



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**MARIANA OLIVEIRA DO RÊGO**

**AS PARTICULARIDADES DA TRANSFERÊNCIA NA NEUROSE  
OBSESSIVA**

Fortaleza, agosto de 2012

MARIANA OLIVEIRA DO RÊGO

AS PARTICULARIDADES DA TRANSFERÊNCIA NA NEUROSE OBSESSIVA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Psicanálise, práticas clínicas e epistemologias das psicologias.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas

FORTALEZA (CE)  
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

---

R268p

Rêgo, Mariana Oliveira do.

As particularidades da transferência na neurose obsessiva / Mariana Oliveira do Rêgo. – 2012.  
110 f. : il., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Psicanálise, práticas clínicas e epistemologia das psicologias.

Orientação: Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas.

1. Metapsicologia. 2. Neuróticos – Transferência. 3. Transtorno obsessivo-compulsivo. I. Título.

---

CDD 362.25

MARIANA OLIVEIRA DO RÊGO

AS PARTICULARIDADES DA TRANSFERÊNCIA NA NEUROSE OBSESSIVA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Ricardo L.L. Barrocas (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Celina Lima Peixoto  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof. Dr. Antônio Cristian Saraiva Paiva  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*Àqueles que persistem e acreditam na  
clínica, aqui entendida em todas as suas  
acepções.*

## AGRADECIMENTOS

O tempo dos agradecimentos sempre é marcado pela sensação de não se saber o que dizer, mesmo quando há um enorme espectro de pessoas que contribuíram, de uma forma ou outra, para a concretização deste trabalho.

Apesar disso, gostaria de fazer menções a algumas pessoas que foram muito importantes para a concretização desta pesquisa. Agradeço à minha família, em especial à minha mãe Ana Maria, ao meu irmão Marcos César, às tias Fátima e Socorro e à avó Lourdes, que me deram o alicerce pessoal e afetivo que possibilitou o bom andamento da dissertação.

No campo acadêmico, largos agradecimentos ao Ricardo que, mais que um professor e orientador, sempre foi um grande amigo que me ajudou no difícil, porém empolgante, caminho da compreensão da construção do conhecimento. Terei sempre comigo esses preciosos ensinamentos epistemológicos, que servem como farol em um contexto no qual a técnica fria, isenta de reflexão, é cada vez mais freqüente.

Ao professor Cristian Paiva, que desde a época da monografia se mostrou dedicado e solícito para com o meu trabalho, meus sinceros agradecimentos. À professora Celina Peixoto, a quem não conhecia, meu obrigada pelas argutas e delicadas considerações em relação a alguns pontos problemáticos da dissertação. Também gostaria de mencionar a professora Karla Patrícia Martins, que contribuiu com o trabalho durante o exame de qualificação.

No que se refere à estrutura institucional, que propiciou um bom percurso não só para mim, mas também para os demais mestrados, gostaria de citar os professores Cássio Aquino e Veriana Colaço, cujas gestões como coordenadores do mestrado foram muito acolhedoras com os estudantes. Tal acolhimento, entretanto, não estaria completo sem a simpatia e a eficiência do Helder, secretário do mestrado, que não raro desenvolvia atividades que não eram sequer de sua alçada para facilitar a nossa vida.

O percurso de mestrado, apesar da aridez que muitos fazem questão de ressaltar, também nos traz presentes: fazemos colegas e também amigos! Agradeço aos meus colegas de mestrado, em especial ao Osvaldinho Martins, à Julianna Chaves e à Kelly Albuquerque, pela convivência, pelas risadas proporcionadas e mesmo pela interlocução cujos frutos podem, certamente, ser vistos nesse trabalho.

Aos amigos psicólogos (alguns deles não mais), meu reconhecimento pela convivência de cinco anos e pelas experiências de vida divididas. É sempre um acalanto saber que, a despeito dos rumos que tomemos, sempre terei amigos como Jan Diego de Oliveira, Michelly “Mit” Barreto, Luiza Maria Dias, Beatriz “Bia” Araújo, Rafael “Tigrão” Fernandes e Tiago “Xuxu” Monteiro.

Não esquecerei de citar Rafael Heisel, Yuri Telles e Tatiana Oliveira, com quem desenvolvi grandes laços de amizade proporcionados pelos encontros fortuitos nos corredores do departamento. Obrigada por compartilharem do meu mal-estar (já é muita coisa!) e por terem me ajudado, às vezes mesmo sem saber, a elaborar questões pessoais e acadêmicas.

O período do mestrado, aliás, foi bastante intenso e permeado por elaborações, muitas das quais foram propiciadas pela minha análise, tão bem conduzida pela Regina Faust. Apesar de já ter, por ora, finalizado meu percurso analítico, agradeço a ela pelo trabalho bem feito que, ainda hoje, apresenta resultados (porque o tempo lógico não é cronológico!).

Por fim, gostaria de citar Rebeca Soares, Pedro Henrique Lôbo, Hugo Rogério, Haline Lacerda e Bruno Timbó, que provavelmente não sabem sequer do que se trata este trabalho, mas sempre me escutaram pacientemente nas longas horas nas quais eu falava dele. Foram também eles que me mantiveram em contato com realidades diversas da minha e fizeram o favor de não me levar a sério demais, o que muito me ajudou nas horas difíceis. Eles sempre provam que amigos sonham juntos e se ajudam nos momentos mais adversos, mesmo que seus contextos sejam divergentes.

À CAPES agradeço pelo apoio financeiro à pesquisa.

## RESUMO

RÊGO, Mariana Oliveira. **Particularidades da transferência na neurose obsessiva**, 2012. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Humanidades (Universidade Federal do Ceará, 2012).

A transferência na neurose obsessiva apresenta muitas características que podem se transformar em dificuldades no decorrer do tratamento analítico. Visamos, neste estudo, a analisar tais particularidades e a associá-las à estrutura da própria neurose obsessiva. Essas dificuldades no manejo da transferência do obsessivo se manifestaram para nós na realidade da clínica, da qual extraímos nossa temática, mas, apesar disso, o caso atendido não possuía elementos suficientes para embasar uma pesquisa. Optamos, pois, por abordar a neurose obsessiva e a transferência a partir de um ponto de vista metapsicológico, enfatizando os aspectos dinâmicos e econômicos referentes a cada um desses conceitos. Feito isso, correlacionamos os dados encontrados às dificuldades enfrentadas por Freud em seus principais casos de neurose obsessiva e, ainda, aos percalços por nós encontrados no caso clínico que motivou a pesquisa. Concluímos que o modo particular através do qual o recalque se manifesta na neurose obsessiva (o deslocamento) é responsável por muitos predicados dessa neurose, como a tendência às racionalizações e a formação de comportamentos ritualísticos. Na transferência, os efeitos mais visíveis do deslocamento são as racionalizações constantes e a resistência em associar livremente. Essas manifestações se relacionam também ao caráter ambivalente tão presente nos obsessivos. Com dificuldades em conseguir um destino adequado para as pulsões de amor e ódio, igualmente intensas, o obsessivo adota formações de compromisso como tais resistências, que, ao mesmo tempo em que parecem inócuas, entram a análise por não fazerem com que o sujeito nela se implique. Concluímos que, sendo a transferência uma neurose artificial, é imprescindível que compreendamos as características da neurose em questão, pois estas são responsáveis por dar o tom da transferência.

Palavras-chave: Psicopatologia. Transferência. Neurose obsessiva

## ABSTRACT

RÊGO, Mariana Oliveira. **Particularities of the transference in obsessional neurosis**, 2012, 99pgs. Master's Thesis (Master in Psychology). Centro de Humanidades. Universidade Federal do Ceará, 2012.

The transference in obsessional neurosis has many characteristics that can become difficulties in the course of treatment. We intend to analyze the particularities of this transference and relate them to the obsessional neurosis itself. These difficulties in the handle of the obsessional neurosis's transference emerged from our clinical activity, from which we delimited our subject. In despite of this, the clinical case that we assisted lacked elements to base a study. We decided then to approach the transference and the obsessional neurosis from a metapsychological point of view, emphasizing the dynamic and economic aspects. Then, we correlated the founded data to the difficulties faced by Freud in his main clinical cases of obsessional neurosis and to the difficulties we faced in the course of the treatment that instigated this study. We concluded that the obsessional neurosis particular form of the repression (the displacement) causes most part of the particularities of this neurosis, like rationalization and ritualistic behavior. The most visible effects of the displacement in the transferencial context are the rationalizations and the resistance to associate freely. These manifestations have relation with the ambivalent type present in obsessive patients. These resistances, as the same time seem to be inoffensive, are very disadvantageous to the treatment, since they prevent the patient of engage the treatment. We concluded that, being an artificial neurosis, the transference should be comprehended in relation of the characteristics of the neurosis in question, since that characteristics are responsible for the transference form and manifestation.

**Keywords:** Psychopathology. Transference. Obsessional neurosis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|               |    |
|---------------|----|
| Figura 1..... | 28 |
|---------------|----|

## LISTA DE TABELAS

|               |    |
|---------------|----|
| Tabela 1..... | 22 |
| Tabela 2..... | 54 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....  | 1  |
| 1.1 No início era a clínica.....  | 1  |
| 1.2 Metodologia: percalços da pesquisa.....                                     | 6  |
| 1.3 A metapsicologia.....   | 8  |
| 1.4 Da clínica à metapsicologia.....  | 13 |
| <br>  |    |
| 2. APORTES SOBRE A TRANSFERÊNCIA.....   | 17 |
| 2.1 Os primórdios da clínica psicanalítica: da sugestão à transferência.....    | 17 |
| 2.2 A transferência, fixação e repetição.....                                   | 30 |
| 2.3 Circunscrevendo a transferência .....                                       | 41 |
| <br>  |    |
| 3. NEUROSE OBSESSIVA E AS PARTICULARIDADES DE SUA<br>TRANSFERÊNCIA.....         | 44 |
| 3.1 Breve histórico da neurose obsessiva.....                                   | 44 |
| 3.2 O início da psicanálise: prolegômenos obre a neurose obsessiva.....         | 46 |
| 3.3 Neurose obsessiva: particularidades.....                                    | 49 |
| 3.4 O Homem dos Ratos e o deslocamento como vórtice do mecanismo obsessivo..... | 51 |
| 3.5 A racionalização: um resultado particular do processo de deslocamento.....  | 63 |
| 3.6 A ambivalência na neurose obsessiva.....                                    | 71 |
| <br>  |    |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS.....  | 91 |
| <br>  |    |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 94 |

## **1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES**

### **1.1 No início era a clínica...**

Trata-se de um estudo baseado em elementos de um caso clínico sobre as particularidades da transferência na neurose obsessiva. Empreendemos uma análise do tema mediante a perspectiva metapsicológica. O interesse pela temática surgiu quando atendemos um paciente que supusemos ser um neurótico obsessivo.

Tratava-se de um jovem – que doravante chamaremos de Paulo – atormentado por uma série de pequenos e aparentemente inofensivos tiques nervosos. Segundo ele, os tiques aumentavam quando estava sob estresse. Inicialmente, Paulo dizia não se inquietar com seus tiques, todavia alegava: “o incômodo dos familiares me perturba e me instigou a procurar o tratamento”. Enfatizou que apenas a família reclamava de seu tique que nunca foi alvo de comentários por parte dos amigos ou de namoradas. O pai e a mãe do paciente também apresentavam tiques. Ao ser questionado sobre tal, ante a confrontação com o olhar de outrem, afirmou que se perguntava se não haveria nada de errado com ele, já que “as pessoas reparavam tanto”.

Certo dia, um conhecido seu lhe aconselhou a fazer um tratamento com um psiquiatra de renome. Paulo marcou uma consulta, mesmo pagando um valor que considerava muito caro. O médico não diagnosticou nenhum problema de ordem biológica, eliminando inclusive a suspeita de Paulo sobre seus tiques caracterizarem uma síndrome psiquiátrica. O psiquiatra recomendou o tratamento com um psicólogo. Dizendo-se “não ser doido nem doente” e temendo que seus tiques lhe prejudicassem no futuro, principalmente na área profissional, Paulo chegou ao primeiro atendimento conosco.

Nesta época ele e os pais eram recém-chegados a Fortaleza. Tinham-se mudado para o Ceará apenas há cinco meses em virtude da transferência da mãe, funcionária de uma grande empresa pública. O paciente era filho único de um casal que, segundo ele, não se divorciara, por conveniência. Seus pai e mãe dormiam em quartos separados desde sua infância, período em que Paulo passou a dormir na mesma cama que a mãe. Esse comportamento se manteve até a época do tratamento conosco.

Paulo trabalhava em um banco durante meio período e, no tempo restante, se dedicava a freqüentar as aulas da universidade. Ele estava concluindo o terceiro curso

superior e pensava seriamente na possibilidade de uma quarta graduação, em uma área que complementasse as outras e que fosse útil em seu trabalho no banco.

Disse que, quando começou sua segunda graduação, mudou de área por não se identificar tanto com as perspectivas de sua carreira anterior. As graduações seguintes eram em “áreas de conhecimento correlatas, que se complementavam e podiam ser muito úteis em seu trabalho com administração financeira”. Apesar das mudanças de curso, Paulo dizia querer evitar a frustração profissional que percebia nos pais. Ele se mostrava muito preocupado em, “ser bom, em querer saber das coisas”, não só no sentido profissional, mas também no âmbito acadêmico. Demonstrava-se preocupado com o bom desempenho no mercado de trabalho e na Academia, mas, além disso, também queria alcançar excelência em todas as atividades que desempenhava. Segundo ele, “o sucesso profissional seria a condição para obter êxito e estabilidade nos outros setores de sua vida”. O alto padrão de exigência se repetia também nas relações sociais de Paulo, que tentava ser “bom filho, bom amigo e bom namorado”.

Ao ser questionado sobre essa necessidade de “ser bom”, Paulo expôs vários motivos, todos muito racionalizados (mas sempre deixando, como alerta Freud, escapar a verdade por algum poro). Disse que era uma pessoa calma e, quando chateado, costumava guardar a raiva para si ou tentar conversar com a outra parte.

Quanto ao trabalho e aos estudos, diz que eram uma maneira de obter respeito, reconhecimento e bom retorno financeiro. Ser bom filho, a seu ver, era quase uma obrigação para com os pais, (“eles fizeram sempre tudo por mim, deixando, muitas vezes, de fazer coisas para eles mesmos. Devo muito a eles.”), enquanto ser bom colega, amigo e namorado era uma maneira de agradar as pessoas ao seu redor e se fazer útil sempre que possível.

Os esforços de Paulo para ser respeitável em todos os aspectos, no entanto, nem sempre funcionavam. Ele relatou alguns problemas com sua primeira namorada, que chegou a questionar sua sexualidade, o que o teria deixado bastante perturbado. Depois do fim desse relacionamento, Paulo disse ter ficado com várias mulheres e, então, pôde constatar que era “normal” e que não havia nada de errado com ele.

Na época dos atendimentos, Paulo dizia já ter superado as angústias referentes a essa questão, tendo, inclusive, iniciado um novo relacionamento com uma moça cearense, a quem dizia amar muito, embora mesmo depois de algum tempo de namoro, ainda não tivesse mantido relações sexuais com ela (“porque eu respeito o tempo dela”).

Nas primeiras sessões, expusemos ao paciente o método de trabalho, enunciando a regra fundamental. Tentamos também traçar um diagnóstico diferencial: supúnhamos haver uma neurose obsessiva, fato que não pudemos confirmar em virtude do pouco tempo e dos poucos dados que se apresentaram nas sessões. Apesar de não havermos concluído sobre um diagnóstico, os elementos do caso que apontam para essa neurose serão nossos guias nesta pesquisa.

Desde esses encontros iniciais Paulo se mostrava reativo: ao mesmo tempo em que era solícito e afirmava que faria todo o possível para que o tratamento corresse bem, resistia à associação livre e insistia em proferir um discurso pré-fabricado nas sessões, chegando a explicar, uma vez, esse tipo de comportamento: “desse jeito é mais fácil, é melhor para mim”.

Apesar das resistências, continuamos apostando no tratamento. Passadas algumas sessões, Paulo já conseguia fazer certas elaborações sobre sua queixa: “de tanto os outros reclamarem, eu fiquei com vontade de saber, porque, seu eu souber de onde vem isso eu acho que pode parar”. Essa frase era um indício de que o paciente já havia estabelecido algum tipo de transferência positiva, pois estava apostando no tratamento como uma forma de aliviar seu sofrimento.

Paulo associou o aparecimento de sua doença a uma derrocada financeira do pai, que, dentre outros prejuízos, ocasionou o fim do casamento dos pais. Paulo revelou que desde esse período dormia junto à mãe.

À época dos atendimentos a família era mantida principalmente pela renda da mãe (ocupante de um alto cargo no serviço público), já que o pai fazia apenas alguns serviços temporários e, nas palavras do próprio paciente, era “financeiramente desorganizado”. Paulo oscilava entre uma “suspeita de o pai ter outra família” e achar, contudo, que tal “seria quase impossível”.

Não foram muitos os dados significativos recolhidos nos seis meses em que Paulo esteve em tratamento. No entanto, o que era da ordem do não dito foi tão revelador como as informações que o paciente, de bom grado, prestou.

Dentre o que se apresentou nas sessões, podemos destacar alguns pontos que se mostraram tão ricos quanto os dados que o paciente, conscientemente, forneceu no decorrer dos atendimentos. Havia uma grande resistência para com a associação livre: Paulo sempre tendia a uma atitude racional durante as sessões; tentava dar a elas princípio, meio e fim. Uma vez chegou a afirmar: “lá fora eu estava pensando no que eu iria falar aqui hoje, então eu pensei que ia falar isso. Aí eu pensei as coisas que eu ia

falar, as coisas que eu acho que são importantes e que têm a ver com isso; então eu acho melhor falar desse jeito, vou começar falando sobre esse ponto...”.

Outro assunto que merece destaque é a vontade de saber a duração exata da sessão e de determinar a hora na qual terminaria. O próprio fato de querer articular o argumento de sua sessão em princípio, desenvolvimento e fim (tal como ele fazia com seus relatórios profissionais e trabalhos acadêmicos) já era um indicativo que ele desejava controlar o momento de finalizar cada sessão. O fato de não cedermos a tal intento muitas vezes mexia com o paciente a ponto de que ele proferir frases como: “eu já falei tudo que tinha que falar hoje, então acho que já tá bom de acabar, né?”. Além disso, Paulo controlava constantemente a hora em seu relógio de pulso. Quando estava sem este, era frequente nos perguntar, várias vezes, a hora ou mesmo se “já era hora de terminar”. Outro artifício de que ele se utilizava era o de racionalizar seus motivos para finalizar a sessão através de sentenças como: “a gente podia acabar agora, né, porque eu já falei tudo e estou com uma fome danada”. Alegar cansaço e falta de disposição para finalizar a sessão também eram condutas recorrentes.

Outro elemento digno de destaque foram as faltas constantes, sempre justificadas por compromissos profissionais ou acadêmicos. Tais faltas ocorreram justamente em períodos nos quais o paciente estava avançando na análise e nas associações. As ausências funcionavam como obstáculo que rompia com o ritmo da análise, de forma que, quando voltava depois, Paulo retomava, com mais força, seu discurso racional.

Esses empecilhos, emergentes na transferência, remetiam não só a uma resistência ao tratamento, mas a uma agressividade a nós dirigida e a uma ambivalência da qual Paulo talvez nem mesmo fosse cômico. A docilidade e o desejo de ser eficiente findavam por esconder a vontade de manipular as sessões e, de alguma forma, nos hostilizar, mesmo que de forma velada: era o que ocorria quando, por exemplo, Paulo se negava a associar livremente mesmo depois de reiteradas pontuações nossas para que ele falasse, sem julgamento de valor, o que viesse à mente dele no momento.

Nosso contato com o paciente não durou muito: seis meses após iniciar o tratamento, Paulo o interrompeu depois de muitas faltas e atrasos para os atendimentos. Por fim, o paciente decidiu abandonar o tratamento.

Havendo o paciente interrompido seu tratamento, torna-se impossível, para nós, estabelecer um diagnóstico preciso ou mesmo saber o desenrolar da sua neurose. No entanto, as questões trazidas pelo pouco tempo no qual ele esteve em tratamento

permanecem e são dignas de reflexão: por que algumas vezes é tão difícil o manejo da transferência na neurose obsessiva? Quais características peculiares dessa neurose dificultariam o tratamento? É possível traçar alguma estratégia para lidar com esses obstáculos clínicos?

Essas questões serviram de mote para esta pesquisa em vários aspectos. O primeiro é ensejar uma discussão sobre a atualidade e a pertinência da neurose obsessiva enquanto categoria nosográfica. Aquela teve, a partir da publicação do DSM – IV (1994), sua definição pulverizada e seu nome – que fazia referência a um saber analítico – apagado e considerado obsoleto. Em seu lugar, foi acrescentado um transtorno, denominado de obsessivo-compulsivo, que pode ser diagnosticado, segundo o referido manual, por uma série de sintomas (eminentemente comportamentais) estereotipados. Quanto às outras eventuais formas de manifestação da neurose obsessiva, estas foram, também, pulverizadas e enquadradas em algum tipo de transtorno.

Essa tentativa de biologizar e medir a neurose obsessiva, retirando dela o caráter subjetivo e suprimindo a dimensão do desejo, não parece ter surtido muito efeito clínico e terapêutico, já que os casos de pacientes diagnosticados enquanto obsessivos continuam a pulular nos consultórios de psiquiatras, psicólogos, psicanalistas e mesmo em aparelhos de saúde como ambulatorios, CAPS, etc. A classificação da neurose obsessiva enquanto transtorno e o tratamento eminentemente bioquímico parecem não aplacar a ânsia de decifrar o sentido de um sintoma tão particular. Nesse sentido, a centenária neurose obsessiva se mostra cada vez mais atual.

O segundo aspecto relevante é teórico. Como já foi dito, a supracitada neurose continua a se manifestar e a apresentar dificuldades àqueles que empreendem um tratamento. Nesse caso, discutir essa problemática a partir do paradigma freudiano e tentar empreender uma teorização sobre ela poderia gerar reflexões de importância não só teórica, mas também clínica, pois trataremos de entraves que são, frequentemente, causas de resistência ao tratamento e à cura.

Por fim, acreditamos que uma pesquisa como esta possa nos oferecer, também, uma maior compreensão da própria teoria psicanalítica, já que, ao balizarmos a discussão através de excertos de um caso clínico, estaremos caminhando na direção de uma reflexão conceitual sobre os principais fatores referentes à neurose obsessiva e à transferência.

## 1.2. Metodologia: percalços da pesquisa

Como dito anteriormente, pretendemos dissertar sobre as particularidades da transferência na neurose obsessiva, tópico este suscitado por um caso clínico. Nessas circunstâncias, o mais lógico seria empreender um estudo de caso no sentido clássico, como fez Freud.

Na redação de seus cinco principais casos clínicos, Freud analisava detalhadamente os sintomas e os fenômenos de sua formação, ao mesmo tempo em que tentava elaborar, a partir dos dados e das construções oriundas do caso, uma lógica geral aplicável aos pontos teóricos que destacava.

Na elaboração de um estudo oriundo de um caso clínico existem várias singularidades que devem ser destacadas. Uma delas é a dimensão real da clínica que não poderá, de forma alguma, ser compreendida em sua totalidade. Cabe ao analista selecionar os pontos que deseja esclarecer a partir da experiência clínica. A esse respeito, Mezan (1998) nos diz:

A metáfora do mecanismo encobre aquilo que Freud procura descrever na segunda parte do caso publicado, a parte sobre a teoria: é isso que deve ficar claro. Tais processos, mecanismos ou estruturas estão embutidos, são *imanes* ao material, tal como este se revela na fala. Esse é outro pressuposto: o mecanismo está *dentro* daquilo que é dito. (p. 170)

A função do analista, neste sentido, seria não somente descrever o caso clínico, mas decantar os mecanismos inconscientes relevantes em alguns aspectos considerados. Se o material de pesquisa e a lógica do inconsciente já estão presentes na fala do analisante, cabe ao analista selecionar os pontos mais importantes e conferir a eles inteligibilidade. Eis, então, o duplo cuidado que se deve tomar ao trabalhar com um escrito desse tipo: descrever fenômenos, selecioná-los e, ainda, produzir através deles

um saber que possa desvendar o modo de funcionamento inerente às questões estudadas.

Freud procedeu dessa maneira em seus principais casos: com Dora, privilegiou a questão da identificação histórica, ilustrada pela relação de Dora com a Sra. K<sup>1</sup>; com Hans<sup>2</sup>, enfocou as etapas do Édipo e como aquelas estariam relacionadas à formação de uma fobia; com o Homem dos Ratos tinha como objetivo estabelecer as bases teóricas referentes à neurose obsessiva enquanto um tipo específico de neurose; com o Homem dos Lobos, conduziu o texto de maneira a nuançar a importância das fantasias infantis na formação dos sintomas e a utilidade clínica das construções em análise; por fim, quando considerou o livro *Memórias de um neuropata* de Schreber, Freud enfatizou aspectos relacionados à construção do delírio paranóico;.

Tentando desenvolver um trabalho nesse sentido, poderíamos empreender um estudo de caso clínico no sentido estrito que Freud nos ensinou, ou seja, tecendo conexões entre a história de vida do paciente e as teias associativas por ele construídas durante o tratamento. Todavia, teríamos ainda que proceder – como também fez Freud – em prol da manutenção do sigilo da identidade desse paciente.

Para tanto, poderíamos fazer uso de vários artifícios, como a troca de nomes próprios, de nomes de lugares, de datas, dentre outras possibilidades, desde que fosse mantida a mesma lógica de relação entre eles (conferir essa inteligibilidade é o mais relevante quando da escrita de um caso clínico). O próprio Freud, no prefácio do Caso Dora (1996 [1905e]), faz essa ressalva: quando da escrita e da construção desse tipo de texto, o fundamental não é a manutenção das falas exatas do paciente nem o apego desmesurado às condições de realidade material, mas seguir uma lógica que permita, ao mesmo tempo, que se compreenda o sentido do sintoma e de sua formação e que, por outro lado, possa ocultar certos dados do paciente. Tal serve para que não se desfaçam as condições de sigilo.

---

<sup>1</sup> Freud, no pós-escrito do caso, pondera se a vinculação de Dora à Sra. K não seria mais mediada por moções pulsionais amorosas que por uma identificação, hipótese esta na qual se via mais propenso a acreditar. Acrescenta, ainda, que talvez o caso tivesse tomado outros rumos se tivesse percebido esse aspecto (e a maneira como isso repercutia na transferência) em vez de insistir na hipótese da Sra. K como uma rival e do Sr. K como o objeto de desejo de Dora.

<sup>2</sup> Vale ressaltar que Hans e Schreber não foram pacientes tratados por Freud. No caso do primeiro, Freud atuou como supervisor de uma análise conduzida pelo pai do pequeno Hans. Quanto a Schreber, o autor retirou da autobiografia deste – *Memórias de um Doente dos Nervos* – os elementos que o levaram a teorizar o mecanismo da formação paranóica.

Se nos guiássemos por essa lógica, não só seríamos congruentes com a psicanálise enquanto ferramenta de pesquisa, como também poderíamos extrair, da análise detalhada de um só caso, alguns conhecimentos que poderiam ser úteis à clínica da neurose obsessiva de uma maneira mais abrangente. Era esse o nosso objetivo ao início desta pesquisa de dissertação.

Dada a importância da metapsicologia para nossa pesquisa, faremos uma pequena digressão para situá-la antes de enunciarmos nosso posicionamento frente às problemáticas metodológicas deste trabalho.

### **1.3 A Metapsicologia**

Sabe-se que o início das atividades clínicas de Freud foi demarcado pelo tratamento das chamadas “doenças nervosas”, principalmente da histeria. À época, ele se restringia à aplicação das técnicas tradicionais, dentre as quais a sugestão e a hipnose eram as principais, para tratar os fenômenos histéricos. A prática clínica, no entanto, fez com que Freud se apercebesse de uma série de fenômenos inconscientes que não podiam ser explicados pelo saber científico então disponível. Isso o levou a criar, não sem percalços, um novo método. Tal, nascido ao fim do século XIX, foi denominado por seu criador de psicanálise. Esta, no entanto, não se restringia apenas à dimensão terapêutica. Como definem, sinteticamente, Laplanche & Pontalis (2001), psicanálise é uma

Disciplina fundada por Freud e na qual podemos, como ele, distinguir três níveis:

A) Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do sujeito, que são a garantia da validade da interpretação. [...]

- B) Um método psicoterápico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. O emprego da psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico está ligado a este sentido; [...]
- C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e tratamento. (p. 384 – 385)

É a essa última dimensão, mais abstrata e teórica, a que se refere a metapsicologia. Esta se configura não apenas como um conjunto de construtos teóricos, mas também como o instrumento epistemológico, por excelência, que possui suas próprias normas de investigação e produção do saber, enfatizando as dimensões tópica, econômica e dinâmica do aparelho psíquico.

Nessas circunstâncias, qual seria o estatuto epistemológico de um saber que está alicerçado sobre fenômenos inconscientes, que não podem ser observados em uma materialidade ou mesmo mensurados? Para Freud, a resposta a essa questão era bastante clara: a psicanálise seria uma *Naturwissenschaft*. Essa ideia é apresentada, pela primeira vez, no texto *Projeto para uma psicologia científica*, escrito em 1895 e publicado postumamente. Embora algumas contribuições dessa obra – considerada pré-psicanalítica – sejam superadas no decorrer do trabalho de Freud, a noção de psicanálise como ciência natural permanece.

Sustentar a psicanálise no patamar de uma *Naturwissenschaft* exigiu que Freud empreendesse uma deformação do que seria a definição de uma ciência da natureza. Embora mantenha resquícios positivistas em seu método (ASSOUN, 1983), Freud precisa empreender muitas distorções a fim de adequar as ganas científicas da psicanálise e as peculiaridades de seu objeto de estudo a um modelo de ciência natural. Ele fala sobre esse ponto no famoso trecho introdutório de *Pulsões e destinos da pulsão*<sup>3</sup>:

---

<sup>3</sup> Temos, atualmente, três traduções das obras de Freud disponíveis em português. A mais famosa é a Edição Standard Brasileira (da editora Imago), que contempla a maioria dos textos de Freud e foi traduzida da versão inglesa. Temos, ainda, a tradução de Luiz Alberto Hanns (Imago), que foi feita diretamente do alemão e contempla apenas os principais trabalhos metapsicológicos (como os *Artigos de Metapsicologia*, o *Eu e o Id*, dentre outros). Por fim, há a versão de Paulo César Souza (da editora Companhia das Letras), que também foi traduzida diretamente do alemão e pretende publicar todas as obras de Freud a partir de uma ordem cronológica. No entanto, o trabalho ainda está em fase de

Ouvimos muitas vezes a opinião de que uma ciência deve se edificar sobre conceitos básicos claros e precisamente definidos, mas, na realidade, nenhuma ciência, nem mesmo a mais exata, começa com tais definições. O verdadeiro início da atividade científica consiste muito mais na descrição de fenômenos que são em seguida agrupados, ordenados e correlacionados entre si. Além disso, é inevitável que, já ao descrever o material, apliquemos sobre ele algumas ideias abstratas obtidas não só a partir das novas experiências, mas também oriundas de outras fontes. Tais ideias iniciais – os futuros conceitos básicos da ciência – se tornam ainda mais indispensáveis quando mais tarde se trabalha sobre os dados observados. No princípio, as ideias devem conter certo grau de indefinição, e ainda não é possível pensar numa delimitação clara de seu conteúdo. Enquanto elas permanecem neste estado, podemos concordar sobre seu significado remetendo-nos repetidamente ao *material experiencial* [grifo nosso] a partir do qual elas aparentemente foram derivadas; contudo, na realidade, esse material já estava subordinado a elas. Em rigor, essas ideias iniciais possuem o caráter de convenções. Entretanto, é preciso que não tenham sido escolhidas arbitrariamente, e sim determinadas pelas *relações significativas* [grifo nosso] que mantêm com o material empírico. É comum que imaginemos poder intuir tais relações antes mesmo de podermos caracterizá-las e demonstrá-las, mas só depois de termos investigado mais a fundo determinado campo de fenômenos é que podemos formular com mais precisão seus conceitos básicos e modificá-los progressivamente, até que se tornem amplamente utilizáveis e, portanto, livres de contradição. É apenas então que talvez tenha chegado a hora de confinar os conceitos em definições. Entretanto, o progresso do conhecimento não suporta que tais definições sejam rígidas, e como ilustra de modo admirável o exemplo

---

elaboração e ainda não se dispõe de todos os textos. Dentre essas três versões disponíveis, preferimos utilizar, sempre que possível, a de Luiz Hanns, que achamos ser mais fiel – apesar de ainda manter, por exemplo, o pronome latino *Id* para designar o *das Es* freudiano – aos textos originais. Quando citarmos um texto que não esteja disponível nessa tradução, optaremos pela versão da Edição Standard (que pensamos estar bastante semelhante à tradução de Paulo César Souza, com a vantagem de ter todos os textos já publicados). Seguindo essa lógica, a tradução do artigo metapsicológico sobre pulsões, citado acima, foi extraído da versão de Luiz Hanns.

da física, mesmo os “conceitos básicos” que já foram fixados em definições também sofrem uma constante modificação de conteúdo. (FREUD, 2004 [1915], p. 145)

Como vimos no excerto acima, Freud se utiliza de um modelo pautado na observação, na experimentação, na descrição e no agrupamento de fenômenos. No entanto, quando fala em enfatizar as relações significativas, já demonstra que o foco de seu trabalho não é, ao contrário das ciências naturais, o fenômeno concreto que pode ser reproduzido sob determinadas condições, mas a inteligibilidade lógica – construída através de rigoroso processo de ficcionamento metapsicológico – entre os conceitos e definições principais de seu saber.

Embora não seja nosso objetivo discutir os méritos da cientificidade da psicanálise<sup>4</sup>, acreditamos que nuançar alguns pontos da epistemológica de Freud podem esclarecer algo referente à metapsicologia. Esse posicionamento é bastante peculiar, já que, na sua época, a querela entre *Naturwissenschaften* e *Geisteswissenschaften* – ou, simplesmente, a querela dos métodos – já estava praticamente resolvida (ASSOUN, 1983). O autor, no entanto, optou por considerar a psicanálise enquanto ciência natural porque, para ele, *Naturwissenschaft* era, praticamente, sinônimo de *Wissenschaft* (ASSOUN, 1983; JAPIASSU, 1998)

Se considerarmos a metapsicologia não só como o mecanismo epistemológico próprio à psicanálise, mas também enquanto o construto teórico mais elaborado e abstrato daquela, devemos ponderar que, aqui, o que está em jogo é, principalmente, o método, e não o objeto de estudo em si.

Nesse sentido, o que mais importa não é situar a metapsicologia enquanto *Naturwissenschaft* ou *Geisteswissenschaft*, mas compreendê-la em sua lógica interna. O método metapsicológico, que, a exemplo do modelo químico, decompõe os elementos principais para, depois, compreender o modo de ligação entre eles, trabalha com três unidades básicas de análise: os aspectos tópico, econômico e dinâmico do psiquismo.

O primeiro deles – o tópico – está vinculado às características próprias que regem cada um dos lugares psíquicos (Inconsciente, Consciente e Pré-Consciente, na

---

<sup>4</sup> No que se refere a essa temática, conferir, além dos livros citados, *Inconsciente et verbum: psicanálise, semiótica, ciência, estrutura*, de Waldir Bevidas.

primeira tópica, e Isso<sup>5</sup>, Eu e Supereu, na segunda tópica). Segundo Laplanche & Pontalis (2001), tópica é

Uma teoria ou ponto de vista que supõe uma diferenciação do aparelho psíquico em certo número de sistemas dotados de características ou funções diferentes e dispostos numa certa ordem uns em relação aos outros, o que permite considerá-los metaforicamente como lugares psíquicos de que podemos fornecer uma representação figurada espacialmente. (p.505)

A diferença entre os modos de funcionamento de cada um desses lugares psíquicos acaba gerando conflitos, que são o cerne do aspecto dinâmico da metapsicologia. Ainda segundo Laplanche & Pontalis (2001), dinâmica seria a “qualificação de um ponto de vista que considera os fenômenos psíquicos como resultantes do conflito e da composição de forças que exercem uma certa pressão, sendo essas forças, em última análise, de origem pulsional.” (p. 119)

Essa força pulsional, responsável por investir quantitativamente determinadas ideias, constitui o núcleo do fator econômico do psiquismo, que seria “tudo o que se refere à hipótese de que os processos psíquicos consistem na circulação e repartição de uma energia quantificável (energia pulsional), isto é, suscetível de aumento, diminuição, de equivalências.” (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p. 121)

Dessa maneira a metapsicologia, mesmo não possuindo um laboratório de experimentação, como a Química e a Física, extrai seus conhecimentos de fenômenos inconscientes, cujo real pode ser apenas bordado teoricamente. (CANCINA, 2008). Nesse sentido, teorização metapsicológica precisa se basear em um processo de ficcionamento pautado nos fatores tópico, econômico e dinâmico, expostos acima. Faz-se necessário salientar que, ao falarmos em ficcionamento, isso não implica, de forma alguma, que haja um caráter mítico ou fantástico circundando a teoria. Ao contrário, a ficção é essencial para que o embasamento lógico da metapsicologia fique evidenciado:

---

<sup>5</sup> Apesar das divergências nas traduções, optaremos por utilizar, quando não estivermos citando diretamente nenhum autor, os equivalentes em língua portuguesa para os termos alemães *Ich* (Eu), *Überich* (Supereu) e *das Es* (Isso).

Uma ficção não é simplesmente o “não verdadeiro”, semblante ou aparência, mas um *constructo* portador de virtualidades de conhecimentos: se construímos alguma coisa de que se sabe que “nada” (lhe) corresponde na sua realidade”, é que, por uma estratégia epistêmica deliberada, esperamos tirar disso um efeito que, sem esse “ficcionalismo”, seria impossível. Há aí a ideia de uma indiferença metodológica pela “realidade” objetiva da “imagem” (fictícia). (ASSOUN, 1996, p. 57)

Se o método de produção do conhecimento é o que dá suporte ao arcabouço metapsicológico, aquele se mostra, portanto, uma ferramenta bastante eficaz para a investigação em psicanálise, como Freud fez questão de destacar ao longo de sua obra.

#### **1.4 Da clínica à metapsicologia**

A metapsicologia – já vimos – é um dos modelos mais abstratos produzidos pela psicanálise. Como poderia, nessas circunstâncias, dar suporte à nossa pesquisa, que partiu de um caso clínico real?

Como foi exposto anteriormente, Freud, ao escrever seus casos clínicos, partia de dados de sua prática para, então, teorizar e tentar produzir novos saberes em relação a determinados fenômenos. O tratamento que se dá ao caso clínico, quando de sua parte mais abstrata, já é metapsicológico, pois as hipóteses e os núcleos de argumentação envolvidos estão permeados de conceitos da metapsicologia. Mezan (1998) nos dá um bom exemplo disso ao dissecar a linha lógica da elaboração do caso do Homem dos Ratos:

Diante dessa necessidade de selecionar, o que Freud fez? Primeiro, apresenta um quadro bastante completo, tirado quase *ipsis literis* das anotações que fez pouco tempo depois de o paciente sair: como ele se

apresenta, do que se queixa, qual é o seu sintoma, o que conta nas primeiras sessões. Logo Freud percebe que já tem material demais; propõe-se então a fazer um levantamento, em termos de estrutura, do que já tem na mão. Ora, o que está contido, imanente, nesse relato do Homem dos Ratos? Freud enumera:

- 1) Instinto erótico: está se referindo à história da criança que queria entrar embaixo da saia das empregadas;
- 2) Revolta contra ele;
- 3) Desejo de ver as mulheres nuas, ainda não-compulsivo; não-compulsivo porque só aparece de vez em quando;
- 4) Um medo que já é compulsivo: cada vez que aparece o desejo, o medo vem junto. “Se eu tiver o desejo de ver as mulheres peladas, meu pai vai morrer”. É essa associação já automática do medo e do desejo que faz com que o medo seja compulsivo, embora o desejo não;
- 5) Um afeto doloroso;
- 6) Um impulso para a realização de atos defensivos tanto contra o medo como contra o prazer provocado por todo esse processo.

Estas são as peças do mecanismo. Aqui a metapsicologia aparece nesta série de noções ainda muito rentes, muito próximas do relato, porém já utilizando todas as categorias metapsicológicas: pulsões, instinto erótico de ver, etc. A ideia central de toda a metapsicologia é que os impulsos e as defesas estão em campos opostos; do seu combate resultam o sintoma e o conjunto da vida psíquica. (p. 171 – 172)

Sabendo que a metapsicologia, apesar de seu nível de abstração, é vinculada à clínica, acreditamos ser legítimo escolhê-la como método para a nossa pesquisa. No entanto, uma ressalva deve ser feita.

Freud descrevia detalhadamente seus casos clínicos para, depois, empreender uma teorização acerca de alguns fenômenos. Tais construções teóricas – sabemos – foram sobremaneira importantes para desenvolver e consolidar alguns dos principais conceitos da psicanálise. Através delas, Freud pôde empreender grandes avanços no que concerne à teoria psicanalítica.

Nesta pesquisa, de objetivos bem mais humildes, trabalhamos de uma maneira um pouco diferente, apesar de mantermos a mesma lógica freudiana em relação ao liame entre o caso clínico e a metapsicologia.

Sobre o caso clínico motivador do trabalho – cujo resumo consta ao início deste capítulo – não possuímos mais detalhes além dos que já foram expostos. Esses dados, que foram insuficientes até mesmo para que estabelecêssemos um diagnóstico, não seriam o bastante para sustentar uma pesquisa como a nossa. Nessas circunstâncias, optamos por trabalhar a temática da transferência na neurose obsessiva não só através do material que emergiu em nossa clínica, mas principalmente através das referências contidas nos casos clínicos de Freud, privilegiando o Caso clínico do Homem dos Ratos, que se mostrou, dentre todos os escritos clínicos de Freud, o mais rico em material. Apesar disso, analisaremos, quando necessário, outros escritos, como o Homem dos Lobos.

Mesmo nesses dois escritos emblemáticos é relativamente difícil coletar dados que remetam, diretamente, às dificuldades referentes à transferência na neurose obsessiva. De qualquer forma, ambos os textos, principalmente o caso do Homem dos Ratos, nos oferecem uma boa compreensão lógica da formação dos sintomas dos referidos pacientes. Através dessa lógica, podemos relacionar as características próprias da neurose obsessiva às dificuldades que esta apresenta no contexto transferencial, sem, contudo, perdermos a particularidade inerente a cada análise em particular.

Essa abordagem surgiu, para nós, enquanto uma formação de compromisso: não renunciaremos ao uso do caso clínico, mas também não o utilizaremos como material central. Ao contrário, deixaremos que as principais questões emergentes no decorrer daquele curto tratamento balizem nossas discussões metapsicológicas. Elegemos como pontos mais problemáticos do manejo da transferência do referido caso a *ambivalência* e o *saber como forma de dominação*.

Apesar de havermos trabalhado com a perspectiva metapsicológica, ou seja, abordando os aspectos econômicos e dinâmicos w tópicos referentes às particularidades da transferência na neurose obsessiva, não nos prendemos a pormenores conceituais da perspectiva aludida. Estes só aparecerão quando necessários para o entendimento de algum ponto específico do trabalho. Apesar disso, faremos quando necessárias algumas notas de rodapé que remetem o leitor a textos mais completos a respeito da metapsicologia.

Seguindo essa lógica, iniciamos o segundo capítulo conceituando a transferência e seu papel clínico: nada mais justo se considerarmos que foi na clínica que se originou nosso estudo. Ainda nesse capítulo, veremos as origens da transferência, sua relação com as fases de desenvolvimento psicosexual e, ainda, o porque de suas potencialidades terapêuticas.

No terceiro e último capítulo, a neurose obsessiva será abordada desde seus primeiros estudos na obra de Freud até o texto do Homem dos Ratos, através do qual a neurose obsessiva solidifica sua posição enquanto um tipo específico de neurose. Também mediante esse texto veremos quais as principais características da supracitada neurose e qual o papel desempenhado por elas na formação dos sintomas e nas dificuldades relacionadas à própria transferência.

## **2. APORTES SOBRE A TRANSFERÊNCIA**

### **2.1 Os primórdios da clínica psicanalítica: da sugestão à transferência**

Começamos nossa pesquisa com a clínica, e é através dela, portanto, que iniciamos nossa argumentação. Para circunscrever nosso tema é necessária uma compreensão inicial do que seja a transferência, que se constitui a principal ferramenta do analista para dirigir um tratamento. Compreender os fenômenos transferenciais e suas relações com as estruturas próprias de cada neurose é, também, compreender a história da psicanálise, já que a teorização acerca o conceito de transferência está bastante imbricada à evolução da técnica psicanalítica.

Para que compreendamos esses fenômenos, (re)faremos o caminho traçado por Freud, cuja clínica se inicia com a hipnose e se desenvolve até que se chegue ao formato da psicanálise propriamente dita: uma terapêutica cujas principais ferramentas são a livre associação e a transferência.

A conceituação da transferência, bem como a de vários outros conceitos basilares na obra de Freud, não se manteve estante ao longo dos quase quarenta anos durante os quais o autor se dedicou a investigar os fenômenos do inconsciente à luz da psicanálise. Em virtude disso, teremos o cuidado de salientar as várias definições que Freud nos deu, ao longo de sua obra, sobre a transferência, bem como de demarcar o contexto teórico em que cada uma delas foi elaborada.

Ao delimitarmos claramente como Freud compreendia a transferência, teremos condições de associá-la à neurose obsessiva e de analisarmos brevemente como essa maneira peculiar de laço social é capaz de empreender uma cura das neuroses.

O início dos estudos sobre os fenômenos transferenciais remonta ao final do século XIX, período no qual o saber da medicina se encontrava desafiado pelos fenômenos histéricos, cuja origem não podia ser detectada através de lesões ou alterações anatomo-fisiológicas. Dessa forma, cabia aos médicos da época o uso de tratamentos como eletroterapia, banhos termais e a hipnose.

Foi nesse contexto que Sigmund Freud, então um jovem neurologista, iniciou seu contato com esse tipo de fenômeno: ao ser agraciado com uma bolsa de estudos em Paris, ele teve a oportunidade de se deparar com manifestações histéricas reais, as quais

não estava habituado a presenciar durante seus trabalhos nos laboratórios de neurofisiologia.

Charcot, um dos grandes nomes da neurologia da época, conseguiu empreender consideráveis avanços no que se refere à compreensão da histeria. Através da hipnose, ele era capaz de fazer com que as pacientes histéricas do Salpêtrière reproduzissem exatamente os sintomas dos quais eram acometidas tão logo isso lhes fosse ordenado sob um estado hipnótico. Para Mannoni, “Charcot cria e elimina os sintomas pela palavra, mas não se trata de mágica, ele mostra que os fenômenos da histeria obedecem a leis.” (1994, p.43)

Apesar dos resultados exitosos, Charcot não sistematizou uma terapêutica para a histeria. A despeito disso, Freud retornou a Viena muito impressionado pelas idéias do francês e, principalmente, pelos efeitos da hipnose no tratamento desse tipo de transtorno. Ele passou, então, a empregar a hipnose enquanto método de tratamento da histeria. Segundo nos afirma Mannoni: “A hipnose, sim, dava resultados. Charcot a empregava, mas pouco se preocupava com a terapêutica. A Escola de Nancy (Bernheim, Liébault), ao contrário, tratava por meio de sugestão sob hipnose, e isto despertara o interesse de Freud.” (1994, p.47)

A Escola de Nancy compreendia a sugestão enquanto a base de todos os tratamentos hipnóticos, e isso em muito chamava a atenção de Freud, já que este tinha um grande interesse nas causas e nos efeitos psíquicos da hipnose (ao contrário de Charcot, que estudava esse tipo de fenômeno pelo viés neurológico). Desse modo, Freud não só conduziu o tratamento de vários pacientes com base na técnica da hipnose, como também chegou a traduzir e prefaciar uma obra de Bernheim.

É digno de nota que, já no escopo desse prefácio, Freud anunciava algumas de suas concepções acerca da sugestão, as quais serão de considerável relevância no futuro, para a compreensão e a delimitação teórica do conceito de transferência. Logo à primeira página do *Prefácio à Tradução de La Suggestion, de Bernheim* (1888-9), ele nos anuncia seu interesse no viés psicológico que a Escola de Nancy dá aos fenômenos sugestivos:

A realização de Bernheim (e de seus colegas em Nancy que trabalham segundo as mesmas diretrizes) consiste precisamente em despojar as manifestações do hipnotismo do seu mistério, correlacionando-as com fenômenos conhecidos da vida psicológica

normal e do sono. [...] Com isso, o problema da hipnose é inteiramente transposto para a esfera da psicologia, e a “sugestão” é erigida como núcleo do hipnotismo e chave para sua compreensão. (FREUD, 1996 [1888-9], p. 111)

Já sabemos o resultado da elaboração teórica que Freud deu à relação entre a normalidade, a vida onírica e as manifestações neuróticas, porém não é nosso foco, neste trabalho, abordar diretamente esse tipo de desdobramento. Vejamos como o autor encara a sugestão e sua relação com as doenças nervosas, e, ainda, como a visão de Freud sobre o assunto muda com o desenrolar de sua prática clínica e de sua teorização sobre a psicanálise.

No supracitado prefácio, Freud demonstra sua inclinação para a compreensão dos fenômenos sugestivos e hipnóticos enquanto oriundos de mecanismos psíquicos, mas ainda não vislumbra uma semelhança entre esse mecanismo e aquele que atua na formação dos sintomas histéricos. Nesse período, Freud compreendia a sugestão hipnótica apenas como método de tratamento para as psiconeuroses, sem, no entanto, distinguir claramente quaisquer semelhanças entre o modo de funcionamento “patológico” e o modo de funcionamento do psiquismo durante a hipnose. Como ele mesmo declara:

Esta não é a ocasião apropriada para efetuar uma justificação detalhada da sintomatologia da histeria; mas podemos aceitar a afirmação de que, na sua essência, essa sintomatologia é de natureza real, objetiva; não é forjada pela sugestão da parte do observador. Isto não significa negar que seja psíquico o mecanismo das manifestações histéricas mas não se trata do mecanismo de sugestão por parte do médico. (FREUD, 1996 [1888-9], p. 115)

No entanto, apesar de não vislumbrar claramente os limites entre o funcionamento da histeria e o da sugestão, Freud já nos alerta para o fato de que “a sugestão não pode produzir algo que não esteja contido na consciência, ou seja, nela introduzido” (1996 [1888 – 9], p. 116). Assim, deixa claro que o procedimento sugestivo só se faz exitoso porque outra tendência preexiste a ele no aparelho psíquico.

Acreditando na gênese psíquica dos estados de hipnose, Freud deu prosseguimento a vários tratamentos que utilizavam esse método que “em primeiro lugar, consiste em induzir um estado hipnótico e, em segundo, em veicular uma sugestão à pessoa hipnotizada.” (FREUD, 1996 [1889a], p. 131).

Nesse sentido, pôde detectar não só que “o conceito de hipnotismo, tão mal definido até agora, deve equivaler ao conceito de sugestão” (FREUD, 1996 [1889a], p. 135), mas como também que existiam resistências à hipnose e forças conflitantes que dificultavam o desaparecimento dos sintomas, como ideias contraditórias e repressões que faziam obstáculo à hipnose:

Existem determinadas idéias que têm um afeto de expectativa que lhes está vinculado. São de dois tipos: idéias de eu fazer isto ou aquilo - o que denominamos *intenções* - e idéias de isto ou aquilo me acontecer - são as *expectativas* propriamente ditas. [...] A incerteza subjetiva, a contra-expectativa, é em si representada por um conjunto de idéias ao qual darei o nome de “idéias antitéticas aflitivas”. (FREUD, 1996 [1891d], p. 163)

Além de detectar esse tipo de conflito vinculado às idéias causadoras de sintoma, Freud também percebeu outra dificuldade no manejo do tratamento hipnótico: nem todos os pacientes eram hipnotizáveis. Assim sendo, era impossível ao médico aplicar a terapêutica hipnótica clássica, ou seja, sugerir, sob um estado hipnótico, o desaparecimento do sintoma.

Tendo em vista esse tipo de dificuldade, mas, no entanto, sem abandonar, ainda, a sugestão hipnótica por completo, Freud desenvolveu alguns outros modos para lidar com esses empecilhos; um dos mais importantes foi usar da *influência da autoridade do médico* para fazer com que o paciente fique mais suscetível à hipnose:

Entretanto, é evidente que não há vantagem em começar um tratamento médico pela hipnose; é melhor, antes de tudo, conquistar a confiança do paciente e deixar que sua desconfiança e seu senso crítico se neutralizem. No entanto, todo aquele que goza de uma

grande reputação como médico ou como hipnotizador pode agir sem essa preparação. (FREUD, 1996 [1891d], p. 146)

Apesar de já ter noção da influência do médico, Freud ainda não a enquadra, nesse momento, enquanto um dos alicerces principais do tratamento. Prefere tentar vias alternativas à hipnose e à catarse, como aplicar uma leve pressão na testa dos pacientes, assegurando que lhes ocorrerá algum conteúdo depois disso, ou aplicando técnicas de relaxamento, a fim de obter um efeito semelhante ao da hipnose.

Em cada uma dessas experimentações, Freud foi modificando sua técnica, tornando-a menos interventiva e permitindo, de maneira crescente, que os pacientes se manifestem através da fala. Isso se deu, entre outras razões, pelo fato de ele ter percebido que era indispensável, para que se instaurasse o processo de cura, que cada paciente fizesse suas próprias associações a respeito dos fatos traumáticos. Nesse sentido, não podemos deixar de lembrar a célebre intervenção da senhora Emmy von N., que pediu a Freud que parasse de perguntar “de onde vinha isso ou aquilo”, mas que “a deixasse contar o que tinha a dizer”.

Esses fatos, bem como o fracasso da hipnose, fizeram com que Freud atentasse para a importância da dimensão da fala dos pacientes. Isso se dava porque, através da técnica hipnótica, não era possível que se analisasse as resistências do paciente em relação ao conteúdo traumático (tenha sido a experiência real ou não) relacionado a seu sintoma. Nesse sentido, era impossível, ao paciente, dar um novo sentido ao seu sofrimento, fato que se mostrava indispensável no processo de cura.

Assim sendo, Freud, depois de todos as dificuldades que encontrou em sua clínica, decidiu-se por trabalhar com o método da associação livre, que consistia em pedir ao paciente que dissesse ao analista tudo que lhe ocorresse à mente no momento, sem que houvesse juízo de valor ou racionalização dos conteúdos.

Aparentemente, parece paradoxal que o médico opte por um caminho mais longo quando poderia, em muitos casos, chegar ao cerne da questão através da hipnose. Essa técnica, no entanto, trabalha os derivados do que fora recalcado, ou seja, trabalha aquelas sobras de idéias que, por algum motivo, escaparam da censura, mas que não deixam de ter relação com a idéia central patogênica, esta sim recalcada. Trabalhando esses conteúdos derivados é possível que se tenha acesso à idéia patogênica original,

além de possibilitar que o analisante (re)construa seu próprio sentido para o sintoma que o aflige, dando resolução, assim, a um conflito que se mostrava patogênico.

Nesse sentido, podemos, didática e esquematicamente, delimitar as diferenças entre os métodos hipnótico, catártico e da associação livre através da tabela que segue:

**Tabela 1**

|                             | <b>Método Hipnótico Sugestivo</b>   | <b>Método Catártico</b>   | <b>Associação Livre</b>   |
|-----------------------------|---|---|---|
| <b>Método de Tratamento</b> | Sugestão realizada sob hipnose  | Ab-reação dos afetos vinculados à cena traumática sob efeito de hipnose   | Permite o livre fluxo de conteúdos correlatos à idéia patogênica recalçada original. O trabalho sobre os derivados permite que se chegue à idéia patogênica original e que se desvende o sentido dos sintomas |
| <b>Figura do Médico</b>     | Intervém dando sugestões, sob hipnose, a fim de que o sintoma seja debelado | Intervém usando de sua influência descobrir, sob hipnose, o motivo pelo qual o paciente adoeceu e fazer com que se descarregue toda a carga afetiva relacionada a tal acontecimento | É o menos interventivo possível e faz todas as manobras técnicas necessárias a fim de fazer com que o paciente não se furte à regra fundamental (associação livre)  |

## 2.2 O fracasso com Dora e o aprendizado sobre a transferência

Com todos os avanços que realizou no campo clínico, à época em que conduziu o tratamento de Dora (1900), uma de suas mais famosas psicanálises, Freud já fazia uso da associação livre, como nos mostra no início do referido caso:

Os leitores familiarizados com a técnica de análise exposta nos *Estudos sobre a Histeria* [Breuer e Freud, 1895] talvez fiquem surpresos por não ter sido possível, em três meses, encontrar uma solução completa ao menos para os sintomas abordados. Isso se tornará compreensível mediante minha explicação de que, desde os *Estudos*, a técnica psicanalítica sofreu uma revolução radical. Naquela época, o trabalho [de análise] partia dos sintomas e visava a esclarecê-los um após outro. Desde então, abandonei essa técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com a estrutura mais fina da neurose. Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento. Mas desse modo, tudo o que se relaciona com a solução de determinado sintoma emerge em fragmentos, entremeado com vários contextos e distribuído por épocas amplamente dispersas. Apesar dessa aparente desvantagem, a nova técnica é muito superior à antiga, e é incontestavelmente a única possível. (FREUD, 1996 [1905], p. 23)

Apesar dos avanços técnicos, Freud não era ainda capaz de articular claramente a importância da figura do médico e a maneira através da qual ela influía no desenrolar do tratamento. Vejamos, então, como o supracitado caso clínico foi de suma importância para a formalização do conceito de transferência.

Dora era uma jovem de dezoito anos que sofria de *tussis nervosa* e afonia, dentre uma série de sintomas neuróticos, e procurou Freud por indicação de seu pai. A jovem tinha uma relação conturbada no seio familiar: a mãe era apática e bastante absorvida pelos afazeres do lar, enquanto o pai mantinha um romance extraconjugal com a Sra K., esposa do Sr. K. Ambos eram amigos da família de Dora, fato este que

propiciou ao Sr K. diversas oportunidades para tentar se aproximar da jovem, que se via, então, envolta em um pacto velado entre seu pai e o Sr. K: era como se este último relevasse as traições da esposa se o pai de Dora permitisse que a cortejasse. Para além disso, Dora era bastante próxima da Sra. K e dos filhos do casal.

Não é nosso intuito, neste trabalho, fazer uma análise detalhada do rico Caso Dora, mas apenas nuançar os pontos que se referem à transferência no desenrolar do tratamento. Nesse sentido, podemos destacar os dois sonhos que a paciente produziu, e através dos quais era patente a inserção do analista – Freud, no caso – no circuito de formação de sintomas da paciente. O primeiro deles se refere a uma casa em chamas:

Uma casa estava em chamas. Papai estava ao lado da minha cama e me acordou. Vesti-me rapidamente. Mamãe ainda queria salvar sua caixa de jóias, mas papai disse: `Não quero que eu e meus dois filhos nos queimemos por causa da sua caixa de jóias'. Descemos a escada às pressas e, logo que me vi do lado de fora, acordei. (FREUD, 1996 [1905], p. 67)

Dora afirma que teve esse sonho, pela primeira vez, em L- , localidade na qual se deu uma cena patente de seu caso clínico: à beira de um lago, durante um passeio a sós, o Sr. K realiza uma investida amorosa em Dora, afirmando que sua mulher – a Sra. K – não significa nada para ele. Dora, furiosa, esbofeteia o Sr. K e se dirige de volta à cidade. Apenas algumas semanas depois a jovem relata o ocorrido à sua família, que não acredita em sua versão dos fatos (o próprio Sr. K chegou a afirmar que a jovem havia fantasiado tudo).

Freud interpreta esse primeiro sonho de Dora enquanto algo que fazia alusão às investidas sexuais do Sr. K e à ambivalência de Dora em relação a tais avanços. Para além disso, o autor pensava que estava presente, também, uma espécie de regressão libidinal para etapas de uma tenra infância, nas quais a paciente costumava se masturbar, e deixava claro, ainda, a identificação de Dora ao pai e a tentativa dela em retomar seu amor infantil por ele enquanto uma espécie de arranjo psíquico para fugir de seus sentimentos para com o Sr. K.

Durante as associações que propiciaram a interpretação desse sonho, Dora recordou-se que, ao acordar desse sonho, sentia sempre um cheiro marcante de fumaça.

Para além do conteúdo manifesto do sonho (o incêndio), pôde-se associar esse elemento a uma espécie de condensação entre as figuras do Sr. K. e do pai de Dora, ambos fumantes inveterados. Eis, aqui, um ponto importante, porque o próprio Freud também o era. Nesse sentido, ele concluiu que

[...] considerando os indícios de uma transferência para mim, posto que também sou fumante, cheguei à conclusão de que um dia, durante uma sessão, provavelmente lhe ocorrera que ela desejaria ser beijada por mim. Esse teria sido o pretexto que a levou a repetir o sonho de advertência e a formar a intenção de interromper o tratamento. Tudo se encaixa muito bem dessa maneira, mas, devido às particularidades da “transferência”, fica privado de comprovação. (FREUD, 1996 [1905], p.75)

Assim, Freud pôde detectar que Dora não só estava reeditando seus modelos de relação com os objetos libidinais, mas que ela também o estava incluindo diretamente nesses modelos de repetição. Nesse trecho, já temos um claro indício de transferência, a qual Freud não soube manejar a tempo. No caso de Dora, a questão se faz ainda mais complicada em virtude de a relação transferencial – assim como suas relações com o pai e o Sr. K. – ser marcada por uma ambivalência de amor e ódio. Voltaremos à questão das falhas no manejo da transferência, nesse caso, posteriormente.

Em um outro sonho, o segundo e último no decorrer de seu tratamento, Dora relata:

Eu estava passeando por uma cidade que não conhecia, vendo ruas e praças que me eram estranhas. Cheguei então a uma casa onde eu morava, fui até meu quarto e ali encontrei uma carta de mamãe. Dizia que, como eu saíra de casa sem o conhecimento de meus pais, ela não quisera escrever-me que papai estava doente. `Agora ele morreu e, se quiser, você pode vir.` Fui então para a estação [Bahnhof] e perguntei umas cem vezes: `Onde fica a estação?` Recebia sempre a resposta: `Cinco minutos.` Vi depois à minha frente um bosque espesso no

qual penetrei, e ali fiz a pergunta a um homem que encontrei. Disse-me: 'Mais duas horas e meia.' Pediu-me que o deixasse acompanhar-me. Recusei e fui sozinha. Vi a estação à minha frente e não conseguia alcançá-la. Aí me veio o sentimento habitual de angústia de quando, nos sonhos, não se consegue ir adiante. Depois, eu estava em casa; nesse meio tempo, tinha de ter viajado, mas nada sei sobre isso. Dirigi-me à portaria e perguntei ao porteiro por nossa casa. A criada abriu para mim e respondeu: 'A mamãe e os outros já estão no cemitério [Friedhof]'. (FREUD, 1996 [1905], p.93)

A interpretação à qual Freud chega era que, nesse sonho, viam-se condensados o ódio de Dora para com o pai (que morria), a vontade de ter correspondido aos avanços amorosos do Sr. K. durante a cena do lago (a angústia de não conseguir ir adiante) e, ainda, o desejo de vingança referente ao Sr. K, que a tratara como a uma serviçal (dizendo-lhe a mesma frase que havia dito há uma governanta tempos atrás: minha mulher não significa nada para mim).

Freud não deixou de perceber essa relação ambivalente e esse desejo de vingança de Dora, embora, de fato, só se tenha dado conta da importância desses fenômenos transferenciais ao fim do tratamento.

Dora abandona o tratamento às vésperas do Ano-Novo, depois de realizar alguns avanços em sua análise e de dar a Freud a esperança de empreender uma cura. Ao chegar à sua última sessão ela comunica a Freud sua decisão, surpreendendo o analista. Ao ser questionada sobre quando havia decidido abandonar sua análise, Dora responde, de pronto: há exatamente catorze dias. Tal qual uma serviçal, ela estava cumprindo um aviso prévio de catorze dias, através do qual pôde, também, se vingar de um analista que não soube se apropriar a tempo das nuances específicas de sua transferência.

Nesse sentido, um caso clínico fracassado se faz válido por nuançar questões relevantes para a técnica psicanalítica. Freud, ao refletir seu erro no que tange à condução do caso, nos aponta justamente uma falha no manejo da transferência:

Não consegui dominar a tempo a transferência; graças à solicitude com que Dora punha à minha disposição no tratamento uma parte do material patogênico, esqueci a precaução de estar atento aos

primeiros sinais da transferência que se preparava com outra parte do mesmo material, ainda ignorada por mim. Desde o início ficou claro que em sua fantasia eu substituí a seu pai, o que era fácil de compreender em vista de nossa diferença de idade. [...] Depois, ao surgir o primeiro sonho, no qual ela se alertava a abandonar o tratamento tal como antes deixara a casa do Sr. K., eu mesmo deveria ter-me precavido, dizendo-lhe: “Agora você fez uma transferência do Sr. K. para mim. (FREUD, 1996 [1905], p.113)

É apenas através de uma nota de rodapé, no entanto, que podemos ter uma noção de onde Freud errou na condução da análise de Dora. Em virtude de sua importância, iremos transcrevê-la na íntegra:

Quanto mais me vou afastando no tempo do término dessa análise, mais provável me parece que meu erro técnico tenha consistido na seguinte omissão: deixei de descobrir a tempo e de comunicar à doente que a moção amorosa homossexual (ginecófica) pela Sra. K era a mais forte das correntes inconscientes de sua vida anímica. Eu deveria ter conjecturado que nenhuma outra pessoa poderia ser a fonte principal dos conhecimentos de Dora sobre coisas sexuais senão a Sra. K, a mesma pessoa que depois a censura por seu interesse nesses assuntos. Era realmente de chamar atenção que ela soubesse todas aquelas coisas indecentes e jamais quisesse saber de onde as conhecia. Eu deveria ter tratado de decifrar esse enigma e buscado o motivo desse estranho recalçamento. O segundo sonho poderia então ter-me revelado. A sede brutal de vingança expressa por esse sonho adequava-se melhor do que qualquer outra coisa para ocultar a corrente oposta: a generosidade com que ela perdoara a traição da amiga amada e escondera de todos que fora justamente esta quem lhe participara os conhecimentos pelos quais ela caíra depois sob suspeita. (FREUD, 1996 [1905], p. 114)

O erro de Freud não estava tanto em suas suposições acerca de um amor de Dora pelo Sr. K e pelo próprio pai, mas em seguir somente essa linha de raciocínio durante todo o desenvolvimento do tratamento. Se era verdade que Dora desejava o amor do pai, era também verdade que ela se identificava com o Sr. K, que, nesse contexto, servia como uma espécie de mediador para uma relação homossexual entre Dora e a Sra. K.

Identificando-se com o Sr. K, Dora por procuração, podia amar a Sra. K. A respeito disso, Lacan (1995 [1956-7]) resume: “a histérica é alguém que ama por procuração, e vocês vão encontrar isso numa multiplicidade de casos clínicos; a histérica é alguém cujo objeto é homossexual: a histérica aborda este objeto homossexual por identificação com alguém do outro sexo.” (p. 141) É ele, ainda, quem nos fornece um esquema gráfico bastante elucidativo sobre o quadrilátero amoroso envolvido no caso clínico de Dora:

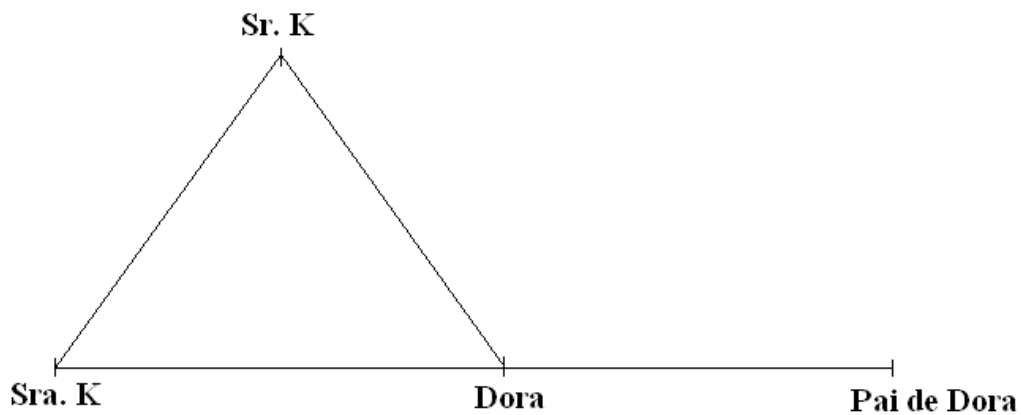


Figura 1: diagrama retirado da página 145 do Seminário 4 – A Relação de Objeto

Nesse sentido, a falha de Freud foi negligenciar outros aspectos presentes na transferência de Dora e insistir em realizar, com a paciente, uma análise de resistências no sentido de “esclarecer” seu amor pelo Sr. K e, assim, aliviá-la de seus sintomas. Tais intervenções, além de obscurecerem a liberdade da fala de Dora, que poderia ter trazido outros elementos úteis à análise, acentuavam as resistências daquela para com o analista.

Outro ponto pertinente para o qual Lacan nos aponta é que Freud, ao ponderar sobre o amor de Dora pelo pai – amor este de fato existente – não se dá conta que

também isso implica a Sra. K: Dora oscila num desejo entre o pai e a Sra. K; aquele, no entanto, deseja esta última. Seria, então, através da própria Sra. K que Dora conseguiria significar a questão do seu desejo (e do se fazer desejada).

Foram justamente esses aspectos da transferência que, ao não serem trabalhados, permaneceram indômitos e culminaram com o fim do tratamento, final este no qual Dora empreende nada menos que uma repetição: catorze dias de aviso prévio enquanto vingança ao analista, identificado ao Sr. K.

O sentido da vingança de Dora, no entanto, passa longe de ser uma vendeta em relação a um tratamento rude por parte do homem amado. Ao contrário: se é a identificação com o Sr. K que, de certa forma, engendra boa parte de seu sintoma, já que permite que ela articule um investimento psíquico homossexual no que tange à Sra. K, a afirmação deste – minha mulher não significa nada para mim – só pode vir a desmontar todo esse sistema identificatório sobre o qual Dora construíra seu sintoma. Assim, a vingança de Dora não é aquela de uma amante ofendida, mas a de alguém que viu desmoronar - com a dissolução de uma identificação que consistia em desejar a Sra. K – o frágil sustentáculo do qual dispunha para lidar com questões psíquicas problemáticas.

Através de seu erro com Dora, Freud percebeu que a transferência, apesar de não ser ocasionada pelo tratamento psicanalítico, se manifesta de maneira indubitável na clínica e, portanto, deve ser tratada (e desmontada!) como todos os outros componentes da neurose com os quais o analista se depara. Assim sendo, se faz indispensável, àquele que conduz uma análise, atentar para esses fenômenos transferenciais e neles saber conduzir suas intervenções e interpretações.

Já nesse texto, ele nos expõe claramente que as transferências são “reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tronar-se consciente, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico.” (FREUD, 1996 [1912], p. 111) Nesse trecho Freud já nos aponta dois elementos deveras importantes para a compreensão do conceito de transferência. Eles serão abordados em escritos posteriores: as *reedições de circuitos pulsionais* e a característica, própria do neurótico, de *substituir um objeto libidinal mais antigo por outro*, criando, assim, vínculos com a figura do analista.

### 2.3 A transferência, fixação e repetição

Apesar da primeira formalização do conceito de transferência, contida no posfácio do caso Dora, Freud nos dá uma nova definição do conceito em seu artigo *A Dinâmica da Transferência*, de 1912. Tal definição, apesar de não destoar daquela já apresentada no escopo do caso Dora, em 1905, nos oferece novos elementos para que essa questão possa ser pensada. Logo no início do texto, Freud já proporciona, ao leitor, um alerta sobre a temática que irá abordar:

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica - isto é, nas condições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido - constantemente reimpresso - no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes. (FREUD, 1996 [1912], p. 111)

Nessa definição de 1912, Freud já ressalta, para além do modelo de reprodução e fantasia, do qual falara em 1905, a importância das fases do desenvolvimento psicosssexual (que ele denomina, no excerto acima, enquanto “modo específico próprio de conduzir-se na vida”) e os modelos de relação com os objetos libidinais que o indivíduo desenvolveu ao longo da vida.

Assim sendo, podemos encarar a transferência não somente como um fenômeno de repetição que envolve a figura do médico, mas também como uma consequência dos pontos de fixação estabelecidos durante o desenvolvimento psíquico

de cada indivíduo. Nesse contexto, a figura do analista é encarada como apenas mais um objeto libidinal do analisante. Por conseguinte, a maneira de se relacionar com essa figura estará intimamente influenciada pela lógica de fixação libidinal e de relação com os objetos, anteriormente estabelecida.

A princípio, Freud enfatiza apenas o caráter de fixação presente nas psiconeuroses, afirmando que a regressão está intimamente vinculada a determinadas lembranças – seja nos sonhos ou na histeria – que, em virtude de uma resistência, não conseguem seguir as vias normais de acesso ao consciente. Além disso, alguns traços de memória exercem atração sobre os demais, contribuindo para que o acesso ao sistema Cs. seja dificultado.

Outro fato, comum entre as psiconeuroses e os sonhos, é que ambos agiriam em prol da realização de um desejo. Vale salientar que este, além da dimensão regressiva, também possui uma dimensão prospectiva (BARROCAS, 2012)<sup>6</sup> Se a origem do desejo está em uma falta que a criança, em seus primeiros meses de vida, tenta tamponar através de alucinações e de mecanismos estritamente regressivos, no adulto, que já atingiu outro patamar de desenvolvimento psicosssexual, desejar implica um voto *anelo* vertido para o futuro. Essa conotação está implícita na própria palavra alemã – *Wunsch* – que Freud usou para designar o desejo<sup>7</sup>.

Segundo Luiz Alberto Hanns (1996), *Wunsch* “em geral dirige-se ao que é almejado (mais distante e idealizado)”. O autor elenca, ainda, os significados da palavra:

- 1) Pedido, voto formulado, sonho, algo almejado, o que se quer, ideal (também utilizado como verbo).
- 2) Num nível mais prosaico e imediato, o querer, a vontade de fazer ou ter algo, o desejo por algo, ou o desejo de possuir ou usufruir (também utilizado como verbo). (HANNS, 1996, p. 136)

É justamente essa dimensão regressiva, tão presente na transferência, que vamos abordar agora, através das fases de desenvolvimento psicosssexual Cada uma

---

<sup>6</sup> Comunicação pessoal .

<sup>7</sup> A palavra desejo possui essa conotação de votos também em outras línguas, como o inglês (*wish*), o italiano (*desiderio*) e o próprio português.

dessas etapas deixa resíduos no psiquismo, formando um rastro que pode ser, ulteriormente, percorrido mais uma vez pela libido.

Nos *Três ensaios*, Freud afirma o conceito de pulsão como algo fronteiro entre o psíquico e o somático. Tal se justifica porque, a princípio, a satisfação da criança está estritamente ligada a saciar as necessidades biológicas, como fome, sede e evacuação. À medida que o indivíduo se desenvolve, ele passa a se satisfazer também com outras atividades que, a princípio, estariam relacionadas a obter satisfação biológica. É o caso do prazer em sugar, em evacuar, dentre outros. Assim sendo, Freud assevera que as pulsões se desenvolvem a partir de um apoio (ou anáclise), ou seja, estão, de início, relacionadas aos passos para conseguir satisfação biológica.

Em virtude disso, Freud denomina essas pulsões de parciais, pois visariam à obtenção de prazer através de partes difusas do corpo, sem ter elegido ainda um único objeto libidinal externo para o qual se dirigiriam. Essa é a lógica que embasa a classificação dessas pulsões em oral, anal, escopofílica (ou de ver) e genital.

Se a função biológica na qual se apoiam é responsável por dar nome a cada uma dessas pulsões parciais, seria errôneo afirmar que as características destas estão totalmente vinculadas no funcionamento orgânico. Há um encadeamento de relação com os objetos libidinais que também perpassa tais pulsões parciais.

No que se refere à pulsão oral, por exemplo, o que está em jogo não é apenas o chuchar ou o ato de sugar o seio da mãe em busca de alimento. Essa relação de incorporação também se estende para o mundo externo: através dos lábios, principalmente, a criança visa a reconhecer o ambiente ao seu redor e tenta incorporá-lo ao seu próprio corpo. É essa lógica de incorporação – metaforizada pelo ato de mamar – que rege o funcionamento das pulsões parciais orais. Isso acontece porque, nessa etapa, a criança ainda não foi capaz de diferenciar totalmente o que lhe é próprio e o que é externo, tendendo a associar o prazer ao próprio corpo e o desprazer ao ambiente. Assim, há uma tendência a incorporar tudo o que seja prazer.

Em uma etapa posterior do desenvolvimento psicosssexual, a ênfase recai sobre as pulsões anais – sádicas. Apesar do nome, não se deve pensar que impulsos destrutivos sejam uma novidade dessa fase: eles já existiam na fase oral, se manifestando através de atividades destrutivas (mordidas, por exemplo) para com objetos considerados desprazerosos. O que diferencia ambas as fases é que, no período anal-sádico, o controle dos esfíncteres já permite maior liberdade para a criança, que se sente capaz de controlar o momento da evacuação. Através dessa troca simbólica

representada pelas fezes, a criança é capaz de exercer certo domínio sobre seu cuidador, maltratando-o com suas birras ou simplesmente pelo fato de não evacuar nos momentos adequados.

Vale ressaltar que o aspecto sádico não está relacionado apenas à dicotomia prender – evacuar, mas principalmente a um modo mais controlador de se relacionar com o mundo externo. O que está em jogo são a dominação, a apreensão e a instrumentalização daquilo que cerca a criança. A respeito do componente sádico presente nessas manifestações sexuais infantis, Freud diz:

Com independência ainda maior das outras atividades sexuais vinculadas às zonas erógenas desenvolve-se na criança o componente de crueldade da pulsão sexual. A crueldade é perfeitamente natural no caráter infantil, já que a trava que faz a pulsão de dominação deter-se ante a dor do outro - a capacidade de compadecer-se - tem um desenvolvimento relativamente tardio. É sabido que ainda não se teve êxito na análise psicológica exaustiva dessa pulsão; podemos supor que o impulso cruel provenha da pulsão de dominação e surja na vida sexual numa época em que os genitais ainda não assumiram seu papel posterior. Assim, ela domina uma fase da vida sexual que mais adiante descreveremos como organização pré-genital. As crianças que se distinguem por uma crueldade peculiar para com os animais e os companheiros despertam, em geral justificadamente, a suspeita de uma atividade sexual intensa e precoce advinda das zonas erógenas, e mesmo no amadurecimento precoce e simultâneo de todas as pulsões sexuais, a atividade sexual erógena parece ser primária. (1996 [1905], p. 181 – 182)

Esse componente agressivo e dominador se manifesta também na pulsão de ver, que é a precursora da pulsão de saber. Apesar de todas as atividades pré-genitais serem acompanhadas de certo caráter exploratório e investigativo, na pulsão escopofílica essa característica se destaca. Ao vivenciar (ou até mesmo visualizar) determinados acontecimentos recorrentes na infância da maioria das crianças, como o nascimento de um irmão, a genitália da mãe, uma gravidez, dentre outros, a criança

tende a buscar uma explicação para tais fatos. A princípio, a busca desse sentido não acontece pela exploração intelectual, mas pela exploração visual: há o desejo de ver pessoas sem roupa, de ver como os bebês nascem etc.

Os modos de funcionamento de cada uma dessas fases podem ser reativados através de mecanismos regressivos, que ocorrem não só na formação das neuroses, mas também na transferência.

Em 1912, quando Freud fala de “clichês estereotípicos” em seu texto *A Dinâmica da Transferência*, ele os interpreta enquanto circuitos vinculados justamente a esses pontos de fixação pré-estabelecidos, que seriam movidos pelo direcionamento da libido (ou pulsão sexual). Nessa época, Freud ainda trabalhava com seu primeiro modelo de dualismo pulsional, ou seja, acreditava que o aparelho psíquico era movido por dois tipos de pulsão: a libido (ou pulsão sexual) e as pulsões do Eu, responsáveis pela auto-preservação do indivíduo.

Nesse sentido, o estudo dos efeitos dos pontos de fixação da libido foram muito mais debatidos no que se refere ao ponto de vista clínico, até mesmo pelo motivo de Freud atribuir a predisposição às neuroses a resquícios de modos de funcionamento anteriores ao modelo genital. Vejamos de que maneira Freud concebia o surgimento das psiconeuroses.

No texto *Tipos de Desencadeamento da Neurose*, logo à primeira página, Freud nos alerta para a origem das psiconeuroses:

O presente exame das causas precipitantes diferirá de outros pelo fato de que as mudanças a serem enumeradas referem-se exclusivamente à libido do indivíduo, pois a psicanálise nos ensinou que são as vicissitudes da libido que decidem em favor da saúde ou da moléstia nervosa. Neste sentido, tampouco se gastarão palavras sobre o conceito de disposição. Foi precisamente a pesquisa psicanalítica que nos capacitou a demonstrar que a disposição neurótica reside na história do desenvolvimento da libido, e a remontar os fatores operantes nesse desenvolvimento a variedade inatas de constituição sexual e a influências do mundo externo experimentadas na primeira infância. (FREUD, 1996 [1912], p. 349)

Se, em 1900, Freud enfatizava o caráter tópico da regressão, com a formalização do conceito de pulsão foi possível pensar a questão a partir do ponto de vista dinâmico. É essa posição que Freud sustenta não só no texto sobre o desencadeamento das neuroses, mas também no texto *A Disposição à Neurose Obsessiva*, de 1913.

No artigo sobre as disposições à neurose, Freud assinala, basicamente, dois tipos de mecanismos distintos para a deflagração de um sintoma neurótico: o primeiro seria relacionado às frustrações, por parte do mundo externo, ao escoamento da libido. Essa frustração, no entanto, não é suficiente para desencadear um conflito neurótico. Segundo Freud, “o fator imediato da frustração reside em ela colocar em jogo os fatores disposicionais que até então haviam sido inoperantes”. (FREUD, 1996 [1912], p. 250)

O segundo tipo básico de deflagração de uma neurose seria um conflito interno, engendrado para lidar com as exigências da realidade. Se o indivíduo, a fim de cumprir tais exigências, não consegue uma maneira de escoamento libidinal adequada, ele poderá cair enfermo. A esse respeito, Freud alerta: “todos estes caem enfermos devido aos mais louváveis esforços, se as fixações anteriores de suas libidos são suficientemente poderosas para resistir a um deslocamento; e este ponto será decidido, uma vez mais, pelos fatores da disposição, da constituição e da experiência infantil.” (FREUD, 1996 [1912], p. 251)

Vemos que, em ambos os casos, o componente constitucional vinculado às fases de fixação da libido, é imprescindível. É justamente esse ponto nodal de fixação que vai definir as características da neurose do indivíduo e, por conseguinte, de sua transferência.

Nesse ponto, voltemos aos textos dos *Artigos Sobre Técnica* a fim de pensarmos a relação entre esses pontos de fixação e as particularidades próprias à transferência. Como já vimos, Freud definiu esta última enquanto uma repetição de clichês e a considera uma das principais ferramentas do tratamento analítico. De qualquer forma, essas próprias características de repetição – que são indispensáveis para que o analista atue na transferência e promova uma alteração subjetiva no paciente – podem se transformar em verdadeiros empecilhos para o tratamento. Daí Freud afirmar que a transferência é uma das maiores resistências à análise:

A libido (inteiramente ou em parte) entrou num curso regressivo e reviveu as imagos infantis do indivíduo. O tratamento analítico então passa a segui-la; ele procura rastrear a libido, torná-la acessível à consciência e, enfim, útil à realidade. *No ponto em que as investigações da análise deparam com a libido retirada em seu esconderijo, está fadado a irromper um combate; todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como 'resistências' ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas.* Pois, se a introversão ou regressão da libido não houvesse sido justificada por uma relação específica entre o indivíduo e o mundo externo - enunciado, em termos mais gerais, pela frustração da satisfação - e se não se tivesse, no momento, tornado mesmo conveniente, não teria absolutamente ocorrido. Mas as resistências oriundas desta fonte não são as únicas ou, em verdade, as mais poderosas. A libido à disposição da personalidade do indivíduo esteve sempre sob a influência da atração de seus complexos inconscientes (ou mais corretamente, das partes desse complexos pertencentes ao inconsciente), e encontrou num curso regressivo devido ao fato de a atração da realidade haver diminuído. A fim de liberá-la, esta atração do inconsciente tem de ser superada, isto é, a repressão dos instintos inconscientes e de suas produções, que entrementes estabeleceu no indivíduo, deve ser removida. Isto é responsável, de longe, pela maior parte da resistência, que tão amiúde faz a doença persistir mesmo após o afastamento da realidade haver perdido sua justificação temporária. *A análise tem de lutar contra as resistências oriundas de ambas essas fontes. A resistência acompanha o tratamento passo a passo. Cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que se lhe opõem, já descritas por mim.* (FREUD, 1996 [1912], p. 114. Grifos nossos)

Levando em conta a citação acima, torna-se compreensível o fato de a transferência, quando não manejada corretamente, se tornar uma resistência. De fato, se se a repetição que acontece dentro do contexto transferencial não for utilizada para

promover associações que possibilitem o tratamento transcorrer de uma maneira adequada, ela se configurará enquanto resistência.

Freud disserta mais detalhadamente sobre essas relações no artigo *Recordar, Repetir e Elaborar*, de 1914. No início do texto, ele percorre, brevemente, o histórico das mudanças pelas quais o tratamento analítico passou ao longo dos anos. No início, a análise buscava mostrar ao analisante a razão de seus sintomas, todavia essa prática se mostrou improdutiva ao longo dos anos. Como se tornou necessária, para além da obtenção de uma causa, a construção do sentido da formação dos sintomas, isso só poderia ocorrer através das associações do paciente, associações que o levariam ao encontro de sua própria verdade. No entanto, esse tipo de trabalho está longe de ser simples, pois sempre existem resistências que atuam em favor da manutenção do sintoma e impedem que o paciente possa aceder a uma nova organização subjetiva.

Nesse sentido, Freud diz que apenas recordar – como se pensava no início da prática analítica – não é o bastante. Repetir certos circuitos pulsionais estereotípicos, porém, é necessário, já que tais repetições são a base da transferência. No entanto, se as repetições no contexto transferencial não colaboram para o bom seguimento da análise e, enquanto um empuxo, tendem a manter o paciente em seu sintoma, repetindo situações sem se apropriar do verdadeiro sentido subjetivo ao qual elas podem remeter, elas podem ser consideradas como uma verdadeira – e poderosa! – força de resistência:

Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual. Devemos estar preparados para descobrir, portanto, que o paciente se submete à compulsão, à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento que podem ocupar sua vida na ocasião [...]. Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado. (FREUD, 1996 [1914], p. 166)

Em sua conferência sobre a transferência (1917), Freud nos afirma que esse fenômeno é efeito da estrutura neurótica, que possibilita a vinculação do doente à figura do analista:

Quando, porém, semelhante vinculação amorosa por parte do paciente em relação ao médico se repete com regularidade em cada novo caso, quando surge sempre novamente sob as condições mais desfavoráveis e onde existem incongruências positivamente esquisitas, até mesmo quando senhoras de idade madura se apaixonam por homens de barba grisalha, até mesmo onde, conforme julgamos, não há nada, de espécie alguma, capaz de atrair - então devemos abandonar a idéia de uma perturbação casual e reconhecer que estamos lidando com um fenômeno intimamente ligado à natureza da própria doença.

Esse novo fato que, portanto, admitimos com tanta relutância, conhecemos como *transferência*. Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos. Pelo contrário, suspeitamos que toda a presteza com que esses sentimentos se manifestam deriva de alguma outro lugar, que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico. (FREUD, 1996 [1917], p. 443)

Ora, se o neurótico tem uma tendência a desenvolver laços transferenciais, na qual repete circuitos pulsionais diretamente vinculados à sua doença, cabe ao analista saber manejar essas repetições em favor do tratamento. Tal procedimento serve para evitar que os modos de relação objetal encadeados no âmbito analítico se tornem inócuos para bom desfecho da análise. Se a transferência mesma é, em parte, tributária dessa tendência neurótica à repetição, é necessário ao analista direcionar toda essa energia libidinal envolvida no fenômeno para a resolução dos conflitos do analisante.

A questão da repetição, no que se refere à transferência, no entanto, só poderá ser compreendida sob uma nova luz a partir de 1920, quando Freud formaliza a teoria de

seu segundo dualismo pulsional na obra *Além do Princípio do Prazer*. No que se refere ao estudo da transferência, contudo, é relevante destacar a atuação das pulsões de morte na formação dos fenômenos transferenciais.

Se a compulsão à repetição vinculada às pulsões de morte pode, algumas vezes, neutralizar a supremacia do princípio do prazer no que se refere aos modos de regulação psíquica, não seria, no entanto, correto considerar caráter conservador dessas funções como as únicas fontes de resistência ao bom andamento de uma análise. Como Freud nos diz, “a resistência durante o tratamento origina-se dos mesmos estratos e sistemas mais elevados da mente que originalmente provocaram a repressão” (1996 [1920], p. 30).

Com essa formulação, é possível articular as resistências não só às repetições do fator econômico, mas também à própria estruturação do aparelho psíquico, que é formalizada em 1923, a partir do texto *O Eu e o id*. Retomemos, brevemente, os principais pontos dessa obra no que se refere às instâncias psíquicas: o Eu, responsável por lidar com as exigências do mundo externo, do Isso e do Supereu, por mais que possua um caráter diferenciado, a fim de cumprir sua função de mediador, é originário do Isso. Assim sendo, também possui partes que não são acessíveis à consciência e que são regidas pelo processo primário (o mecanismo regulador que impera na instância do Inconsciente).

A partir desse avanço no que se refere às instâncias do aparelho psíquico, Freud pôde fazer um apanhado, já ao final de sua obra (e de sua vida) sobre os aspectos que dificultavam o tratamento analítico. Em dois textos de seu período mais maduro – *Análise Terminável e Interminável* e *Esboço de Psicanálise* – Freud elenca que os principais empecilhos para a cura psicanalítica são a ocorrência dos traumas, os fatores disposicionais, em conjunto com a força das atividades pulsionais, e as resistências do Eu.

Quanto aos primeiros, ele acredita que a ocorrência de um trauma tende a reativar pontos de fixação pulsional até então latentes. Nesse esteio, cabe à análise empreender uma modificação no sentido de substituir o sintoma por uma forma de organização psíquica que não traga tanto sofrimento ao neurótico.

No que tange aos fatores disposicionais, cabe ao analista esperar que se manifestem no escopo da transferência para, assim, lidar com os complexos relacionados a eles. Se essa intervenção for bem sucedida, é bem mais difícil que novos sintomas relacionados a esses complexos eclodam na vida do paciente. No entanto, não

há garantias quanto ao surgimento de uma doença relacionada a outros pontos que, porventura, não foram tratados em análise.

A força das moções pulsionais, nesse contexto, é, segundo Freud, um dos fatores que mais oferecem dificuldades ao tratamento analítico. Isso acontece em virtude da indomabilidade dessas moções, que findam, muitas vezes, se mostrando mais fortes que quaisquer esforços empreendidos pelo Eu.

Ademais, ainda há o agravante da falta de garantias quanto ao momento da eclosão de determinados conflitos pulsionais: é impossível, para o analista, prever o momento e a magnitude de forças conflitantes que possam emergir na transferência. Há, ainda, conteúdos inconscientes que sequer chegam a se manifestar durante o período da análise.

Por último, existem as resistências originadas do Eu. Este, tentando funcionar de acordo com o princípio de realidade, muitas vezes faz uso de variados mecanismos de defesa a fim de evitar a manifestação de conflitos pulsionais. Quando essas defesas erigidas pelo Eu se tornam tão estanques a ponto de emperrar o processo da cura analítica – ou seja, quando essas defesas impedem a livre associação e o acesso a um novo saber sobre a verdade do analisante - , elas acabam agindo não apenas como fatores patogênicos, mas também como grandes empecilhos à análise.

Decerto que todos os fatores acima citados se encenam no contexto transferencial, mas o analista deve ter cuidado ao dar a cada um o tratamento adequado no seio de uma análise. Se a função do tratamento analítico é possibilitar ao indivíduo aceder à sua própria verdade, não cabe ao analista se ater apenas às análises das resistências (do Eu). Se assim o fizer, estará não só reforçando tais resistências, mas impedindo que o analisante possa orquestrar um novo arranjo psíquico através da construção de outros sentidos para o sintoma. No que tange a isso, Freud foi muito prudente ao delimitar as limitações de um tratamento que se restringe às resistências:

Como é bem sabido, a situação analítica consiste em nos aliarmos com o ego da pessoa em tratamento, a fim de submeter partes de seu id que não estão controladas, o que equivale a dizer, incluí-las na síntese de seu ego. O fato de uma cooperação desse tipo habitualmente fracassar no caso dos psicóticos, nos fornece uma primeira base sólida para nosso

juízo. O ego, se com ele quisermos poder efetuar um pacto desse tipo, deve ser um ego normal. Mas um ego normal dessa espécie é, como a normalidade em geral, uma ficção ideal. O ego anormal, inútil para nossos fins, infelizmente não é ficção. (FREUD, 1996 [1937], p. 251)

As resistências desse Eu “anormal”, que está longe de ser ficção na realidade da análise, findam por afastar o sujeito de sua própria verdade – articulada ao saber do inconsciente –, já que desviam o foco do tratamento apenas para as defesas e para a porção mais consciente do Eu.

Como podemos perceber, Freud, ao fim de sua obra, tem o cuidado de deixar a ressalva de que apenas o contexto transferencial pode possibilitar ao analisante condições propícias para o empreendimento de uma cura. Assim, a transferência é apenas uma pré-condição para que certos fenômenos ocorram e, nesse sentido, ela não deve ser trabalhada isoladamente ou interpretada puramente como uma resistência: devemos entender a função da transferência no contexto analítico.

## **2.4 – Circunscrevendo a transferência**

Para refletirmos sobre a condição de laço social específico da transferência vamos recorrer não só aos textos de Freud abordados neste capítulo, mas também às contribuições de Assoun (2008).

Iniciemos nossa argumentação lembrando que a transferência não é um fenômeno restrito à clínica: ao contrário, já no início de sua obra Freud aponta que fenômenos transferenciais podem se manifestar em variadas esferas da vida dos indivíduos. Isso se dá porque substituir objetos libidinais por outros é uma característica comum ao neurótico. Eis o motivo da nomenclatura neurose de transferência.

Essa mera repetição, no entanto, não é suficiente para caracterizar a transferência da qual os analistas tratam. Quando falamos em transferência na clínica,

estamos nos referindo estritamente aos fenômenos que ocorrem no âmbito do tratamento. Trata-se de fenômenos aos quais temos acesso e dos quais dispomos dados suficientes para construir um saber. Não podemos negar os fenômenos transferenciais externos à prática clínica, todavia não cabe ao analista falar sobre eles. O analista só tem condições de falar com rigor e propriedade do que emerge em sua própria prática clínica.

A transferência sobre a qual teorizamos, diz Assoun (2008, p. 50), é uma intermediária entre a neurose cotidiana e a cura. Se essa transferência serve como ferramenta para um tratamento exitoso é porque, ao operarmos sobre as manifestações transferenciais, estamos também operando sobre os elementos referentes à neurose do indivíduo. Esse tipo de contiguidade se deve à repetição própria à transferência, na qual reincidentem conteúdos problemáticos para o analisante.

É pertinente ressaltar que, embora tenha uma forte carga de repetição, a transferência não é, de forma alguma, regressiva ou dependente de eventos passados: ela atualiza conflitos anteriores, traz à baila eventuais conflitos presentes e pode, inclusive, desencadear embates novos entre representações antagônicas. É esse caráter mutante e dinâmico que dá à transferência, se bem manejada, capacidade para empreender alterações subjetivas no paciente. Caso fosse estanque, restrita à mera repetição de conflitos passados, seria impossível empreender uma cura psicanalítica.

Outra particularidade da transferência é que o sujeito, mesmo empreendendo uma repetição, é impelido a um papel ativo dentro de seu próprio circuito pulsional, deixando a posição de paciente para ocupar um papel primordial dentro da práxis analítica (ASSOUN, 2008, p. 61).

Por fim, concordamos com Assoun (2008) quando assevera que as chaves para a compreensão da transferência são o recalque e a teoria do afeto: se compreendermos como o recalque opera em cada tipo de neurose teremos condições de entender as linhas gerais de estabelecimento da transferência. O destino dos afetos está intimamente vinculado ao do recalque, então os arranjos afetivos transferenciais seguirão a mesma lógica: aqui, não é o afeto que é repetido, mas o arranjo afetivo oriundo do processo de recalque.

São essas as características que dão possibilidade a uma simbolização da transferência, que é responsável pela cura analítica. Esta nada mais é que uma alternativa para o indivíduo que, até então, se via colado em um sintoma. A partir do

momento em que o paciente consegue dialetizar o que lhe ocorre no consultório, essa capacidade se estende também a outras funções psíquicas: isso dá um fim aos sintomas.

Considerando esta perspectiva, acreditamos que a transferência, enquanto tipo especial de relação objetal próprio dos neuróticos, é um meio válido para o tratamento analítico. Isso, contudo, não implica que ela possa ser estudada separadamente, como uma entidade isolada. Se existe transferência, é porque existe uma neurose e, para entender aquela, precisamos nos ater aos mecanismos subjacentes a essa neurose. É o que faremos no capítulo seguinte, quando discorreremos sobre a neurose obsessiva e suas manifestações transferenciais próprias.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Vale salientar que, sendo também uma forma de laço social, a transferência se manifesta de diferentes maneiras dependendo da estrutura clínica à qual esteja relacionada. Neste trabalho enfatizaremos a transferência em suas particularidades neuróticas, mas gostaríamos de frisar que aquela se manifesta de maneiras diversas na psicose e na perversão.

### **3. NEUROSE OBSESSIVA E AS PARTICULARIDADES DE SUA TRANSFERÊNCIA**

#### **3.1. Breve histórico da neurose obsessiva**

A concepção da neurose obsessiva foi desenvolvida paulatinamente mediante várias elaborações e revisões teóricas associadas à experiência clínica. Tal deve muito às contribuições de Freud. Com a finalidade de nos situarmos historicamente quanto ao lugar conceptual dos fenômenos obsessivos na psicopatologia, empreenderemos essa breve consideração sobre a neurose obsessiva.

Embora tenha despertado interesse da humanidade desde tempos antigos, o interesse da medicina sobre a loucura é relativamente recente. Antes encarada como problema espiritual, filosófico ou até mesmo infracional (FOUCAULT, 2005), aquela passou a ser trabalhada pela psiquiatria tão logo esta começou a lutar por sua legitimidade enquanto um ramo do saber médico.

A medicina, durante o século XVIII, passou por uma série de mudanças que levaram à ascensão da clínica médica, em detrimento da medicina classificatória que vigorava, não só como modelo de tratamento, mas principalmente como modo de classificação e agrupamento das doenças e dos sintomas. A anatomia patológica, nesse contexto, se mostrou uma grande aliada da clínica, já que fornecia elementos empíricos para sustentar as relações tecidas entre sintoma e doença. (FOUCAULT, 2006)

Com uma quantidade de informação cada vez maior e uma clínica cada vez mais complexa, começaram a surgir as especialidades médicas, ainda embasadas, tanto quanto possível, na anatomia patológica. Dentre aquelas se encontrava a psiquiatria, mas esta, ao contrário de outras áreas, sofria (bem como ainda sofre!) constantes impasses referentes à relação entre disfunções anatômicas e os sintomas. Sob esse aspecto a psiquiatria ainda se utilizou de uma prática descritiva por muito mais tempo, na contramão dos outros ramos da medicina.

A loucura vigorava, na categorização psiquiátrica, enquanto um comprometimento cognitivo que seria passível de ser compreendido através dos sintomas ou mesmo das paixões do indivíduo. Segundo Pessotti (1994), Sauvages categorizou os quadros gerais da loucura como vinculados a delírios e erros de

juízo. Cullen, ainda de acordo com Pessotti, associa a loucura ao “delírio, erro de juízo devido a percepções originadas na imaginação ou na memória”. Para nós é interessante elencar, também, os nove tipos de “loucura nocional” de Arnold, assim elencados por Pessotti (1994):

Os nove tipos dessa loucura nocional são: *Delusive* ou ilusória, cuja característica é uma ilusão evidente para uma pessoa normalmente inteligente; *Whimsical* ou fantástica, implicando imaginações descabidas e aberrantes, eventualmente acompanhadas de medo ou escrúpulo; *Fanciful* ou imaginativa, caracterizada por uma superatividade imaginativa; *Impulsive*, uma forma de loucura que se manifesta essencialmente pelo irresistível impulso para ações e palavras imprudentes, impertinentes, descabidas, inconvenientes ou absurdas; *Scheming* ou esquematizante, que se distingue pela avaliação exagerada de aptidões excepcionais e pela produção imoderada de projetos de empreendimentos intelectuais; *Self important* ou orgulhosa, marcada por uma vaidade exagerada, ridícula e pueril; *Hypochondriac*, que envolve a contínua preocupação com a própria saúde e o medo de doenças; *Pathetic*, caracterizada pelo domínio total da pessoa por uma irresistível paixão (tem dezesseis variedades). Por fim, uma nona forma é a loucura *Appetitive* ou instintiva, que consiste num desejo ingovernável e incoercível de satisfazer o apetite sexual. (p. 138)

Apesar de não ser nosso objetivo nos ater a essas questões descritivas, é importante nuançar que, em meio aos fenômenos de loucura e de psicose eram enquadrados, sem nenhuma distinção, sintomas obsessivos, como se pode ver claramente no excerto supracitado. Isso se deve, em parte, à preocupação da psiquiatria da época em agrupar e caracterizar sintomas, deixando de lado os sentidos daqueles.

Dentre essas descrições psiquiátricas da loucura (então compreendida, principalmente, enquanto debilidade cognitiva), podemos encontrar algumas que

remetem, claramente, a alguns sintomas que, mais tarde, poderiam ser considerados como obsessivos. Salientar essa diferença é importante porque, como veremos posteriormente, se Freud enquadrou a neurose obsessiva enquanto uma neurose foi em virtude da lógica de funcionamento, e não dos sintomas existentes. Esse é, aliás, um dos grandes diferenciais da psicanálise em relação aos saberes da época em que foi fundada.

### **3.2 O início da psicanálise: prolegômenos sobre a neurose obsessiva**

A histeria era um enigma que intrigava a comunidade médica da época de Freud, o que a levou a ser estudada incansavelmente por grandes nomes um dos quais Charcot. Apesar de todos os esforços para desvendar os sintomas histéricos, a origem destes permanecia obscura, sem nenhuma conexão lógica que a decifrasse e sem nenhuma base anatomopatológica que a justificasse. Com a falta de elementos que balizassem o estudo da histeria, muitos cientistas passaram a considerá-la como efeito de uma degeneração.

Essa mudança de postura, no entanto, não se mostrou muito proveitosa no que diz respeito à inteligibilidade do fenômeno: ao atribuir a origem da histeria à degeneração, nada se explicava a respeito de sua lógica operacional. O enigma, portanto, persistia sob outro nome.

Freud, no início de sua clínica, observou que os sintomas histéricos eram originados, proeminentemente, de um conflito psíquico. Nessa época – década final do século XIX – ele ainda não tinha amadurecido sua metapsicologia, mas certamente já se inquietava com os fenômenos dinâmicos do psiquismo que se lhe apresentavam na clínica.

Em suas primeiras publicações de casos clínicos (incluindo, entre eles, o célebre tratamento de Bertha Pappenheim), Freud nuançou um conflito de ideias como gerador dos sintomas psíquicos: representações potencialmente desprazerosas, de cunho prioritariamente sexual, eram eliminadas da consciência (ou nem mesmo tinham acesso a ela), mas, a despeito disso, continuavam agindo. O conflito dessas representações com outras, conscientes, seria responsável pela formação dos sintomas histéricos.

Nesse âmbito, a questão da sexualidade se torna central, pois estava diretamente conectada à dimensão conflitante que originava os sintomas. De início,

Freud acreditava que os conteúdos sexuais das representações desprazerosas estavam relacionados a uma sedução precoce ocorrida na infância. Esse suposto contato prematuro e traumático com a sexualidade seria, outrossim, responsável pela dimensão conflitante que as representações sexuais deteriam nas neuroses futuras.

A teoria da sedução, no entanto, não resistiu à realidade que a clínica apresentava a Freud. Em sua famosa *Carta 69* (1996 [1897]), dirigida a Fliess, ele diz não mais acreditar em sua neurótica. Dentre alguns dos motivos elencados para justificar tal assertiva, ele cita:

A descoberta comprovada de que, no inconsciente, não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção que é catexizada com o afeto. (Assim, permanecia aberta a possibilidade de que a fantasia sexual tivesse invariavelmente os pais como tema.) Em quarto lugar, a reflexão de que, na psicose mais profunda, a lembrança inconsciente não vem à tona, não sendo, pois, revelado o segredo das experiências da infância nem mesmo no delírio mais confuso. Se, dessa forma, verificamos que o inconsciente nunca supera a resistência do consciente, então também abandonamos nossa expectativa de que o inverso aconteça no tratamento, a ponto de o inconsciente ser totalmente domado pelo consciente. (p.310)

Certo dessas características próprias do inconsciente, Freud conclui que a sexualidade tem, sim, uma dimensão traumática que está na origem das neuroses, mas que isso nada tem a ver com a realidade material. Ao contrário, a própria sexualidade se manifesta já na infância, enquanto um enigma em torno do qual se formam várias fantasias. É na dimensão desta, portanto, que se encontra a fonte dos sintomas neuróticos. Eis a solução para a incógnita que a histeria, bem como as outras psiconeuroses, representava para a comunidade científica.

Este momento primeiro, que delimita o nascimento da psicanálise, foi marcado pela preponderância do elemento dinâmico do psiquismo, do qual falamos anteriormente. Retomando de forma breve, a dinâmica se refere aos conflitos como geradores de certos fenômenos psíquicos. Foi a dimensão de conflito encontrada nas neuroses, principalmente na histeria, que impulsionou Freud a pensar a origem das

neuroses (a ocorrência de ideias antagônicas, por si só, não a justificava) e as peculiaridades inerentes ao funcionamento de cada um dos níveis do psiquismo. Se havia um conflito, isso se devia a diferentes modos de funcionamento. O estudo da dinâmica apontou, então, para a necessidade de uma tópica que delimitasse as características e os mecanismos de funcionamento do aparelho psíquico.

Com a resposta do enigma da histeria em mãos, Freud passou a analisar mais detalhadamente, também sob o ponto de vista do conflito psíquico, outras afecções, tais como a fobia e a neurose obsessiva. Constatou, então, que os sintomas de ambas também estavam vinculados à lógica da dinâmica psíquica. Esse fato é de extrema importância para a conceituação da neurose obsessiva, que deixa de ser tratada como psicose. Vejamos um pouco mais sobre esse período do *fieri* teórico de Freud.

Em seu *Rascunho K* (1996 [1896]), ele já é capaz de elencar alguns tipos de neuroses, ou seja, de sintomas causados por um fator em comum: o conflito psíquico de ideias antagônicas. Segundo ele,

Há quatro tipos e muitas formas dessas neuroses. Posso apenas traçar uma comparação entre histeria, neurose obsessiva e uma forma de paranoia. Elas têm várias coisas em comum. São aberrações patológicas de estados afetivos psíquicos normais: de *conflito* (histeria), de *autocensura* (neurose obsessiva), de *mortificação* (paranoia), de *luto* (amências alucinatória aguda). (p. 267)

Nesse trecho do parágrafo inicial do referido rascunho, Freud deixa claro que a neurose obsessiva é, sim, uma categoria de neurose. Delimita, ainda, que as referidas neuroses são “aberrações patológicas de estados afetivos psíquicos normais”, ou seja, não passam de uma disfunção referente a processos presentes tanto nas pessoas “normais” quanto nos “doentes dos nervos”. Essa distinção é fundamental para refutar a degeneração enquanto causa das doenças mentais, pois, segundo se acreditava, aquela só estaria presente nas pessoas “doentes”. Ao igualar o modo de funcionamento psíquico das pessoas “sãs” ao daquelas que sofrem de sintomas mais severos, Freud dá um golpe fatal na teoria da degeneração.

As semelhanças entre a neurose obsessiva e os demais tipos de neurose não param por aí. No texto *As neuropsicoses de defesa* (1996 [1894]), Freud classifica a neurose obsessiva como uma “segunda forma de histeria” (p.56) que, bem como a histeria clássica, teria origem no enfraquecimento energético de uma representação patogênica. Esse ponto em comum de todas as neuroses é mais bem sistematizado no *Rascunho K* (1996 [1896]), no qual Freud diz que

O rumo tomado pela doença nas neuroses de recalçamento é, em geral, sempre o mesmo: (1) a experiência sexual (ou a série de experiências), que é traumática e prematura e deve ser recalçada. (2) Seu recalçamento em alguma ocasião posterior, que desperta a lembrança correspondente; ao mesmo tempo, a formação de um sintoma primário. (3) Um estágio de defesa bem-sucedida, que é equivalente à saúde, exceto quanto à existência do sintoma primário. (4) O estágio em que as ideias recalçadas retornam e em que, durante a luta entre elas e o ego, formam-se novos sintomas, que são os da doença propriamente dita: isto é, uma fase de ajustamento, de ser subjugado, ou de recuperação com uma malformação. As principais diferenças entre as diversas neuroses são demonstradas na forma como retornam as ideias recalçadas; outras diferenças são evidenciadas na maneira como os sintomas se formam e no rumo tomado pela doença. (p. 269)

Apesar de deixar claro que neurose obsessiva, histeria e fobias têm um elemento comum – o mecanismo elementar do recalque – Freud, desde cedo, se esforça em diferenciar os mecanismos específicos que operam em cada uma dessas psicopatologias. Assim sendo, a tônica recai no que se refere à neurose obsessiva, aos modos peculiares através dos quais ideia e afeto se distanciam.

### **3.3 Neurose obsessiva: particularidades**

Em 1909, no caso clínico do Homem dos Ratos, Freud afirma que “a linguagem de uma neurose obsessiva, ou seja, os meios pelos quais ela expressa seus pensamentos secretos, presume-se ser apenas um dialeto da linguagem da histeria.” (1996 [1909],

p.140). Enquanto tal, a neurose obsessiva partilha com a histeria o mecanismo do recalque, mas diverge tanto no modo de funcionamento do recalque quanto na manifestação dos sintomas. Nesse sentido, gostaríamos de mostrar três pontos essenciais da distinção da neurose obsessiva enquanto um tipo clínico. Tal servirá também para a compreensão de alguns pontos do caso clínico que ensejou este trabalho: (1) o deslocamento como modo de funcionamento principal, (2) a prevalência de um caráter de religião nos sintomas obsessivos e (3) a primazia da racionalização e da pulsão de saber)

Começemos detalhando os modos de produção do sintoma na neurose obsessiva. Em textos datados do fim do século XIX, como *As neuropsicoses de defesa* (1996 [1894]) e *Obsessões e Fobias* (1996 [1894]), Freud já associava as obsessões a falsas ligações e a um destino diferenciado para as ideias e os afetos. Enquanto na histeria o afeto ligado à ideia recalçada seria convertido, ou seja, investido corporalmente, na neurose obsessiva a carga afetiva originalmente ligada à representação recalçada se ligaria a outras ideias, passíveis de serem aceitas pela censura. Freud mantém essa lógica até o final de sua obra, mas acrescenta a ela, à medida em que a teoria progride, detalhes bastante enriquecedores do ponto de vista metapsicológico.

No período inaugural da psicanálise, como já nos referimos anteriormente, Freud priorizou o aspecto dinâmico do psiquismo, visto que suas principais descobertas se relacionavam com a dimensão do conflito. Era necessária a criação de um sistema de pensamento e de conceitos que pudessem operacionalizar a teoria da clínica freudiana. Tal ferramenta teórica foi formalizada em 1900, através da *Interpretação dos sonhos*, obra na qual Freud enunciou seu primeiro modelo do aparelho psíquico. Nessa obra é enunciado um sistema tópico – relativo às particularidades de cada lugar psíquico – que auxilia a compreender a questão dinâmica.

Circunscrito o campo teórico no qual iria trabalhar, Freud delimita o que são neuroses e, ainda, enquadra a neurose obsessiva nessa categoria.

Depois de situar as obsessões no ramo das neuroses, Freud empenhou-se em dar a esse “dialeto da histeria” uma identidade própria. Um dos textos basilares nesse sentido é o caso clínico do Homem dos Ratos, cujo título oficial é *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1996 [1909]). Quando da publicação desse escrito, Freud ainda não dispunha de um aparato metapsicológico tão detalhado, mas já trabalhava

magistralmente a dimensão do desejo e do conflito na neurose obsessiva. Analisemos, pois, o Homem dos Ratos.

### **3.4 O Homem dos Ratos e o deslocamento como vórtice do dialeto obsessivo**

O tratamento de Ernst Lanzer – era esse o verdadeiro nome do Homem dos Ratos – foi a única análise bem-sucedida dentre os principais casos clínicos publicados por Freud. Faremos a análise desse texto tendo por base não só a versão oficial, publicada em 1909, mas também as contribuições de Patrick Mahony que, em seu *Freud e o Homem dos Ratos* (1991) fornece detalhes sobre a biografia de Lanzer que são essenciais para a apreensão lógica não só do tratamento, mas também da formação dos sintomas do paciente. Freud, pela manutenção do sigilo da identidade de Lanzer, precisou omitir muitos desses fatos.

Lanzer nasceu em uma família burguesa de Viena. Possuía três irmãos mais velhos (Hedwig, Camilla e Rosalie) e, após seu nascimento, três outras crianças ainda viriam (Robert, Olga e Gertrud). Seus pais eram Heinrich e Rosa Lanzer. Esta perdeu os pais cedo e foi adotada por parentes abastados – os Sarborskys – , o que proveu a Rosa uma boa posição financeira e social. Heinrich foi um jovem militar que, nascido em uma família de recursos escassos, teve a oportunidade de ascender socialmente quando do matrimônio com Rosa, que lhe propiciou uma boa posição nas indústrias Sarbosky. Antes de casar com a mãe de Ernst, Heinrich teve um envolvimento amoroso com uma jovem pobre, mas preferiu ficar com Rosa, que tinha melhores condições econômicas. É interessante salientar, ainda, um fato curioso ocorrido na juventude de Heinrich Lanzer: este, viciado em jogo de cartas (*Spielratten*), chegou a perder grande soma do dinheiro de seu regimento em uma aposta. Foi salvo por um amigo, que o emprestou dinheiro para quitar a dívida. Heinrich, no entanto, jamais conseguiu pagar ao seu benfeitor, pois não mais o encontrou.

Ernst considerava seu pai como um grande amigo, afeito a gracejos e de temperamento ameno e generoso. Mahony (1991) chega a firmar que “Ernst sentia-se embaraçado pela personalidade simples e marcial de seu pai e a sua falta de educação” (p. 22) Havia, no entanto, ocasiões em que Heinrich se enraivecia e tinha grandes acessos de cólera. Era o caso, por exemplo, dos castigos físicos que infligia nos filhos

caso se portassem de maneira a irritá-lo em demasia. Nesse sentido, oscilava entre as representações de um pai amigo e leniente e de um carrasco furioso.

As informações referentes a Rosa são mais escassas. Freud pouco fala dela no registro do caso, limitando-se a descrevê-la como uma mulher austera cuja família de origem era responsável pela condição relativamente confortável em que viviam. Patrick Mahony (1991), por outro lado, nos traz dados extras e elabora uma hipótese sobre o papel da mãe<sup>9</sup> na estruturação psíquica de Ernst. Segundo ele,

A evidência que ainda sobrevive permite-nos esboçar um quadro misto da reciprocidade entre Ernst e sua mãe. O temperamento controlador e sua avareza disfarçada, como também sua atitude ambivalente em relação à limpeza das coisas e a falta de impetuosidade, tão característica de seu marido e filho, indicam uma personalidade obsessiva com traços de contenção. Ainda que ela tivesse consciência da família, estivesse preocupada com o conforto de sua casa e fosse mesmo protetora de seu filho contra seu marido violento, ela poderia ser, também, crítica contida e perigosamente sedutora e fálica. [...] De um modo geral, a Sra. Lanzer mal aparece como uma mãe pré-edípica ou edípica que funcionasse como um fator estabilizador consistente de desenvolvimento, ou alguém que mantivesse um diálogo aberto com seu filho e que promovesse e consolidasse, constantemente, o funcionamento do seu ego. [...] Ele [Ernst] procurou, então, a atenção de outros membros da família buscando consolo e apoio. Podemos obter uma ideia clara da constelação edípica se compreendermos que as irmãs de Ernst tornaram-se objetos substitutos mais acessíveis do que a própria mãe. (p. 51)

---

<sup>9</sup> Não abordaremos detalhadamente, neste trabalho, a função da figura materna na estruturação dos sintomas obsessivos. No entanto, caso surja interesse pelo tema, remetemos à leitura do livro *O inferno do dever*, de Denise Lachaud. Nele a autora oferece uma leitura lacaniana do papel da mãe no psiquismo do obsessivo.

Em meio a esse ambiente familiar, o jovem Ernst cresceu sem maiores percalços. Durante sua infância, vale citar que teve experiências sexuais<sup>10</sup> com duas de suas governantas (*Frau Rudolf e Fräulein Paula*). Também foi punido pelo pai por realizar atividades masturbatórias, fato que desencadeou nele grande ódio. Durante esse período, apresentava forte vontade de ver mulheres nuas e possuía um grande medo que seus pais pudessem saber de todos os seus pensamentos.

Durante a juventude, o paciente ingressa na faculdade de Direito. Pouco depois, apaixonou-se por uma prima pobre (Gisela Adler), a qual a família rejeita em virtude de sua condição financeira. Quase à mesma época, o pai de Ernst morre, desencadeando nele uma série de sintomas, como ideias obsessivas para matar a si mesmo, masturbação compulsiva e a negação da morte do pai (o paciente, não raro, agia e pensava como se Heinrich ainda estivesse vivo).

O grande desencadeador dos sintomas mais graves, que o levaram a buscar ajuda de Freud, foi um relato, ouvido de um companheiro militar (o capitão Nemezcac) durante manobras na Galícia, de uma tortura envolvendo ratos. Segundo Nemezcac (que Freud denominou “Capitão Cruel”), era comum, no oriente, um tipo de tortura no qual colocavam um balde contendo um rato faminto sobre as nádegas de uma vítima, que estaria imobilizada. Feito isso, não restaria ao animal outro caminho que não adentrar o ânus da vítima, que seria destruído pelas mordidas do roedor.

No que tange à ocasião em que Ernst presenciou esse relato, Mahony (1991) nos fornece alguns apontamentos pertinentes. O primeiro é que “na mente de Lanzer, o capitão estava ligado com o tenente D., do mesmo regimento, que era padrasto de Gisela. Este último gostava de dizer “eu vou atirar em você” e foi na presença dele que Lanzer viu um rato”. (p.29) O segundo é que

No decorrer do seu relato, o capitão dissera que retal deveria ser aplicada a alguns membros do parlamento. Então, logo após o Homem dos Ratos ter temido intimamente que o nome de Gisela fosse mencionado, o capitão se referiu à figura política do Dr. Adler (o mesmo sobrenome de Gisela!) (p. 30)

---

<sup>10</sup> Referimo-nos, aqui, a experiências sexuais infantis, como manipular os genitais femininos e ver o corpo de mulheres desnudas.

Dito isso, não é difícil compreender o porquê de, depois de escutar esse relato, Lanzer ter sido acometido de violentos pensamentos compulsivos nos quais essa tortura seria infligida ao seu pai (já morto) ou a Gisela caso ele não praticasse determinados atos (compulsivos). Antes de nos detalharmos sobre o tratamento, gostaríamos de esquematizar cronologicamente os principais episódios da vida de Lanzer através de uma tabela retirada (com algumas modificações) da obra de Patrick Mahony (p. 39 – 42). Cremos que, assim, é mais simples de entender a relação entre alguns fatos e os sintomas do paciente.

**Tabela 2**

| <b>Ano</b> | <b>Idade de Ernst</b> | <b>Acontecimento</b>   |
|------------|-----------------------|--|
| 1878       | -                     | Nascimento de Ernst  |
| 1879       | 1                     | Nascimento do irmão Robert   |
| 1880       | 2                     | Nascimento da irmã Olga  |
| 1881       | 3                     | Morte da irmã Camilla; rancor contra o pai   |
| 1882       | 4                     | Cena com <i>Frau Rudolf</i> ; molha a cama dos pais e leva uma surra do pai  |
| 1884       | 6                     | Ereções; obsessões sobre a morte de seu pai e sentimento de que seus pais conhecem seus pensamentos  |
| 1886       | 8                     | Nascimento da irmã Gertrud; começa a frequentar a escola; cena com <i>Fräulein Paula</i>   |
| 1888       | 10                    | Vê vermes nos dejetos de um primo  |
| 1889       | 11                    | Salvo pela mãe da mais severa punição paterna; esclarecimentos sexuais   |
| 1890       | 12                    | Eruções da mãe; apaixonado por uma jovem; masturbação e desejos obsessivos pela morte do pai   |
| 1891       | 13                    | Exibindo-se para <i>Fäulein Paula</i>  |
| 1892       | 14                    | Cenas homossexuais visuais; devotamente religioso até esta idade; decepção com um amigo que está interessado apenas em sua irmã  |
| 1893       | 15                    | Masturbação ocasional  |
| 1897       | 19                    | Inscrição na Faculdade de Direito da Universidade de Viena   |
| 1899       | 21                    | Morte do pai; alistamento no serviço militar por um ano; retoma a masturbação; operação de Gisela (retirada dos dois ovários); é aprovado no primeiro Exame de Estado (requerimento necessário para se tornar funcionário público) |
| 1900       | 21                    | Gisela rejeita a primeira proposta de casamento  |
| 1901       | 22                    | Morte de uma tia; extensão das obsessões para incluir o <i>post-mortem</i> ; obsessões permanentes   |
| 1902       | 23                    | Fantasia com o fantasma do pai; chegada de um tio de Gisela; compulsões por correr e calcular; doença da avó de Gisela; aprovação no terceiro Exame de Estado;   |

| Ano  | Idade de Ernst | Acontecimento   |
|------|----------------|---|
| 1903 | 24             | Presta o primeiro <i>Rigorosum</i> (exame para obter o título de Doutor em Direito); morte de um tio ao qual ele era indiferente; relaxamento nos estudos; intensificação da neurose; idealização de suicídio; segunda rejeição de Gisela; colocação da pedra para atingir Gisela; reprovação no segundo <i>Rigorosum</i> |
| 1904 | 26             | Primeira relação sexual, em Trieste   |
| 1905 | 27             | Aprovação no segundo <i>Rigorosum</i> ; trabalha por cerca de dois meses no escritório do Dr. Jacob Freundlich;   |
| 1905 | 27             | casamento deste último com sua irmã Olga; planos de casamento idealizados por sua mãe   |
| 1906 | 28             | Substituição de orações por apotropáicos anagramáticos; faz hidroterapia em Múnich; pensamentos de morte contra o pai   |
| 1907 | 29             | Aprovação no terceiro <i>Rigorosum</i> e recebimento do título de Doutor; manobras militares na Galícia; consulta com Freud em primeiro de outubro  |
| 1909 | 31             | Noivado com Gisela  |
| 1910 | 31             | Casamento com Gisela  |
| 1913 | 34             | Oficialmente, torna-se procurador   |
| 1914 | 35             | Volta à ativa no serviço militar em agosto, durante a Primeira Guerra Mundial; é aprisionado pelos russos em 21 de novembro; data da morte: 25 de novembro (embora tenha sido reconhecida somente em 1919)  |

Durante as primeiras entrevistas com Ernst Lanzer Freud delimita que a origem de seus sintomas jaz em experiências sexuais infantis: “As neuroses obsessivas, mais do que as histerias, tornam óbvio que os fatores que formarão uma psicose podem ser encontrados na vida sexual *infantil* do paciente, e não em sua vida atual” (FREUD, 1996 [1909], p. 147). Tais experiências fortemente repelidas por seu pai (inclusive por meio de castigos físicos), o que gerou em Ernst um grande ódio para com o genitor. Esse conflito entre o desejo da satisfação sexual e o amor dirigido ao pai interditor gerou, de imediato, um sintoma: Ernst internalizou as exigências paternas, imaginando que seus pais estavam cientes de todos os seus pensamentos e que algo deveria acontecer caso ele tivesse pensamentos ou atos obscenos. Dentre essas possíveis sanções consta a morte de seu pai, pensamento este que Ernst diz lhe assombrar desde muito jovem.

Freud situa, então, o núcleo do conflito do Homem dos Ratos em sua ambivalência em relação ao pai:

Um conflito estava evidentemente progredindo na mente desse jovem libertino. Paralelamente ao desejo obsessivo, e com ele intimamente associado, havia um medo obsessivo; sempre que ele tinha um desejo desse tipo, não podia evitar de temer que algo terrível fosse acontecer. Essa coisa terrível já estava vestida de uma indefinição característica, que desde então deveria ser um aspecto invariável de toda manifestação da neurose. Contudo, numa criança não é difícil descobrir o que é que está oculto por trás de uma indefinição desse tipo. Se o paciente pode ser uma vez induzido a fornecer um exemplo particular, em lugar das vagas generalidades que caracterizam uma neurose obsessiva, pode-se confiantemente aceitar que o exemplo é a coisa original e real que tentou esconder-se por trás da generalização. Portanto, o medo obsessivo de nosso atual paciente, quando restabelecido seu significado original, seria como se segue: 'Se tenho esse desejo de ver uma mulher despida, meu pai deverá fatalmente morrer.' O afeto aflitivo estava distintamente colorido com um matiz de estranheza e superstição, e já estava começando a gerar impulsos para fazer algo a fim de evitar o mal iminente. Esses impulsos deveriam, subseqüentemente, desenvolver-se em *medidas de proteção* que o paciente adotava. Em conseqüência, achamos o seguinte: um instinto erótico e uma revolta contra ele; um desejo que ainda não se tornou compulsivo e, lutando contra ele, um medo já compulsivo; um afeto aflitivo e uma impulsão em direção ao desempenho de atos defensivos. O inventário da neurose alcançou sua amostragem completa. (FREUD, 1996 [1909], p. 147)

Como vemos no excerto acima, o destino dos afetos e das ideias na neurose obsessiva é distinto do da histeria: a carga afetiva relacionada à ideia desprazerosa (matar o pai que tolhia sua satisfação sexual) retornava como algo externo, uma sanção quase impessoal que se lhe apresentava constantemente, alertando-o para os perigos das atividades eróticas. Esse mecanismo de deslocamento atrelou a agressividade relativa ao pai a uma punição externa, que aparentemente era estranha ao jovem Ernst, ao mesmo tempo em que cumpria a função interditora sem, no entanto, dirigir agressividade ao pai.

Esse mecanismo ficou latente até o momento em que os sintomas mais graves explodiram. Não por coincidência – vale salientar – os ápices da neurose de Ernst aconteceram justamente em períodos nos quais a questão da morte (real ou não) do pai se fazia presente. O primeiro período – vimos acima – foi na infância, quando Heinrich vetou e castigou suas brincadeiras sexuais.

O segundo período foi logo após a morte – de fato – do pai. Pouco tempo antes desse acontecimento, aquele reprovava o interesse de Ernst em Gisela, alegando que ela era uma moça pobre e o próprio filho era um estudante sem muitas perspectivas financeiras. Ao receber essa reprimenda, o paciente pensou que, caso seu pai morresse, seus problemas estariam resolvidos, seja no aspecto financeiro, seja por não haver mais alguém que servisse de obstáculo à relação com sua bem-amada.

A partir dessas informações, é possível retomar os caminhos percorridos pela formação do sintoma de Lanzer: marcado por uma ambivalência afetiva em relação ao pai e à dama amada foi necessário isolar psiquicamente o ódio em relação a ambos. A ideia inicial e agressiva ficou desinvestida e a carga de afeto foi deslocada para outras representações (os componentes das obsessões), conscientes e muitas vezes ilógicas. A respeito de tal ambivalência, Freud diz:

Assim, foi precisamente a intensidade de seu amor que não permitiu que seu ódio - embora dar este nome fosse caricaturar o sentimento - permanecesse consciente. Para confirmar, o ódio precisa ter uma fonte, e descobrir essa fonte era certamente um problema; suas próprias afirmações indicavam a época em que ele temia que seus pais adivinhassem seus pensamentos. Por outro lado, também se poderia perguntar por que esse seu amor intenso não lograra extinguir seu ódio, como de praxe acontecia quando não havia dois impulsos antagônicos. Apenas poderíamos presumir que o ódio deve fluir de alguma fonte, que deve estar relacionado com alguma causa particular que o tornasse indestrutível. Por um lado, então, alguma conexão dessa espécie deve estar mantendo vivo seu ódio pelo pai, ao passo que, por outro lado, o seu intenso amor o impedia de tornar-se consciente. Por conseguinte, nada restou para ele, a não ser existir no inconsciente, embora fosse, vez ou outra, capaz de irradiar-se, por instantes, para dentro da consciência. (1996 [1909], p. 161)

O relato da tortura oriental, nesse sentido, condensou muitos dos elementos envolvidos no conjunto de representações psíquicas de Lanzer: como a presença do padrasto de Gisela e o fato de o capitão cruel ter verbalizado o desejo de aplicar aquele tipo de suplício em um político cujo sobrenome era o mesmo de Gisela. A própria palavra *Ratten* remetia não só à dívida de jogo de Heinrich Lanzer (*Spielratten*), mas também a um matrimônio<sup>11</sup> desagradável que aquele queria arranjar para Ernst. Assim sendo, uma narrativa que poderia ser considerado corriqueiro durante exercícios militares desencadeou a eclosão de graves sintomas obsessivos.

Através desse exemplo podemos compreender que, apesar do deslocamento ser o principal mecanismo operante na formação das obsessões, não podemos excluir a ação da condensação, embora esta não tenha um papel tão importante quanto o deslocamento.

O mesmo deslocamento que permite isolar a ideia patogênica opera também na formação dos sintomas obsessivos: a inserção do tenente David (Tenente A, segundo Freud) na obsessão de pagar a dívida não foi aleatória. Segundo nos informa Mahony (1991), o termo David virou motivo de piada familiar entre Heinrich e Ernst depois que este assistiu a um espetáculo em que um dos personagens possuía esse nome. Pode-se pensar, então, que a escolha do tenente David não foi aleatória. Ao contrário, esse nome sintetiza a dívida de Heinrich Lanzer, da qual Ernst se faz fiador: por isso ele deseja tanto pagar. Ademais, ainda há a dívida pessoal de Ernst: ele é culpado de desejar a morte do pai, por isso está também em débito.

As ideias obsessivas – ilustradas, no caso do Homem dos Ratos, por um medo infundado de que seu pai morresse ou pela teimosia em pagar o dinheiro referente ao *pince-nez* ao tenente David, mesmo sabendo que nada devia a ele – podem não ser racionalmente plausíveis, mas seguem a mesma lógica inerente à formação da patologia. O estranhamento advém do fato de ideias conscientes, embora muitas vezes irracionais, serem investidas de uma carga afetiva tão elevada a ponto de causar desprazer e angústia. Detenhamo-nos, antes de nos aprofundarmos sobre algumas das funções dos sintomas obsessivos, sobre um estudo metapsicológico do mecanismo de deslocamento.

Freud, em 1900, já teoriza sobre o deslocamento enquanto um dos responsáveis pela distorção referente ao processo de formação onírica, mas um detalhamento metapsicológico advém apenas com os chamados *Artigos de Metapsicologia*, nos quais

---

<sup>11</sup> *Heirat*, em alemão. O verbo relativo a casar é *heiraten*, que tem uma proximidade lingüística com *Ratten*.

o autor aborda vários de seus conceitos principais a partir dos pontos de vista tópico, econômico e dinâmico. Para compreendermos a lógica do deslocamento é necessário que retomemos os conceitos de inconsciente, recalque e pulsão.

Em 1915, no artigo *O Inconsciente* (2005 [1915]), Freud faz alguns acréscimos ao seu modelo tópico de 1900, do qual já falamos neste trabalho. A princípio, assevera que o núcleo do sistema inconsciente (Ics.) seria um composto de representantes pulsionais que visam a escoar suas respectivas cargas de investimento. Aqueles, no entanto, podem ter conteúdos completamente opostos e, ainda assim, coexistirem e buscarem uma descarga independente para conteúdos serem conflitantes. Não existiria, outrossim, a lei da não contradição. Esses representantes “em vez de se distanciarem um do outro ou de se anularem mutuamente, comparecem ambos simultaneamente e formam um objetivo intermediário, um acordo de compromisso”. (FREUD, 2005 [1915], p. 37)

As cargas de investimento (elemento *econômico*) deteriam, nesse sistema, uma mobilidade muito maior que nos sistemas Pcs. – Cs. Um único representante, por exemplo, poderia ser investido com as cargas de afeto dos representantes a ele correlatos (condensação), bem como poderia ter sua própria carga desviada para um outro elemento ideacional da mesma cadeia (deslocamento). Tais mecanismos agiriam em favor do processo primário, mecanismo de descarga que regula o sistema Ics.

Além dessas características, seriam pungentes ao inconsciente a atemporalidade e a validade da realidade psíquica (os conteúdos inconscientes não passariam pelo teste de realidade, mas ainda assim seriam capazes de provocar no psiquismo os mesmos efeitos de um acontecimento real).

Um último ponto que merece ser ressaltado no texto, neste momento (voltaremos a ele mais tarde, quando discutirmos as características do recalque), é a inacessibilidade do inconsciente à motilidade. Se esse sistema pudesse efetuar, regido pelo processo primário, as descargas de afeto pela via motora, uma intensa manifestação de afetos seria desencadeada. Assim, coube ao sistema Cs., sob a égide do processo secundário, a tarefa de controlar a motilidade tentando conciliar as descargas energéticas da melhor maneira possível, a fim não só de obter satisfação imediata, mas também de preservar o Eu. Vemos, aqui, um claro exemplo do aspecto *dinâmico*, que reflete conteúdos da ordem do conflito psíquico, gerado por características diferentes de dois lugares psíquicos.

Freud ressalta, ainda nesse texto, a importância de haver, nos sistemas Pcs. – Cs., a necessidade de uma ligação (*Bindung*) entre ideias e afetos. Se uma descarga direta acarretaria intensa manifestação das cargas psíquicas, uma ligação entre tais cargas e representantes ideacionais que estejam de acordo com as regras dos sistemas Pcs. – Cs. seria uma forma eficiente de barrar a descarga imediata. Além disso, tal mecanismo estaria de acordo com o princípio de realidade e com o processo secundário.

Tal processo secundário é regido pelo princípio de realidade e, portanto, submetido ao recalque que é, sinteticamente, o processo através do qual certos representantes ideacionais potencialmente causadores de desprazer são repelidos do sistema consciente (ou sequer têm acesso a ele). O processo de recalque é dinâmico, ou seja, requer constante investimento energético para manter a representação indesejável longe do consciente. Apesar dessa relativa eficiência para lidar com os componentes ideacionais, é impossível recalcar as cargas afetivas. Assim sendo, estas se ligam a outras ideias passíveis de obterem acesso ao consciente. Através desses representantes distorcidos investidos de afeto o conteúdo recalado detém, ainda, uma certa influência sobre a esfera consciente:

Constataremos que nem sequer é correto afirmar que o recalque mantém afastado do consciente todas as representações derivadas do recalado original. Quando estes se afastam suficientemente do representante recalado, seja pela incorporação de deformações, seja pela interpolação de certa quantidade de elos intermediários, o acesso ao consciente fica-lhes franqueado, sem maiores restrições. (FREUD, 2004 [1915], p. 179 -180)

O processo descrito acima seria, justamente, o de deslocamento. Ainda no texto *O recalque* (2004 [1915]), Freud nos diz que o recalque na neurose obsessiva percorre caminhos diversos, pois, em virtude do forte caráter antagônico presente na referida neurose, caberia a dúvida se o recalque recai sobre um componente amoroso ou hostil. A essa questão Freud responde que o recalque incidiria sobre uma representação sádica que, através de uma regressão, substituiu um anseio amoroso. Diz, ainda, que

De início, o recalque tem sucesso absoluto, o conteúdo da representação é rechaçado e o afeto acaba desaparecendo. Como formação substitutiva ocorre uma alteração do Eu e um aumento de conscienciosidade, que não podemos propriamente designar como sintoma. [...] Como em todos os outros casos, o recalque efetuou uma retirada da libido, mas agora se utilizou da formação reativa para este fim, intensificando um oposto. [...] É muito provável que a condição que viabiliza todo o processo seja exatamente a relação de ambivalência, na qual ocorre a inserção do impulso sádico a ser recalçado. (FREUD, 2004 [1915], p. 185 – 186)

Quando se refere a características sádicas ou amorosas, Freud aponta para os dois tipos existentes de pulsão, que, na época dos *Artigos de metapsicologia*, eram as pulsões do Eu e a libido ou pulsão sexual (esse é o primeiro dualismo pulsional, que será suplantado em 1920, quando Freud formalizará pela primeira vez sua teoria das pulsões de morte).

Podemos entender pulsão (*Trieb*) como uma “pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo”. (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p. 394) É a pressão das pulsões rumo a esses objetivos que funciona como força motriz do aparelho psíquico. Falaremos mais a respeito desse tema quando formos debater, em seguida, os efeitos do deslocamento na neurose obsessiva. Finda a digressão, podemos discutir melhor a função de alguns sintomas obsessivos, como a dúvida e as racionalizações exacerbadas.

Ao analisar o caso do Homem dos Ratos, Freud faz várias conclusões a respeito da função da dúvida não apenas no caso de Lanzer, mas também nos casos de neurose obsessiva em geral. A dúvida obsessiva tem a função de manter o engodo que o neurótico constrói quando se posiciona subjetivamente entre dois polos opostos (amor – ódio). No caso de Lanzer, esse posicionamento ambivalente era notável principalmente em relação ao pai morto e à dama amada. A impossibilidade de lidar com dois sentimentos tão fortes e tão dicotômicos em relação a duas pessoas queridas fez com que o paciente encontrasse uma solução através do sintoma, que se pautava, justamente, em uma dúvida: esta o desobrigava de se posicionar em relação ao amor e ao ódio que sentia pelo pai e por Gisela.

Além disso, Freud (1996 [1909]) diz que duvidar também é um mecanismo de duplo isolamento: isola as ideias patológicas através de um circuito de desconfiança formado por proposições, não raro, bastante esdrúxulas, bem como serve como barreira entre o indivíduo e o mundo externo. À medida que o neurótico despende energia para manter seu sintoma, acaba enfraquecendo suas relações com objetos do mundo externo. Talvez seja essa uma das razões para as dificuldades de amar tão frequentes nos obsessivos.

Lanzer, por exemplo, tinha dificuldades em se relacionar com a dama amada, já que suas dúvidas e obsessões o ocupavam tanto que o investimento afetivo feito na dama parecia ficar em segundo plano quando as crises obsessivas de Ernst se agravavam. Nesses períodos a exigência econômica para manter o sintoma do paciente era tão grande que ele chegava a se afastar de Gisela e até mesmo de seu conselheiro, o qual costumava consultar quando da ocorrência de obsessões mais graves.

No caso de Paulo, era claro o modo como a dúvida operava nesses dois sentidos. Quando duvidou de sua “normalidade sexual” logo após o rompimento de um relacionamento conturbado, o paciente, de início, teve dificuldade para se relacionar com outras mulheres. Quando o fez, foi mais para “ter certeza” de que era normal do que para, propriamente, estabelecer algum vínculo afetivo com essas moças. Nesse sentido, podemos dizer que, apesar de estar com várias pessoas nesse período, Paulo não conseguia estabelecer uma relação propriamente afetiva com nenhuma delas: uma forma bastante irônica de permanecer isolado.

A dúvida em relação a uma suposta outra família do seu pai, que o afligia bastante, também poderia ser um elemento a contribuir para o isolamento afetivo presente entre ambos. Nesse sentido, não podemos lançar mais que uma suspeita, já que não houve a oportunidade de desenvolver esse ponto durante o tratamento de Paulo. No entanto, cremos que essa situação possa não ser de todo absurda, já que uma das principais funções da dúvida no obsessivo é, justamente, mascarar uma certeza (COTTET, 1982; GAZZOLA, 2001; LECLAIRE, 2001)

No que se refere à tendência obsessiva para a racionalização, achamos que precisamos de uma análise mais detalhada, já que esse ponto é primordial não só para a nossa retomada teórica sobre a neurose obsessiva, mas também para a compreensão de uma das principais dificuldades encontradas no caso clínico que ensejou este trabalho.

### 3.5 A racionalização: um resultado particular do processo de deslocamento

Apesar de aparentemente conscientes, seria incorreto afirmar que as racionalizações obsessivas não possuem envolvimento com a economia neurótica. Freud, desde o início de sua obra, tece relações entre a racionalização, o pendor para a pesquisa científica e os destinos das pulsões.

Como citado anteriormente, as pulsões se desenvolvem através de pulsões parciais, que estão vinculadas a uma determinada zona erógena do corpo. Cada uma dessas pulsões parciais tem um modo de funcionamento particular, que é patente a cada uma das chamadas fase de desenvolvimento psicosexual.

Considerando tais etapas, podemos afirmar que a atividade de pensar está vinculada ao desenvolvimento sexual:

O pensar é, em essência, um agir por ensaios deslocando pequenas quantidades de cargas de investimento em condições em que há o menor dispêndio (remoção) delas. Para isso foi necessário uma transformação de cargas de investimento livremente deslocáveis em cargas de investimento fixadas, o que foi alcançado por meio de uma elevação da intensidade de todo o processo de investimento de cargas. (FREUD, 2004 [1911], p. 67)

Esse ponto, principalmente no que se refere aos obsessivos, é de extrema importância. Já falamos desse desenvolvimento anteriormente, mas cabe aqui ressaltar a importância dessas etapas na constituição da neurose obsessiva. Também no item anterior frisamos as características da referida fase, mas, aqui, gostaríamos de nos deter em um ponto bastante pertinente: existem pontos de fixação em todos os estágios do desenvolvimento psicosexual. Nesse sentido, os sintomas obsessivos podem ter também elementos da voracidade oral, por exemplo.

Ainda no que se refere a essa problemática, Freud, em seu *Disposição á neurose obsessiva*, e autores como Green (2005) acreditam que as fixações no estágio anal, no obsessivo, ocorrem quando há uma falha na resolução das questões subjetivas

da fase genital. Ocorrendo isso, há uma volta à fase anterior para que, a partir de um modo de funcionamento regressivo, o indivíduo tente lidar com esses pontos conflitantes. Essa proposição é bastante pertinente se pensarmos que é exatamente durante a fase genital que a dissolução do complexo de Édipo deveria ser efetivada.

A criança, mesmo que obtenha certo sucesso em suas investidas escopofílicas, não consegue resolver o enigma da sexualidade apenas através dessas imagens. Nesse momento entra em jogo o que Freud denomina de “pulsão de saber”, que mistura elementos sexuais e sublimação de certos impulsos:

Ao mesmo tempo em que a vida sexual da criança chega a sua primeira florescência, entre os três e os cinco anos, também se inicia nela a atividade que se inscreve na pulsão de saber ou de investigar. Essa pulsão não pode ser computada entre os componentes pulsionais elementares, nem exclusivamente subordinada à sexualidade. Sua atividade corresponde, de um lado, a uma forma sublimada de dominação e, de outro, trabalha com a energia escopofílica. Suas relações com a vida sexual entretanto, são particularmente significativas, já que constatamos pela psicanálise que, na criança, a pulsão de saber é atraída, de maneira insuspeitadamente precoce e inesperadamente intensa, pelos problemas sexuais, e talvez seja até despertada por eles. (FREUD, 1996 [1905], p. 183)

O modo como a racionalização e a pulsão de saber se relacionam com a organização libidinal é mais explorado no texto *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância* (1996 [1910]), que veio a lume apenas um ano depois da publicação do caso do Homem dos Ratos.

Através de um fragmento de uma lembrança infantil de Leonardo, bem como de alguns dados biográficos relevantes, Freud tenta traçar uma hipótese relacionada ao perfil psicológico do artista. Segundo ele, Leonardo teria uma alta capacidade de sublimação, que se manifestava, eminentemente, por meio de sua incansável atividade científica. Se esta é patentemente racional, não significa que não se relacione aos afetos e às pulsões:

Leonardo, portanto, poderia, no máximo, querer dizer que o amor praticado por seres humanos não seria tão desejável e irrepreensível: dever-se-ia amar controlando o sentimento, sujeitando-o à reflexão e somente permitir sua existência quando capaz de resistir à prova do pensamento. Percebemos, assim, que procurou mostrar-nos como ele próprio procedia e demonstrar que todos deveriam tratar o amor e o ódio como ele o fazia. No seu caso parece que foi isso o que realmente sucedeu. Seus afetos eram controlados e submetidos ao instinto da pesquisa; ele não amava nem odiava, porém se perguntava acerca da origem e do significado daquilo que deveria amar ou odiar. Parecia, assim, forçosamente, indiferente ao bem e ao mal, ao belo e ao horrível. Durante esse trabalho de pesquisa, o amor e o ódio se despiam de suas formas positivas ou negativas e ambos se transformavam apenas em objeto de interesse intelectual. Na verdade, Leonardo não era insensível à paixão; não carecia da centelha sagrada que é direta ou indiretamente a força motora - il primo motore - de qualquer atividade humana. Apenas convertera sua paixão em sede de conhecimento; entregava-se, então, à investigação com a persistência, constância e penetração que derivam da paixão e, ao atingir ao auge de seu trabalho intelectual, isto é, a aquisição do conhecimento, permitia que o afeto há muito reprimido viesse à tona e transbordasse livremente, como se deixa correr a água represada de um rio, após ter sido utilizada. Quando, ao chegar ao clímax de uma descoberta, podia vislumbrar uma vasta porção de todo o conjunto, ele se deixava dominar pela emoção e, em linguagem exaltada, louvava o esplendor da parte da natureza que estudara ou, em sentido religioso, a grandeza do seu Criador. (FREUD, 1996 [1910], p. 82 – 83)

Há de se frisar a diferença entre as práticas de investigação infantil e o pendor para a ciência no adulto: enquanto aquela ainda é, eminentemente, permeada pelas atividades sexuais, a pesquisa científica, como nos diz Freud no fragmento acima, pode ser considerada, em grande parte, como efeito de sublimação. Ademais, a prática das investigações sexuais infantis é originada, também, como uma necessidade de dar sentido a algo que inquieta a criança, a despeito de ela não saber lidar com esse fato ou situação. Sobre isso, Chantal Brunot (2005) afirma:

La pulsion de savoir est motivée non par un désir de savoir relevant d'une érotisation, mais par une nécessité de savoir. Cette nécessité de savoir est elle-même engendrée par le doute concernant la nature du véritable objet d'amour de la mère. Ce doute porte à l'enfant ce qui pourrait s'apparenter à une première blessure narcissique et, comme l'écrit Freud, c'est "sous l'aiguillon des pulsions égoïstes qui les dominent" que la pulsion d'investigation prend sa source. (p. 40)

No excerto acima, a autora enfatiza que a necessidade de saber obsessiva não está ligada apenas a um saber racional, de origem sublimatória, mas a uma construção que confira inteligibilidade a um sintoma que perpassa, obrigatoriamente, o desejo da mãe do obsessivo.

Vale salientar que a sublimação, apesar de ser um dos destinos possíveis da pulsão, tem um limite, pois, assim como as demais atividades psíquicas, demanda uma carga afetiva (vertida para realizações artísticas e coletivamente aceitas) para se efetivar. Nesse sentido, Freud atribui o empobrecimento da vida social e afetiva de Leonardo da Vinci a um excesso de sublimação, representada pelo seu amor à ciência.

Por se tratar de um recurso bastante limitado, a sublimação não é capaz de redirecionar culturalmente todas as moções pulsionais desprazerosas. Não raro acabam acontecendo rompantes afetivos que não podem ser controlados pela racionalização, como Freud exemplifica ao falar da morte da mãe de Leonardo, ocasião na qual este lhe proporcionou um faustoso sepultamento:

Ele [Leonardo] conseguira sujeitar seus sentimentos ao domínio da pesquisa e reprimir a sua livre expressão; mas para si mesmo havia ocasiões em que o que suprimira forçava um meio de expressão. A morte da mãe, a quem tanto amara em certa época, foi uma delas. O que temos diante de nós nesses apontamentos sobre as despesas do enterro é a expressão, sob um disfarce quase irreconhecível, de sua tristeza pela morte da mãe. Ficamos pensando o porquê desse disfarce, e na verdade não o podemos entender se o consideramos um processo

mental normal. Porém, processos semelhantes são por nós bem conhecidos nas condições anômalas da neurose, sobretudo na que é conhecida como 'neurose obsessiva'. Nestes casos podemos observar como a expressão de sentimentos intensos, que se haviam tornado inconscientes graças à repressão, é deslocada para ações triviais e às vezes mesmo tolas. A expressão desses sentimentos reprimidos foi de tal modo enfraquecida pelas forças que a eles se opõem, que seríamos levados a considerá-los insignificantes; mas a compulsão imperativa que leva a executar esse ato trivial revela a verdadeira força dos impulsos - força que se origina no inconsciente e que a consciência gostaria de negar. Somente comparando esta situação com a que ocorre na neurose obsessiva é que poderemos explicar as anotações de Leonardo relativas às despesas com o enterro de sua mãe. Em seu inconsciente, ele ainda se achava ligado a ela por sentimentos de matiz erótico, como acontecera em sua infância. A oposição que se originou na subsequente repressão deste amor infantil não lhe permitiu reverenciar sua mãe em seu diário, de modo diferente e melhor. Mas o que emergiu como um compromisso desse conflito neurótico tinha de ser externado; e foi assim que esta anotação veio a fazer parte de seu diário e chegou ao conhecimento da posteridade como coisa ininteligível. (FREUD, 1996 [1910], p. 111)

Freud acaba associando os pensamentos obsessivos a esse superinvestimento de ideias que ocorre na sublimação, mas é bom que procedamos a uma distinção importante. Enquanto na sublimação o indivíduo consegue um arranjo harmônico entre suas moções pulsionais e o alvo para o qual as direciona (a ciência, a arte, etc), no tipo de investimento racional referente à neurose obsessiva o indivíduo continua sofrendo em virtude do conflito, apesar de as ideias carregadas de afeto serem conscientes.

É comum, portanto, que, nos neuróticos obsessivos, uma das consequências do deslocamento seja justamente essa tendência exacerbada para racionalizar: nesse caso, há uma luta para ligar a grande quantidade de afeto a uma ideia que possa ter acesso à consciência. Isso acontece para tentar manter o tipo de recalque próprio dessa neurose, no qual a ideia patogênica é reprimida com sucesso, enquanto o afeto fica à espera de qualquer ideia à qual possa se vincular.

Quando estava conduzindo o tratamento do Homem dos Ratos, Freud se deparou várias vezes com manifestações transferenciais da tendência racionalizante dos obsessivos. Logo em sua primeira sessão, Lanzer se põe a falar sobre suas atividades sexuais infantis, pois tivera algum contato com as obras de Freud, a partir das quais pensou que esse tema pudesse ser relevante. Os dados fornecidos pelo paciente nesse primeiro momento foram, de fato, preciosos para desmontar seu sintoma, mas o que fica mais evidente é que, desde o início, o Homem dos Ratos já tentava racionalizar conteúdos a fim de melhor dominá-los.

Em outra situação, Freud, ao explicar para o para o paciente sua relação ambivalente com o pai, escuta dele uma resposta afirmativa, que, logo depois, é negada pela presença de uma dúvida a respeito da racionalidade daquela interpretação. A ocorrência desse tipo de racionalização no tratamento de Lanzer é tão freqüente que Freud chega mesmo a concluir que, nessas circunstâncias, só resta ao paciente aprender através de dolorosos processos que permeiam a relação transferencial.

Ficava também patente, na análise de Lanzer, a necessidade em dar um sentido racional às suas dúvidas obsessivas. Isso não só o impedia de caminhar rumo à resolução de seus conflitos, mas também era uma forma de resistir aos avanços trazidos pela análise. Tentar conferir inteligibilidade, sob uma lógica racional, às aparentemente estapafúrdias obsessões era apenas mais uma maneira de continuar nelas enredado.

No caso de Paulo, ele demonstrava essa tendência à racionalização em vários momentos. O primeiro deles se apresenta logo na primeira entrevista do paciente, quando tenta mascarar sua demanda alegando estar apenas seguindo uma recomendação médica, já que chegou à clínica através de um encaminhamento. Este, no entanto, não foi um encaminhamento qualquer, pois foi feito por um psiquiatra de reconhecida *expertise*: Paulo estava na clínica, a princípio, apenas para obedecer à lógica do saber do médico, que dizia se tratar de um problema psicológico.

Esse tipo de resistência inicial poderia ter acarretado problemas, mas, ainda nas entrevistas preliminares, Paulo demonstrou alguma transferência positiva para com o tratamento, embora talvez não tivesse se dado conta disso: “eu fiquei com vontade de saber, porque, seu eu souber de onde vem isso eu acho que pode parar”. Através dessa frase o paciente deixa transparecer que não é mais apenas a obediência ao saber psiquiátrico que o mantém em tratamento: existe uma demanda dele próprio que o motiva a tentar desvendar o sentido de seus sintomas.

Esse primeiro obstáculo foi superado, mas a onipotência dos pensamentos e a racionalização continuavam agindo enquanto entraves. Era patente, no tratamento de Paulo, o fato de ele querer entender todas as minúcias técnicas da análise sempre que esta estava caminhando bem. Nesse caso, era clara a função de resistência vinculada a essa necessidade de entender. Como nos diz Urânia Tourinho Peres (2005):

A defesa secundária, sendo lograda, volta a recalcar os sintomas do retorno do recalçado; a compulsão se transfere para as próprias medidas protetoras. [...] Essas defesas secundárias contra as representações obsessivas podem produzir um forte desvio do pensamento para conteúdos o mais afastados possível. Assim, temos a *ruminação obsessiva*, que se apresenta sempre sem um conteúdo sensual, na medida em que o recalçado é sempre de natureza sexual. Ou, ainda, pode produzir uma exacerbação do pensamento, *pensamento obsessivo*, um esforço lógico para se afastar das representações, através da lógica e das lembranças conscientes. Ou, ainda, a uma *compulsão de testar coisas e mania de duvidar*. (p. 343)

Nesse sentido, as irrupções de necessidade lógica de Paulo, bem como suas dúvidas em relação à técnica inerente ao tratamento, são parte de uma característica própria à neurose obsessiva que, naquele contexto, se manifestou também como resistência. Se, no contexto de formação dos sintomas neuróticos, o deslocamento opera isolando as ideias obsessivas da ideia patogênica, no contexto da transferência ele acaba afastando o indivíduo de um discurso pleno, do qual ele possa se apropriar. Ater-se à lógica formal e a racionalizações é também uma maneira de o obsessivo se distanciar do próprio desejo e do bom andamento de uma análise.

Por fim, devemos citar a constante necessidade de Paulo em regular o tempo das sessões. Em um momento inicial, o paciente quis saber quanto tempo duraria cada sessão. Respondemos a ele que trabalhávamos com uma média de uma hora<sup>12</sup>, mas esse

---

<sup>12</sup> Salientamos que são raros os analistas que realmente conseguem manejar a clínica totalmente de acordo com o tempo lógico (ou seja, não costumam demarcar horários de maneira mais esquemática). Levando em conta que estávamos em um estágio e, ainda, considerando a burocracia da clínica-escola, que exigia

período não seria exato, podendo ser mais longo ou mais curto, dependendo do curso do atendimento.

Paulo começou, então, a consultar insistentemente o relógio enquanto falava, além de trazer seu discurso pré-fabricado nas sessões ulteriores: “lá fora eu estava pensando no que eu ia falar aqui hoje, então eu pensei que ia falar isso. Aí eu pensei as coisas que eu ia falar, as coisas que eu acho que são importantes e que tem a ver com isso, então eu acho melhor falar desse jeito, vou começar falando sobre esse ponto...”. Esse tipo de conteúdo, já submetido ao crivo da racionalização, tinha a função não só de afastar o paciente de uma fala realmente importante, mas também de controlar o tempo da sessão, já que, na lógica de Paulo, o fim de seu discurso montado deveria coincidir também com o final das sessões.

Não cedemos a esse intento – se o fizéssemos, estaríamos compactuando com a resistência de Paulo –, mas, ainda assim, não podemos afirmar que tivemos um resultado satisfatório lidando com as resistências de Paulo. Tentamos quebrar a lógica do discurso racional deste paciente, mantendo irregular a duração das sessões: as encerrávamos sempre que um encadeamento de ideias aparecia ou era finalizado. Todavia, Paulo adotou outra estratégia de resistência, bem mais incisiva.

Ainda de maneira bastante racional, porém mais enfática, ele passou a tentar encerrar as sessões fazendo uso de argumentos aparentemente plausíveis, como dizer diretamente que havia terminado ou alegar fome. Ravaletti (2005) delimita bem essa relação enrijecida do obsessivo com o tempo:

Fanático em programar o que pode e o que não pode acontecer, [o obsessivo] chega inclusive a regular a si mesmo. No entanto, esta rigidez imodificável na programação converte o peculiar e original do discurso vital em uma cadeia de transtornos. Diferentemente da pessoa sã, o novo não constitui um motivo em que se apoiar, nem uma direção a seguir, nem pode permitir deixar-se levar pelas forças inovadoras da vida. O imprevisto e o novo são inimigos do obsessivo, e por isso a única possibilidade que lhe resta é retrair-se do mundo. A repetição exerce um efeito assegurador: a rotina da coisa habitual bem

---

um controle de horários para que todos os estudantes pudessem dispor das salas, costumávamos fixar a duração média de uma hora por sessão.

conhecida opõe-se à incerteza angustiante de um advir antecipado. Necessita classificar regularmente suas lembranças, fazer um repertório de suas tarefas a cumprir e dos futuros projetos. Da mesma maneira, busca especificar a hora e fixar o tempo, mas esta ordem rígida destrói a fluidez temporal. A direção linear do tempo detém-se e é substituída por uma operação cíclica, fechada sobre si mesma e que se repete infinitamente até esgotá-lo. O retorno obsessivo, a estereotipia obsessiva substitui a antecipação. (p. 410)

O fato de insistir em racionalizar o tempo configura não só uma maneira de o sintoma retornar, mas também uma forma velada de agressividade para com o analista. Essa racionalização não só serve à neurose, mas também às resistências do obsessivo, que possuem um caráter eminentemente ambivalente. Vejamos, agora, como este se configura e qual sua função na construção dos sintomas obsessivos.

### **3.6 A ambivalência na neurose obsessiva**

Sendo a ambivalência uma das características mais importantes da neurose obsessiva, decidimos analisá-la em conjunto com outro aspecto não menos emblemático dessa neurose: o caráter ritualístico presente nas ideias e, principalmente, nos atos obsessivos.

Entre 1907 e 1908, Freud elabora algumas considerações importantes sobre a neurose obsessiva, tecendo semelhanças entre esta e as características de algumas práticas religiosas.

No texto *Atos Obsessivos e Práticas Religiosas* (1996 [1907]), Freud se preocupa, eminentemente, em demonstrar que os sintomas da neurose obsessiva possuem um sentido. Ao compará-los com ritos religiosos – que têm uma finalidade bem definida – Freud alega que os rituais obsessivos também possuem seus próprios significados, embora possam parecer esdrúxulos até mesmo para os neuróticos.

A razão dessa falta de sentido, diz Freud, seria a distorção pela qual uma ideia recalcada passa antes de se transformar em um sintoma dessa ordem. Particularmente no

caso dos obsessivos, o autor acredita que as formações sintomáticas sejam fruto de uma defesa que tem por objetivo fugir de alguma moção pulsional inconsciente. A semelhança com os atos religiosos seria a conotação purgatória para a reparação de algum “malfeito” anterior e o caráter protetor e enrijecido dos ritos, que serviriam para evitar algum mal, no futuro. Freud nos diz:

Há sempre *a repressão de um impulso instintual* (um componente do instinto sexual) presente na constituição do sujeito e que pôde expressar-se durante algum tempo em sua infância, sucumbindo posteriormente à pressão. No decurso da repressão do instinto cria-se uma *consciência* especial, dirigida contra os objetivos do instinto; essa formação reativa psíquica, porém, sente-se insegura e constantemente ameaçada pelo instinto emboscado no inconsciente. A influência do instinto reprimido é sentida como uma tentação, e durante o próprio processo de repressão gera-se a ansiedade que adquire controle sobre o futuro, sob a forma de ansiedade *expectante*. O processo de repressão que acarreta a neurose obsessiva deve ser considerado como um processo que só obtém êxito parcial, estando constantemente sob a ameaça de um fracasso. Podemos, pois, compará-lo a um conflito interminável; reiterados esforços psíquicos são necessários para contrabalançar a pressão constante do instinto. Assim, os atos cerimoniais e obsessivos surgem, em parte, como uma proteção contra a tentação e, em parte, como proteção contra o mal esperado. Essas medidas de proteção logo parecem tornar-se insuficientes contra a tentação, surgindo então as proibições, cuja finalidade é manter à distância as situações que podem originar tentações. (FREUD, 1996 [1907], p. 114-5)

A ambivalência presente nesses rituais fica mais explícita em *Caráter e Erotismo Anal* (1996 [1908]), texto no qual Freud ressalta que algumas características do caráter, como obstinação, parcimônia e necessidade de ordenação estariam ligadas a uma fixação libidinal na fase anal do desenvolvimento psicosssexual e seriam nada menos que formações reativas cuja finalidade era anular as ideias desprazerosas através de um superinvestimento em seu oposto. Embora o objetivo, neste texto, seja delinear

traços de caráter, o autor aponta, no último parágrafo, direcionamentos que podem ser também seguidos se quisermos considerar a problemática referente aos sintomas no obsessivo:

De qualquer modo, podemos estabelecer uma fórmula para o modo como o caráter, em sua configuração final, se forma a partir dos instintos constituintes: os traços de caráter permanentes são ou prolongamentos inalterados dos instintos originais, ou sublimação desses instintos, ou formações reativas contra os mesmos. (FREUD, 1996 [1908], p. 164)

O supracitado excerto, além de reafirmar a relevância das formações reativas, aponta também, como origem dos referidos traços de caráter, a fixação em uma determinada fase sexual.

Apesar de já haver considerado tanto a questão do desenvolvimento psicosexual quanto as vicissitudes das formações reativas e do mecanismo do deslocamento na neurose obsessiva, é apenas em 1909, com a elaboração do caso clínico do *Homem dos Ratos*, que Freud deu àquela um *corpus* teórico específico dentro da teoria psicanalítica, analisando não só seus mecanismos peculiares, mas, principalmente, mostrando como o modo de formação dos sintomas seguia uma lógica própria a esse tipo de neurose.

No referido texto, Freud ratifica de vez a ideia – já esboçada em escritos anteriores (1894; 1895; 1907; 1908) – que a neurose obsessiva é oriunda do conflito entre duas moções pulsionais contraditórias, onde:

Cada uma das duas tendências opostas é satisfeita, isoladamente, primeiro uma e depois a outra, embora naturalmente se faça uma tentativa de estabelecer determinado tipo de conexão lógica (muitas vezes desafiando toda lógica) entre os antagonistas. (FREUD, 1996 [1909], p. 169)

Na época desses escritos, Freud ainda não havia formalizado sua segunda teoria pulsional, mas já delimitava a existência de um elemento destrutivo na origem do conflito obsessivo. Apesar de só ter conseguido elaborar teoricamente essa dualidade pulsional em 1920, ele teorizou, sete anos antes, sobre o caráter ambivalente da neurose obsessiva comparando-a justamente com outra prática religiosa, denominada totemismo.

Em *Totem e tabu* (1996 [1913]), Freud analisa a ocorrência do totemismo em algumas sociedades primitivas, bem como a importância do tabu nessas respectivas sociedades. Amparado por antropólogos de sua época, ele analisa a estrutura social dessas tribos, que é composta por totens diferenciados.

Cada totem possui um representante (geralmente um animal), suposto ancestral de todo o clã, ao mesmo tempo em que atua como protetor. Aquele que representa o totem não pode ser sacrificado ou comido salvo em datas especiais. As penas para quem infringe as regras seriam bastante severas, incluindo a própria morte. Severidade ainda maior seria aplicada àqueles que descumprissem uma das regras fundamentais do totemismo: se relacionar com pessoas de certos clãs próximos:

A violação da proibição não é deixada ao que se poderia chamar de punição ‘automática’ das partes culpadas, como no caso de outras proibições totêmicas, tal como a existente contra a morte do animal totem. É vingada da maneira mais enérgica por todo o clã, como se fosse uma questão de impedir um perigo que ameaça toda a comunidade ou como se se tratasse de alguma culpa que a estivesse pressionando. (FREUD, 1996 [1913], p 24)

Freud interpreta essa proibição como relacionada à proibição do incesto. Esta, portanto, seria o pilar da organização social mesmo em tribos bastante primitivas. O totemismo, portanto, estaria fortemente relacionado à exogamia: a noção de proibição de relações sexuais entre membros da mesma família consanguínea é substituída pela proibição de relações sexuais entre membros de um mesmo clã ou mesmo de clãs próximos. A lógica de proibição do incesto seria, portanto, a mesma da sociedade ocidental, apesar dos conceitos diferentes de “família”.

Muitas das proibições presentes na vida desses povos estavam relacionadas aos tabus, um tipo de proibição que não era externa ou mesmo moral. Segundo Freud,

O significado de 'tabu', como vemos, diverge em dois sentidos contrários. Para nós significa, por um lado, 'sagrado', 'consagrado', e, por outro, 'misterioso', 'perigoso', 'proibido', 'impuro'. O inverso de 'tabu' em polinésio é '*noa*', que significa 'comum' ou 'geralmente acessível'. Assim, 'tabu' traz em si um sentido de algo inabordável, sendo principalmente expresso em proibições e restrições. Nossa acepção de 'temor sagrado' muitas vezes pode coincidir em significado com 'tabu'. As restrições do tabu são distintas das proibições religiosas ou morais. Não se baseiam em nenhuma ordem divina, mas pode-se dizer que se impõem por sua própria conta. Diferem das proibições morais por não se enquadrarem em nenhum sistema que declare de maneira bem geral que certas abstinências devem ser observadas e apresente motivos para essa necessidade. As proibições dos tabus não têm fundamento e são de origem desconhecida. Embora sejam ininteligíveis para nós, para aqueles que por elas são dominados são aceitas como coisa natural. (FREUD, 1996 [1913], p. 37)

Como se pode apreender do trecho supracitado, o tabu constitui uma espécie de ordem inerente, situada no liame do sagrado e do profano, que serve de regulação interna para os aspectos fundamentais da vida social, como a proteção aos chefes, aos mais fracos, etc.

A violação do tabu era punida de maneira exemplar: o contraventor recebia sua pena e, era, ainda, considerado impuro. Tal impureza poderia se estender àqueles próximos a ele ou que com ele tiveram algum tipo de contato: uma das características do tabu é, justamente, sua transmissibilidade.

Essas características da organização social primitiva foram suficientes para Freud estabelecer um paralelo entre esta e a neurose obsessiva. O primeiro ponto que merece ser nuançado nessa discussão é a base ambivalente que prevalece em ambas: enquanto o tabu se relaciona tanto ao sagrado quanto ao profano, a neurose obsessiva

oscila constantemente entre os polos de amor e ódio, sem se vincular exclusivamente a nenhum deles. Quanto a esse modo de funcionamento obsessivo, Freud afirma:

A principal característica da constelação psicológica que dessa forma se torna fixa é algo que poderia ser descrito como a atitude *ambivalente* do sujeito para com um objeto determinado, ou melhor, para com um ato em conexão com esse objeto. Ele deseja constantemente realizar esse ato (o tocar) [e o considera seu gozo supremo, mas não deve realizá-lo] e também o detesta. O conflito entre essas duas tendências não pode ser prontamente solucionado porque - não há outra forma de expressá-lo - elas estão localizadas na mente do sujeito de tal maneira que não podem vir à tona uma contra a outra. A proibição é ruidosamente consciente, enquanto o desejo persistente de tocar é inconsciente e o sujeito nada sabe a respeito dele. Se não fosse esse fator psicológico, uma ambivalência como esta não poderia durar tanto tempo nem conduzir a tais conseqüências. [...] O desejo instintivo se desloca constantemente, a fim de fugir ao e se esforça por encontrar substitutos - objetos substitutos e atos substitutos - para colocar em lugar dos proibidos. Como conseqüência disso, a própria proibição também se desloca de um lado para outro, estendendo-se a quaisquer novos objetivos que o impulso proibido possa adotar. (FREUD, 1996 [1913], p. 47)

Esse deslocamento dos objetos se relaciona estreitamente com as proibições obsessivas, que prescindem de comandos externos ao mesmo tempo em que parecem sem sentido. Isso ocorre porque o veto ocorre sobre uma ideia correlata ao desejo reprimido, lógica essa que é bem representada, em se tratando dos tabus, pelo caráter de contágio e pelo desejo de tocar.

Ao falarmos em caráter de contágio, podemos nos remeter ao constante deslocamento que opera na formação dos sintomas obsessivos: a qualquer momento uma ideia anteriormente distante do desejo original pode, por contiguidade, também ser vetada, gerando a necessidade de deslocar o afeto da ideia original para outras, distantes

o suficiente na cadeia para não serem associadas, por contágio, à ideia patogênica original.

O desejo de tocar relaciona-se ao fato de o obsessivo ansiar fortemente pela realização de seu desejo, aproximando-se dele. A força desse anseio é igualmente proporcional à força das defesas erigidas para evitar sua realização, pois ao mesmo tempo em que está em jogo um objeto amado, está em jogo também o ódio a esse objeto de amor, ao qual o acesso pode trazer vários transtornos. Nesse sentido, uma das estratégias mais eficientes para que o obsessivo se desvie desse desejo de tocar (ou desejo de desejar!) é atribuir sanções psíquicas não só a ele, mas também a correlatos. Ademais, esse aspecto infeccioso não se restringe apenas à prevenção de uma contravenção, mas também à punição de qualquer ato passível de sanções:

Existe, entre os povos primitivos, o temor de que a violação de um tabu seja seguida de uma punição, em geral alguma doença grave ou a morte. A punição ameaça cair sobre quem quer que tenha sido responsável pela violação do tabu. Nas neuroses obsessivas, o caso é diferente. O que o paciente teme, se efetuar alguma ação proibida, é que o castigo caia não sobre si próprio, mas sobre alguma outra pessoa. A identidade da pessoa, via de regra, não é enunciada, mas em geral pode-se demonstrar sem dificuldade, através da análise, que se trata de uma pessoa das mais próximas e queridas do paciente. Aqui, então, o neurótico parece estar comportando-se altruisticamente e o homem primitivo, egoisticamente. Somente quando a violação de um tabu não é automaticamente vingada na pessoa do transgressor é que surge entre os selvagens um sentimento coletivo de que todos eles estão ameaçados pelo ultraje; e em seguida, apressam-se em efetuar eles próprios a punição omitida. Não há dificuldade em explicar o mecanismo desta solidariedade. O que está em questão é o medo do exemplo infeccioso, da tentação a imitar, ou seja, do caráter contagioso do tabu. Se uma só pessoa consegue gratificar o desejo reprimido, o mesmo desejo está fadado a ser despertado em todos os outros membros da comunidade. A fim de sofrer a tentação o transgressor invejado tem de ser despojado dos frutos de seu empreendimento e o castigo, não raramente, proporcionará àqueles

que o executam uma oportunidade de cometer o mesmo ultraje, sob a aparência de um ato de expiação. (FREUD, 1996 [1913], p. 83 – 84)

Ao considerar a tentação como um fator preponderante no tabu, Freud conclui que, nesse contexto, a expiação exerce suma importância na construção dos cerimoniais. A mesma lógica pode ser atribuída à neurose obsessiva. Isso ocorre, principalmente, em virtude da ambivalência inerente ao conflito obsessivo: o autoflagelo é um excelente escoadouro de pulsões destrutivas. Eis o motivo de Freud afirmar, ao falar sobre os tabus, que “a emancipação de uma renúncia é compensada pela imposição de outra alhures. Isto nos leva a concluir que a expiação é um fator mais fundamental que a purificação no cerimonial do tabu.” (FREUD, 1996 [1913], p. 51).

Se, nos dois textos os quais expusemos, Freud consegue traçar um panorama bastante detalhado no que se refere à ambivalência da neurose obsessiva, é apenas com os textos metapsicológicos que ele formaliza questões essenciais para a compreensão dessa neurose. Esses pontos seriam as teorizações sobre as pulsões de morte e sobre o novo modelo de aparelho psíquico, que esclarece qual a relação entre Eu, Supereu e Isso<sup>13</sup>.

Em 1920 Freud estava intrigado com alguns fenômenos cujo cerne era a repetição. Ele era capaz de identificar ocorrência de repetição em contextos diversos, como a transferência, os rituais e idéias obsessivas e, principalmente, na ocorrência de sonhos cujos conteúdos eram extremamente aversivos.

Ele contava com duas evidências. A primeira delas era a repetição (em sonhos ou em atos) de acontecimentos potencialmente causadores de desprazer. Nessa categoria, poderíamos incluir os sonhos de angústia, as brincadeiras infantis (é nesse escrito que Freud analisa a brincadeira do *Fort – Da*, realizada por seu neto - através do aparecimento e do desaparecimento de um carretel - para reviver a experiência de ausência materna) e mesmo das repetições neuróticas em ato (esse assunto já havia sido abordado por ele em *Repetir, Recordar e Elaborar*, de 1914).

Em uma primeira constatação, Freud alerta que as repetições não se tratam de quaisquer repetições aleatórias, mas daquelas vinculadas a acontecimentos

---

<sup>13</sup> Para melhor compreender esse assunto, o leitor pode se remeter às obras *O Eu e o Id*, *Além do Princípio do prazer* e *Esboço de psicanálise*.

desprazerosos para o sujeito. Nos diz: “[...] a formulação da hipótese da compulsão à repetição se justifica. Esta de fato nos parece ser mais arcaica, mais elementar e mais pulsional do que o princípio do prazer, ao qual suplanta.” (FREUD, 2006 [1920], p. 148)

A partir da formalização de uma nova categoria de pulsão, o primeiro dualismo pulsional, que envolvia a libido e as pulsões do Eu, se mostra teoricamente ineficaz, embora isso não implique que Freud tenha desconsiderado totalmente seus construtos teóricos anteriores. Ao contrário, ele tenta situá-los junto aos novos fatos:

À luz dessa hipótese sobre a morte, desaparece a importância teórica tanto das pulsões de autoconservação como das pulsões de apoderamento e auto-afirmação. Diremos então que todas elas são apenas pulsões parciais, cuja função é assegurar ao organismo seu próprio caminho para a morte e afastá-lo de qualquer possibilidade – que não seja imanente a ele mesmo – de retornar ao inorgânico. [...] Deriva-se também daí que o organismo não queira morrer por outras causas que suas próprias leis internas. Ele quer morrer à sua maneira, e, assim, também essas pulsões que preservam a vida na verdade foram originalmente serviços da morte. (FREUD, 1920, p. 162)

O trecho acima é de fundamental importância para descrever não só o novo estatuto pulsional, mas também para demonstrar que as pulsões de morte não atuam sozinhas, se atendo sempre a pulsões parciais como, por exemplo, a de um apoderamento.

O supracitado excerto também deixa uma pista muito importante para que compreendamos o modo como a ambivalência atua na neurose obsessiva: ressalta que as pulsões precisam ser ligadas para que tenham acesso ao sistema Pcs. – Cs., o que nos fornece elementos para compreender o porquê de a ambivalência no obsessivo se manifestar de maneira tão específica.

Tal ambivalência pode ser explicada em parte pelo modo de funcionamento do Supereu (*Über-Ich*), considerado uma diferenciação do Eu, mas, de modo oposto a este, frouxamente ligado à consciência. Se o Eu é um precipitado de identificações com objetos que foram anteriormente investidos pelo sujeito, o Supereu seria constituído

pela identificação para com os pais – primeiros objetos de amor da criança – decorrida após o declínio do Complexo de Édipo. Como nos diz Freud:

Dessa forma, podemos supor que, como resultado mais comum dessa fase sexual regida pelo Complexo de Édipo, encontraremos no Eu um precipitado que consiste do produto dessas duas identificações de alguma forma combinadas. Essa mudança que ocorre no Eu terá, dali em diante, um papel especial, apresentando-se frente ao outro conteúdo do Eu em forma de um Ideal-de-Eu ou de um Supereu. No entanto, o Supereu não é apenas um resíduo das primeiras escolhas objetais do Isso; ele representa também uma enérgica formação reativa contra essas escolhas. (FREUD, 2006 [1923], p. 44)

O caráter ambivalente dessas identificações é de crucial importância para que entendamos a interação do Supereu com as outras duas instâncias psíquicas. A identificação com as figuras dos pais, idealizadas, vai formar um Ideal-de-Eu, ou seja, um modelo sublime ao qual o Eu deve tentar se moldar, sobre pressões constantes do Supereu. Os componentes agressivos, antes também dirigidos aos pais (daí ressaltarmos a importância da ambivalência!), são revertidos para o Eu, com intuito de puni-lo por se ter identificado com tão “odiosas” figuras, bem como de puni-lo por não alcançar os modelos (de fato inacessíveis) que foram internalizados através do Ideal-de-Eu. Atuariam, aqui, tanto as pulsões de vida quanto as pulsões de morte.

É importante que compreendamos as articulações entre essas instâncias psíquicas porque elas estão diretamente relacionadas à ambivalência na neurose obsessiva, como Freud mostra detalhadamente em *Inibição, sintoma e ansiedade* (1996 [1926]).

Nesse texto, Freud, ao falar sobre as origens da angústia<sup>14</sup>, esboça como esta ocorre na histeria, nas fobias e nas neuroses obsessivas. No que se refere a esta última,

---

<sup>14</sup> Embora a tradução de Strachey tenha adotado a palavra *anxiety* para se referir ao vocábulo alemão *Angst*, preferimos seguir a corrente francesa, que traduz *Angst* por *angoisse*. Assim, quando não se tratar de uma citação direta, usaremos o correlato português angústia para nos referirmos ao termo em alemão. Apesar disso, vale salientar que a palavra *Angst* não pode ser inteiramente representada por *ansiedade* nem por *angústia*. Segundo Luiz Alberto Hanns (1996, p. 62), “nem sempre é possível diferenciar os

ele atribui a emergência da angústia a um medo do Supereu, que seria terrivelmente exigente nesses casos.

Essa severidade não seria decorrente apenas da regressão a estágios anteriores da libido, mas, ao contrário, também são tributárias a um desenvolvimento precoce do Eu no obsessivo:

A neurose obsessiva tem origem, sem dúvida, na mesma situação que a histeria, a saber, a necessidade de desviar as exigências libidinais do complexo edipiano. Na realidade, toda neurose obsessiva parece ter um substrato de sintomas histéricos que se formaram em uma fase bem antiga. Mas subseqüentemente ela é plasmada em moldes bem diferentes devido a um fator constitucional. A organização genital da libido vem a ser débil e insuficientemente resistente, de modo que, quando o ego começa seus esforços defensivos, a primeira coisa que ele consegue fazer é lançar de volta a organização genital (da fase fálica), no todo ou em parte, ao nível anal-sádico mais antigo. Esse fato de regressão é decisivo para tudo o que se segue. Outra possibilidade tem de ser considerada. Talvez a regressão seja o resultado não de um fator constitucional mas de um fator tempo. Pode ser que a regressão possa ser tornada possível, não porque a organização genital da libido seja fraca demais, mas porque a oposição do ego começa cedo demais, enquanto a fase sádica se acha no seu apogeu. (FREUD, 1996 [1926], p. 115)

Esse desenvolvimento precoce do Eu é justificado, ainda, por uma intensidade maior da agressividade no complexo de Édipo dos obsessivos, o que leva o Supereu – oriundo das identificações do complexo de Édipo – a se tornar bastante rude e severo. O Eu, a serviço de um Supereu tão tirânico, acaba adotando, dentre outras estratégias, formações reativas extremamente agressivas, cujas exigências acabam enfraquecendo o próprio Eu.

---

termos “medo, “ansiedade” e “angústia” entre si. Conforme o contexto, tanto *Angst* (“medo”) como *Furcht* (“temor”, palavra também ocasionalmente empregada por Freud) podem corresponder a “ansiedade” e mais raramente a “angústia”; entretanto, a rigor nem *Angst* nem *Furcht* correspondem em alemão a “ansiedade” ou a “angústia”.

O Eu, como sabemos, tem uma grande capacidade de síntese, daí tender a aglutinar o sintoma à sua própria estrutura, mesmo que este lhe pareça, a princípio, um corpo estranho. Essa síntese, embora possa trazer certos ganhos narcísicos para o obsessivo, também faz do Eu o principal teatro para a manifestação da ambivalência que é tão patente nesse tipo de neurose. Isso ocorre, principalmente, pelo fato de o Eu se identificar com alguns objetos abandonados e, ainda, em virtude de o deslocamento atrair grande parte dos afetos relacionados a ideias conflitivas para o campo da consciência.

No que se refere a obstáculos transferenciais relativos à ambivalência, analisaremos, além dos escritos sobre o tratamento do Homem dos Ratos, alguns elementos presentes no caso clínico do Homem dos Lobos.

Apesar das controvérsias sobre o diagnóstico do Homem dos Lobos, decidimos citar esse relato clínico por dois motivos: o primeiro é que Freud o trata enquanto um caso de neurose obsessiva e, portanto, sua teorização segue essa linha de pensamento; o segundo é que esse caso nos traz muitos ensinamentos clínicos, principalmente no que se refere às resistências presentes na transferência.

Ao iniciar seu argumento sobre o caso do Homem dos Lobos, Freud diz que seu foco será, principalmente, a neurose infantil do paciente, que estaria na origem da patologia subsequente. Nesse contexto, Freud destaca a importância da suposta cena do coito entre os pais, que teria sido vista pelo paciente ainda em idade muito jovem. Tal imagem condensava para o pequeno Sergei – era esse o verdadeiro nome do Homem dos Lobos – suas questões edípicas: a identificação com a mãe e o amor e o ódio em relação ao pai.

As moções agressivas que Sergei manifestava na época da ocorrência do sonho com os lobos (que referenciava justamente sua identificação com a mãe, passiva durante o coito, e o medo misturado ao desejo ante a postura agressiva do pai) foram acalmadas apenas quando sua mãe decidiu oferecer a ele uma educação religiosa mais rigorosa.

O contato mais próximo com a religião acalmou os sintomas do paciente mas, ao mesmo tempo, desviou seus investimentos afetivos para questões teológicas, o que o levou a apresentar certos comportamentos bizarros, como tecer conjecturas sobre a existência de Deus e sua bondade, beijar imagens de santos antes de dormir, etc.

Esses são apenas alguns elementos da neurose infantil do paciente, a qual Freud reconstituiu através de construções feitas com os elementos da análise. Não é nosso intento, aqui, analisar a proposição de Freud sobre a formação da neurose

obsessiva no Homem dos Lobos ou mesmo comentar a importância desse texto para a pertinência das construções em análise. Ao contrário, queremos nos deter em elementos transferenciais.

É sabido que o Homem dos Lobos, ao chegar ao consultório de Freud, já havia passado por diversos médicos e recebido inúmeros diagnósticos. É sabido, ainda, que esse paciente nunca foi agraciado com uma saúde psíquica duradoura, tendo sido acometido de graves crises periodicamente, desde a infância.

Ao iniciar a análise com Freud, o Homem dos Lobos apresenta certa melhora e é capaz, inclusive, de fazer associações que permitiram a Freud reconstruir a história de sua neurose infantil. As resistências ao tratamento, contudo, levaram o analista a tomar uma atitude bastante drástica, da qual se arrependeria posteriormente: Freud determinou um prazo para o fim do tratamento de Sergei. Ele pensava que, se utilizando desse estratagema, forçaria as associações a emergirem, já que o paciente se encontrava em um contexto de transferência.

Em um primeiro momento, Freud alega que sua intervenção funcionou e que Sergei passou a produzir bastantes associações. Findo o tratamento, contudo, o paciente teve diversas recaídas, sendo tratado por diversos analistas sem, contudo, atingir a cura de sua doença.

Posteriormente Freud atribuiu o fracasso de sua intervenção ao fato de o desenrolar de uma cadeia de ideias neuróticas ser imprevisível, não sendo possível, portanto, antecipar uma data para o fim do tratamento. Com uma transferência não trabalhada adequadamente no final do tratamento, a doença retornou. Esse desliz, todavia, não foi o único obstáculo encontrado.

O caso de Sergei era notadamente complicado (daí o motivo de muitos autores pós-freudianos o considerarem como um caso de psicose ou mesmo um caso limite), o que causou dificuldades, mesmo para Freud, de concatenar algumas de suas formações sintomáticas (como a ilusão do dedo cortado, por exemplo) ao mecanismo das neuroses obsessivas.

Um desses elementos atípicos se relacionava justamente à ambivalência apresentada pelo paciente. O foco estava nas questões identificatórias relacionadas ao pai e à mãe. Freud chega a relatar que, quando de intervenções cujo motivo eram os problemas intestinais do paciente (que tinha prisão de ventre, mas, em casos excepcionais, era capaz de evacuar bastante e sem nenhuma intervenção externa), Sergei tratava com certa indiferença as palavras do analista. Essa indiferença era uma

maneira mais disfarçada – porém não menos hostil – de agredir Freud e mesmo de evitar o avanço do tratamento.

No caso do Homem dos Ratos, o qual já detalhamos, podemos encontrar mais elementos referentes à atuação da ambivalência obsessiva no contexto transferencial. O primeiro ponto interessante é o relato que Freud faz sobre o momento em que Lanzer descreve a tortura dos ratos. O paciente pediu, reiteradas vezes, que Freud não o obrigasse a detalhar o castigo ao qual o Capitão Cruel se referiu. O analista, por sua vez, precisou reafirmar ao paciente que, embora não tivesse nenhum gosto pelo sadismo, seria necessária a verbalização de todos os conteúdos referentes a essa história.

Quando, finalmente, Lanzer decide pormenorizar a tortura dos ratos, Freud diz poder ver, no rosto do paciente, uma expressão que seria um misto de horror ao prazer que ele, inconscientemente, está sentindo com aquele relato. A partir dos dados que temos do caso do Homem dos Ratos, pode-se pensar que, nesse caso específico Lanzer tenha projetado sobre Freud a possibilidade de sentir algum prazer através da escuta de uma tortura cruel. A figura do analista poderia, então, servir como anteparo para que o paciente pudesse lidar com uma ambivalência (prazer – asco) que, em verdade, era dele.

Outro ponto interessante nesse sentido é o sonho que Lanzer relata ter tido com uma das filhas de Freud. Lanzer sonhou com uma garota que, no lugar dos olhos, tinha dois pedaços de estreme. Freud interpretou esse sonho da seguinte forma: a solicitude do analista para com Lanzer só poderia ser originada pelo interesse em um casamento do paciente com a garota, cuja família, na fantasia do Homem dos Ratos, tinha muitas posses. Mais uma vez, o paciente transferiu para Freud parte do conflito que o assolava: Lanzer estava dividido entre casar com Gisela, a quem amava, e casar com uma prima rica, que poderia lhe proporcionar uma situação financeira bastante confortável.

Os exemplos dos casos de Freud mostram que, embora a neurose obsessiva tenha certas particularidades, estas podem interferir de maneira diferente na transferência. Assim, a escuta atenta do analista a cada caso ainda é um dos fatores mais importantes para manejar corretamente as dificuldades que emergem no contexto transferencial.

No caso de Paulo, nosso paciente, podemos citar vários exemplos de como as particularidades de sua suposta neurose obsessiva emergiram na clínica. Pode-se citar, de início, o discurso de Paulo quando dizia que, ao ficar chateado, costumava guardar a raiva para si ou, quando possível, tentar conversar com alguém que estivesse envolvido

na situação desprazerosa. Esse tipo de arranjo ambivalente servia tanto às necessidades de aceitação social do paciente (ser bom filho, bom amigo, etc) quanto às pulsões de morte, que, supomos, acabavam agindo no Eu do próprio paciente. Esse dado é muito importante para compreendermos seus tiques, já que Paulo afirmava que eles se intensificavam em períodos de forte estresse.

Se esse tique, aparentemente, surge como uma estratégia para tentar driblar duas exigências dicotômicas, porém igualmente intensas, podemos afirmar que ele falha em sua missão quando traz mais sofrimento ao paciente. Mesmo reconhecendo esse tique enquanto sintoma poder-se-ia alegar que aquele, por ser uma manifestação eminentemente física, seria bastante peculiar para uma neurose obsessiva, que se caracteriza justamente por uma hipertrofia do Eu e dos pensamentos.

Pensamos que essa eventual leitura está incorreta justamente por desprezar o caráter ambivalente das obsessões e o modo através do qual a neurose obsessiva opera. Considerando que o tique emergia em situações de estresse, pensamos que ele fosse um mecanismo que tentava sintetizar, no próprio Eu, uma carga de agressividade que não poderia ser descarregada de outra maneira sem causar desprazer em uma instância psíquica distinta e uma barreira contra essa agressividade. Seria, portanto, um mecanismo para lidar com um excesso que não poderia ser manejado pelo modo principal de funcionamento da neurose obsessiva, ou seja, a erotização de ideias através do deslocamento. Nesse sentido, o tique de Paulo se mostra, a princípio, como uma válvula de escape:

A formação de sintomas assinala um triunfo se consegue combinar a proibição com a satisfação, de modo que o que era originalmente uma ordem defensiva ou proibição adquire também a significância de uma satisfação; a fim de alcançar essa finalidade muitas vezes faz uso das trilhas associativas mais engenhosas. Tal realização demonstra a tendência do ego de sintetizar, a qual já observamos [p. 32]. Em casos extremos o paciente consegue fazer com que a maioria de seus sintomas adquira, além do seu significado original, um significado diretamente contrário. Isto é um tributo do poder de ambivalência, o qual, por alguma razão desconhecida, desempenha papel tão relevante nas neuroses obsessivas. (FREUD, 1996 [1926], p. 114)

Ademais, devemos nuançar, mais uma vez, que Freud (1996 [1926]) que o Eu é o principal cenário dos sintomas obsessivos. Se a ênfase desses sintomas recai sobre os componentes ideacionais desse Eu, não devemos ignorar que este possui, ainda, uma dimensão corporal, a qual Freud faz questão de ressaltar em seu *O Eu e o id* (2005 [1923]). Nesse caso é válido seguirmos o conselho de Melman (2007) e lembrarmos que “convém aqui não ceder a essa topologia rudimentar e que é querida, separadora da cabeça e do corpo” (p. 48).

O tique do paciente também exerce a função de desligar a carga afetiva de qualquer ideia desprazerosa, o que ficou claro desde sua queixa inicial, quando Paulo afirmou não saber de onde vinham esses atos involuntários, fato que o angustiava um pouco. Se os tiques foram eficientes em desvincular o afeto (deslocamento), também o foram no que se refere à síntese com o Eu: Paulo apresentava uma parcela de sofrimento causada por esse problema que fazia parte de seu Eu, mas sobre o qual ele não conseguia imprimir um sentido.

O fato de não poder atribuir sentido ao seu sintoma gerava considerável desconforto em Paulo: o sintoma foi amalgamado pelo Eu, chegando ao sistema Cs. – Pcs. através de ligações com ideias substitutas (deslocamento), mas isso não deu um destino mais adequado às pulsões de morte. Ao contrário, elas continuam em ação, agindo no Eu do paciente, sem, contudo, estabelecer ligações claras com outras ideias. Essa aparente falta de sentido acaba gerando sofrimento no paciente obsessivo, tão afeito a racionalizações e estratagemas lógicos. Esse efeito é prova de que, por mais que o Eu seja hipertrofiado nesse tipo de neurose (dimensão tópica), sua atividade intensa não é suficiente para lidar adequadamente com certos excessos de investimentos pulsionais (dimensão econômica).

Esse tipo de ambivalência também se mostrou presente na relação de Paulo com seus pais (principalmente com o pai). Apesar das várias formações reativas e racionalizações, através das quais demonstrava todo seu amor e gratidão aos genitores, o paciente deixa claro, através de sua relação com o vida profissional, que existe uma parcela de agressividade para com os pais.

Em uma de suas falas, quando fala sobre os motivos que o levaram a mudar de curso superior algumas vezes<sup>15</sup>, Paulo diz que as mudanças serviram para que evitasse a insatisfação profissional, característica que via bastante presente em seus pais. Essa declaração mostrou que a insatisfação profissional servia de pivô para que Paulo demonstrasse seu descontentamento com os pais, que pareciam não ser tão perfeitos como ele gostaria que fossem. O pai, principalmente, era bastante desorganizado nos negócios, nas palavras do próprio Paulo. Esse desconforto com a insatisfação profissional dos pais era um elemento através do qual ele conseguia externar a própria insatisfação com os pais sem precisar admitir isso conscientemente.

A insatisfação profissional, contudo, não diz respeito apenas à ambivalência para com os pais: ela é relativa também a Paulo. É interessante ressaltar que, apesar de querer evitar ser insatisfeito profissionalmente, tal qual seus pais, o paciente já estava cursando a terceira graduação. Parece ter ocorrido, aqui, uma forte identificação parental no que se refere a esse fator: assim como o pai e a mãe, Paulo também não estava contente com suas escolhas profissionais. É provável que, a despeito de sua busca por excelência, tenha se identificado com essa característica dos pais, o que acabou gerando uma inibição no que tange a trabalho e estudos. A respeito desse tipo de formação, Freud diz:

O ego renuncia a essas funções, que se acham dentro de sua esfera, a fim de não ter de adotar novas medidas de repressão - a fim de evitar entrar em conflito com o id. Existem também claramente inibições que servem à finalidade de autopunição. Este é amiúde o caso em inibições de atividades profissionais. Não se permite ao ego levar a efeito essas atividades, porque trariam êxito e lucro, e isso são coisas que o severo superego proibiu. Assim o ego desiste também delas, a fim de evitar entrar em conflito com o superego. (1996 [1926], p. 93)

---

<sup>15</sup> Estudante universitário, Paulo já estava no terceiro curso superior (concluiu dois e cursava outro). Disse que mudou de área por não se identificar tanto com as perspectivas de suas carreiras anteriores. Apesar das mudanças de curso, ele diz querer evitar a frustração profissional que vê nos pais. *Cf.* p. 2

O trecho acima se mostra pertinente ao afirmar que, por coação do Supereu, o Eu pode renunciar a certas atividades, inclusive profissionais, porque estas trariam satisfação. No caso de nosso paciente, houve a renúncia a dois cursos superiores (desprazer) em favor de um terceiro curso que, nos anseios de Paulo, poderia lhe proporcionar uma vida melhor (satisfação). Essa identificação com os pais serviu, portanto, para tentar satisfazer essas tendências antitéticas. A insatisfação que afligia o paciente teria função não apenas de tentar prevenir uma eventual satisfação advinda dessas atividades, mas também de puni-lo por ter se identificado a um aspecto “fracassado” de seus pais e, ainda, por ter dirigido hostilidade a estes. A maneira encontrada foi verter tal agressividade para o próprio Eu que, identificado, fazia as vezes de objeto substitutivo de investimento. De maneira criptografada, portanto, esse aspecto da vida de Paulo nos deu muitas evidências sobre sua estruturação psíquica.

Vimos, na argumentação exposta, como a ambivalência do paciente poderia ter se manifestado em vários aspectos de seu psiquismo e de seu sintoma. Analisemos, agora, qual das facetas dessa ambivalência se manifestou claramente durante a transferência. Durante o tratamento, as principais resistências de Paulo eram a dificuldade em associar livremente e as faltas constantes sempre que havia algum indício de evolução na análise e em suas associações.

No que se refere à associação livre, o paciente se mostrava visivelmente contraditório: ao mesmo tempo em que era nítido seu interesse em colaborar para com o bom andamento do tratamento, ele insistentemente apresentava um discurso pré-moldado, em detrimento da regra fundamental. Fédida (2003) defende a hipótese que essa burla a associação livre se relaciona a uma fuga do desejo do indivíduo obsessivo. Segundo ele,

A supervalorização do pensamento consciente e das representações que ela impõe não deve iludir, mesmo se busca impor à escrita uma espécie de hiperminésia obsedante de detalhes. Esses pacientes não suportam a atenção flutuante do analista e eles não toleram ser escutados para ser entendidos. A compulsão é exercida sobre a neutralidade experimentada como suspeita e que deve ser, pois, neutralizada. O discurso obsessivo não se presta a essa intencionalização da atenção que lhe é dirigida. A desigualização da atenção flutuante participa da tentativa de eliminar o hipnotismo da

situação analítica e a reserva de sonho que contraria a linguagem em seu silêncio. (p. 144)

Essa relação dúbia com o desejo – o obsessivo deseja realizá-lo, mas, ao mesmo tempo, adota todas as estratégias possíveis para se desvencilhar dele – está na base das resistências de Paulo. Ao associar livremente, ele entrava em contato com o saber de seu inconsciente, que, embora fosse algo bastante particular, furava a lógica racional à qual o paciente estava acostumado. Fugindo da regra fundamental, Paulo fugia do próprio desejo e, ainda, direcionava sua hostilidade a nós, que tanto insistíamos para que ele saísse de sua fortaleza racional.

A despeito da resistência em elaborar um discurso pleno, que realmente lhe concernisse de alguma maneira, Paulo realizou alguns avanços em seu tratamento. Em determinados períodos, conseguia associar livremente e até mesmo falar de sonhos. Esses conteúdos acabavam levando o paciente a se deparar com questões particulares, como sua posição ambivalente em relação aos pais<sup>16</sup>.

Logo após essas sessões, que consideramos das mais significativas, o paciente faltava por diversas vezes seguidas, se utilizando de pretextos relacionados ao trabalho e à universidade para justificar suas faltas. Quando voltava, suas resistências estavam mais fortes que nunca e era bem mais difícil fazer com que ele trabalhasse de acordo com a regra fundamental. Além do mais, o ato de faltar logo após ter feito alguns progressos parece ser uma manifestação, em ato, da anulação retroativa tão patente nos obsessivos: ao mesmo tempo em que entrava em contato com seu desejo, Paulo desautorizava seus avanços através de um ato anulatório (no caso, as faltas).

Entrar em contato com o desejo é algo que os obsessivos abominam, já que é mais cômodo se manter na corda bamba que divide os polos de amor e ódio que lidar com o rochedo da castração, cujo enfrentamento sempre tem um preço. No intento de não pagar, o obsessivo acaba lidando com um custo bem mais elevado:

---

<sup>16</sup> Foi durante uma das sessões em que conseguia associar livremente sem maiores resistências que Paulo falou sobre a suspeita de o pai ter outra família e sobre a angústia causada pelo problema ginecológico da mãe.

El neurotico no quiere saber nada acerca del precio a pagar por aquello que desea. Se rehúsa a pagar el costo para acceder a la posición deseante. [...] La negación de la castración es la manera en la que se sostiene la ilusión de poder alcanzar la satisfacción plena. [...] El problema es que nada es gratis. Y lo que no se paga por no acceder al campo del deseo [...] se paga con la neurosis y el padecimento masoquista. (URBAJ, 2008, p. 93)

Considerando isso, a ambivalência para com o analista pode se justificar pela ambivalência em relação ao próprio desejo: sendo o analista aquele que trabalha para fazer emergir o desejo e o sentido dos sintomas, é pertinente considerar que, na transferência, a posição do obsessivo se mantenha ambígua.

Essa posição de ambigüidade é apenas uma das adversidades que um analista deve saber manobrar a fim de bem conduzir um tratamento: se isso for feito, a ferramenta da transferência pode ser utilizada corretamente em prol do paciente, mesmo com todos os obstáculos impostos pela própria condição neurótica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

Este estudo teve por objetivo abordar as particularidades da transferência na neurose obsessiva. Para tal, escolhemos a metapsicologia como um ponto de abordagem comum entre esses dois conceitos tão importantes na teoria psicanalítica.

A princípio, vimos como a transferência se constituiu uma das principais ferramentas da clínica e como a figura do analista se insere nesse circuito. Depois, revisamos a importância dos pontos de fixação da libido cujo mecanismo próprio de funcionamento se repete no contexto transferencial. Por fim, considerando que a transferência nada mais é que uma neurose artificial, passamos a considerar como as características específicas de cada tipo de neurose se manifestavam na clínica. Esse foi nosso mote para ligar as temáticas da transferência à neurose obsessiva.

Discutimos, também, as características próprias da neurose obsessiva e as relacionamos às características peculiares de sua transferência. Podemos destacar a relevância da ambivalência e da racionalização como forma de dominação e de controle. Esses dois traços se relacionam, respectivamente, à coexistência de pulsões de amor e ódio e ao trabalho do mecanismo de deslocamento, tão específico quando se trata de neurose obsessiva.

Através deste estudo esperamos ter esclarecido algumas questões concernentes às problemáticas trazidas pela neurose obsessiva no contexto transferencial. Pensamos em analisar brevemente, nestas considerações finais, o conjunto do trabalho, as contribuições que ele pode oferecer e os caminhos que se abriram através de nosso estudo.

Começamos falando sobre o método escolhido. A proposta de trabalhar com excertos clínicos é apenas uma das inúmeras maneiras existentes para abordar essa temática. Pensamos que, como vantagem, nos trouxe um vislumbre mais claro de como a organização da neurose se relaciona com os fenômenos transferenciais. O fato de priorizar essa relação também reforça a importância de compreender a transferência não apenas como um conceito isolado, mas como um operador clínico que está inteiramente relacionado às estereotipias próprias de cada analisante.

Além disso, o fato de termos tratado um caso clínico se mostra bastante pertinente em tempos em que, não raro, as pesquisas se distanciam do campo de atuação para se aterem apenas a exegeses textuais e retomadas históricas de textos canônicos

para as referidas áreas de conhecimento. Se é importante rever a teoria, devemos fazê-lo visando a otimizar e empreender rigor à formação e à atuação de estudantes e profissionais.

Ao mostrarmos uma situação real, esperamos ter sensibilizado os leitores para a realidade de que, nem sempre, podemos ter um encadeamento lógico completo e esquematizado de um tratamento. Como tentamos mostrar, a análise foi interrompida e muitos pontos não puderam ser desenvolvidos, o que não inviabilizou uma pesquisa que tratava, sob um viés epistemológico, de questões referentes à clínica. Através dessa abordagem esperamos não apenas ter destacado a conexão entre metapsicologia e clínica, mas também ter demonstrado aos leitores que se tratando de ciência e, principalmente, se tratando da clínica analítica, cabe ao pesquisador saber lidar com a falta: é dela que advém o conhecimento. Cabe a nós, estudiosos, bordejar essas aporias de maneira habilidosa o suficiente para produzirmos, a partir delas, um saber.

Posto que todo estudo científico exige uma delimitação, é de se esperar que, neste nosso trabalho, muitas questões tenham sido deixadas de lado ou tratadas de maneira mais resumida em favor da lógica metodológica e da necessidade de concisão. Tais questões emergentes foram detectadas não só no início do estudo – quando delimitamos nossa maneira de trabalhar – como também ao fim dele, quando nos apercebemos que, de nosso tema circunscrito, se originaram vários outros pontos dignos de uma análise mais aprofundada. Esse movimento, contudo, é inerente à ciência, cuja função, mais que estruturar um saber totalitário, é elaborar questionamentos.

Dentre os pontos que elencamos enquanto merecedores de pesquisas futuras podemos destacar, já de início, a abordagem da temática através da teoria lacaniana. Um trabalho dessa monta se faria interessante não só por destacar o contraste das posições epistemológicas de Freud e Lacan acerca das neuroses e da transferência, mas também para delimitar o que de inédito a respeito do assunto surgiu do ensino de Lacan.

Outro elemento que pensamos ser merecedor de um estudo mais cuidadoso se refere ao papel da regressão na neurose obsessiva: se é sabido que o estágio anal é preponderante nas fixações obsessivas, o papel dos outros estágios de desenvolvimento sexual na estruturação dessa neurose ainda não foi, a nosso ver, tão explorado quanto aquele.

Por fim, a partir desse estudo – que abordou o caso de um paciente acometido por tiques – surge o pretexto para abordar a questão da corporeidade no obsessivo: como explicar sintomas que, tal qual os tiques de Paulo, se repetem insistentemente

sem, contudo, estarem ligados a uma ideia obsessiva? Se o cenário principal dos sintomas obsessivos é o Eu, como podemos relacionar isso à corporeidade, já que parte desse Eu também é corporal?

Esses são questionamentos que, quiçá, podem ser desenvolvidos através de estudos posteriores. Por ora, esperamos ter cumprido nossos humildes objetivos com este trabalho e ansiamos, ainda, que ele possa ter utilidade aos leitores, seja no que concerne a esclarecimentos básicos sobre o tema abordado, seja como um indicativo a respeito da bibliografia referente ao nosso tema ou mesmo como instigador de questões futuras. Pensamos, afinal, que um saber, mesmo limitado, só pode ser verdadeiramente aproveitado se tiver uma serventia, mínima que seja, aos nossos pares.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ASSOUN, Paul-Laurent. **Introdução à epistemologia freudiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

\_\_\_\_\_. **La transferencia: lecciones psicoanalíticas**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2008.

\_\_\_\_\_. **Metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

BEIVIDAS, Waldir. **Inconsciente et verbum: psicanálise, semiótica, ciência estrutura**. São Paulo: Humanitas, 2001.

BRUNOT, Chantal. **La névrose obsessionnelle: histoire d'un concept**. Paris: L'Harmattan, 2005.

CANCINA, Pura. **La investigación en psicoanálisis**. Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 2008.

COTTET, Serge. **Freud e o desejo do psicanalista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

DSM – IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica (8ª ed.)**. São Paulo: perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica (6ª ed.)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FÉDIDA, Pierre. **Um órgão psíquico hipocondríaco** in COUVREUR, Catherine & BRUSSET, Bernard (orgs.). **A neurose obsessiva**. São Paulo: Escuta, 2003.

FREUD, Sigmund. **A Dinâmica da Transferência** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1912b].

\_\_\_\_\_. **A disposição à neurose obsessiva** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1913i].

\_\_\_\_\_. **A interpretação dos sonhos** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vols. IV e .V Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1900a].

\_\_\_\_\_. **Além do princípio do prazer.** Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2005 [1920].

\_\_\_\_\_. **Análise terminável e interminável** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1937c].

\_\_\_\_\_. **As neuropsicoses de defesa** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1894a].

\_\_\_\_\_. **Atos obsessivos e práticas religiosas** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1907b].

\_\_\_\_\_. **Caráter e erotismo anal** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1908b].

\_\_\_\_\_. **Carta 69** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1897].

\_\_\_\_\_. **Conferência XVII – O Sentido dos Sintomas** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1933a].

\_\_\_\_\_. **Conferência XVIII – Terapia Analítica** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1933a].

\_\_\_\_\_. **Estudos sobre a histeria** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1895d].

\_\_\_\_\_. **Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico.** Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004 [1911].

\_\_\_\_\_. **Fragmento da análise de um caso de histeria** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1905e].

\_\_\_\_\_. **História de uma neurose infantil** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1918b].

\_\_\_\_\_. **Hipnose** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1891d].

\_\_\_\_\_. **Inibições, sintoma e ansiedade** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1926d].

\_\_\_\_\_. **Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1910c].

\_\_\_\_\_. **Notas sobre um caso de neurose obsessiva** *in* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1909d].

\_\_\_\_\_. **O Eu e o id.** Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1923].

\_\_\_\_\_. **O Inconsciente.** Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004 [1915].

\_\_\_\_\_. **O Recalque.** Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004 [1915].

\_\_\_\_\_. **Obsessões e Fobias** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1894].

\_\_\_\_\_. **Prefácio à tradução de La Suggestion, de Bernheim** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1888-89].

\_\_\_\_\_. **Projeto para uma psicologia científica** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. I Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1895].

\_\_\_\_\_. **Pulsões e destinos da pulsão.** Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004 [1915].

\_\_\_\_\_. **Rascunho K** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1896].

\_\_\_\_\_. **Recordar, repetir, elaborar** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1914].

\_\_\_\_\_. **Resenha de “Hipnotismo”, de Auguste Forel** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1889a].

\_\_\_\_\_. **Sobre a psicoterapia** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. **Tipos de desencadeamento da neurose** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1912c].

\_\_\_\_\_. **Tratamento psíquico (ou anímico)** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1890a].

\_\_\_\_\_. **Totem e tabu** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1913].

\_\_\_\_\_. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1905a].

\_\_\_\_\_. **Um caso de cura pelo hipnotismo** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1892-93].

\_\_\_\_\_. **Um caso de histeria** in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1905].

GAZZOLA, Luiz Renato. **Estratégias na neurose obsessiva**. Rio de Janeiro Jorge Zahar, 2001.

GREEN, André. **Metapsicologia da neurose obsessiva** in BERLINCK, Manoel Tosta (org.). *Obsessiva Neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.

HANNS, Luiz Alberto. **A teoria pulsional na clínica de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

\_\_\_\_\_. **Dicionário comentado do alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

JAPIASSU, Hilton. **Psicanálise: ciência ou contraciência?** Rio de Janeiro: Imago, 1998.

LACAN, Jacques. . **O Seminário – livro 4: A Relação de Objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACHAUD, Denise. **O inferno do dever: o discurso do obsessivo**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2007.

LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de psicanálise (4ªed)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LECLAIRE, Serge. **Escritos clínicos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

MAHONY, Patrick. **Freud e o Homem dos Ratos**. São Paulo: Escuta, 1991.

MANNONI, Octave. **Freud: uma biografia ilustrada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

MELMAN, Charles. **Clínica psicanalítica: artigos e conferências (2ª ed.)**. Salvador: Ágalma, 2007.

MEZAN, Renato. **Escrever a clínica**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.

PERES, Urania Tourinho. **Notas sobre a neurose obsessiva em Freud e Lacan in** BERLINCK, Manoel Tosta (org.). *Obsessiva Neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

RAVALETTI, Maria Lucrecia. **A objetivação do tempo no mundo obsessivo in** BERLINCK, Manoel Tosta (org.). *Obsessiva Neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.

SCHREBER, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

URBAJ, Eduardo. **El manejo de la transferencia: maniobras e operaciones del analista en la dirección de la cura**. Buenos Aires: Letra Viva, 2008.