verdade íntima acerca das manifestações psicopatológicas de cada paciente. Na realidade, a consciência é mentirosa, se quisermos dizê-lo sem rodeios. Mas habitualmente tomamos como “confiável” o conteúdo consciente em vista do sofrimento, vergonha e demais consequências provenientes da revelação da verdade. Como visto, o paciente se sente como se estivesse sendo pego em flagrante: “revela pensamentos que o paciente nunca quer reconhecer como seus, que ele não se *lembra*, se bem admite que o contexto os exige imprescindivelmente” (FREUD, 1985c/1987, p. 279, grifo do autor, tradução nossa)¹³⁴. A superação

¹³² “Le digo que no tiene permitido reservárselo por opinar, acaso, que no es lo buscado, lo pertinente, o porque le resulta desagradable decirlo. Nada de crítica ni de reserva, ya provengan del afecto o del menosprecio” (FREUD, 1895c/1987, p. 277).

¹³³ “Juzgo que la ventaja del procedimiento reside más bien en que por medio de él yo disocio la atención del enfermo de su busca y meditación conscientes, en suma, de todo aquello en lo cual pudiera exteriorizarse su voluntad” (FREUD, 1895c/1987, p. 277).

¹³⁴ “[...] hace aflorar pensamientos que el enfermo nunca quiere reconocer como los suyos, que él no recuerda, si bien admite que el contexto los exige imprescindiblemente” (FREUD, 1895c/1987, p. 279, grifo do autor).

da resistência consiste em romper com o funcionamento mental consciente, por meio da solicitação de que o paciente, durante a sessão, diga ao médico o que lhe vier à cabeça. Falar sem pensar dificulta a ação de vigilância (consciente) em relação ao conteúdo dos pensamentos, deixando escapar os processos mentais inconscientes. Mas, *o que fazer com esses conteúdos inconscientes que escapam da vigilância?*

Um aparte importante: para nós, não há dúvida de que o procedimento descrito anteriormente, oriundo de *A psicoterapia da histeria (1895)*, caracteriza o método psicanalítico, mas ainda não podemos adotar essa denominação porque, nessa data, Freud supunha que esse procedimento se restringia à patologia. Quer dizer, ele pensava na época que a “análise catártica” – nome que adotou na ocasião – servia somente para exploração dos processos mentais inconscientes das pessoas adoecidas, dos neuróticos, exatamente. Aliás, ele supunha que essa divisão da consciência, que chamou de dupla consciência, era característica exclusiva da patologia, em que somente os neuróticos apresentavam essa “consciência segunda”. Depois, Freud constatou no universo anímico de quem quer que seja, a existência de processos mentais que, então, chamou de inconscientes. Só mais tarde, em *A interpretação dos sonhos (1900)* ficou comprovado que esse método serve para exploração do mundo mental inconsciente das pessoas comuns, ou seja, se aplica tanto na patologia quanto na “normalidade”. Por isso que a criação formal da Psicanálise coincide com a publicação de *A interpretação dos sonhos (1900)*, e é o próprio Freud quem disse, já mencionado em outro momento, que a Psicanálise tem dois momentos de nascimento, o primeiro nos *Estudos sobre histeria (1895)* e o segundo em *A interpretação dos sonhos (1900)*.

Depois de conseguir as condições para que os processos mentais inconscientes ascendessem à posição de protagonista da psique do paciente durante o atendimento médico/psicológico, *o que fazer com o conteúdo inconsciente?* Pois bem, em busca dos eventos traumáticos e/ou de toda uma história de padecimento que foi “esquecida”, isto é, expulsa da consciência sem querer querendo, Freud empregou a técnica da pressão na testa para fazer com que o paciente se recordasse do “esquecido”, do fato ou da representação patogênica, exatamente. Mas por regra o que emergia não era a lembrança “esquecida”, brotavam outras imagens no pensamento dos pacientes, não

raramente estranhas ao que se desejava recordar, de fato. Porém, Freud percebeu que o que emergia, apesar de não ser a lembrança “esquecida”, estava relacionado com ela, ou seja, fazia parte de uma cadeia associativa que conduziria a ela (FREUD, 1895c/1987). Freud reparou que, por assim dizer, o que emergia dava uma pista, dava uma peça de um grande quebra-cabeça, que somente não surgia plenamente montado, porque, outra vez, a resistência não permitia. Seguindo essas pistas é possível ir juntando as partes de algo que, daqui a pouco, poderá ser reconhecido.

Freud percebeu que essas imagens, pensamentos e palavras que brotavam involuntariamente, mesmo que aparentemente desconexas, estavam associadas entre si, guardavam uma relação entre si. Em *A psicoterapia da histeria* (1895) há alguns exemplos que corroboram essa afirmação. Freud (1895c/1987) contou o caso de uma jovem que sofria há 6 anos de uma tosse nervosa, contra a qual foram empregados, sem êxito, diversos tratamentos convencionais. Ela contou que a tosse se iniciou aos 14 anos, quando morava com uma tia. Nada mais. A primeira vez que Freud empregou a técnica da pressão na testa, ela se lembrou de um cachorro grande. Acrescentou, em seguida, que era o cachorro de sua tia e que ele gostava muito da paciente. Continuou falando o que lhe ocorria, e contou que esse cachorro morreu e foi enterrado e que sua tosse começou quando ela voltava do enterro. “Por que?”, perguntou Freud. Não soube responder. Pela segunda vez colocou sua mão sobre a testa da paciente. “Então veio-lhe este pensamento: ‘Agora estou completamente sozinha no mundo. Ninguém me ama aqui. Esse animal era meu único amigo, e agora o perdi’” (FREUD, 1895c/1987, p. 279, tradução nossa)¹³⁵. Continuou o relato, disse que a tosse desapareceu quando se mudou da casa da tia, mas reapareceu um ano e meio depois. Ocorreu-lhe que, na época, seu tio havia morrido e era o único tio que a tratava bem, que a amava. Freud (1895c/1987, p. 280, tradução nossa) concluiu: “Então era essa a representação patogênica: ninguém a amava, preferem qualquer outro a ela, ela não merece ser amada, etc.”¹³⁶. O procedimento adotado por Freud viabilizou a compreensão do motivador psicológico associado ao sintoma,

¹³⁵ “Acude entonces este pensamiento: ‘Ahora estoy completamente sola en el mundo. Nadie me ama aquí; este animal era mi único amigo, y ahora lo he perdido’” (FREUD, 1895c/1987, p. 279).

¹³⁶ “Esa era, entonces, la representación patógena: A ella no la aman, prefieren a cualquier otro antes que a ella, tampoco merece ella ser amada, etc.” (FREUD, 1895c/1987, p. 280).

aliviando-o. Mas, atenção, foi necessário compreender a relação entre imagens mentais e pensamentos à primeira vista sem coerência lógica. Quer dizer, a compreensão alcançada foi revelada a partir de um procedimento que deu espaço aos processos mentais inconscientes, aparentemente sem sentido, mas que aos poucos se chegou ao sentido que aquelas várias recordações comunicavam, em conjunto.

Acontece que, nessa época, Freud ainda não estava completamente seguro de sua hipótese acerca da existência de processos mentais inconscientes, tanto que, pouco adiante, disse assim: “Às vezes, as informações que se recebe mediante o procedimento de pressionar são alcançadas de uma forma muito surpreendente e sob circunstâncias que tornam ainda mais atrativa a suposição de uma inteligência inconsciente” (FREUD, 1895c/1987, p. 281, tradução nossa)¹³⁷. Dizendo de outra maneira, a sequência ilógica de imagens e pensamentos que ocorrem ao paciente, provavelmente não viera da consciência, o que significa que existe uma outra instância psíquica que não poderá ser chamada de outro nome senão de inconsciente.

Há um outro exemplo que demonstrará com maior clareza a “arte de interpretação” característica do método psicanalítico. Uma paciente que sofria de fobias e pensamentos obsessivos, quando se submeteu a técnica da pressão na testa, Freud a questionou sobre o que lhe ocorria, se havia “visto” alguma, se lhe ocorria alguma recordação. Ela respondeu:

“Nem uma coisa nem outra, mas de repente uma palavra me ocorreu”.
 — “Uma única palavra?”. “Sim, mas soa muito estúpida.” — “Diga-a mesmo assim”. “Caseiro”. — “Nada mais?”. “Não”. Pressionei uma segunda vez, e outra palavra isolada lhe passou pela mente: “Camisola”. Percebi então que estava diante de uma nova maneira de responder e, por meio de repetidas pressões, promovi uma série de palavras aparentemente sem sentido. “Caseiro – Camisola – Cama – Cidade – Carroça”. — “O que significa isso?” [...] (FREUD, 1895c/1987, p. 282, tradução nossa)¹³⁸.

¹³⁷ “En ocasiones, los informes que uno recibe mediante el procedimiento de presionar se consiguen en forma harto asombrosa y bajo circunstancias que pintan aún más atractivo el supuesto de una inteligencia inconsciente” (FREUD, 1895c/1987, p. 281).

¹³⁸ “Ni una cosa ni la otra, pero de repente se me ha ocurrido una palabra”. — “Una palabra sola?” “Sí, pero suena demasiado estúpida”. — “Díga la usted lo mismo”. “Caseiro”. — “¿Nada más?”. “No”. Presiono por segunda vez, y hete ahí que vuelve a acudirle una palabra aislada, que se le pasa por la mente: “Camisón”. Tomé entonces nota de estar frente a una novedosa manera de responder, y por medio de repetidas presiones promoví una serie de palabras en apariencia carentes de sentido: Casero-Camisón-Cama-Ciudad-Carromato. “¿Qué quiere decir eso?” [...] (FREUD, 1895c/1987, p. 282).

Uma após a outra, foram surgindo palavras (assuntos) sem conexão aparente, mas eis que a genialidade de Freud o levou a perceber que essas palavras, na sequência em que foram pronunciadas, não surgiram por mero acaso: inconscientemente estabelecida, havia uma associação entre elas, isto é, estavam associadas sem que o paciente percebesse a conexão entre elas. Freud identificou que essa “nova maneira de responder” é a “resposta” advinda dos processos mentais inconscientes – que, agora, estavam expostos. Acontece que o universo inconsciente não repete o sentido linear e coerente típico da consciência, por isso é tão difícil interpretá-lo, principalmente quando se deseja compreendê-lo a partir da consciência. O fato é que não há um encadeamento lógico-racional para as expressões do inconsciente, mas há, de qualquer maneira, um encadeamento. Esse encadeamento inconsciente de ideias, pensamentos, palavras etc., cuja expressão na clínica é viabilizada pela redução da crítica decorrente do “fale o que te vier à cabeça” é, sem mais, a denominada, posteriormente, associação livre.

Freud havia aprendido a não interromper esse fluxo de ideias [...] e nessa atitude foi ajudado por uma extraordinária capacidade de paciência [...] que se jubilava em renunciar a um veemente confronto ou a uma interferência nos pensamentos que ocorriam aos pacientes. Era uma mudança decisiva em relação à técnica anterior de pressionar e apressar as reações do paciente (JONES, 1961/1979, p. 254).

Em lugar de menosprezar as associações desconexas como acidentais, inarticuladas e sem sentido [...], sentiu intuitivamente que devia haver alguma instância concreta, ainda que não evidente, que guiava e determinava o curso daqueles pensamentos (JONES, 1961/1979, p. 255).

É preciso acrescentar que essa evolução da técnica até a “pressão na testa” se desdobrou no método psicanalítico? Agora, uma nova dúvida se levanta: *se as expressões do inconsciente adotam uma linguagem incompreensível para a consciência, como traduzir e compreender suas mensagens?* Depois de brotarem palavras isoladas, sem sentido aparente, a genialidade de Freud foi mais além: ele percebeu que o sentido oculto daquele ajuntamento desconexo de imagens mentais e pensamentos só seria revelado se olhado a partir de seus próprios processos mentais inconscientes. Quer dizer, também o psicanalista tem que se colocar em tipo de funcionamento mental em que há completa liberdade para seu fluxo de pensamentos, fazendo

com que os processos mentais inconscientes do paciente se comuniquem diretamente com o inconsciente do psicanalista. Aí então, o sentido oculto das manifestações caóticas do paciente poderá ser traduzido a partir do inconsciente do psicanalista. No palavreado conceitual mais sofisticado da teoria psicanalítica, esses recursos, um tipo de técnica de escuta e a tradução das “manifestações caóticas” do paciente, são chamados de *atenção flutuante* e *interpretação*, respectivamente.

Em uma época em que o telefone era uma novidade tecnológica impressionante, pois permitia, pela primeira vez na história da humanidade que as pessoas pudessem se comunicar sem estarem na presença uns dos outros, mesmo a longas distâncias, Freud (1912/1991, p. 115, tradução nossa) se valeu de uma analogia entre o telefone e a comunicação entre o paciente e o psicanalista, explicitando o contraponto do médico à regra analítica fundamental que deve ser obedecida pelo paciente.

Assim como ele [paciente] deve comunicar tudo o que percebe na observação de si mesmo, combatendo as objeções lógicas e afetivas que o levariam a selecionar, da mesma forma o médico deve se colocar em estado de valorização, para fins de interpretação, do discernimento do inconsciente oculto, tudo o que lhe é comunicado, sem substituir sua própria censura pela seleção que o paciente renunciou. Dito em uma fórmula: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como órgão receptor, ao inconsciente emissor do paciente, acomodando-se ao analisando como o receptor do telefone se acomoda ao microfone¹³⁹.

Que novamente nos seja permitido recorrer a uma referência extensa, porque exemplifica com toda graça o exercício clínico do psicanalista e oferece, com a simplicidade inconfundível dos grandes conhecedores do assunto, uma amostragem da prática clínica em Psicanálise, contribuindo, portanto, para a compreensão definitiva do método psicanalítico.

[...] seu paciente conta-lhe algo do que fez ontem, depois comenta um detalhe novo do consultório, faz uma piada, tosse, lembra-se de um sonho etc. [...] Atrás do paciente, você estará calado, procurando juntar os pedaços da conversa, sem se deter no que, de hábito, significaria mudança de assunto. Ao contrário, prestará a máxima

¹³⁹ “Así como este debe comunicar todo cuanto atrape en su observación de sí atajando las objeciones lógicas y afectivas que querrían moverlo a seleccionar, de igual modo el médico debe ponerse en estado de valorizar para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconciente escondido, todo cuanto se le comunique, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó; dicho en una fórmula: debe volver hacia el inconciente emisor del enfermo su propio inconciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono” (FREUD, 1912/1991, p. 115).

atenção às mudanças de assuntos, perguntando-se: “Se se trata de um só assunto, qual é ele e que se diz agora a respeito?”. [...] Como um chato que é, você se pergunta: “Casa, mais consultório, mais piada, mais sonho, o que tudo junto me comunica agora? O que quer dizer?”, ainda que o paciente *não o queira* dizer, conscientemente. Quando, pois, você descobrir um sentido geral, da forma que mencionei, e comunicá-lo a seu paciente, ele se surpreenderá muito (HERRMANN, 1983/1992, p. 17-18, grifos do autor).

Se quisermos caracterizar o método psicanalítico de uma maneira esquemática e assim dar por encerrada esta exposição, podemos dividi-lo em duas partes complementares: a primeira se refere ao trabalho de *descentralizar* a consciência, derrubá-la de sua posição de protagonista da psique, vencendo sua resistência, para viabilizar a emergência dos processos mentais inconscientes. Isso é possível por meio da regra adotada pelo paciente, qual seja, “falar sem críticas” e sem, portanto, selecionar o conteúdo que será dito. A rigor, podemos chamar essa etapa de *associação livre*. A segunda etapa consiste na *interpretação* do conteúdo verbalizado. Após o paciente adotar o “falar sem críticas”, isto é, adotar um tipo de funcionamento psíquico típico dos processos mentais inconscientes e manifestá-lo verbalmente, o psicanalista entra em cena num esforço de *interpretar*, de encontrar o sentido geral para o conteúdo manifestado pelo paciente. Essa tradução somente é possível a partir do esforço do psicanalista em corresponder ao “falar sem críticas” do paciente com uma liberdade dada ao seu pensamento – liberdade possível para alguém já experimentado no método psicanalítico, alguém que já vivenciou a experiência de se deitar no divã e “falar livremente” – e, em seguida, a partir do “encontro” dessas mentalidades em funcionamento inconsciente, o psicanalista, já acostumado com a linguagem enigmática particular do inconsciente, reunir as partes e encontrar o significado das imagens e pensamentos verbalizados pelo paciente para, por fim, revelar-lhe seu significado oculto.

Se bem sucedida a *interpretação* do analista, o paciente ficará meio desconcertado, como quem acaba de ser descoberto; ou ficará surpreso, como quem, olhando para algo já conhecido, conseguiu enxergar algo novo. Às vezes, demorará para compreendê-la e para admiti-la, mas, de qualquer maneira, não será mais o mesmo. Se a mais legítima viagem da descoberta não significa buscar novos cenários, mas ter olhos novos (PROUST, 1923/1994), essa viagem com certeza pode ser realizada no consultório do analista. Encontra-se por demais enganado quem, contudo, acredita que tudo

isso acontece depressa e com facilidade. Falar livremente significa se arriscar em terras desconhecidas e as surpresas podem ser muito angustiantes, com força suficiente para produzir verdadeiras crises. Se, todavia, tudo aquilo que não nos aniquila – superada a crise –, torna-nos bem mais fortes (NIETZCHE, 1888/2017), o processo de análise pessoal, inclusive as vivências de crise, certamente vai contribuir para o caminhar do paciente em direção ao melhor.

CONCLUSÃO

É chegada a hora de encerrar e talvez uma comparação possa servir como uma imagem que ilustre o significado mais amplo desta tese e que melhor a represente, portanto. Para isso, é necessário supormos que após uma década – ou cinco, tanto faz – foi realizada a releitura de um livro, que a memória adornou com os mais valiosos ornamentos, porque, na ocasião da primeira leitura, seu conteúdo representou um aprendizado muito importante. Todavia, relê-lo agora resultou em um aprendizado novo. Amadurecido com a passagem do tempo, aquele que releu logo identificou nas páginas desse livro e em suas velhas anotações nos cantos das folhas, um antigo “eu” que deixou de existir. Assim, confirmou com orgulho que esse alimento tão apreciado anos atrás, hoje não é lá tão saboroso, porque o tempo se encarregou de realizar uma ação de mudança e crescimento que tornou esse livro algo envelhecido. Mas esse júbilo não deve nos levar a perder de vista que, às vezes, também se reencontra nessas páginas uma parte valiosa de nós que lamentavelmente se perdeu... Cadê aquele “eu” que...? Como foi que o deixei desaparecer? De um só golpe, reencontramos aliviados com um “eu” envelhecido, mas pesarosos pela falta de um outro “eu” que a vida confiou ao desprezo ou ao esquecimento. Eis que é percebido o propósito verdadeiro dessa releitura: tomar de volta para si uma relíquia antiga, que foi sutilmente perdida, aos poucos, mas cuja perda definitiva é devastadora.

Difícilmente se reconhece o mérito de recontar uma história. Apenas por isso, alguns acreditam poder deduzir conclusões desagradáveis, por suposição de que não há novidade nenhuma em uma obra dessas. É assunto gasto, vão dizer. Mas, de tempos em tempos, recontar uma história, como reler um livro, dá a possibilidade de recuperar uma relíquia esquecida. Não é preciso dizer que o método psicanalítico foi, sem nenhuma dúvida, a criação mais importante e revolucionária de Freud, tão sólida e perene que é invariável – diferentemente da técnica e da teoria psicanalítica, passíveis de variações, alterações, etc. (HERRMANN, 2004). Por isso, recontar a história de sua criação pode servir como uma janela aberta que ventila e renova o ar carregado de conceitos psicanalíticos que se ramificam e vão se subdividindo até chegarem ao ponto de se distanciarem demais de suas raízes. Rever as

maiores dificuldades enfrentadas por Freud para criar e pôr em prática a Psicanálise pode oferecer um alento importante no reconhecimento do que ela tem de mais valioso.

Então, com a finalidade de priorizar o método psicanalítico, método quase impossível de se materializar por meio das exposições orais e escritas, o recurso à história de sua criação foi o artifício para, ainda mediante a escrita, fazer do método psicanalítico algo pouco mais tangível. É essa a razão pela qual esta tese não investiu energia nas discussões conceituais suscitadas pela obra de Freud e continuadores, preferindo o relato histórico-genealógico. Como se sabe, é vastíssima a quantidade de conceitos psicanalíticos, e, também incalculável as possibilidades de associação da teoria psicanalítica com outros campos do saber, em meio aos quais se pode aventar um sem-número de hipóteses e discussões intermináveis. “Refiro-me à *postura filosófica*, que toma Freud pela Psicanálise, *pars pro toto*, e trata a obra freudiana como um sistema conceitual dedutivo, cujas bases clínicas constantemente supõe, mas não se anima a testar” (HERRMANN, 2004, p. 47, grifos do autor). Evidentemente, é indispensável o estudo das obras e conceitos psicanalíticos, porém é ainda mais necessário, para nós, a procura por meios de transmissão da teoria psicanalítica que possam estabelecer maior conexão com seu método. *Como vivenciar – e aprender – o método psicanalítico durante o aprendizado da teoria psicanalítica?*

Se nós, professores universitários, estudiosos e praticantes da Psicanálise, nos descuidarmos em relação a sua continuidade, negligenciando seu atributo fundamental – o método psicanalítico – há um sério risco de que ela venha a sucumbir, a partir de dentro. Foi alguém da estatura de Herrmann (2004) que veio nos alertar para o fato de que nas universidades brasileiras o método psicanalítico tem recebido menor importância, porque a formação de psicólogo tem enfatizado as discussões conceituais a partir da teoria psicanalítica. Com entonação crítica, disse ele: “Esse estilo *à la française*, mais culto que o da IPA¹⁴⁰, [...] mais chegado à literatura que ao relato de sessão, por vezes tão metafórico e barraco que não se consegue distinguir assunto de

¹⁴⁰ International Psychoanalytical Association (IPA) ou Associação Psicanalítica Internacional, “fundada por Freud em março de 1910, durante o congresso de Nuremberg, Alemanha, tem como objetivo garantir a vigência e o desenvolvimento permanente da Psicanálise como ciência, como tratamento e como profissão” (Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo).

retórica [...], é hoje dominante” (HERRMANN, 2004, p. 47, grifos do autor). Que esse aviso não caia em ouvidos surdos.

Não obstante esta tese fazer o que é mais comum nas universidades – “versar sobre Psicanálise, mas não ser Psicanálise” (HERRMANN, 2004) –, há uma tentativa de reduzir os holofotes voltados para o esqueleto conceitual que encorpa a teoria psicanalítica e dar maior visibilidade para a história da criação da Psicanálise, porque essa história contém elementos alusivos ao método psicanalítico e, por isso, pode servir de aprendizado indireto, portanto, a respeito dele. Enfim, há uma tentativa de “ser Psicanálise”, sobretudo no aspecto exploratório que caracteriza o método psicanalítico, já que se fez um esforço de investigação para caracterizar como a Psicanálise veio a ser o que é, como se constituiu enquanto psicoterapia e método de investigação dos processos mentais inconscientes.

Se, para encerrar, nos for permitido manifestar uma preocupação, já que desejosos de que a Psicanálise possa perseverar em seu propósito de aliviar o sofrimento humano, diríamos que é chegado o momento de seus representantes nas universidades, nós mesmos, se voltarem para a criação de estratégias que tanto mais possibilitem a vivência e a compreensão do método psicanalítico, pois a avalanche conceitual pode engolfar definitivamente a Psicanálise em um vendaval de retórica que a levará a perder-se de si mesma.

REFERÊNCIAS

- ANZIEU, Didier. (1959) **A auto-análise de Freud e a descoberta da psicanálise**. Tradução de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 473p.
- APPIGNANESI, Lisa e FORRESTER, John. (1992). **As mulheres de Freud**. Tradução de Nana Vaz de Castro e Sofia Maria de Souza Silva. Rio de Janeiro: Record, 2011. 726p.
- ARAUJO, Saulo de Freitas. Wilhelm Wundt e a fundação do primeiro centro internacional de formação de psicólogos. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 09-14, 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100002&lng=pt&nrm=iso Acesso em 13 out. 2019.
- BETTELHEIM, Bruno. **A Viena de Freud e outros ensaios**. Tradução de Lia Wyler. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 273p.
- BLAKISTON. **Dicionário médico**. 2. ed. São Paulo: Andrei, 2000. 975p.
- BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saraiva, 1999. 492p.
- BREGER, Louis. (2000) **Freud: o lado oculto do visionário**. Tradução de Ana Montoia e Fernando Kolleritz. São Paulo: Manole, 2002. 623p.
- BREUER, Josef. (1895) **Señorita Anna O**. In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 47-70.
- BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893) **Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar**. In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 27-43.
- COCIUFFO, Tania. **Encontro marcado com a Loucura: ensinando e aprendendo Psicopatologia**. São Paulo: Luc Agência de Comunicação Integrada, 2002. 102p.
- CHARCOT, Jean-Martin. (1887) **Histeria e neurastenia no homem**. In: CHARCOT, Jean-Martin. Grande histeria. Tradução de Contra Capa Livraria. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. p. 19-22.
- CHARCOT, Jean-Martin. (1888a) **Paralisia histerotraumática desenvolvida pela sugestão**. In: CHARCOT, Jean-Martin. Grande histeria. Tradução de Contra Capa Livraria. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. p. 31-38.

CHARCOT, Jean-Martin. (1888b) **Grande histeria ou histeroepilepsia**. In: CHARCOT, Jean-Martin. Grande histeria. Tradução de Contra Capa Livraria. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. p. 39-47.

CHARCOT, Jean-Martin. (1892) **A fé que cura**. In: CHARCOT, Jean-Martin. Grande histeria. Tradução de Contra Capa Livraria. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. p. 71-87.

CHARCOT, Jean-Martin; RICHER, Paul. (1887) **Os “demoníacos convulsionários” de hoje**. In: CHARCOT, Jean-Martin. Grande histeria. Tradução de Contra Capa Livraria. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003. p. 89-105.

FREUD, Sigmund. (1956[1886]) **Informe sobre mis estudios en Paris y Berlín**. In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 1-16.

_____ (1886b) **Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 23-34.

_____ (1887) **Dos breves reseñas bibliográficas**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 35-39.

_____ (1888) **Histeria**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 41-66.

_____ (1888[1888-89]) **Prólogo a la traducción de H. Bernheim, De la suggestion**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 77-94.

_____ (1889) **Reseña de August Forel, Der Hypnotismus**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p.95-110.

_____ (189...) **Katharina**. In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 141-150.

_____ (1890) **Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 111-132.

_____ (1891) **Hipnosis**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 133-146.

_____ (1892-93) **Un caso de curación por hipnosis**: con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la “voluntad contraria”. In: Obras completas de Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 147-162.

_____ (1893a) **Charcot.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. p. 7-23.

_____ (1893b) **Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. p. 25-40.

_____ (1895a) **Señora Emmy von N. (40 años, de Livonia).** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 71-123.

_____ (1895b) **Miss Lucy R. (30 años).** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 124-140.

_____ (1895c) **Sobre la psicoterapia de la histeria.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 261-310.

_____ (1896) **La etiología de la histeria.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. p. 185-218.

_____ (1898) **Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. p. 277-289.

_____ (1899) **Sobre los recuerdos encubridores.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. p. 291-315.

_____ (1900) **La interpretación de los sueños (primera parte).** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 4. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.

_____ (1904[1903]) **El método psicoanalítico de Freud.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 7. Buenos Aires: Amorrortu, 1992. p. 233-242.

_____ (1905[1904]) **Sobre psicoterapia.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 7. Buenos Aires: Amorrortu, 1992. p. 243-257.

_____ (1908) **Prólogo a la segunda edición [Estudios sobre la histeria].** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 25-26.

_____ (1912) **Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 1991. p. 107-119.

_____ (1913) **Sobre la iniciación del tratamiento.** Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 1991. p. 121-144.

_____ (1914) **Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. v. 14. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. p. 1-64.

_____ (1917[1916]) **Una dificultad del psicoanálisis.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 199. p. 125-136.

_____ (1917[1916-17]a) **18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 16. Buenos Aires: Amorrortu, 1991. p. 250-261.

_____ (1917[1916-17]b) **19ª conferencia. Resistencia y represión.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 16. Buenos Aires: Amorrortu, 1991. p. 262-276.

_____ (1923[1922]) **Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido.** In: Obras Completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 18. Buenos Aires: Amorrortu, 1992. p. 227-254.

_____ (1924[1923]) **Breve informe sobre el psicoanálisis.** In: Obras Completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 19. Buenos Aires: Amorrortu, 1992. p. 199-222.

_____ (1925[1924]) **Presentación autobiográfica.** In: Obras Completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 20. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 1-70.

_____ (1926) **Psicoanálisis.** In: Obras Completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 20. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 245-258.

GAY, Peter. (1988) **Freud: uma vida para nosso tempo.** Tradução de Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. 719p.

GRUBRICH-SIMITIS, Ilse. (1995) **Freud: primeiros textos e textos da maturidade: lendo estudos sobre histeria e Moisés e o monoteísmo sob nova ótica.** Tradução de Tania Mara Zalcborg. Rio de Janeiro: Imago, 2001. 155p.

HERRMANN, Fábio. (1983) **O que é psicanálise.** São Paulo: Brasiliense, 1992. 90p.

_____ Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERMANN, Fábio & LOWENKRON, Theodor. (Orgs.). **Pesquisando com o método psicanalítico.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 43-83.

_____ Duas Notas Sobre o Itinerário da Psicanálise. **Psicologia USP.** São Paulo, v. 14, n. 3, p. 79-88, 2003. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 jan. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000300008>

_____. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, Fabio; LOWENKRON, Theodor (orgs). **Pesquisando com o método psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 43-83.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1982) **Vocabulário da Psicanálise**. Tradução de Pedro Tamen. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 552p.

LEANDRO, Mayra Andrade; HONDA, Helio. A construção do método psicanalítico nos primórdios da psicanálise (1887-1896). **Revista Cesumar**, v. 13, p. 145-156, 2008. Disponível em <https://docplayer.com.br/20469684-A-construcao-do-metodo-psicanalitico-nos-primordios-da-psicanalise-1887-1896.html> Acesso em 10 abr. 2020.

LIEBERMAN, Jeffrey Alan. (2015) **Psiquiatria: uma história não contada**. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016. 325p.

LOMBROSO, César. **Los fenómenos de hipnotismo y espiritismo**. Tradução de Fernando Weyler. Madrid: M. Aguilar Editor, 1909. 368p.

JONES, Ernest. (1961) **Vida e obra de Sigmund Freud**. Tradução de Marco Aurélio de Moura Mattos. Rio de Janeiro: Guanabara, 1979. 779p.

MAHONY, Patrick. (1982) **Freud como escritor**. Tradução de Elizabeth Saporiti. Rio de Janeiro: Imago, 1992. 236p.

_____. (1989) **Sobre a definição do discurso de Freud**. Tradução de Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos. Rio de Janeiro: Imago, 1990. 118p.

MARANGONI, V. X. C; OKAMOTO, M. Y. "Introdução ao narcisismo" ou "Introdução do narcisismo": sobre os prejuízos de compreensão resultantes da tradução Standard. **Jornal de psicanálise**, São Paulo, v. 54, n. 101, p. 239-252, dez. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352021000200018&lng=pt&nrm=iso Acesso 05 fev. 2022

MEZAN, Renato. **Freud: a trama dos conceitos**. São Paulo: Perspectiva, 1981. 350p.

_____. (1982) **Sigmund Freud: a conquista do proibido**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2000. 164p.

MOLINA, José Artur. **O que Freud dizia sobre as mulheres**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. (1886) **Além do bem e do mal: prelúdio de uma filosofia do futuro**. Tradução de Márcio Pugliesi. Curitiba: Hemus Editora, 2001. 230p.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. (1888) **Crepúsculo dos Ídolos:** ou como se filosofa com o martelo. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia de Bolso, 2017.

O Gabinete do Dr. Caligari. Realização de Robert Wiene. Decla Bioscop. 1919. Argumento de Carl Mayer e Hans Janowitz. Cenários de Hermann Warm, Walter Reimann e Walter Röhrig. Produção: Erich Pommer e Rudolf Meinert. Elenco: Werner Krauss, Conrad Veidt, Friedrich Hehér, Lil Dagover, Hans Twardowski.

PEREIRA, Luciano. **Depressão:** mobilização e sofrimento social. 2010. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PROUST, Marcel. (1923). A prisioneira. In: **Em busca do tempo perdido.** Fernando Py. v. 5. Rio de Janeiro: Ediouro, 1994. 380p.

ROUDINESCO, Elisabeth. (2014) **Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo.** Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2016. 522p.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. (1997) **Dicionário de Psicanálise.** Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAGAWA, Roberto Yutaka. **O método da Psicanálise.** Assis: FCL Publicações, 2008. 98p.

SOUZA, Paulo César de. **As palavras de Freud:** o vocabulário freudiano e suas versões. São Paulo: Ática, 1998. 288p.

STRACHEY, James. (1966a) **Prólogo general.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. XV-XXV.

STRACHEY, James. (1966b) **Nota Introductoria.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 3-4.

STRACHEY, James. (1966c) **Introducción.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 67-75.

STRACHEY, James. (1955) **Introducción.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1987. p. 3-22.

STRACHEY, James. (1962) **Nota Introductoria.** In: Obras completas Sigmund Freud. Tradução de José Luis Etcheverry. 2. ed. v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. p. 9-11.

TRILLAT, Etienne. (1986) **História da histeria.** Tradução de Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991. 290p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

WINOGRAD, Monah. Freud e a filogenia anímica. **Revista do Departamento de Psicologia.** UFF, Niterói, v. 19, n. 1, p. 69-81, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000100006&lng=en&nrm=iso Acesso em 10 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-80232007000100006>

ZWEIG, Stefan. (1931) **A cura pelo espírito:** em perfis de Franz Mesmer, Mary Baker Eddy e Sigmund Freud. Tradução de Alberto Dines. Rio de Janeiro: Zahar, 2017. 360p.