

TRANSITORIEDADE E PERMANÊNCIA NA CONSTRUÇÃO FREUDIANA DO INCONSCIENTE¹

(Transitoriness and permanency in the freudian construction of the unconscious)

Bianca Scandelari

Doutoranda em Filosofia (UNICAMP)

RESUMO: Propomos neste artigo um aprofundamento de alguns pontos da discussão acerca do momento inaugural da psicanálise. Para isso privilegiamos uma das concepções freudianas que se encontra alinhavada à instância do inconsciente construída nos textos que englobam o período de 1888 a 1900. Desse período destacamos o conceito de “contravontade”, apresentado por Freud na obra *Um caso de cura pelo hipnotismo*, de 1892, como precursor do conceito de inconsciente, sempre considerando suas relações com os conceitos de resistência, transferência e sexualidade, que podem ser reconhecidos como particularmente relevantes já neste período, mesmo que sem o destaque que receberam posteriormente. Assim, pretendemos demonstrar uma particularidade crucial da história de formação do conceito de “inconsciente”, tomando o fio condutor da singularidade da vontade das pacientes, como foi percebida desde cedo por Freud no tratamento da histeria.

PALAVRAS CHAVE: inconsciente; hipnose; contravontade; resistência; transferência.

ABSTRACT: In this article, we propose the deepening of some points of the internal quarrel concerning the inaugural moment of the psychoanalysis. We privilege one of the Freudian conceptions, that is linked to the instance of the unconscious, constructed in the texts dating from 1888 to 1900. From this period, we highlight the concept of “counterwill”, presented by Freud in *A case of cure through hypnosis* (1892), as the precursory work to the concept of unconscious, always regarding its relations with the resistance, transference and sexuality concepts, which already could be recognized as particularly relevant in that time, even considering the prominence they achieved later. Thus, we intend to demonstrate a crucial particularity in the “unconscious” concept’s historical formation, following the main lead of the singularity of the will of the patients, as it was early perceived by Freud in the treatment of hysteria.

KEY-WORDS: unconscious; hypnosis; counterwill; resistance; transference.

Acerca das interpretações relativas à articulação entre os escritos considerados pré-psicanalíticos e os propriamente psicanalíticos, podemos prever uma série de divergências. Porém, reconhecemos duas, bem delineadas. Uma que aponta momentos inaugurais ou de ruptura em sua obra, admitindo uma descontinuidade entre os denominados períodos,² e uma segunda que reconhece laços de continuidade entre as supostas fases da sua produção. Lembremos que o argumento da ruptura foi muitas vezes incentivado pelo próprio Freud, por exemplo, na obra *A história do movimento psicanalítico*, de 1914, na qual afirma que “a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose”,³ sugerindo a transição para a associação livre e apontando o estreito vínculo que esse método mantém com a descoberta do fenômeno da resistência e da transferência. Possivelmente por

isso Strachey organiza a edição Standard, que Freud endossou, segundo uma separação entre período pré-psicanalítico e psicanalítico.

Devemos deixar claro que a perspectiva de um ponto de ruptura com o passado ou mesmo de um marco inaugural por muitos reconhecido constitui, em nosso entendimento, uma perspectiva legítima, inclusive por ter sido sustentada pelo próprio Freud em ainda outras oportunidades em que relata a história de sua teoria, em obras como *Cinco lições de psicanálise*, de 1909 e *Um estudo autobiográfico*, de 1925, declarando adicionalmente que o advento da psicanálise teria ocorrido no período de sua parceria com Breuer, mais especificamente a partir da adoção do método da livre associação. Concorde-se, freqüentemente, que o uso desse método deu-lhe a oportunidade de descoberta e elaboração dos conceitos que passaram a constituir os pilares de sua ciência, como a resistência, a transferência, a sexualidade infantil, entre outros, e ainda da importância dada à fala do paciente, à noção de cura, de sintoma, de conflito psíquico, da posição do analista etc.

Adicionalmente, a *Interpretação de sonhos*, de 1900, é muitas vezes apontada como momento inaugural da psicanálise por trazer a primeira formalização do inconsciente, o que só teria sido possível pelo advento da associação livre no tratamento da histeria. O próprio Strachey, mais uma vez confirma esse ponto de vista:

Na verdade, toda a base da teoria da repressão na histeria, e a do método catártico de tratamento, exigiam uma explicação psicológica, e só através dos mais penosos esforços foram elas explicadas neurologicamente na Parte II do 'Projeto'. Alguns anos depois, em *A interpretação dos sonhos*, uma estranha transformação ocorre: não só a explicação neurológica da psicologia desaparece completamente, mas também grande parte do que Freud havia escrito no 'Projeto' em termos do sistema nervoso torna-se agora válido, e muito mais inteligível, ao ser traduzido em termos mentais.⁴

Devemos reconhecer que esse tipo de argumento é o que permitiu a muitos pesquisadores postular uma ruptura no percurso de construção teórica de Freud, que estaria pautada em termos neurológicos até a data da produção de *Interpretação de sonhos*, a partir da qual se desdobrou em explicações predominantemente psicológicas sobre a formação do sintoma histórico. De nossa parte pretendemos problematizar essa perspectiva. Contudo, não se trata ainda de contrapor, por exemplo, argumentos que comprovem a existência do recurso à neurofisiologia em toda extensão de seus textos, o que seria possível, mas antes optamos por identificar a presença, desde o período da utilização da hipnose, de elementos psíquicos que embrionariamente já se manifestavam como precursores da resistência, da sexualidade (não necessariamente infantil) e da transferência, isso como dissemos acima, nos textos correspondentes ao período de 1886 a 1900.

Para dar conta disso, recorreremos de início a alguns textos redigidos entre os anos de 1886 a 1895, como *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*, de 1886, *Histeria*, de 1888, *Tratamento psíquico ou anímico*, de 1890/1905,⁵ *Resenha de hipnotismo de August Forel*, de 1889, *Um caso de cura pelo hipnotismo*, de 1892, *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, de 1893 e *Neuropsicoses de defesa*, de 1894. Nestes apontaremos a presença de um movimento que comporta ao mesmo tempo uma transitoriedade e uma continuidade, isto é, decorre de um fio condutor que articula e conecta os conceitos mencionados. Informamos ainda que estes textos foram selecionados estrategicamente por explicitarem os deslocamentos e as funções que cada um desses conceitos assumiu ao longo da elaboração teórica de Freud.

Os conceitos que trataremos são: o mecanismo de resistência, nesses textos compreendido e descrito a partir da dificuldade do paciente em deixar-se hipnotizar e em

libertar-se dos sintomas; a relação transferencial, identificada a partir da relação entre médico e paciente, ainda pensada na perspectiva da influência do médico no tratamento; a sexualidade como etiologia da neurose, até então apenas admitida como de importância circunstancial e secundária. A escolha desses três conceitos, correspondente a um recorte oportuno, pois se deve ao fato de que apresentam uma interdependência, ou seja, se articulam sempre de forma recíproca, o que impede que sejam abordadas isoladamente.

A partir da demonstração de que estes conceitos estiveram presentes, de alguma forma, desde o considerado período pré-psicanalítico, tendo recebido estatutos diferenciados em oportunidades diversas, faremos uma tentativa de redesenhar o campo teórico em que o conceito de inconsciente freudiano foi concebido. Faremos isso adicionando uma quarta noção até então pouco considerada por intérpretes e comentadores desse período, a de “contravontade”.⁶ Esperamos a partir disso ainda justificar nossa intuição de que tais noções não resultaram ou tiveram suas condições de possibilidade a partir do advento e emprego do método livre-associativo, que teria dado nascimento à psicanálise, mas que lhe oportunizaram.

Começamos por reconhecer que desde o *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim* Freud faz referência crítica à possibilidade de simulação/fingimento de sintomas, mesmo num quadro de suposta paralisia histérica. Este seria um ponto em que podemos localizar o início da abertura de um campo de investigação. Isso, porque, até então, para se comprovar a possibilidade de ocorrência de simulação histérica era preciso identificar o psíquico com o consciente, procedimento que para Freud impedia a elaboração de sua nosografia. Queremos dizer que se Charcot e Freud aceitassem a possibilidade de simulação consciente de sintomas, estariam fechando as portas para a perspectiva de um psiquismo para além da consciência. Psiquismo que se manifestava nos sinais negativos ou obstáculos ao raciocínio metodológico que, até o momento, teria apoiado a afirmação da inexistência de um quadro clínico definido.

Freud, nessa obra, apoiando-se nos mecanismos fisiológicos ainda pouco conhecidos do sistema nervoso central e periférico, dirigiu as atenções para a funcionalidade em oposição ao localizacionismo. Alguns exemplos dessa aproximação são os próprios termos utilizados nos textos deste período (1886-88), “histeria masculina”⁷ ou a histeria que é ocasionada por um trauma grave; “*railway spine*” ou “*railway brain*”,⁸ ambos incompatíveis com a etimologia da palavra histeria que é proveniente do prefixo “*hysteros*”,⁹ significando útero. Pensamos ser este um passo notável para o acento da explicação funcional em detrimento da anatômica, considerando que ambos caminhavam na direção de um fenômeno e de uma etiologia desconhecida que, por enquanto, mantinha-se justificada pela noção de hereditariedade.

Certamente esta concepção, especialmente sustentada por Charcot, serviu de base para a construção da definição funcional dos sintomas histéricos. A direção partia da consideração de uma suposta simulação substituindo-a pela definição de uma ordem e de uma lei, caminho que fundaria na obra de Freud uma oportunidade para a teorização do inconsciente. Isto foi reforçado num artigo intitulado *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, de 1893 (data da publicação) que, sabemos hoje, efetivamente começou a ser escrito entre 1886 e 1888, em que comenta a diferenciação dos aspectos orgânicos/anatômicos e dos funcionais da histeria. Na primeira parte desse texto, escrita entre 1886 e 1888, com base nos estudos em paralisias motoras orgânicas ou paralisias cerebrais, Freud chama atenção para o termo “paralisias em representação” (p. 205), evidentemente um contraponto às paralisias cerebrais orgânicas. Dessa forma, conclui que as características da paralisia histérica se apresentam incompatíveis com as de causa orgânica, uma vez que os sintomas histéricos corresponderiam à paralisiação de *funções* motoras em geral sem relação com qualquer acometimento anatômico. Justamente porque os sintomas da paralisia histérica

aparecem dissociados da realidade orgânica, sempre fracionados, mas com grande intensidade e com excessivas manifestações.

Também em *Histeria*, de 1888, Freud faz referência ao caráter fisiológico da doença como modificações do sistema nervoso, embora não apresente uma fórmula que especifique esta consideração, pensamos que pela dificuldade de sua definição nosográfica já que a histeria era pensada como uma totalidade de sintomas não interligáveis entre si, ficando descaracterizada como uma lesão orgânica. Nesta perspectiva descreve ainda a histeria como doença de sintomas físicos -dando especial atenção a estes- mas já incluindo seus aspectos psicológicos, argumentos que revelam os primórdios de seu interesse pelo caráter psíquico da histeria. Diz ele que:

Por outro lado, as modificações psíquicas, que devem ser assinaladas como o fundamento do estado histérico, ocorrem inteiramente na esfera da atividade cerebral inconsciente, automática. Talvez ainda se possa acentuar que na histeria (como em todas as neuroses) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, e que os pacientes histéricos funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso — excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como irritante, deslocando-se com grande mobilidade dentro do sistema nervoso. (FREUD 1888, p. 86)

No entanto, ressaltamos, no que diz respeito à referência acima à noção de inconsciente, que ela não aponta já para uma particularidade do paciente que poderia ser pensada como suficiente para determinar ou influir no organismo do paciente. Até aqui, notemos, os processos psíquicos inconscientes eram encarados como deficiências *involuntárias* ou automáticas na dinâmica de excitações do sistema nervoso. Porém, desde então esta hipótese, como dito, que inclui os elementos psicológicos na etiologia da histeria, permaneceria ganhando sustentação e acréscimo até o fim das obras de Freud, em nosso entender, sempre concomitante às hipóteses de natureza neurofisiológico. É verdade que posteriormente sofrem reformulações em virtude da consideração das causas acidentais e da teoria do trauma – elementos, em certo sentido, já presentes no verbete *Histeria*, ainda que de forma pouco explorada dada a importância etiológica secundária que ocupavam neste momento.¹⁰

Nesse verbete também encontramos as primeiras declarações sobre o papel da sexualidade no desenvolvimento da doença, não propriamente como um ato genital (o que envolveria os órgãos sexuais e a maturidade física), mas destacando a funcionalidade de sua significação psíquica para o paciente:

Entretanto, tem-se de admitir que as condições *funcionalmente* relacionadas à vida sexual desempenham importante papel na etiologia da histeria (assim como na de todas as neuroses), e isto se dá em virtude da elevada significação psíquica dessa função, especialmente no sexo feminino (FREUD 1888, p.87.)

É importante acrescentar que todas estas abordagens iniciais de constituição de um estatuto da histeria foram concebidas por ocasião do primeiro método de tratamento, a hipnose. Nele, o processo de cura seria, de acordo com a explanação do seu procedimento no verbete *Histeria*, a terceira e última tarefa a ser realizada, reconhecendo que o tratamento dos sintomas histéricos isolados não ofereceria perspectiva de êxito, pois sem eliminar a disposição histérica reapareciam ou seriam substituídos por novos. Portanto, Freud propõe como tratamento direto, um tipo de remoção das fontes psíquicas que influenciavam os sintomas histéricos, através da sugestão hipnótica, com o intuito de provocar a erradicação das fontes psíquicas que estimulam os sintomas (FREUD 1888).

Estas fontes estimuladoras compreendiam situações familiares traumáticas concernentes ao sexual, sempre reconhecidas como ocasiões que desencadeavam o distúrbio psíquico. Considera a hipnose o método mais apropriado para a histeria, pois utiliza o mesmo argumento formador do sintoma para destituí-lo de sua força materializadora. Esta consideração se baseia nas observações de ocasiões em que ocorre a remoção de sintomas sob a influência de um motivo psíquico suficiente, tais como a influência de excitação moral, de um susto ou de uma grande expectativa.

A partir daí há uma primeira definição de possibilidade de cura¹¹ apoiada na adoção de um método: a tentativa de eliminação dos sintomas através da remoção de suas fontes psíquicas, que quando ocorre de fato, sustenta o sucesso do tratamento. Esta perspectiva curativa certamente está relacionada a uma concepção médica comum de tratamento dos sintomas pela remoção de suas fontes, contudo por outra via que até então era rechaçada, a de uma terapêutica sugestiva. Freud comenta como seria capaz de remover os sintomas com a prática da sugestão hipnótica, alcançando a chamada “vida ideativa inconsciente” (FREUD 1888, p. 93). Contudo, apesar desta consideração de uma fonte psíquica desconhecida influenciando o surgimento dos sintomas, ela portava até então um papel secundário em relação à aplicação do método de cura. Não estava ainda inteiramente relacionada com a concepção de uma divisão da consciência, que só foi concebida e elaborada posteriormente em 1894, já acompanhada de uma incipiente teoria da repressão. Também estava distante do que foi instituído a partir de 1900, como a hipótese de uma distinção entre dois diferentes modos de funcionamento psíquico, a saber, os processos primário e secundário.¹² Embora seja verdade que a expressão “vida ideativa inconsciente” não seria posteriormente utilizada por Freud, talvez porque servisse apenas para acentuar a contraposição à esfera consciente.

Como ressalta Jones, um ano depois (1889), Freud assistiu aos experimentos de Bernheim com o objetivo de aperfeiçoar a técnica hipnótica, ocasião em que sustentou ainda mais a possibilidade de processos mentais “escondidos da consciência dos homens”.¹³ Pensamos que a constatação de processos mentais ocorrendo para além do domínio consciente acarretou, nesta altura, mesmo que com importância secundária em relação ao estudo dos mecanismos fisiológicos e teoria genética da histeria, a possibilidade de um direcionamento peculiar para sua teoria psicanalítica, ainda mais se considerarmos a importância que teve na elaboração de conceitos como resistência, repressão, sexualidade e transferência.

Avançando, em sua *Resenha de hipnotismo de August Forel*, de 1889, Freud rebate a opinião de opositores ao uso da hipnose, particularmente quando denunciam a sugestão como prejudicial. Também nela aponta para a existência de mecanismos psíquicos e até mesmo culturais na formação do sintoma histérico, por conta do que devem ser considerados na ocasião do tratamento. Afirma também que, em primeiro lugar, há o fato de a sugestão ser realizada por qualquer médico, pois o faz por meio de sua personalidade e influência por meio de palavras mediante sua autoridade. Sendo assim defende que, de fato, seria mais interessante que utilizasse esta influência de forma sistemática e positiva a fim de manejar o tratamento ao invés de tropeçar inadvertidamente nela.

Inclusive, ressalta que desde épocas em que a memória não alcança, “Todos nós estamos dando sugestões constantemente”,¹⁴ ou seja, a prática sugestiva que visava à supressão das fontes psíquicas dos sintomas da doença histérica, encontraria justificativa em sua presença na educação social dos seres humanos desde os primórdios. Sobre isso ainda acrescenta que estava baseada:

(...) numa repressão de idéias e motivações impróprias e na sua substituição por outras melhores; e que, diariamente, a vida produz em todas as pessoas efeitos psíquicos que, ainda que as atinjam no seu estado de vigília, nelas produzem

modificações muito mais intensas do que aquelas produzidas pela sugestão do médico que tenta eliminar uma idéia penosa ou angustiante, usando a eficácia de uma contra-ideia (Freud 1889, p. 132).

Ressaltamos aqui a relação do tratamento e da educação social quanto à substituição do *impróprio através de uma contra-ideia*. Com isso identificamos, claro que precocemente, uma intuição primária tanto acerca da importância da influência do médico, como de uma repressão operante. Por ora, a *repressão de sentimentos*, nomeada já no texto de 1889, é apenas concebida como um distúrbio psíquico semelhante a inibições da *atividade da vontade* e alterações no *curso e associação de idéias*, definidos como alterações na distribuição normal de quantidades de excitação do sistema nervoso.

Se prosseguirmos linearmente as leituras de Freud, encontramos declarações sobre as dificuldades em promover e sustentar em seus pacientes o estado hipnótico profundo de que necessitava para obter a eliminação dos sintomas. Por conta disso, em seu estudo autobiográfico, rememora a ocasião de sua visita a Bernheim, sobre um caso irresolúvel, que logo esbarrara em seus limites. Declara: “ela sempre recaía após breve tempo, e em minha ignorância eu atribuía isso ao fato de que sua hipnose jamais alcançara a fase de sonambulismo com amnésia. Bernheim tentou então várias vezes provocar isso, mas ele também fracassou”.¹⁵

Quanto ao fato, Jones acrescenta que Freud “Aprendeu nesse caso que a razão pela qual tantos efeitos benéficos da sugestão hipnótica são transitórios é que eles são realizados pelo paciente a fim de agradar ao médico, e por isso estão prontos a desaparecer quando o contato é eliminado” (JONES 1989, p. 246). Ou seja, se refere a uma relação muito particular que somente anos depois receberia destaque, ressaltando a importância da presença do médico e do alcance da sua influência psicológica no tratamento, conseqüentemente, de sua posição como agente promotor e direcionador do processo de cura.

Para avançar na problematização em torno da hipnose também recorreremos à obra *Tratamento psíquico (ou anímico)*, de 1890, em que ressalvas ao método foram admitidas textualmente. Neste texto, Freud insiste na associação desta forma de tratamento à figura do médico, apresentando esboços de idéias que mais tarde foram formalizadas sob o nome de transferência, por enquanto entendida como a importância da relação deste com o paciente no processo de aplicação do método e da cura dele esperada. Por exemplo, comenta que sua conduta deve ser influenciada pelo movimento anímico do paciente, ou seja, por seu posicionamento em relação aos relatos de fatos de sua própria história, que podem ser obtidos por meio de uma entrevista de anamnese, inclusive com seus familiares. Por conta disso reconhece que a cura dependeria em muito da idéia que o paciente tem do médico, do poder que lhe atribui e até da simpatia que este desperta.

Esta constatação se configura, em nosso entender, como a primeira participação do paciente em seu processo de cura reconhecida por Freud, isto é, nessa obra admite um elemento de contrapartida do paciente no processo terapêutico, do qual dependeria sua ação dali em diante. Esta participação com a qual Freud teria que lidar também acarretou complicações para as tentativas de eliminar as fontes psíquicas dos sintomas, para a promoção da cura, pois o elemento do arbítrio do paciente se encontraria além das fronteiras do seu saber, sendo que mesmo podendo influenciá-lo, este “elemento da vontade”¹⁶ em sua origem permaneceria imprevisível e administrável. É interessante notar que a consideração negativa acerca da volição se aplica ao seu aspecto consciente, ou seja, trata-se de uma vontade *contra a consciência*.

Freud apresenta situações em que a ação sugestiva não funciona a não ser em comandos leves, como se mexer ou morder uma pêssego, mas no caso de mandar uma moça

prudica despir-se, ela não consegue se livrar de seu pudor; apega-se a ele, pois lhe parece um grande sacrifício se desfazer de seus sintomas (FREUD, 1890). Comenta:

(...) quando lidamos com um doente e o impelimos, através da sugestão, a renunciar a sua doença, notamos que isso significa para ele um grande sacrifício, e não uma pequena oferenda. O poder da sugestão confronta-se aqui com a força que criou e mantém os fenômenos patológicos, e a experiência mostra que esta é de uma ordem de grandeza muito diferente da que caracteriza a influência hipnótica. O mesmo doente que se resigna com perfeita docilidade em qualquer situação onírica que lhe seja sugerida, desde que não seja francamente escandalosa, pode ficar completamente rebelde a uma sugestão que o prive, digamos, de sua paralisia imaginária (FREUD 1890, p. 287).

Se até então havia uma esfera automática inconsciente, permeada já por idéias, Freud se vê obrigado a arcar com as conseqüências do reconhecimento de uma *força* de grandeza diversa e oposta à mobilizada pela sugestão que se posiciona contrariamente às tentativas de cura pela mera substituição de “fontes psíquicas impróprias”.¹⁷

Estes obstáculos constatados, além de incentivarem a problematização do método quanto ao alcance de sua eficácia na eliminação dos sintomas, dão adicionalmente início e estímulo ao questionamento sobre as *forças* que estariam agindo para manter e sustentar a doença. Por conta disso a perspectiva de Freud segue sendo não simplesmente a da tentativa de eliminar o mal-estar com uma ordem sugestiva, mas de identificar mecanismos que exigiam um trabalho maior nos entremeios para se chegar à cura. Havia um elemento misterioso que se destacava, como argumenta Freud:

Acresce ainda que, na clínica, justamente os pacientes neuróticos, em sua maioria, e que são difíceis de hipnotizar, de modo que a luta contra as forças poderosas com que a doença se consolidou na vida anímica tem de ser travada, não com a totalidade da influência hipnótica, mas apenas com um fragmento dela. (...) A sugestão, portanto, não constitui de antemão a certeza de uma vitória sobre a doença tão logo se consiga a hipnose, ou mesmo a hipnose profunda. Falta ainda travar uma outra batalha, cujo desfecho é amiúde muito incerto (FREUD 1890, p. 287).

Nesta espécie de seleção de sugestões hipnóticas a serem acatadas pelo paciente e confrontadas com uma força poderosa que mantém os fenômenos patológicos, nos chama a atenção a semelhança dos comentários que Freud teceu mais tarde, em 1895, e em textos posteriores sobre o mecanismo da resistência. Não resta dúvida quanto a já se tratar de um reconhecimento precoce da resistência à cura, ou quanto a uma de suas nuances, anunciada em sua característica de resistir à tentativa de emancipação do sintoma que, possivelmente, podemos inferir deveria ser manejada apenas com o *fragmento* da relação médico e paciente. Embora saibamos que tanto a transferência quanto a resistência ganhariam a importância de conceitos elaborados somente anos depois e, em épocas distintas, podemos dizer que seus estados primários estavam presentes simultaneamente nesta época, pois percebemos que nesta obra aparecem como funções notáveis e presentes na relação clínica e nas elaborações teóricas de Freud. Estas constatações suscitam o reconhecimento de que ambas noções de fato não receberam aqui elaboração mais acurada, mas que já estavam manifestadas como condições de possibilidade para sua futura elaboração.

Seguindo em frente, em seu *Extrato das notas de rodapé de Freud à sua tradução das conferências das terças-feiras de Charcot*, de 1892-94, Freud dá claras explicações sobre este mecanismo psíquico, o que nos permite relacioná-las ao início das teorizações sobre a instância

inconsciente que comportaria uma espécie de autonomia do psiquismo. Autonomia inclusive em relação à “vontade de cura” (consciente) do paciente bem como de seu médico, que inclusive foi ilustrada com a produção onírica, como declara:

Nisso podemos suspeitar da existência de uma conexão que nos permite uma profunda compreensão interna do mecanismo dos estados histéricos. Nos delírios histéricos, emerge um material sob a forma de idéias e impulsos à ação que a pessoa, em seu estado sadio, rechaçou e inibiu — muitas vezes, inibiu mediante um grande esforço psíquico. Algo parecido aplica-se a muitos sonhos, que desfiavam associações adicionais que foram rejeitadas ou interrompidas durante o dia. Foi nesse fato que baseei a teoria da “contravontade histérica”, que abrange um bom número de sintomas histéricos (Freud 1892-4, p. 180) (FREUD 1892-1892, p. 180)

Trata-se de elaborações teóricas relativas ao registro duplo das representações e dos afetos, de uma espécie de divisão da consciência que seria claramente definida em *Neuropsychoses de defesa*, de 1894, e ganharia crescente atenção ao longo dos anos, contribuindo na formação do conceito de repressão, ainda em elaboração. Portanto, se a intenção de definir conceitualmente o destino das idéias inibidas ainda não está explicitamente declarada, assim mesmo nos deparamos com a possibilidade de maior precisão teórica para a nomeada *parte sombria* do psiquismo na histeria. Desta forma, começa a ser delineado o campo para a construção do que seria a instância inconsciente para Freud, com todos os elementos presentes, como as peculiaridades da vida anímica do paciente responsáveis pelos obstáculos à hipnose, a importância da influência do médico e a confiança que desperta para que o paciente se engaje no tratamento (a ponto de “travar uma luta” com as forças psíquicas que mantêm o sintoma, como a contravontade e a resistência na cooperação da própria cura).

Ocorre adicionalmente, com a passagem do método que empregava o hipnotismo para a associação livre, uma revisão ou transformação no objetivo de cura, que vai da remoção dos sintomas pura e simplesmente, para uma interpretação dos sintomas, em busca de um sentido camuflado por uma resistência, um entrave inconsciente ou *contra a vontade* ao propósito de eliminação das fontes psíquicas do sintoma. Uma novidade fica apontada: Freud abre um campo para relativização da sua metodologia de pesquisa, incentivando a demanda de seus pacientes em relação aos benefícios terapêuticos que obteriam ao falar mais, fazendo o tratamento durar, e adiando seu término eficiente em que o laço entre médico e paciente se desfaz.

Esta é, entendemos, uma das condições para que Freud cedesse à crescente relevância do papel do paciente bem como do seu, como direcionador do processo de cura, na nova relação que se estabelecia na clínica, percebendo assim que a forma de abordagem do sintoma teria que seguir, entre outros caminhos, o da investigação do inconsciente. Imperativo que fazia levar adiante a elaboração de seu estatuto, o que não pôde ser feito, senão a partir do reconhecimento do enlaçamento e relações recíprocas de noções como sexualidade, resistência/contravontade e transferência. Noções que, como procuramos demonstrar, se mostraram imprescindíveis no percurso de investigação e construção do conceito de inconsciente freudiano.

Referências bibliográficas

FREUD, Sigmund. Obras completas. R. J.: Imago, CD ROM, 1969-80.
 _____(1886) *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. R. J.: Imago, vol I., 1969.

- _____ (1886) *Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico*. R. J.: Imago, vol I., 1969.
- _____ (1888) *Histeria*. R. J.: Imago, v. I. 1969.
- _____ (1891) *Resenha de hipnotismo de August Forel*. R. J.: Imago, vol I, 1969.
- _____ (1892) *Um caso de cura pelo hipnotismo*. R. J.: Imago, v. I. 1969.
- _____ (1892 -94) *Extrato das notas de rodapé de Freud à sua tradução das conferências das terças-feiras de Charcot*. R. J.: Imago, v. I. 1969.
- _____ (1893) *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. R. J.: Imago, vol I., 1969.
- _____ (1894) *As neuropsicoses de defesa*. R. J.: Imago, v. III. 1969.
- _____ (1900) *Interpretação de sonhos*. R. J.: Imago, v. IV. 1969.
- _____ (1905) *Tratamento psíquico ou anímico*. R. J.: Imago, vol VII. 1969.
- _____ (1909) *Cinco lições de psicanálise*. R. J.: Imago, v. XVI, 1969
- _____ (1914a) *A história do movimento psicanalítico*. R. J.: Imago, v. XII, 1969.
- _____ (1925) *Um estudo autobiográfico*. R. J.: Imago, v. XVI, 1969.

Notas

¹ O título faz referência à dissertação de mestrado *Transitoriedade e permanência na construção dos conceitos freudianos* (2006), na qual a autora descreveu o movimento de articulação dos conceitos constituintes da psicanálise freudiana, principalmente os da resistência e transferência.

² Como inspiração seguimos os comentários da obra *Freud: o movimento de um pensamento*, em que L. R. Monzani refere-se a um texto, *Conceitos psicanalíticos e a teoria estrutural*, de Arlow e Brenner, onde estaria sustentada de forma clara uma incompatibilidade identificada nos textos de Freud referente às suas duas tópicas. Eles afirmam, por exemplo, uma certa descontinuidade entre a teoria topográfica e a teoria estrutural. Esta afirmação dividiria duas épocas da produção freudiana em que os conceitos elaborados se mostrariam incompatíveis, identificando diferenças de importância crucial que sustentariam uma ruptura.

³ FREUD. *A história do movimento psicanalítico*. (1914), p.26.

⁴ STRACHEY, James. Volume XIV das *Obras completas de Sigmund Freud*. (1969), p.168.

⁵ Este texto consta nas obras completas como publicado em 1905, embora sendo esta a data de sua terceira edição, foi de fato publicado pela primeira vez em 1890, sem modificações de uma edição à outra segundo o editor Strachey. De acordo com seus comentários nas notas antecedentes ao texto da edição Standard, esta primeira publicação data de 1890 na editora alemã *Die Gesundheit*, a segunda edição em 1900, e a terceira em 1905. Desta forma justifica: “Até 1966, afirmava-se invariavelmente que esse artigo datava de 1905 (recebera na Ed. Standard a data de 1905b.), uma vez que só se examinara a edição de 1905 de *Die Gesundheit*. Sabe-se agora que, na verdade, essa fora a terceira edição, embora os organizadores do trabalho tenham deixado de fornecer tal indicação. (...) O texto foi reimpresso sem alterações na segunda e terceira edições do trabalho, ocupando no primeiro volume as mesmas páginas em que constara na primeira edição.” (STRACHEY, 1969, vol VII, p. 269). Por isso, nesta pesquisa, o recurso a seus argumentos, bem como suas citações, serão referidas ao ano de 1890.

⁶ Do alemão: *gegenwillen*. Definido pela primeira vez no texto *Um caso de cura pelo hipnotismo com alguns comentários sobre a origem dos sintomas histéricos através da contravontade* (1892-93). Artigo que teria sido publicado quase na mesma época da *Comunicação preliminar* (1893) de Breuer e Freud.

⁷ *Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico*, de 1886, p. 61.

⁸ *Histeria*, de 1888, p. 88.

⁹ Do grego: *hystéra; hustéra*. Houaiss (versão eletrônica), 2004.

¹⁰ Futuramente, (1894 – 1896) Freud promove uma inversão da importância etiológica da Histeria, destacando a significação psíquica da sexualidade como determinação e principal causa do sintoma histérico.

¹¹ Não há em Freud uma noção de cura única ou compacta, assim como acontece com sua teorização dos mecanismos psíquicos como a transferência, resistência e do papel etiológico da sexualidade na histeria. Por conta disso apresentaremos nesta pesquisa as rearticulações do que chamamos de “noções de cura” a partir da

transição dos métodos, destacando alguns pontos de seu desenvolvimento em que há uma definição clara, mesmo que momentânea, de seus respectivos objetivos terapêuticos específicos para a promoção da cura.

¹² Sobre estes dois processos ver *Interpretação de sonhos* (1900).

¹³ JONES, Ernest. *Sigmund Freud: vida e obra*. (1989), p.245. A citação completa de Freud está no texto *Um estudo autobiográfico* (1925): “Eu era um espectador dos assombrosos experimentos de Bernheim em seus pacientes do hospital, e tive a mais profunda impressão da possibilidade de que poderia haver poderosos processos mentais que, não obstante, permaneciam escondidos da consciência dos homens” (FREUD, 1925, p. 87).

¹⁴ FREUD. *Resenha de hipnotismo de August Forel* (1889), p. 132.

¹⁵ Idem, p.25.

¹⁶ Identificado em 1892 como uma “fraqueza da vontade” ou “contravontade”, na obra *Um caso de cura pelo hipnotismo*.

¹⁷ Refere-se a “(...) numa repressão de idéias e motivações impróprias e na sua substituição por outras melhores;”. FREUD. *Resenha de hipnotismo de August Forel*. (1889), p. 132.

Recebido em 25/04/2008

Aprovado em 10/06/2008