

O abandono da hipnose e a leitura metapsicológica dos sintomas

Leopoldo Fulgencio

A passagem de Charcot a Freud é a passagem da visibilidade do sintoma para a sua escuta: a teoria que Freud elaborou a partir daí - a metapsicologia - pode ser compreendida como uma nova psicopatologia.

Não há processo analítico que não coloque, num ou noutro momento de sua realização, a questão da adequabilidade do uso do divã, ou da manutenção das entrevistas face a face. Neste artigo pretendo fazer algumas considerações sobre o gesto freudiano do abandono da hipnose e a inclusão do divã enquanto dispositivo técnico, bem como pôr em evidência algumas das conseqüências deste ato para a constituição do saber psicanalítico. Entre estas conseqüências pretendo mostrar porque Freud teve a necessidade de formular uma teoria para a compreensão dos fenômenos psíquicos diferenciando-se da prática descritivista do mestre Charcot.¹

Este gesto simples e audacioso, que apresenta um novo método para o tratamento dos neuróticos, tem como fundamento mudanças epistemológicas profundas no modo de compreensão do que é o sintoma e representa a constituição de uma nova racionalidade clínica. Para

compreender este aspecto da proposta freudiana, retomarei a posição de Charcot como um representante limite da racionalidade clínica do século XIX.² Suponho que uma maneira segura para a compreensão do tema dentro do campo psicanalítico é seguir as próprias indicações de Freud quando do obituario de Charcot em 1893. Este texto nos servirá de guia e recorte para mostrar o que fascinou Freud no mestre francês, como também o que o distanciou levando-o à fundação da metapsicologia.

Convém lembrar que em 1893 Freud ainda não havia formulado a psicanálise como teoria metapsicológica, o termo aparecerá, pela primeira vez, em 1896 numa carta a Fliess,³ e sua definição mais precisa só acontecerá em 1915.⁴ Neste artigo estarei interpretando o texto de 1893 em função do desenvolvimento futuro da obra

Leopoldo Fulgencio é psicanalista, mestre pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP com a dissertação *Sentidos do sem-sentido*, e doutorando pela mesma instituição com a tese *O Método Especulativo em Freud*.

de Freud. Não se trata aqui de refazer a análise dessa história, retomando mais uma vez o abandono da hipnose, mas de lembrar o significado dessa passagem, pois, a meu ver, toda experiência analítica permanece contemporânea deste gesto freudiano.

Referências ao mestre Charcot

Charcot é, ao mesmo tempo, um clássico da neurologia do século XIX e um pesquisador que ultrapassa certos fundamentos básicos desse saber. Em primeiro lugar deve-se lembrar que toda a tradição da medicina clínica dessa época tinha na “visibilidade” seu imperativo.⁵ Para que uma clínica fosse possível era necessário que os sintomas pudessem ser visualizados e agrupados em entidades patológicas. Cabia ao médico um procedimento de observação onde os signos da doença deveriam ser apreendidos e destacados de um conjunto heterogêneo de sintomas para que, então, fosse possível identificar a forma mórbida na sua especificidade, e depois procurar a sua etiologia.

Freud elogia a capacidade de Charcot de apreender formas clínicas novas nomeando aquilo que até então era desconhecido, articulando a anatomia patológica à neuropatologia. Tratava-se, em Charcot, de tornar visível os sintomas e seus agrupamentos em formas clínicas específicas, e tentar estabelecer a “localização” de uma lesão no sistema nervoso, fosse esta última tópica ou dinâmica.

O que vai chamar a atenção de Freud é seu olho clínico associado à compreensão da histeria: “De tudo que eu vi com Charcot, o que fez sobre mim a maior impressão, foram suas últimas investigações sobre a histeria, que, aliás em parte, foram efetuadas ainda sob meus olhos.”⁶

Lembremos que Charcot faz, na Salpêtrière, uma ação surpreendente: ele distingue os pacientes histéricos dos epiléticos, dando à histeria uma realidade clínica desprezada até então. O gesto parece ser muito simples, e os critérios de diferenciação também. A princípio os mesmos sintomas podem ser vistos tanto nos histéricos quanto nos epiléticos, mas os histéricos reagem ao que Charcot denominou “zonas histerógenas”⁷, o que não ocorreria nos epiléticos. Freud compara essa atitude de Charcot em relação à histeria ao ato libertador de Pinel em relação aos doentes mentais.⁸ Esse proceder pôde fornecer uma nova realidade à histeria, dando ao saber um novo campo de trabalho e pesquisa: “[Charcot] tratou a histeria como sendo apenas mais um tópico da neuropatologia, forneceu a descrição completa de seus fenômenos, demonstrou que estes tinham suas próprias leis e regularidades, e mostrou como reconhecer os sintomas que possibilitam a feitura de um diagnóstico de histeria.”⁹

Freud também ressalta que Charcot, por meio do uso da hipnose, pode obter um avanço extremamente importante para a compreen-

são das neuroses: “Enquanto [Charcot] estava empenhado no estudo das paralisias histéricas decorrentes de traumas, teve a idéia de reproduzir artificialmente essas paralisias, que antes diferenciara das orgânicas com todo cuidado. Para esse propósito, utilizou pacientes histéricos que colocava em estado de sonambulismo, hipnotizando-os. Teve êxito em provar, por meio de uma sólida cadeia de argumentos, que essas paralisias eram o resultado de idéias que tinham dominado o cérebro do paciente em momentos de disposição especial. Desse modo, o mecanismo de um fenômeno histérico foi explicado pela primeira vez. Essa amostra incomparavelmente arguta de investigação clínica foi depois retomada por seu discípulo, Pierre Janet, assim como por Breuer e outros, que desenvolveram a partir dela uma teoria da neurose que coincidia com a visão medieval - depois deles terem substituído o “demônio” da fantasia clerical por uma fórmula psicológica.”¹⁰

Como sabemos, não é apenas de Charcot que Freud retira sua compreensão dos neuróticos, e dos meios usados para tratá-los. A referência à hipnose e à histeria também nos leva a outras contribuições, face às quais convém especificar as paternidades. De Charcot, Freud apreende a compreensão do mecanismo de funcionamento da histeria traumática como efeito de uma divisão da consciência; de Liébault e Bernheim a compreensão do fenômeno da hipnose e seu fundamento na sugestão; de Janet a descrição e colocação em evidência dos processos mentais inconscientes; e de Breuer o desvelamento do procedimento catártico como modo de pesquisa da etiologia e da cura das neuroses.

O abandono da hipnose e do método catártico a favor da utilização do dispositivo analítico da associação livre e do divã, significa a fundação da técnica analítica. Este ato envolve uma nova compreensão da patologia histérica¹¹ que abandona a visão neuro e anátomo-patológica da

Na Salpêtrière, o mestre Charcot distingue os pacientes histéricos dos epiléticos, e a histeria ganha uma realidade clínica que não tinha até então.

época, mostra o que se pode atingir por meio da ampliação do campo da consciência pela hipnose, explícita o mecanismo de sugestão hipnótica como centrado na figura do médico, faz o desvelamento da transferência, e revela que a hipnose dissimula as resistências e interdita ao médico toda percepção do jogo de forças psíquicas¹², pondo, assim em evidência, o verdadeiro motor do processo de cura.

Da simples descrição à explicação dinâmica

Há um aspecto fundamental a ser evidenciado nessa associação com Charcot: a idéia de que a clínica está construída sobre o imperativo da visibilidade do sintoma. Esse “olhar clínico” também é em Freud um de seus fundamentos básicos. No entanto, o passo seguinte é o que fará a grande diferença entre eles, pois a descrição dos signos da doença não será mais suficiente e Freud lhe acrescentará uma nova maneira de explicar os fenômenos patológicos.

Em Charcot trata-se de ver e descrever. Retomemos como Freud o caracteriza: “Não era alguém que ruminasse, nem um pensador, mas uma natureza artisticamente dotada, segundo seus próprios termos um *visuel*, um homem que vê.”¹³ Quando Freud propõe a Charcot um trabalho em conjunto, onde seriam comparadas as paralisias orgânicas com as histéricas, ele logo percebeu que Charcot não tinha muito interesse pela psicologia: “era fácil ver que, no fundo, ele não tinha nenhuma predileção particular para entrar mais profundamente na psicologia das neuroses.”¹⁴ O que significa que Charcot mantinha-se fiel a uma prática que visava uma certa fenomenologia clínica, e que isto era tanto necessário quanto suficiente para o entendimento das patologias. Charcot não tinha, então, necessidade de uma teoria psicológica para ler os sintomas. Com Janet estamos numa posição muito próxima à de Charcot, um conti-

nuador do mesmo paradigma neuropatológico.

Podemos, agora, entender de forma mais clara, rerepresentando o próprio texto de Freud, o afastamento desse paradigma: “A psicanálise começou com pesquisas sobre a histeria, mas, com o decorrer dos anos, estendeu-se muito além desse campo de trabalho. Os *estudos sobre a histeria*, de autoria de Breuer e minha, publicados em 1895, foram os primórdios da psicanálise. Eles seguiram a via aberta por Charcot sobre a histeria “traumática”, as investigações de Liébault e Bernheim sobre os fenômenos da hipnose e os estudos de Janet sobre os processos mentais inconscientes. A psicanálise logo encontrou-se em nítida oposição com as concepções de Janet, porque: a) ela recusa considerar a histeria como uma degenerescência congênita hereditária, b) ela propõe, no lugar de uma simples descrição, uma explica-

Com o abandono da hipnose e do método catártico em favor da associação livre e do divã, funda-se a técnica psicanalítica.

ção dinâmica fundada sobre a interação de forças psíquicas, e c) ela atribui a origem da dissociação psíquica (cuja importância tinha sido igualmente reconhecida por Janet), não a um [fracasso da] síntese mental resultante da incapacidade congênita, mas a um processo psíquico particular conhecido pelo nome de “recalcamento.”¹⁵

Aqui podemos observar uma distinção entre a atividade “descritiva” própria à prática de Charcot e Janet, e a explicação freudiana. Isso será fundamental pois o caso clínico em psicanálise não poderá ser confundido com uma descrição dos sintomas, mas deve ser inserido numa interpretação dos acontecimentos clínicos por meio de um saber que lê os sintomas utilizando uma “explicação dinâmica fundada sobre a interação de forças.”¹⁶ O “imperativo de visibilidade” é, no entanto, uma regra metodológica que anima e sustenta a prática clínica, tanto numa postura puramente descritiva quanto numa explicação metapsicológica baseada na dinâmica de forças consideradas inerentes ao funcionamento psíquico.

Lembremos ainda que Freud também fora educado dentro do mesmo critério de visibilidade. Seus primeiros trabalhos de pesquisa científica dedicavam-se a tornar visível estruturas anátomo-neurológicas,¹⁷ e foi de maneira vagarosa que ele abandonou a idéia da lesão localizada como base dos distúrbios neuropatológicos.¹⁸ Só bem mais tarde é que ele dá o passo conceitual que retira da anatomia¹⁹ a explicação causal central dos fenômenos neuróticos.

O recentramento do dispositivo clínico

Uma vez traçadas essas características, podemos ressaltar um outro aspecto presente tanto na prática médica de Charcot quanto na clínica freudiana: a relação entre o paciente e o sintoma no quadro do tratamento, ainda que essa relação seja compreendida de forma totalmente diferente em cada um destes procedimentos.

Há na passagem Charcot-Freud uma mudança no modo como se compreende o que é um sintoma e como se pode agir sobre a neurose. A introdução de uma modificação na sua técnica de tratamento representa

uma mudança epistemológica e metodológica que não foi feita ao acaso numa experimentação cega, mas pensada e efetuada em decorrência da reformulação do modo de compreender os fenômenos patológicos, na procura do entendimento e da cura. Mesmo que Freud tenha chegado a essa descoberta por tateamento, não é por acaso que ele propõe uma nova técnica; é como uma consequência necessária de seu pensamento.

Quando Freud se decide pelo abandono da hipnose, esta não ia assim tão mal para ele enquanto instrumento clínico. Em seu texto de 1892, *Um caso de cura por hipnose*,²⁰ há a evidência de que esta técnica não era tão ineficaz e inútil, tal como, por exemplo, a eletroterapia W. Erb.²¹ Pelo contrário, a hipnose era, até então, o seu melhor instrumento de tratamento. A clássica indicação sobre a incompetência de Freud como hipnotizador deve ser tomada com reserva, bem como deve ser entendida como um certa ironia sua declaração: “eu não suporto que me olhem durante oito horas por dia (ou mais)”²²; ainda que esses fatores estivessem presentes (o que também nos leva a desmitificar a imagem de Freud) exercendo pressão em direção a uma mudança nos dispositivos técnicos do tratamento.

Com Charcot encontramos uma “racionalidade clínica” que compreende o sintoma como efeito derivado de uma lesão funcional que provoca uma cisão da consciência. Quando ele demonstrava e tornava visível os sintomas histéricos nas suas apresentações no anfiteatro da Salpêtrière, revelando seus mecanismos ao produzi-los e suprimi-los, o centro das atenções e das preocupações, o que merecia cuidado e tratamento, era o sintoma e não exatamente o paciente. No mesmo momento em que Charcot faz com que o sintoma seja visível, o paciente que o porta não mais interessa, ele é como que um apêndice da entidade mórbida ali visualizada. Tudo aquilo que impor-

ta do paciente são os signos que caracterizam a sua doença, a histérica só interessa enquanto ela encarna a histeria. Tudo o que acontece ao doente vem apenas testemunhar sobre sua patologia, é apenas mais um índice, um signo da entidade mórbida. A voz ativa que comanda as significações dos sintomas é, neste caso, a voz de Charcot, o médico e o mestre da histeria.²³

Para Freud a situação é completamente diferente. O sintoma é, para ele, um ato psíquico, uma formação inconsciente e não mais um conjunto de signos desconectados, frutos de uma entidade mórbida. O próprio paciente é uma unidade de relações causais, e o sintoma é um ato pleno de significado dentro de uma rede de sentidos dependentes. Neste momento de abandono da hipnose, Freud ainda não escrevera a *Traumdeutung*, mas a condição básica representada por sua posição como cientista da natureza o leva a aplicar ao universo anímico a mesma lei da determinação universal. Associado a esta tese, Freud entende que é o paciente que detém a explicação dos sentidos de seus sintomas, e que cabe ao médico o levar, dentro do possível, até a descoberta desses sentidos, mas que não é do médico que eles provêm. O pressuposto da determinação universal, como base da compreensão do sintoma enquanto uma formação inconsciente, é também a base conceitual que sustenta o abandono da hipnose e a proposta da técnica da associação livre: “Uma sólida confiança no rigor do determinismo no animismo tem certamente sua parte no recurso a esta técnica [da associação livre] que deveria substituir a hipnose.”²⁴

No novo método não cabe mais ao médico dizer a verdade do sintoma, mas trata-se de decifrar, em cada caso específico, a cadeia causal inconsciente que produz o sintoma, o que só pode ser feito por meio do discurso do próprio paciente. Ou seja, o paciente reaparece ocupando o primeiro plano do tratamento. A re-

volução freudiana na reformulação da racionalidade clínica até então vigente, faz com que o paciente passe a ocupar o centro do dispositivo clínico. Dizendo ainda de uma maneira mais direta, o paciente não está mais separado de seu sintoma, ele é o seu sintoma e não o seu objeto.

A revolução
freudiana na
racionalidade clínica
coloca o paciente no
centro do
dispositivo clínico.

Considerações sobre o uso do divã

Estes *a priori* (insuficiência da hipnose e do método catártico, reformulação na compreensão do sintoma e desvelamento da transferência) sustentam a introdução da técnica da associação livre. Mas neste momento Freud não se estende na explicação das consequências de manter-se fora do campo de visão de seu paciente, apesar de colocar lado a lado essa atitude e a importância dos mecanismos transferenciais no trabalho de cura. Sua reformulação do procedimento técnico visa agir sobre esta transferência, fazendo com que o paciente se volte para sua própria atividade psíquica: “O método catártico já havia renunciado à sugestão. Freud deu um passo a mais rejeitando igualmente a hipnose. Ele trata atualmente seus doentes da seguinte forma: sem procurar influenciá-los de outra maneira, ele os convida a estender-se comoda-

mente sobre um divã, enquanto ele mesmo retira-se do seu olhar, sentando-se atrás deles. Ele não pede aos pacientes que fechem os olhos, e evita tocá-los, como também [evita] empregar qualquer outro procedimento que lembre a hipnose. Este tipo de sessão se passa como uma conversa de duas pessoas em estado de vigília na qual uma se poupa todo esforço muscular, toda impressão sensorial capaz de desviar sua atenção de sua própria atividade psíquica.”²⁵

Nessa mudança algo do “olhar” é afastado por meio de seu gesto. Não se trata de abandoná-lo completa-

Faz-se necessária uma análise das condições para o uso do dispositivo técnico do divã.

mente mas de colocá-lo temporariamente à parte, visando fornecer ao paciente certas condições para que ele possa realizar o trabalho de significação e re-significação do seu funcionamento psíquico.

Podemos indicar algumas características dessa passagem. Em primeiro lugar, o contrato social se modifica recolocando-se assim, para o paciente, um vazio a ser ocupado por aquilo que pode e o que não pode ser dito quando não se está mais face-a-face com o outro. Em segundo, elimina-se ou diminui-se o prazer de ver o outro, algo que funciona na relação interpessoal sustentada nos mecanismos de sedução mas também nos de controle.

O olhar pertence necessariamente

ao imaginário, e no momento do encontro face-a-face o outro é personificado pelas imagens do olhar. No entanto, ao fazer desaparecer o analista do campo de visão do paciente, essa relação não se apoia mais (ou se apoia pouco) no jogo especular. Esta atitude produz um lugar vazio a ser ocupado pelas projeções do paciente com aquilo que é o outro para ele. No entanto, deve-se marcar que esse dispositivo é sustentado pela transferência. O analista não desaparece, ele permanece como um terceiro *presente* no encontro do paciente com este “outro, “lugar vazio”, e é justamente nesse “encontro” que se repete a neurose a ser tratada.

Parece-me importante destacar que, para que esse dispositivo possa ser instaurado, são necessárias certas condições. Em primeiro lugar, é preciso que o paciente tenha disponível, na sua organização psíquica, esse outro, lugar vazio, próprio a seu mundo simbólico. Ou seja, se o paciente não concebe, ou não suporta, relacionar-se com esse “lugar vacante”, a saída do analista do campo de visão do paciente coincide com a exclusão real do outro enquanto pólo de relação. O paciente tenderia, então, a girar no vazio de seu mundo imaginário, sem a possibilidade de qualquer resignificação, pois não incluiria este outro sustentado pela transferência enquanto motor da cura. Neste sentido encontramos também na relação transferencial certas condições para que seja possível o uso do divã. É necessário que o paciente já tenha estabelecido um certo patamar de ligação afetiva baseada na confiança no analista, sem o que a passagem para o divã encontraria sérias dificuldades para atingir os objetivos que o dispositivo técnico pretende instaurar.

Essa mudança de dispositivo que abandona parcialmente o olhar, deveria possibilitar que o paciente se encontrasse, neste momento, sozinho consigo mesmo, com seu outro ausente-presente. Ao não ter mais alguém face a seus olhos, o paciente

poderia dirigir seu pensamento à sua palavra e à sua imaginação. Isto deveria possibilitar um processo de regressão às formas básicas de relação do paciente com o mundo, base de sua neurose.

Vimos que o método psicanalítico recoloca o paciente no centro do dispositivo clínico. No entanto, o que parece contraditório com esse recentramento, na passagem do paciente para o divã, é que, não podendo ver, o paciente é lançado num jogo de ausências, produzindo nele um certo sentimento de desaparecer. Mas, é justamente por causa dessa ausência que ele é obrigado a identificar-se à sua palavra. Ao abandonar o jogo e as determinações próprias do “olhar e ser olhado”, o paciente é então levado para o campo da fala, ainda que uma grande parte do que se passa numa análise não seja reduzível à expressão lingüística. No entanto, é preciso que existam condições psíquicas para que o paciente possa suportar esse “desaparecer”.

Essa passagem do abandono do olhar não se faz sem problemas e nem pode ser tomada como um imperativo. Há certos pacientes melancólicos ou depressivos, certas patologias de tipo traumático, que nos mostram que estes pacientes não suportam se ausentar e olhar para outro lugar.²⁶ Seria talvez inumano pedir-lhes que abandonem o “olhar”, que num certo sentido “desapareçam”, justamente quando eles têm o sentimento permanente de desaparecer para o outro. Para estes pacientes, que são freqüentemente pouco (e/ou distorcidamente) vistos, ou que se consideram como tal, caberia lembrar que eles precisam de uma sustentação *também* dada pelo “olhar”. O que nos reenvia novamente para a análise das condições de possibilidade para o uso do dispositivo técnico do divã.²⁷

Além disso há um universo fantasmático extremamente importante em jogo. O abandono do olhar para colocar o paciente deitado no divã também pode carregar consigo fan-

tasmas de sedução e fantasias eróticas. Deve-se, assim, estar atento para o que pode significar, no plano fantasmático, “estar deitado e ter alguém nas suas costas”, o que pode facilmente tomar conotações extremamente primitivas e violentas. Não é raro também que a passagem ao divã seja realizada como um presente transferencial ao analista: “já que você deseja...”.

Evidentemente a preocupação do analista é poder, num dado momento do processo analítico, obter essa mudança de eixo, possibilitando que o paciente suporte frustrar-se ao objeto do olhar para entrar na prática de resignificação pelas palavras. No entanto, não se trata de uma passagem simples, pelo contrário, ela pode representar tanto o início de uma análise como a sua destruição.

Por outro lado, é comum a crítica aos psicanalistas condenando-os como aqueles que não gostam do olhar, como aqueles que evitam o olhar para se protegerem e, por isso, o proíbem. Não é esse o motivo que anima a utilização do divã como dispositivo técnico, ainda que isto possa ocorrer com alguns analistas. Trata-se sim, de uma mudança metodológica e epistemológica, extremamente importante, que procura proporcionar ao paciente que ele se encontre só consigo mesmo na presença de um terceiro, e possa relançar o processo de resignificação de suas relações.

A introdução da teoria metapsicológica

O método psicanalítico exige uma mudança na racionalidade clínica aqui representada pela escola de Charcot. No momento em que ocorre a passagem do olhar para a escuta do sintoma, muda-se o eixo da relação terapêutica. O paciente é, agora, impulsionado a ser o agente de sua cura, enquanto que o analista passa a ser esse outro ausente-presente que pode sustentar o processo.

Podemos, agora, marcar e entender uma diferença entre a leitura-escuta do sintoma em Freud e a prática descritivista de Charcot e Janet. Ao tomar o sintoma como uma formação inconsciente torna-se necessário decifrá-lo em termos das “forças dinâmicas que compõem o aparelho psíquico”, tomá-lo como algo a ser desvelado, como um texto em hieróglifo a ser lido. Impõe-se, portanto, tal qual no “modelo do sonho”, uma linguagem que possibilite ler o sintoma dentro dessa perspectiva, algo que dê as coordenadas simbólicas para a leitura do inconsciente. Não basta descrever, é preciso uma teoria que possibilite ler para além da superfície do sintoma.

O sintoma faz parte de uma rede de determinações que inscreve no próprio paciente aquilo que ele é, a sua história. Essa inscrição, ou outros termos, as formações inconscientes, são apresentadas pelo paciente sempre de forma parcial, truncada e deformada. Cabe à análise decifrar e reescrever a história do paciente (missão impossível de ser cumprida na sua totalidade), reformulando as relações do paciente com seu presente (ainda que não se tenha nenhuma garantia de que isto ocorra). Quando o analista escuta o paciente, ele também “lê” sua história.

Esse entendimento nos leva a tomar o conjunto de dados que o paciente nos traz como um texto in-

Assim como no modelo dos sonhos, o sintoma é visto por Freud como um ato psíquico inconsciente a ser desvelado.

Com isso, pode-se entender por que Charcot não foi considerado por Freud como um “pensador”: Charcot não tinha necessidade de uma teoria, ele só precisava descrever os sintomas e seus mecanismos. Mas, com Freud a realidade clínica modifica-se, o sintoma será decifrável através da descoberta de suas conexões causais com todos os elementos que compõem o psiquismo do paciente dentro de uma explicação dinâmica das forças inconscientes. O sintoma toma o lugar de uma “ação acertada” do paciente e não de um “engano” causado por alguma disfunção físico-química ou por um automatismo comportamental.

consciente²⁸ a ser desvelado; no entanto, essa analogia é apenas parcialmente válida. A expressão do inconsciente tem uma natureza diferente da de um texto ou de uma escrita. É certo que Freud compara o sonho a uma escrita antiga, mas ele também toma o cuidado de marcar a profunda diferença que os separa, ressaltando, por exemplo, que a escrita visa, de uma maneira ou outra, ser compreendida, enquanto o sonho, pelo contrário, pretende permanecer incompreendido, e está muito longe de ser tomado como um meio de comunicação.²⁹ Mesmo assim Freud não abandona completamente sua comparação, pois o problema da lei-

Ação clínica e o fazer metapsicológico representam duas cenas complementares da experiência analítica.

tura daquilo que o paciente lhe traz permaneceu-lhe sempre atual e atuante na produção da sua teoria.

Surge, então, a questão: por que Freud teve necessidade de elaborar uma teoria? Podemos dizer que os mesmos critérios que o levaram a abandonar a hipnose e o método catártico, mostraram que só a descrição não bastava, que havia processos que iam para além do que a medicina e a psicologia tornavam possíveis apreender, que havia processos “meta”, processos que a descrição dos signos aparentes do funcionamento psíquico jamais tornariam visíveis e compreensíveis. Freud forja, então, uma teoria como um instrumento que possibilita compreender as formações e os mecanismos inconscientes, mostrando que só a psicologia não é suficiente. Trata-se de uma nova psicologia, mas que deve ser nomeada diferentemente, já que faz ver outros elementos do funcionamento psíquico. Freud escolhe um nome face ao qual ele mesmo tem suas dúvidas, como podemos ler na sua carta a Fliess de 10/03/1898: “A propósito, vou perguntar-lhe a sério se posso usar o nome de metapsicologia para minha psicologia que se estende para além da consciência.”³⁰

A relação teoria-clínica na psicanálise

Mas o que é essa metapsicologia? Para Freud, ela é a teoria que possibilita “uma explicação dinâmica fundada sobre a interação de forças psíquicas” da psicologia humana; é fruto do mesmo procedimento paciente da observação e tem como condição o mesmo critério de visibilidade (agora das forças dinâmicas em ação no aparelho psíquico). A metapsicologia é um saber dependente do contato constante e repetitivo com a clínica, como ele mesmo comenta em diversas passagens de sua obra.³¹

Dentro desse ponto de vista, se o sintoma pode ser considerado como uma formação inconsciente, como uma expressão a ser decifrada, a interpretação será como uma tradução, uma segunda escrita deste conjunto inicial e a metapsicologia, será, simultaneamente, o instrumento que possibilita essa tradução e o “conjunto de conhecimentos” apreendidos a partir da elaboração conceitual da experiência clínica. Aqui podemos entender uma importante transformação no que diz respeito à própria psicopatologia. Esta não será mais a descrição dos sinto-

mas e suas formas clínicas, mas a explicação dinâmica da organização psicológica, tendo como pressuposto que o funcionamento psíquico tem em sua base as forças pulsionais e que o psiquismo humano se estabelece dividido em instâncias em conflito.³² Quando Freud formula a teoria psicanalítica ele está reformulando a própria psicopatologia. Em síntese: a metapsicologia é uma nova psicopatologia.

A diferença entre uma clínica não-analítica (inclusive aqui a psicologia clínica em geral) e a clínica psicanalítica, é justamente a teoria metapsicológica. Este saber é aberto às reformulações constantes em virtude de sua dependência primeira com as formações inconscientes do paciente: “cada peça pode ser sacrificada e mudada sem danos ou arrependimentos, a partir do momento em que uma insuficiência é comprovada.”³³ Percebe-se, assim, a constante tarefa do analista de “ler” o que acontece no processo analítico, tendo como instrumento de leitura a metapsicologia. Essa leitura, no entanto, deve ser fruto daquilo que o paciente traz ao analista, ela não pode ser uma aplicação ao paciente de um saber metapsicológico já estabelecido. É como se, a cada paciente se partisse do “zero”, mas a metapsicologia, já produzida anteriormente, se coloca como parâmetro para a reconstrução de um saber que possibilita decifrar as formações inconscientes singulares em cada caso. Poderia-se dizer que a metapsicologia tem, então, como função, tornar possível uma leitura dos acontecimentos psíquicos para além daquilo que a descrição direta da experiência clínica poderia fornecer.

A desarticulação entre a metapsicologia e o método de tratamento, às vezes apresentada como oposição entre a teoria e a clínica, desfaz um dos fundamentos epistemológicos da psicanálise, que se propõe a mantê-los necessariamente como um só corpo. Como escreve Freud em 1926

definindo a psicanálise como sendo, *ao mesmo tempo*, o nome "1) de um procedimento para a investigação de processos anímicos que são pouco acessíveis de outra maneira; 2) de um método de tratamento das perturba-

Goethe nos alerta: "Cinza é toda teoria, e verde a dourada árvore da vida."

ções neuróticas que se funda sobre esta investigação; 3) de uma série de concepções psicológicas adquiridas por essa via, que crescem progressivamente para se reunirem numa nova disciplina científica".³⁴

Isso nos faz suspeitar de todo entendimento metapsicológico que se coloca sem estabelecer sua correlação com seus efeitos clínicos. Da mesma maneira deve-se ter igual precaução com todo saber clínico que não se constitua também como um saber teórico, ou em termos freudianos, como um entendimento metapsicológico. A ação clínica e o fazer metapsicológico representam dois momentos, ou duas cenas diferentes da mesma prática analítica. Na composição dessas cenas deve-se poder fecundar constantemente a metapsicologia pela clínica, uma vez que a tendência da teoria é sempre afastar-se do material vivo da experiência analítica. É neste sentido que podemos retomar uma metáfora de Freud caracterizando a teoria como

cinza face a experiência eternamente verdejante,³⁵ fazendo alusão ao que diz Mefisto a seu aprendiz: "Cinza, meu amigo, é toda teoria, / E verde a árvore de ouro da vida."³⁶ ■

NOTAS

1. Como Freud mesmo o chamava, por exemplo, em S. Freud 1893f, "Charcot", in: *Résultats, idées, problèmes 1 - 1890-1920 (R.P.I. 1)*, Paris, PUF, 1995, p. 62.
2. A análise dessa "racionalidade" pode ser encontrada em M. Foucault, *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977.
3. A referência à "metapsicologia" aparece na correspondência de Freud a Fliess nas cartas de 13/02/1896, 02/04/1896, 17/12/1896, 21/09/1897, e 10/03/1898. J. M. Masson, *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*, Rio de Janeiro, Imago, 1986.
4. S. Freud 1915e, *L'inconscient*, Oeuvres Complètes de Freud - Psychanalyse (OCF. P), traduction sur la direction scientifique de Jean Laplanche, Vol. XIII, Paris, PUF, 1988, p. 221.
5. "No início do século XIX, os médicos descreveram o que durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável." M. Foucault, *O nascimento da clínica*, op. cit., p. X. Neste texto o autor mostra que esse "imperativo de visibilidade" é uma condição para o nascimento da clínica.
6. S. Freud 1925d, "Autoprésentation", OCF.P, XVII, Paris, PUF, 1992, p. 61.
7. "Zonas histerógenas", lugares hipersensíveis do corpo cuja estimulação leve desencadeia um ataque." S. Freud 1888b, *Hysteria*, Obras Completas, Vol. I, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, p. 47.
8. S. Freud 1893f, "Charcot", op. cit., p. 69.
9. Op. cit., p. 70.
10. Op. cit., p. 72.
11. Cabe aqui lembrar que fazia parte da prática médica psiquiátrica do final do século XIX a escolha de uma patologia específica como paradigma para as outras patologias nervosas. É o caso da "Síndrome de incorporação motora" de Gilles de la Tourette, da "Dementia Praecox" de Kraepelin, da "Esquizofrenia" de Bleuler; e também será a *histeria* e a *neurose obsessiva* com Freud, como comenta Mezan falando do desenvolvimento dos paradigmas na psicanálise (R. Mezan, *Escrever a Clínica*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998, p. 122 e p. 127).
12. S. Freud 1904a, "La méthode psychanalytique de Freud", in: *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1985, p. 5.
13. S. Freud 1893f, "Charcot", op. cit., p. 62.
14. S. Freud 1925d, "Autoprésentation", op. cit., p. 62-63.
15. S. Freud 1913m, *Sur la psychanalyse*, OCF.P, XI, Paris, PUF, 1998, p. 29-30. Sou eu que destaco.
16. Lembremos que Freud declara, em sua autobiografia de 1925, sua admiração e respeito por Brücke (um discípulo de Helmholtz, que por sua vez é claramente um neo-kantiano). A exigência de uma explicação dinâmica é também um fruto dessa formação científica que Freud tivera no laboratório de Brücke.
17. Como é fácil perceber pela relação de alguns de seus trabalhos: S. Freud 1877, *Observations sur la configuration et la structure fine des organes lobés, décrits comme étant les testicules de l'anguille*; S. Freud 1878, *Des ganglios spinaux et de la moelle épinière de Petromyzo*; S. Freud 1879, *Notice sur une méthode pour la préparation anatomique du système nerveux*; S. Freud 1882, *La structure de éléments du système nerveux*; S. Freud 1884, *Un cas d'hémorragie cérébrale avec symptômes en foyer indirects de la base dans un scorbut*; S. Freud 1885, *Contributions à la connaissance de l'effet de la coca*; S. Freud 1886, *Névrítie aiguë multiple des nerfs spinaux et cérébraux*.
18. S. Freud 1891, *Contributions à la conception des aphasies*, Paris, PUF, 1987, onde ele opõe-se à tese da localização para defender a tese de um distúrbio dinâmico como explicação das afasias.
19. S. Freud 1893c, "Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et histériques", in: *R.I.P. 1*, Paris, PUF, 1995, p. 55.
20. S. Freud 1892b, "Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la "contre-volonté", in: *R.I.P. 1*, Paris, PUF, 1995.
21. S. Freud 1925d, "Autoprésentation", op. cit., p. 63-64.
22. Freud continua esta frase comentando seus motivos: "Como eu me deixo levar, ao longo das sessões, por meus pensamentos inconscientes, eu não quero que a expressão de meu rosto possa fornecer ao paciente certas indicações que ele pode interpretar ou que influenciem sua fala." S. Freud 1913c, "Le début du traitement", in: *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1985, p. 93.
23. Nesse sentido, todo procedimento clínico que reproduzisse essa atitude, perdendo de vista o paciente e colocando em seu lugar um outro objeto - seja ele o discurso, a linguagem, a defesa, o inconsciente, etc. - estaria, nesta perspectiva, reproduzindo o mesmo tipo de descentramento clínico, tomando o paciente por uma de suas partes e deixando-o, portanto, à margem do seu tratamento.
24. S. Freud 1923a, "Psychanalyse" et "Théorie de la libido", OCF.P, XVI, Paris, 1991, p. 187.
25. S. Freud 1904a, "La méthode psychanalytique de Freud", op. cit., p. 2-3.
26. Aqui refiro-me ao campo das neuroses, objeto de base do trabalho analítico. No caso das psicoses me parece mais evidente a necessidade que estes pacientes têm de serem sustentados pelo contato direto com o analista, e da inadequabilidade, em termos gerais, do uso do divã, instrumento que pede recursos simbólicos que geralmente não estão disponíveis, ou não existem, para estes pacientes.
27. Freud toca neste aspecto do problema sem se deter para uma análise mais pormenorizada em S. Freud 1913c, "Le début du traitement", op. cit., p. 93.
28. Paul-Laurent Assoun trabalhou esta questão em seu curso "Corps et écriture" oferecido dentro do quadro de atividades pedagógicas do DEA do Laboratoire de Psychopathologie et Psychanalyse de Paris VII, 1996-1997. Pode-se encontrar referências deste tema em Paul-Laurent Assoun, *Leçons psychanalytiques sur Corps et Symptôme* (2 vol.), Paris, Anthropos, 1997.
29. Freud, 1916x, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, PUF, 1994, p. 216.
30. J. M. Masson, *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*, op. cit., p. 302.
31. Por exemplo: S. Freud 1923a, "Psychanalyse" et "Théorie de la libido", op. cit., p.188; S. Freud 1926f, *Psychanalyse*, OCF.P, XVII, Paris, PUF, 1992, p. 292; S. Freud 1926d, *Inhibition, symptôme et angoisse*, OCF.P, XVII, Paris, PUF, 1992, p. 214; S. Freud 1925h, *La négation*, OCF.P, XVII, Paris, PUF, 1992, p. 266.
32. Seja em termos de qualidade psíquica - inconsciente, pré-consciente, consciente -, como na primeira tópica, seja em termos de instâncias propriamente ditas - Id, Ego, Super-ego -, como na segunda tópica.
33. S. Freud 1925d, "Autoprésentation", op. cit., p. 79.
34. Freud 1923a, "Psicanálise" e "Teoria da libido", op. cit., p. 183.
35. S. Freud 1924b, *Névrose et psychose*, OCF.P, XVII, Paris, PUF, 1992, p. 3.
36. Goethe, *Fausto*, I., v. 2038-2039.