

Dor e cura na constituição da clínica freudiana

um ensaio sobre o primeiro Freud

Daniel Kupermann

Percorrendo genealogicamente as concepções de dor e cura psíquicas presentes nos textos de Freud anteriores a 1900, encontramos problemas que ainda hoje se impõem à clínica e à ética psicanalíticas.

Qual a importância de uma releitura do percurso da constituição da clínica freudiana passado um século de experiência psicanalítica, ainda mais privilegiando-se o olhar sobre o “primeiro Freud”, o Freud anterior à *A Interpretação de Sonhos* e à formulação decisiva de um inconsciente sistemático? A resposta a essa questão colocou-se de forma imperativa como introdução às questões tratadas nesse ensaio.

Decerto, a função pedagógica à qual um ensaio como este está relacionada é digna de consideração¹,

bem como seu papel como instrumento de transmissão da psicanálise a partir de uma história da constituição da clínica freudiana. Mas não parece residir aí a importância maior do projeto. É verdade que a atividade didática impõe habitualmente o predomínio do estilo *genético* sobre o *dogmático* na apresentação das teorias

Daniel Kupermann é psicanalista, membro da Formação Freudiana, coordenador da pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, autor de *Transferências Cruzadas: uma história da Psicanálise e suas Instituições*, Rio de Janeiro, Revan, 1996.

que adotamos, o que, considerando-se o papel essencialmente aberto - porque inacabada e em permanente construção - da teoria em psicanálise, por si só justificaria o mérito do empreendimento. No entanto, há uma razão a mais.

Constata-se atualmente na psicanálise uma supremacia, seja nas universidades, seja nas associações psicanalíticas, do discurso teorista sobre o clínico, da epistemologia centrada na metapsicologia freudiana, ou seja, da definição e elaboração dos *conceitos psicanalíticos*, em detrimento dos *problemas da prática clínica* ou mesmo da apresentação de casos. O fato de ser unânime a idéia de que em psicanálise teoria e clínica não constituem compartimentos estanques não é suficiente para encobrir a evidência de que há uma *cultura do teórico* em marcha. A hipótese pensada como contrapartida à essa observação é a de que a cultura do teórico na psicanálise coincide com a complexificação e o conseqüente aumento das dificuldades na definição do que seja a cura psicanalítica. A partir do momento em que a cura deixa de ter *qualquer relação* com o alívio dos sintomas e do sofrimento psíquico daquele que nos procura, está aberta a possibilidade de supremacia do teorismo e de um enfraquecimento da clínica na psicanálise. A exposição de casos clínicos e a conseqüente linguagem à qual ela nos obriga torna-se *naïve*, a discussão sobre a *técnica* analítica cede lugar à uma discussão sobre a *ética* da psicanálise², e assim abre-se também um grande terreno para o surgimento de versões terapêuticas que apregoam a *eficiência* na cura da dor psíquica. Não se trata, obviamente, para a psicanálise, de se espelhar no discurso sobre a eficiência, mas de repensar a partir desse quadro sua posição. Afinal, não existe psicanálise sem analisandos, e é preciso que estes - e não apenas uma parcela do público intelectualizado seduzido pelo "bem

dizer" - possam continuar encontrando na psicanálise uma *escuta efetiva*.

Proponho que o *melhor* e o *pior* que a psicanálise pôde produzir está no advento das concepções de *dor ou sofrimento psíquico* e conseqüentemente de *cura* que ela pôde formular. O melhor porque deu origem à ética que norteia a prática psicanalítica, evitando que a psicanálise constituísse mais uma

trauma psíquico tal como aparece em "Comunicação preliminar"⁴. No entanto, um olhar sobre o artigo pouco anterior em termos cronológicos, "Um caso de cura pelo hipnotismo" (1892-93), revela um entendimento radicalmente distinto do fenômeno histérico e do processo curativo.

Recordando o caso: trata-se de uma mulher que não pode amamentar seu bebê, apesar de não

A partir do momento em que a cura deixa de ter *qualquer relação* com o alívio dos sintomas e do sofrimento, está aberta a possibilidade de supremacia do teorismo e de um enfraquecimento da clínica na psicanálise.

prática adaptativa e moral para o "zelo" da alma humana. O pior porque foi-se longe demais naquilo que Maud Mannoni define como a *loucura de saber*³. Retornaremos então ao primeiro Freud de modo a percorrer genealogicamente suas concepções acerca da dor e da cura psíquicas, resgatando os problemas que ainda hoje se impõem à clínica psicanalítica. Afinal, trata-se de um Freud com interesse eminentemente clínico, que ainda se dispunha a relatar seus resultados terapêuticos.

Sugestão hipnótica e força de vontade

Habitualmente pensa-se a utilização que Freud fez da técnica hipnótica já por um viés "psicanalítico", isto é, associado à noção de

enfrentar nenhuma restrição orgânica ao ato. Apresentava insônia, perda do apetite e vômitos, produzindo conseqüentemente pouco leite, e também dores quando o bebê era posto para mamar. Foi assim com o primogênito. Três anos depois, quando do nascimento do segundo filho, Freud é chamado e aplica a sugestão hipnótica, obtendo sucesso. Um ano depois nasce o terceiro filho, mais uma vez os sintomas retornam e novamente Freud intervém satisfatoriamente. É ensaiada então uma tentativa de compreensão do mecanismo psíquico dos sintomas histéricos a partir da hipótese da "contravontade" histérica.

As idéias relativas à intenções e expectativas referentes a eventos muito desejados produzem "afetos aflitivos de expectativa" proporcio-

Freud abandona o olhar sobre a força de vontade rumo às formulações acerca da vontade das forças - as pulsões.

nais à importância dos eventos e ao “grau de incerteza subjetiva” de que haverá sucesso (a possibilidade de fracasso, no que se refere à intenção, ou de algo esperado não ocorrer, no que se refere à expectativa). A incerteza cria assim uma “contra-expectativa” que é, por sua vez, responsável pelo surgimento de “idéias antitéticas aflitivas” - idéias contrárias ao que se espera. No neurastênico, esse grupo de “idéias antitéticas aflitivas” se funde com as idéias afirmativas, o que acarreta uma “fraqueza da vontade” como sintoma característico desse quadro. Já na histeria, cuja marca distintiva em toda a literatura neurofisiológica da época era a dissociação degenerativa da consciência, o grupo de “idéias antitéticas aflitivas” permanece autônomo em relação à consciência sendo responsável pela produção de uma “contravontade” - que irá caracterizar uma autêntica “perversão da vontade” na histeria - um comportamento oposto ao que se enuncia querer, não-consciente, atuando principalmente no/pelo corpo da histeria.⁵ Cabe então ao médico o reforço da vontade através da sugestão hipnótica, vencendo assim os efeitos da *contravontade*.

A etiologia dos sintomas histericos é atribuída em parte, a partir do predomínio de uma concepção

neurofisiológica, à “exaustão do ego” (provocada, no exemplo citado, pelo estado puerperal) associada a uma predisposição hereditária. A concepção de sofrimento vigente é a *dor da vontade* - o fracasso do querer - e a cura é caracterizada pelo *reforço da vontade* através do método de sugestão hipnótica. É o que a própria paciente aponta: “Eu me sentia envergonhada porque uma coisa como a hipnose podia obter resultado, ao passo que eu, com toda a minha *força de vontade*, não conseguia nada”.⁶

A base de toda terapia sugestiva, de Mesmer a Bernheim (incluindo algumas versões mais atuais *made in Brazil* de bastante sucesso), é a aposta na força de vontade. Mas o fenômeno hipnótico permanecia um enigma, não apenas para a sua paciente, mas também para Freud. De fato, por que a sugestão hipnótica obtinha resultados que a auto-sugestão ou mesmo a sugestão sem a utilização da hipnose não conseguiam alcançar? Em busca da solução desse enigma Freud será obrigado rapidamente a abandonar o olhar sobre a força de vontade rumo às formulações acerca da vontade das forças - as *pulsões*. Assim, a psicanálise emergirá a partir do abandono do terreno das técnicas psicoterapêuticas

adaptativas - afinal, a força de vontade é sempre egóica e moldada socialmente e moralmente - rumo a uma ética singular.

Trauma e memória

É a conceituação de *trauma psíquico* que impulsionará a psicanálise nessa direção. Faremos apelo à “Comunicação preliminar” (1893), onde o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos ganhará novo entendimento com a hipótese lançada por Breuer da existência de *estados hipnóides*, hipótese psicofisiológica necessária para se explicar o estatuto do trauma, uma vez que ainda não se dispõe da conceituação de um aparelho psíquico *dinâmico*.

A *idéia* era remeter o sintoma histerico à ocasião da sua primeira ocorrência (herança mais do que óbvia da anamnese médica). A *surpresa* estava no fato de que o histerico era incapaz de recordar o acontecimento em estado de vigília. A *revolução* estava no método então empregado - a utilização da hipnose para fazer lembrar aquilo que de fato não se podia esquecer e que se fazia ativamente presente enquanto sintoma corporal. A lembrança despertada sob hipnose vinha porém acompanhada de uma intensa descarga afetiva, a *ab-reação*. É isso que faz com que se considere este o momento do nascimento do método psicanalítico propriamente dito, ainda que de forma rudimentar: *coincidência entre investigação e terapêutica*. No caso, trata-se do *método catártico*, uma vez que promove a purificação (catarse) - através da ab-reação do acontecimento traumático - do psiquismo poluído por esse “corpo estranho” - o trauma - que permanece ativo em alguma obscura memória - um *estado hipnóide* - da histeria. “Cessando a causa cessa o efeito”, escrevem Freud e Breuer, apontando justamente para o que

não cessa de fazer sofrer psiquicamente. “Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências”⁷, é a máxima postulada nesse momento.

Convém no entanto apontar que não se encontra ainda em “Comunicação preliminar” uma teoria puramente psicológica (ou psicodinâmica) para o trauma, e a condição considerada *sine qua non* da histeria é a existência dos ambíguos “estados hipnóides”, estados alterados da consciência, semelhantes a um “sonhar acordado”, que impedem (justamente por serem dissociados da consciência “normal”) a adequada reação psíquica a certos acontecimentos que assim se tornam traumáticos. O trauma está então articulado às reminiscências aflitivas cujo *topos* é o estado hipnóide, não podendo ser evoca-

promete uma possibilidade de cura ampla e irrestrita⁸ - ao menos temporariamente. Anna O., atendida por Breuer cerca de dez anos antes e criadora da expressão *talking cure* é a paciente modelo desta concepção primeira de psicanálise.

Sistematizando: o trauma está referido à primeira ocorrência dos fenômenos sintomáticos e se deve a um afeto não ab-reagido, estando portanto relacionado a um *acontecimento real*. Encontra-se desde já no psiquismo apresentado em “Comunicação preliminar” um rudimento de *tópica*, já que os estados hipnóides constituem um outro lugar que não a consciência, e também de *economia* afetiva, já que se adoece pela intensidade excessiva dos afetos, mas não há ainda a concepção *dinâmica* de jogos de for-

a origem dos estados hipnóides sem recorrer ao obscurantismo da hipótese da dissociação inata da consciência na histeria⁹, ou então abandonar essa concepção em nome de uma mais satisfatória às investigações psíquicas. É o que faz Freud.

Conflito e defesa psíquica

Somente com a entrada em cena da noção de *conflito psíquico*, ou seja, com o advento da terceira dimensão metapsicológica - a *dinâmica* - na concepção do funcionamento do psiquismo freudiano, que os últimos laços com a fisiologia poderão ser rompidos. A referência básica é “As neuropsicoses de defesa” (1894), cujo sub-título encontrado na edição brasileira é revelador: “uma tentativa de *teoria psicológica* da histeria adquirida, de muitas fobias e obsessões e de certas psicoses alucinatórias”.¹⁰ É portanto o conceito de *defesa* que, inicialmente, dará unidade ao *corpus* psicanalítico fornecendo uma teoria estritamente *psicológica* (que aqui indica mais o que é de ordem psíquica do que o que poderia ser objeto da então nascente ciência da psicologia) que vem lançar luz não apenas sobre a histeria, mas também sobre as outras neuroses e psicoses que se estruturam em torno do processo defensivo. A noção de conflito psíquico, fundamental para a psicanálise, é a contrapartida necessária da formulação do conceito de defesa.

Na base da etiologia das neuroses permanece, ainda soberano, o trauma. No entanto, o trauma passa a ser decorrente de um acontecimento exclusivamente *psicodinâmico*. Freud o define como a ocorrência de uma “incompatibilidade na vida ideativa”¹¹, ou seja, um confronto do ego com uma representação inconciliável, o que suscita um afeto intolerável, fazendo com que o ego, por sua vez, adote um mecanismo defensivo. O recurso à de-

Lembrar dói. A psicanálise pode ser metaforizada como uma cirurgia removedora de um corpo estranho, e a aventura psicanalítica promete uma possibilidade de cura ampla e irrestrita - temporariamente.

do pela simples função da memória. O que faz sofrer é a reminiscência, ou seja, *lembrar dói* - essa é a fórmula do sofrimento psíquico nesse momento. A cura consiste em provocar, sob hipnose, a lembrança acompanhada da reação emocional adequada, fechando assim a ferida (trauma). A psicanálise pode ser então metaforizada como uma cirurgia removedora de um corpo estranho, e a aventura psicanalítica

ça. O que faz sofrer é a reminiscência - *lembrar dói* - e a cura está na possibilidade de despertar a lembrança acompanhada da carga afetiva, ab-reação através do método catártico. Não se trata mais de *força de vontade*, já que o trauma é inacessível à vontade consciente do eu. Seu lugar é outro, é o estado hipnóide, por isso a necessidade técnica de utilizar a hipnose enquanto método de cura. Faltava explicar

essa deriva assim de uma impossibilidade psíquica em se “resolver a contradição entre a idéia incompatível e seu ego por meio da atividade de *pensamento*”.¹² A operação defensiva é ilustrada segundo o modelo do *recalque* (*Verdrangung*): considerando que uma representação (idéia), uma vez realizada, não pode ser simplesmente apagada, o ego logra torná-la fraca privando-a do seu afeto. “A idéia fraca”, escreve Freud, “não terá então virtualmente nenhuma exigência a fazer quanto ao trabalho de associação”.¹³ Representação e afeto serão, desde então para Freud, os representantes psíquicos da pulsão e os constituintes por excelência do aparelho psíquico freudiano. Os destinos dados ao afeto é que irão caracterizar as diferentes neuroses: na histeria, o afeto será convertido para o corpo; na neurose obsessiva, será deslocado para outras representações existentes no aparelho psíquico.¹⁴

Encontramos assim duas marcas transformadoras do pensamento freudiano. A primeira está na formulação por Freud de sua “hipótese de trabalho”, apresentada no último parágrafo de “As neuropsicoses de defesa”, que não é mais do que o fundamento básico para a sustentação da dimensão econômica de sua metapsicologia - a conceituação do *afeto*: “(...) nas funções mentais deve ser distinguida alguma coisa - uma quota de afeto ou soma de excitação - que apresenta todas as características de uma quantidade (embora não disponhamos de meios para medi-la), capaz de crescimento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços de memória das idéias, tal como uma carga elétrica se expande na superfície de um corpo”.¹⁵ É a partir dessa hipótese sobre o afeto que Freud poderá rasgurar seu *Projeto de uma psicologia* (1895) e escrever *A interpretação de sonhos* (1900), além de lançar alguma luz sobre o fenômeno

Pensar dói; ou ao menos, pensar certas idéias. Não se trata mais de lembrar na cura, mas pensar aquilo que não pôde ser pensado.

clínico da transferência, ao qual voltaremos adiante.

A segunda transformação no pensamento de Freud refere-se à mudança na sua concepção de dor e de cura na experiência clínica. O que agora faz sofrer é uma incompatibilidade na vida ideativa, uma contradição impossível de ser resolvida pela “atividade do pensamento” entre uma dada representação psíquica e os interesses do ego, o que faz daquela uma representação incompatível ao pensamento, ou seja, *pensar dói*; ao menos, pensar certas idéias. Não se trata mais de *lembrar* na cura, mas de *pensar* aquilo que não pôde ser pensado. Assim, o histérico não sofre mais de reminiscências, mas de idéias recalçadas. E o recalçado - aquilo que não pode ser pensado - é sempre, diz a evidência clínica, algo relativo à sexualidade.

Por seu turno, com as novas formulações a promessa de cura na psicanálise deixa também de ser tão enfática. É ilustrativa a resolução do caso “Miss Lucy R.” (caso modelo para esse momento das idéias freudianas). Freud questiona: “E você ainda está apaixonada pelo seu patrão?”, ao que Miss Lucy responde: “Sim, certamente estou, mas isso não faz nenhuma diferença. Afinal

de contas, ainda posso guardar para mim mesma meus pensamentos e sentimentos”.¹⁶ Não é exatamente a promessa de um jardim de rosas, mas mesmo assim a clínica freudiana ainda pretendia um alívio do sofrimento perpetuado pelos sintomas - guardar pensamentos e sentimentos... e não fazê-los falar através das alucinações olfativas.

O saber sobre o sexual

O próximo e decisivo passo de Freud é a afirmação da *origem sexual do trauma*, momento crucial das formulações freudianas que persiste provocando polêmica. O conceito de defesa ilustrava o mecanismo psíquico comum presente nas neuropsicoses, mas não avançava na explicação do conteúdo sexual do recalçado nem da “escolha da neurose”, o porquê de alguns - especialmente as mulheres - desenvolverem uma histeria e outros - de maioria masculina - uma neurose obsessiva. É então formulada uma teoria de base sexual para o trauma, cuja inspiração residia nos relatos clínicos colhidos por Freud, sendo a natureza do trauma o que decidirá a futura neurose. Nascia a *teoria da sedução*.¹⁷

Saber dói.

É traumático e faz sofrer. Saber o não sabido traz conseqüências clínicas imediatas.

Segundo a teoria da sedução, a etiologia da histeria é uma experiência de “passividade sexual durante o período pré-sexual”¹⁸, que só vai se constituir como trauma propriamente dito na puberdade. Ou seja, a criança teria sofrido um ataque sexual, uma “irritação real dos genitais” - a *sedução* - vivida passivamente e acompanhada de um afeto de pavor (*schreck*), sem que esta adquirisse porém qualquer significado sexual. Na puberdade, quando alguma experiência remeter novamente a conteúdos sexuais, a experiência infantil seria reativada de forma traumática, liberando uma intensa carga de afetos aflitivos. “Não são as próprias experiências que age[m] traumáticamente”, diz Freud, “mas o seu reviver como uma *lembrança* depois que o sujeito entrou na maturidade sexual”.¹⁹

Isto explicaria, por um lado, a extrema suscetibilidade histórica às ocorrências aparentemente banais, uma vez que o efeito traumático não está na experiência em si da vida adulta, mas no reviver, *a posteriori*, de afetos ligados a experiências infantis; por outro, explicaria também a repetição clínica insistente e enigmática da etiologia sempre sexual do trauma.

Nesse momento das formulações freudianas, a sexualidade advém apenas com a maturidade própria da puberdade. Antes, no período “pré-sexual”, não haveria *saber* propriamente dito sobre a sexualidade. A experiência sexual no pré-sexual não possui assim força para agir traumáticamente, permanecendo latente enquanto um traço psíquico que só se fará como ato psíquico (representação e afeto) em um outro tempo, no tempo da sexualidade. O humano só *sabe* do sexual - nos dois sentidos do termo, da significação e do saber sensível - *a posteriori*. E este saber lhe é traumático. Faz sofrer. Dói. Assim, com o advento do trauma definitivamente articulado à sexualidade, chegamos a fórmula definitiva da dor no primeiro Freud: *saber dói*; saber sobre o sexual, decerto.

Miss Lucy R. pode ilustrar também essa formulação. Quando Freud a interpreta sugerindo que estava apaixonada pelo patrão, ela consente. Freud então indaga: “Mas se você sabia que amava seu patrão, porque não me disse?” Miss Lucy responde: “Não sabia... ou antes, não queria saber”.²⁰ É preciso agora aprofundarmos a questão para demonstrar com clareza que não se trata mais, na clínica psicanalítica, de *pensar* algo sabido, mas de *saber* o não-sabido, o que traz conseqüências clínicas inéditas.

Resistência e transferência: a produção do saber e o trabalho do analista

As afirmações de “A psicoterapia da Histeria” (1895), o mais denso ensaio clínico encontrado no primeiro Freud, nos permitem avançar neste sentido. Aqui Freud nos apresenta pela primeira vez os dois conceitos que constituem a base de sustentação da clínica psicanalítica: resistência e transferência.

A resistência o havia obrigado a abandonar o método catártico

rumo ao método da associação livre. Nem todos podiam ser hipnotizados, nem todos permitiam o emprego da hipnose, assim como nem todos “colaboravam” espontaneamente com o tratamento revelando suas idéias - lembranças ou pensamentos. Freud então postula que a mesma força que acarretou o sintoma, recalçando as representações incompatíveis, coloca-se no curso da análise como uma *resistência* à revelação dessas mesmas representações. Por isso o não-saber histórico pode ser considerado, de fato, um não querer saber. Esse entendimento da resistência, porém, promove a imagem rudimentar de um *inconsciente fixo com conteúdos prontos a serem revelados*, imagem que ainda hoje predomina entre os leigos e infelizmente também entre grande parte dos psicanalistas, que continua a interpretar seus analisandos com a certeza paranóica de quem revela a “verdadeira” verdade, fazendo da análise um exercício intelectualizante e opressivo que tende a se perpetuar ao infinito.

É possível, no entanto, encontrar em Freud indicações suficientes que apontam para um sentido bem diverso. Em certas situações ao final do processo analítico, mesmo admitindo o efeito terapêutico das idéias trazidas à análise pela intervenção do analista, os analisandos comentam que de forma alguma podem cogitar terem pensado algo semelhante, ou seja, não reconhecem essas idéias como tendo podido serem suas, não possuíam esse saber. Freud então indaga: “devemos desprezar essa negação do reconhecimento por parte dos pacientes, quando, agora que o trabalho terminou, não existe mais nenhum motivo para que eles ajam dessa forma? Ou devemos supor que estamos realmente lidando com pensamentos que nunca ocorreram, que meramente tiveram *uma possibilidade* de existir, de modo que o tratamento estaria baseado na reali-

Nas formulações acerca da dor e da cura, o melhor está na constituição de um saber que marca a ética, e o pior está na desatenção camuflada sob a neutralidade afetiva do analista.

zação de um ato psíquico que não se verificou na época?"²¹

Segundo essa suposição, o inconsciente não é uma entidade fixa e acabada à espera de revelação, mas uma produção da análise, uma dentre várias possibilidades de constituição de um saber que diz respeito àquela análise e, portanto, ao encontro das singularidades *daquele* analisando com *aquele* analista. Produzir esse saber envolve superação da dor da resistência e exige, em contrapartida, "trabalho psíquico" do analista.²² É finalmente no *campo transferencial* que o *trabalho psíquico* do analista exerce efeitos terapêuticos.

É verdade que no primeiro momento Freud faz a transferência coincidir com a resistência, na forma de uma "falsa ligação"²³ à figura do analista. Mas rapidamente fará da transferência uma consequência da sua própria conceituação do afeto, como frisado anteriormente, cuja tendência principal é a plasticidade e a capacidade de deslocamento.²⁴ Como no aparelho psíquico não há nunca representações suficientes para toda a carga de afeto nele contido - o que implica reafirmar que o psíquico, e portanto o saber, não pode ser reduzido às representações - uma quota do afeto é transferida

(*übertragen*) ao analista, que se oferece para isso.²⁵ Ao invés de se recordar representações, portanto, serão experiências afetivas transferenciais que irão constituir o campo vivencial no qual poderá se constituir o saber produzido na análise.

Nesse sentido, não se trata de "interpretar" a transferência, de

apontar sua dimensão de resistência ou de repetição. A dor de transferência é atual e verdadeira, e exige *trabalho psíquico* (pulsional) por parte do analista na constituição de um novo saber, de forma a não apenas reproduzir um novo sintoma, como alertava Freud.

Resgatando a proposta inicial desse ensaio, encontramos portanto nas formulações freudianas acerca da dor e da cura na clínica psicanalítica o melhor e o pior que a psicanálise pode oferecer. O melhor está na concepção de que é a constituição de um novo saber que marca a ética psicanalítica, afastando-a de qualquer concepção adaptativa ou moral. O pior está na possibilidade de uma gradual desatenção por parte dos psicanalistas com a dor psíquica e com a cura, camuflada sob a roupagem de uma desejada neutralidade afetiva do analista em busca de um saber que só considera as representações, o que tende a não fazer mais do que perpetuar o sofrimento ou mesmo produzir novos sintomas e acontecimentos traumáticos.

Concluindo: saber dói; o saber psicanalítico se dá na transferência, condição *sine qua non* de trabalho para o analisando e exigência de trabalho para o analista; e a cura...

bem, ganharemos muito se conseguirmos transformar humanamente o sofrimento neurótico em infelicidade comum.²⁶

NOTAS

1. Esse ensaio sintetiza algumas idéias desenvolvidas em cursos ministrados na *Formação Freudiana* e na pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR).
2. Cf. L. Chertok e I. Stengers, *O coração e a razão - a hipnose de Lavoisier a Lacan*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990, cap. IV.
3. M. Mannoni, *Da paixão do ser à "loucura" de saber*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989.
4. S. Freud, (1893) "Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar", in *E.S.B.*, Rio de Janeiro, Imago, 1982, Vol. II.
5. No caso citado, toda a expressão corporal da paciente indica uma indisposição face à amamentação, desde a impossibilidade de dormir e se alimentar, até as dores sentidas durante o ato.
6. S. Freud, (1892-92) "Um caso de cura pelo hipnotismo", in *E.S.B.*, Vol. I, p. 175; grifo nosso.
7. S. Freud, (1893) "Comunicação preliminar", p. 48.
8. Apesar da insistência de Freud de que se trata de um método sintomático e não causal.
9. Cf. E. Trillat, E. *História da histeria*, São Paulo, Escuta, 1991.
10. S. Freud, (1894) "As neuropsicoses de defesa", in *E.S.B.*, Vol. III, grifo nosso.
11. Op. cit., p. 59.
12. Op. cit., p. 59-60, grifo nosso.
13. Op. cit., p. 61.
14. Evitaremos abordar o mecanismo de defesa apresentado para as psicoses alucinatorias, a *rejeição* (*Verwerfung*), que indica problemas que escapam ao nosso argumento.
15. S. Freud, (1894) "As neuropsicoses de defesa", p. 73.
16. J. Breuer, e S. Freud, (1893-95) "Estudos sobre a histeria", in *E.S.B.*, Vol. II, p. 169.
17. S. Freud, (1896) "Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa", in *E.S.B.*, Vol. III.
18. Op. cit., p. 188. A neurose obsessiva e mesmo as "psicoses de defesa", apesar de apresentarem fórmulas etiológicas mais complexas, teriam como base também uma experiência original de passividade sexual pré-sexual. Nesse sentido, privilegiaremos aqui apenas a etiologia da histeria, suficiente para o nosso desenvolvimento.
19. Op. cit., p. 189, grifo nosso.
20. J. Breuer e S. Freud, (1893-95) "Estudos sobre a histeria", in *E.S.B.*, vol. II, p. 164.
21. S. Freud, (1895) "A psicoterapia da histeria", in *E.S.B.*, Vol. II, p. 358, grifo nosso.
22. Op. cit., p. 325. Essa é uma formulação decisiva que vem sendo gradativamente esquecida na psicanálise, seja na tradição do *rame-rame* das interpretações pré-fabricadas reproduzidas pelos analistas "obedientes", seja por uma leitura equivocada da história da psicanálise que terminou por considerar que o único trabalho que o analista deve ter é o de cortar as sessões, de preferência o mais rápido possível.
23. S. Freud, (1895) "A psicoterapia da histeria", p. 360.
24. *Übertragung*, termo alemão para a transferência, diz literalmente um transporte, um deslocamento.
25. Essa idéia é apresentada e desenvolvida de forma bastante original por Sándor Ferenczi em "Transferência e introjeção" (1909), in *Psicanálise I*, São Paulo, Martins Fontes, 1991.
26. Sentença definitiva de Freud proferida já em 1895. Cf. "A psicoterapia da histeria", p. 363.